



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Bárbara Christine Dantas Silva de Almeida

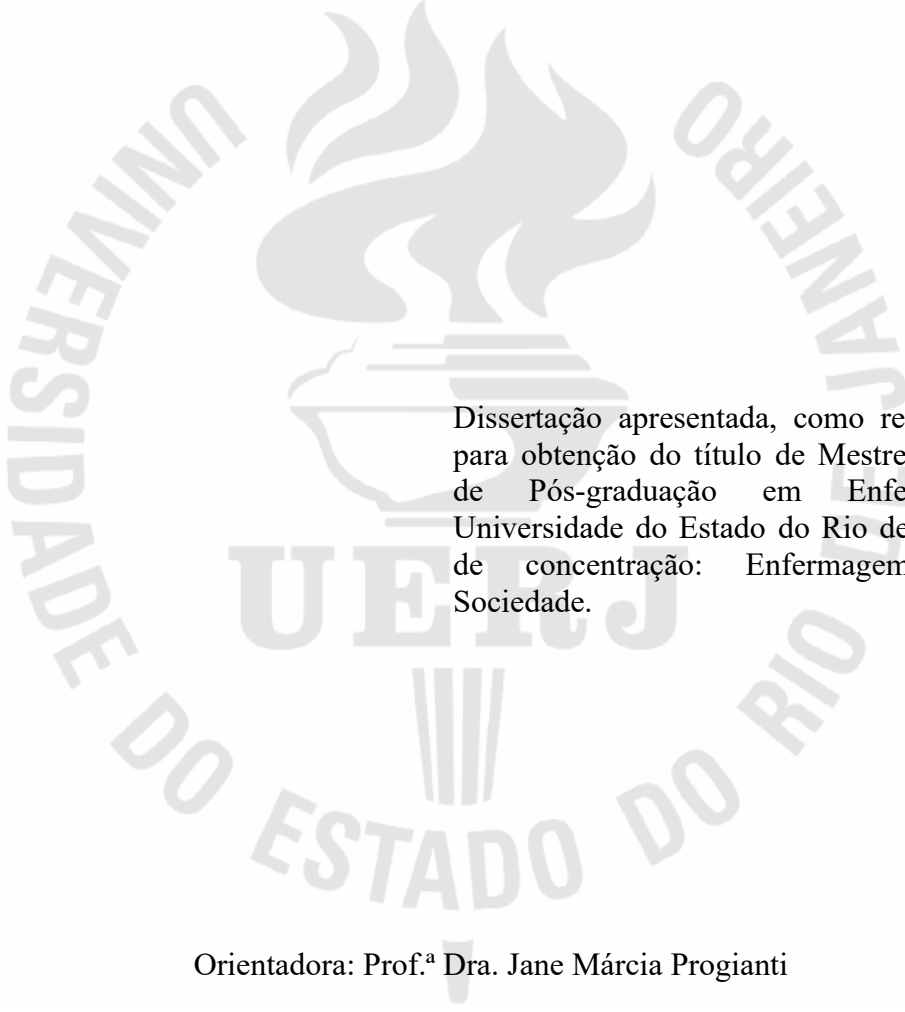
**Negociações das enfermeiras obstétricas frente a não adesão das mulheres
às tecnologias não invasivas de cuidado**

Rio de Janeiro

2021

Bárbara Christine Dantas Silva de Almeida

Negociações das enfermeiras obstétricas frente a não adesão das mulheres às tecnologias não invasivas de cuidado



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Jane Márcia Progianti

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

A447	<p>Almeida, Bárbara Christine Dantas Silva de. Negociações das enfermeiras obstétricas frente a não adesão das mulheres às tecnologias não invasivas de cuidado / Bárbara Christine Dantas Silva de Almeida. – 2021. 100 f.</p> <p>Orientadora: Jane Márcia Progianti Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.</p> <p>1. Parto humanizado. 2. Enfermagem obstétrica. 3. Saúde da mulher. 4. Cuidados de enfermagem. I. Progianti, Jane Márcia. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 614.253.5</p>
------	---

Bibliotecária: Kárin Cardoso CRB/7 6287

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta Dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Bárbara Christine Dantas Silva de Almeida

**Negociações das enfermeiras obstétricas frente a não adesão das mulheres às tecnologias
não invasivas de cuidado**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 25 de maio de 2021.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Jane Márcia Progianti (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Carla Luzia França Araújo
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Juliana Amaral Prata
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2021

DEDICATÓRIA

Dedico o presente trabalho aos meus pais, Reynaldo e Sheila, por terem me transmitido os valores e a força que possuo por ter chegado até aqui. Por compreenderem que foram necessários alguns momentos de ausência, durante a construção do trabalho.

Em especial, dedico à minha mãe, que sempre sonhou em viver esse momento ao meu lado, depositando em mim toda a credibilidade que eu, às vezes, duvidada possuir.

Esse trabalho é para vocês! Obrigada por contribuírem na minha transformação pessoal, profissional e por sempre me impulsionarem a ir além.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me permitir chegar até aqui, me mostrando sempre o caminho a seguir.

À minha orientadora, Jane Márcia Progianti, por ter confiado em mim e por ter acreditado na minha capacidade. Por ter me dado essa oportunidade ímpar de crescer profissionalmente, partilhando seus conhecimentos. Até seus “puxões de orelha” foram valiosos para mim. Desculpa se te decepcionei em algum momento. Sempre teve e terá a minha eterna gratidão e admiração.

À minha amiga, Viviane de Melo Souza, que, desde o início, ainda no processo seletivo, mostrou disponibilidade em me ajudar, me incentivando e se doando, para que eu conseguisse subir mais esse degrau na minha carreira.

Às minhas companheiras de turma e amigas do curso de Mestrado, em especial: Luiza, Bruna e Jemima, pelo companheirismo em compartilhar seus saberes. Por dividirem momentos de cansaço e de insegurança, passando pelo processo juntas.

A todas as enfermeiras participantes do estudo e colegas de profissão, que confiaram a mim seus depoimentos, contribuindo para a realização do estudo. Obrigada pela gentileza e pela boa vontade.

Aos meus companheiros de plantão, que foram mais do que essenciais em compreender minha ausência e em ceder aos meus pedidos de substituições.

A todos os meus amigos, pela presença em muitos momentos de descontração. Porém, em especial: Sabrina Camargo, Thiago Gomes, Viviane Mendes. Vocês contribuíram de forma direta para o sucesso desse estudo, no empréstimo de um livro, na ajuda ao manusear um programa de computador e na carona disponibilizada. Esses momentos são inesquecíveis. Muito obrigada!

À minha amiga, Bruna Candido, agradeço pelas conversas, motivação e escuta dos desabafos nos momentos de tensão, nos quais era preciso alinhar a mente.

Nossa vida é uma constante viagem, do nascimento à morte. A paisagem muda, as pessoas mudam, as necessidades se transformam, mas o trem segue adiante. A vida é o trem, não a estação.

Paulo Coelho

RESUMO

ALMEIDA, Barbara Christine Dantas Silva de. **Negociações das enfermeiras obstétricas frente a não adesão das mulheres às tecnologias não invasivas de cuidado**. 2021. 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Constitui objeto desse estudo o processo de negociação das enfermeiras obstétricas frente a não adesão das mulheres às tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem, durante a parturição. Tem como objetivos: Conhecer o modo como as enfermeiras obstétricas abordam as tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica (TNICEO) com as mulheres durante o processo de parturição; Identificar os fatores que interferem na abordagem das enfermeiras obstétricas e na adesão pelas mulheres ao uso das TNICEO; Discutir as estratégias e os efeitos de negociação do cuidado desmedicalizado adotados pelas enfermeiras obstétricas diante da não adesão. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório, na qual foram realizadas 17 entrevistas semiestruturadas com enfermeiras obstétricas, que possuíssem, no mínimo, um ano de experiência em sala de parto de instituição pública de saúde. Como técnica para analisar os dados, foi utilizada a análise de conteúdo descrita por Bardin. A sustentação teórica foi ancorada na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC), de Madeleine Leininger. Os resultados foram agrupados em 3 categorias: “A abordagem das TNICEO pelas enfermeiras obstétricas junto às parturientes”; “Fatores que interferem na adesão das mulheres e na abordagem das enfermeiras obstétricas às TNICEO” e “O processo de negociação do cuidado desmedicalizado adotado pelas enfermeiras obstétricas diante da não adesão das mulheres às TNICEO”. A Primeira categoria resultou em duas subcategorias, nas quais as enfermeiras abordam as TNICEO construindo vínculo com a parturiente, criando uma relação de confiança e compartilhando seus saberes através de práticas educativas. A segunda categoria apresentou a socialização medicalizada da parturiente e os embates presentes no processo de trabalho da enfermeira obstétrica como fatores que contribuem para a não adesão das mulheres às TNICEO. A terceira categoria nos mostrou as principais estratégias de negociação das enfermeiras diante da não adesão, tais como: a utilização da comunicação através da linguagem verbal e não verbal, a colaboração de outro profissional e do acompanhante e o uso da insistência. Concluímos que as enfermeiras obstétricas podem reestruturar o cuidado, quando a mulher adere às TNICEO e preservar o cuidado culturalmente medicalizado, quando respeitam a decisão da mulher em não aderir às suas tecnologias.

Palavras-chave: Parto Humanizado. Enfermeiras Obstétricas. Enfermagem Transcultural. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

ALMEIDA, Barbara Christine Dantas Silva de. **Negotiations by obstetric nurses regarding women's non-adherence to non-invasive care technologies**. 2021. 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

The object of this study is the negotiation process of obstetric nurses in the face of women's non-adherence to non-invasive technologies of nursing care during parturition. Its objectives are: To know the way in which obstetric nurses approach non-invasive technologies of obstetric nursing care (TNICEO) with women during the parturition process; Identify the factors that interfere in the approach of obstetric nurses and in the adherence by women to the use of TNICEO; Discuss the strategies and effects of negotiation of unmedicalized care adopted by obstetric nurses in the face of non-adherence. This is an exploratory qualitative research, in which 17 semi-structured interviews were carried out with obstetric nurses who had at least one year of experience in the delivery room of a public health institution. As a technique to analyze the data, the content analysis described by Bardin was used. The theoretical support was anchored in Madeleine Leininger's Theory of Diversity and Universality of Cultural Care. The results were grouped into 3 categories: “The approach of TNICEO by obstetric nurses with parturient women”, “Factors that interfere with women's adherence and in the approach of obstetric nurses to TNICEO” and “The process of negotiating the unmedicalized care adopted by nurses obstetric in the face of women's non-adherence to TNICEO”. The first category resulted in two subcategories, where nurses approach TNICEO by building a bond with the parturient woman, creating a relationship of trust and sharing their knowledge through educational practices. The second category presented the medicalized socialization of the parturient and the clashes present in the obstetric nurse's work process as factors that contribute to women's non-adherence to TNICEO. The third category showed us the nurses' main negotiation strategies in the face of non-adherence, such as the use of communication through verbal and non-verbal language, the collaboration of another professional and the companion, and the use of insistence. We conclude that obstetric nurses can restructure care when women adhere to TNICEO and preserve culturally medicalized care when they respect the woman's decision not to adhere to their technologies.

Keywords: Humanizing Delivery. Nurse Midwives. Transcultural Nursing. Women's Health

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Representação esquemática do Modelo Sunrise	22
Figura 2 –	Esquema teórico da congruência do cuidado aplicado ao estudo	27
Figura 3 –	Fluxo de captação e recrutamento das participantes do estudo	30
Figura 4 –	Esquema sinóptico da abordagem das TNICEO pelas enfermeiras obstétricas junto às parturientes	48
Figura 5 –	Esquema sinóptico dos fatores que interferem na Adesão e na abordagem às TNICEO	58
Figura 6 –	Esquema sinóptico das estratégias de negociação utilizadas pelas enfermeiras obstétricas diante da não adesão das mulheres às TNICEO	70
Figura 7 –	Esquema sinóptico do processo de negociação das enfermeiras obstétricas diante da não adesão às TNICEO	72
Quadro 1 –	Caracterização dos participantes do estudo	93
Quadro 2 –	Codificação dos dados e construção das categorias	94

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Classificação das entrevistadas quanto à faixa etária	35
Tabela 2 –	Tipo de especialização das participantes	36
Tabela 3 –	Tempo de formação na especialização em enfermagem obstétrica	36
Tabela 4 –	Tipo de vínculo à instituição que exerce o cargo de enfermeira obstétrica.....	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CPDCF	Casa de Parto David Capistrano Filho
FEBRASGO	Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OS	Organização Social
PAM	Posto de Assistência Médica
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
REHUNA	Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento
SMS-RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNICEO	Tecnologias Não Invasivas de Cuidado de Enfermagem Obstétrica
TDUCC	Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	13
1	REFERENCIAL TEÓRICO	19
1.1	A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC) – Base Teórica	19
1.2	Negociação e reestruturação do cuidado cultural em busca da congruência: articulação com a perspectiva teórica das TNICEO	23
2	METODOLOGIA	28
2.1	Tipo de estudo	28
2.2	Participantes do estudo	28
2.3	Técnica de coleta de dados	31
2.4	Técnica de análise de dados	31
2.5	Aspectos éticos	33
3	RESULTADO E DISCUSSÃO DOS DADOS	35
3.1	Caracterização dos participantes	35
3.2	A abordagem das TNICEO pelas enfermeiras obstétricas junto às parturientes	37
3.2.1	<u>Subcategoria 1: Construção de vínculo com a parturiente</u>	37
3.2.2	<u>Subcategoria 2: Compartilhamento de conhecimentos e possibilidades de cuidado através de prática educativa</u>	43
3.3	Fatores que interferem na adesão das mulheres e na abordagem das enfermeiras obstétricas às TNICEO	48
3.3.1	<u>Subcategoria 1: Fatores que interferem na adesão das mulheres às TNICEO: socialização baseada na cultura medicalizada</u>	49
3.3.2	<u>Subcategoria 2: Fatores que interferem na abordagem das TNICEO pelas enfermeiras obstétricas</u>	53
3.4	O Processo de negociação do cuidado desmedicalizado adotado pelas enfermeiras obstétricas diante da não adesão das mulheres às TNICEO	58
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
	REFERÊNCIAS	76
	APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados	89

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	91
APÊNDICE C – Caracterização dos participantes	93
APÊNDICE D – Dados e categorias	94
ANEXO – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	95

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Constitui objeto desse estudo, o processo de negociação das enfermeiras obstétricas frente a não adesão das mulheres às tecnologias não invasivas de cuidado durante a parturição.

Em minha experiência profissional nos hospitais da cidade do Rio de Janeiro, ao longo de seis anos de atuação em sala de parto como enfermeira obstétrica, percebi que algumas parturientes se mostravam resistentes em aceitar as práticas recomendadas pelas diretrizes da humanização. Assim, muitas verbalizavam insatisfação, negavam sugestões de cuidado, e com o desejo de abreviar o processo de parturição, requeriam intervenções para o alcance deste objetivo. No entanto, posteriormente, apresentavam relatos negativos de suas vivências associando a parturição com sofrimento e dor.

Ainda que a abordagem da atenção ao parto no campo obstétrico brasileiro seja recorrente em pesquisas científicas, desde o início dos anos de 1990, permanecem inquietações que me motivaram a desenvolver o presente estudo. Nesse sentido, Progianti e Costa (2012) apontavam que maioria das mulheres vivenciava o parto como um momento de medo, de ansiedade e de dor, com uma elevada crença no modelo biomédico e baixa confiança na sua capacidade de parir.

Nascimento et al (2010) corroborou com essa assertiva, ao dizer que as próprias mulheres tinham dificuldades em assumir um papel ativo no trabalho de parto, em função da cultura de subordinação em que eram socializadas. Na época, acreditava-se que o grau de informação das mulheres deveria ser aprofundado durante a atenção do pré-natal ou durante eventual internação nas instituições hospitalares ou maternidades, visto que o esclarecimento é considerado um facilitador da participação feminina nos processos decisórios, potencializando sua percepção de autonomia durante a gravidez e parto (BOARETTO, 2003).

Para o empoderamento das mulheres são necessárias políticas públicas que direcionem a implementação de ações afirmativas para a inclusão social e de combate ao machismo e à misoginia. Cabe salientar as iniciativas construídas na perspectiva dos direitos humanos, as quais consideram a mulher como cidadã e protagonista de sua vida e seu corpo. Nesse sentido, com o esgotamento do período ditatorial no Brasil, o movimento de mulheres se uniu ao movimento da reforma sanitária, na luta pela integralidade das ações de saúde, culminando na publicação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984 (BRASIL, 2004b; BRASIL, 1984; RAMALHO et al., 2012).

No período de 1984 a 1986, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e os Escritórios Regionais da Europa e Américas da Organização Mundial da Saúde (OMS) promoveram três conferências fundamentais para atingir um consenso em relação às tecnologias apropriadas para assistir ao pré-natal, ao parto e ao nascimento, com base em pesquisas científicas, nos direitos sexuais e reprodutivos e no respeito às mulheres e em defesa de seus direitos e escolhas (BOARETTO, 2003). A segunda conferência, realizada no Brasil em 1985, resultou na “Carta de Fortaleza”, que recomendou a abolição do uso rotineiro de diversas práticas obstétricas, consideradas inadequadas, não benéficas e prejudiciais na assistência ao parto (DINIZ, 2005; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

Em meio ao reconhecimento a ser enfrentado, foi realizada a conferência sobre "Maternidade Segura", em Nairóbi, no ano de 1987. Já nessa época, houve o reconhecimento internacional da problematização da morte materna como um desafio a ser enfrentado (STARRS, 1987; REIS; PEPE; CAETANO, 2011). Nesse contexto, em 1993, foi fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA), agregando pessoas e grupos que consideravam intervenções obstétricas, cesarianas e rotinas médicas como práticas que, quando utilizadas de modo indiscriminado, interferem nos mecanismos fisiológicos do parto e apresentam maiores taxas de morbimortalidade materna e neonatal (REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO, 1993; DINIZ, 2005).

Em 1995, o Ministério da Saúde (MS), a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) trouxeram oficialmente o Projeto “Maternidade Segura” para o Brasil (BRASIL, 1996).

Cabe ressaltar que, desde 1994, o município do Rio de Janeiro já apresentava iniciativas inovadoras na atenção obstétrica, como a criação da Maternidade Leila Diniz, como a pioneira na implantação de práticas humanizadas no parto e nascimento (MOUTA; PROGIANTI, 2009). Além disso, também se destaca o processo de municipalização de algumas maternidades (Alexander Fleming, Ernesto Nazaré e Carmela Dutra) e Postos de Assistência Médica (PAM), que ampliou a rede da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), sobretudo, para atenção ao pré-natal e ao parto (BOARETTO, 2003).

Em 1996, a OMS publicou uma classificação das práticas comuns na assistência ao parto normal, recomendando aquelas que devem ser estimuladas, abolidas ou adotadas com cautela durante o processo de parturição, que foram compreendidas como “Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento”, baseadas em evidências que apontavam a efetividade e segurança (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996; PEREIRA et al., 2018).

Em 1998, o MS implementou iniciativas que valorizavam o parto normal, dentre elas o aumento de 160% na remuneração do parto vaginal e a inclusão na tabela do Sistema Único de Saúde (SUS) de um novo modelo de assistência ao parto de baixo risco denominado de “Parto Normal sem Distocia realizado por Enfermeiro Obstetra” (BRASIL, 1998; MATOS et al., 2013).

No ano 2000, houve o lançamento pelo MS do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Nesse contexto político, visava-se estimular o protagonismo da mulher no parto e nascimento, bem com reduzir a mortalidade materna e infantil por meio de medidas para melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e ao recém-nascido (BRASIL, 2000a; 2000b).

Em 2004, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM): Princípios e Diretrizes. Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde, como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Considera as diversidades do segmento feminino dentro de suas vulnerabilidades e realidades locais com vistas a reduzir os índices de morbidade e mortalidade por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2004a).

Nesse contexto, o município do Rio de Janeiro se destacava com diversas iniciativas, a saber: Projeto de Implantação da Assistência de Enfermagem às parturientes e a inserção de enfermeiras obstétricas na atenção ao pré-natal e no parto nas maternidades, ambas em 1998; Programa de Qualificação da Assistência Perinatal, em 2002; e inauguração da Casa de Parto David Capistrano Filho (CPDCF), em 2004, como um campo de atuação exclusiva das enfermeiras obstétricas no cuidado às mulheres de baixo risco durante o processo de gestação e parturição (PORFIRIO, 2011; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2002, 2004).

Em 2007, o Ministério da Saúde firmou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade materna e Neonatal e publicou a Lei nº 11.634 de 27/2007 que assegura a toda gestante, assistida pelo SUS, o direito ao conhecimento e à vinculação prévia à maternidade, na qual ocorrerá seu parto e o atendimento nos casos de intercorrência pré-natal (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2007).

E nessa perspectiva, em 2011, simultaneamente, foi lançada a “Rede Cegonha”, pelo MS, e o “Programa Cegonha Carioca”, no município do Rio de Janeiro, por iniciativa da SMS- RJ, ambos com o objetivo de ampliar o acesso e garantir a vinculação por meio de uma rede de cuidados integrais e humanizados para a assistência obstétrica e neonatal. Vale

destacar que a Rede Cegonha reforça a humanização do parto e nascimento, na adoção de medidas e procedimentos comprovadamente benéficos e que evitam práticas intervencionistas desnecessárias nesse processo (BRASIL, 2011a; 2011b; CAVALCANTI, 2013; SENTO SÉ, 2014).

Em síntese, nos últimos trinta anos, as políticas públicas brasileiras de atenção ao parto e nascimento foram elaboradas a fim de provocar mudanças no modelo medicalizado da assistência obstétrica (PEREIRA; MOURA, 2008). Para tanto, verifica-se o incentivo à atuação e à formação de enfermeiras obstétricas, com o objetivo de impulsionar a humanização nas maternidades do Sistema Único de Saúde – SUS (PRATA; PROGIANTI; DAVID, 2014).

Nessas instituições públicas, as enfermeiras obstétricas se destacaram a partir do seu saber fazer distinto, sustentado pela concepção de desmedicalização, que trata-se de uma luta contra o excesso de intervenções médicas sobre um processo que se considera fisiológico, apresentando às mulheres opções de cuidado e valorizando o seu direito de escolha (GAUDENZI; ORTEGA, 2012; VARGENS; PROGIANTI; SILVEIRA, 2008).

Sendo assim, foi sob essa ótica que no campo científico da enfermagem desenvolveu-se o conceito das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica (TNICEO), partindo de várias ressignificações das “boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento” (VARGENS; PROGIANTI; SILVEIRA, 2008).

Desse modo, TNICEO são definidas como técnicas, procedimentos e conhecimentos utilizados pela enfermeira durante o processo de cuidar da mulher. Sua principal característica é ser não invasiva, porque respeita a fisiologia do corpo da mulher e reconhece os aspectos socioculturais que envolvem o cuidado à parturiente e ao bebê. As TNICEO constituem um capital científico¹ da enfermagem obstétrica que, além de conferir à elas certa autonomia no campo obstétrico, proporciona a construção de um cuidado culturalmente desmedicalizado (VARGENS et al, 2003; PROGIANTI; VARGENS, 2004).

O cuidado cultural é definido como sendo os valores, as crenças e as expressões padronizadas pelos indivíduos e que, quando conhecidas pelas enfermeiras, podem auxiliar, apoiar ou capacitar outro indivíduo ou grupo a manter seu bem-estar, melhorar sua condição de vida e enfrentar suas deficiências e a morte (LEININGER, 1991; GEORGE, 2000).

¹Na concepção de Bourdieu (2004), capital científico caracteriza-se por um poder de prestígio social adquirido, que confere a um agente (enfermeiras obstétricas) autoridade científica, sendo este um misto de competência técnica associado aos dons pessoais do agente.

Na perspectiva da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC) de Madeleine Leininger, quando um indivíduo é assistido a partir de valores culturais desconhecidos a ele, este vai vivenciar um conflito cultural, resultando em insatisfação com o cuidado e, até mesmo, em rejeição da ajuda profissional (GEORGE, 2000). Essa tensão na relação entre profissional e usuária pode ser entendida como um choque cultural, gerado pela diferença dos modelos assistenciais, que também são culturais e que fazem parte do cotidiano hospitalar (CAIXEIRO-BRANDÃO, 2008).

No âmbito da assistência ao parto, a medicalização da sociedade retirou a autonomia das mulheres e trouxe para o senso comum a representação da dor, como algo inerente ao parto normal, e das práticas intervencionistas do modelo biomédico, como sinônimo de segurança, criando nas mulheres a demanda por uma atenção medicalizada durante o processo de parturição, no qual o médico assume o protagonismo (PRATA, 2012).

Assim, ao serem apresentadas às práticas do modelo de cuidado desmedicalizado das enfermeiras obstétricas, é possível que o encontro com um novo modo de cuidar, expresso nas TNICEO, provoque um choque cultural nas mulheres, que trazem consigo a cultura medicalizada incorporada.

O choque entre a cultura medicalizada e a cultura desmedicalizada pode provocar um desequilíbrio emocional, afetar a percepção de segurança das mulheres com o cuidado, aumentar a liberação de adrenalina, gerar estresse e amplificar a sensação dolorosa (ODENT, 2002). Por isso, a negociação do cuidado cultural desmedicalizado é fundamental, pois a partir da reestruturação das ações, sob a ótica da diversidade e da universalidade do cuidado cultural, a enfermeira obstétrica evita ou ameniza o choque cultural, contribui para o ajustamento das mulheres ao cuidado desmedicalizado e favorece o uso das TNICEO (PROGIANTI et al., 2006; COSTA, 2007).

No entanto, a depender do modo como as TNICEO são apresentadas às mulheres pelas enfermeiras obstétricas, esta ação pode provocar um choque cultural, quando a atitude é impositiva e não de negociação, por meio do oferecimento. Nestes casos, o uso dessas tecnologias não é ancorado nos princípios da desmedicalização, mas condiz com pressupostos do modelo medicalizado, que destitui a mulher da liberdade de escolha e de decisão.

Frente ao exposto, emergiram os seguintes questionamentos:

- Como as enfermeiras obstétricas abordam as TNICEO junto às mulheres durante o processo de parturição?
- Quais fatores interferem na abordagem e na adesão das mulheres ao uso das TNICEO?

- Como as enfermeiras obstétricas negociam para obter a adesão das mulheres ao uso das TNICEO, amenizando o desconforto promovido pelo choque cultural? E quais os efeitos dessa negociação?

Para desvelar o objeto de estudo proposto e os questionamentos, foram elaborados os seguintes objetivos:

- Conhecer o modo como as enfermeiras obstétricas abordam as TNICEO com as mulheres durante o processo de parturição;
- Identificar os fatores que interferem na abordagem das enfermeiras obstétricas e na adesão pelas mulheres ao uso das TNICEO;
- Discutir as estratégias e os efeitos de negociação do cuidado desmedicalizado adotado pelas enfermeiras obstétricas diante da não adesão.

Este estudo, que está inserido no Grupo de Pesquisa sobre Desmedicalização no contexto as Saúde e da Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - (UERJ), fornece subsídio para a compreensão do uso das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica; apresenta reflexões, novas interpretações e aplicações a partir da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, articulando-a teoricamente com o potencial não invasivo das tecnologias de cuidado; por fim, contribui para a introdução dessa inovação tecnológica no Sistema Único de Saúde e para a política de humanização do pré-natal, parto e nascimento.

A TDUCC é a única teoria que possui, como enfoque principal, o contexto cultural dos indivíduos como elo para promover um cuidado em saúde mais eficiente e, no momento, existem poucos artigos e trabalhos recentes na área da saúde que abordam a aplicabilidade desta teoria no Brasil (SILVA et al., 2021).

Dessa forma, tendo em vista a escassez de estudos que abordem essa teoria no campo obstétrico, este estudo se justifica por valorizar e abordar os aspectos culturais na prática da assistência de enfermagem obstétrica e como isso pode impactar diretamente no resultado da assistência e cuidado prestados às parturientes, transformando-se em uma fonte de pesquisa para trabalhos posteriores.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC) – Base Teórica

Teorias de enfermagem têm sido elaboradas e utilizadas para guiar a prática profissional ou dar apoio às investigações cujos objetos possuam aderência com a realidade da enfermagem. Sendo assim, neste estudo adotou-se como referencial teórico a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC), proposta por Madeleine Leininger.

A construção teórica em questão foi iniciada durante metade dos anos 1950, quando Madeleine Leininger trabalhava com crianças na enfermagem clínica e percebeu que as diferenças de comportamento das crianças possuíam uma base cultural e que a enfermagem, ao entender a cultura delas, entenderia as variações de cuidado oferecido (GEORGE, 2000).

Desde então, surgiu um novo termo no campo da enfermagem, chamado de “Enfermagem Transcultural”, definido em 1979 como um subcampo da enfermagem focado no estudo comparativo e análise de culturas para as práticas de enfermagem, buscando a oferta de cuidado significativa e eficaz às pessoas, de acordo com seus valores culturais e crenças, no contexto saúde-doença. Ou seja, busca um cuidado alinhado com a visão de mundo do indivíduo, considerando a influência do contexto social no qual está inserido (HENCKEMAIER et al., 2014; GEORGE, 2000).

Leininger construiu sua teoria de Enfermagem Transcultural com a premissa de que os povos ou sociedades de cada cultura são capazes de conhecer e definir as maneiras como percebem o cuidado de enfermagem, correlacionando-o com suas crenças e práticas de saúde, em geral. Dessa forma, é utilizado o termo universalidade para a existência de elementos comuns na relação de cuidado em todas as culturas e o termo diversidade para os diferentes. Ressalta-se que esse cuidado baseado em diferentes culturas se torna um fator decisivo para promoção, manutenção e recuperação eficiente da saúde.

Conforme George (2000), a fundamentação da construção da TDUCC, por Leininger, ofereceu alguns termos e concepções necessários para explicar suas idéias. Dessa forma, destacam-se quatorze conceitos considerados relevantes para o desenvolvimento do presente estudo, que serão apresentados nas linhas subsequentes.

O primeiro dos referidos conceitos é a cultura, que é um conjunto de valores, crenças, normas e práticas de vida de um determinado grupo, aprendidos e transmitidos que orientam o pensamento, as decisões e as ações, de maneiras padronizadas. Na sequência, temos o conceito do cuidado, que é o fenômeno de assistência, apoio ou facilitação ao indivíduo ou grupo, com a finalidade de melhorar a condição ou o estilo de vida.

O terceiro conceito é o valor cultural, que se trata de valores diversificados ou universais, mantidos pela cultura, que servem para orientar a tomada de decisão dos membros. Já a diversidade cultural do cuidado é o conceito que versa sobre a variação de significados, padrões, valores ou símbolos de cuidado que são culturalmente originários dos homens para seu bem-estar ou para aperfeiçoar a condição e modo de vida.

A universalidade cultural do cuidado trata dos semelhantes e comuns significados, padrões, valores ou símbolos de cuidado originários dos homens para seu bem estar ou para aperfeiçoar a condição e modo de vida. Seguindo essa linha, o conceito chamado cuidado cultural engloba os valores, crenças, modos de vida que, quando aprendidos, são transmitidos de forma a auxiliar, facilitar ou capacitar outro indivíduo ou grupo a manter sua saúde e enfrentar deficiências.

O próximo conceito é a visão de mundo, que é definido como a maneira pela qual as pessoas olham o mundo ou universo e formam um quadro de valor acerca de suas vidas. O conceito conhecido como choque cultural refere-se ao momento no qual um indivíduo é inserido em grupo social culturalmente diferente do seu e tem que se adaptar a ele, experimentando sensações de desconforto e desamparo, frente ao reconhecimento de diferenças nas práticas culturais e nos valores.

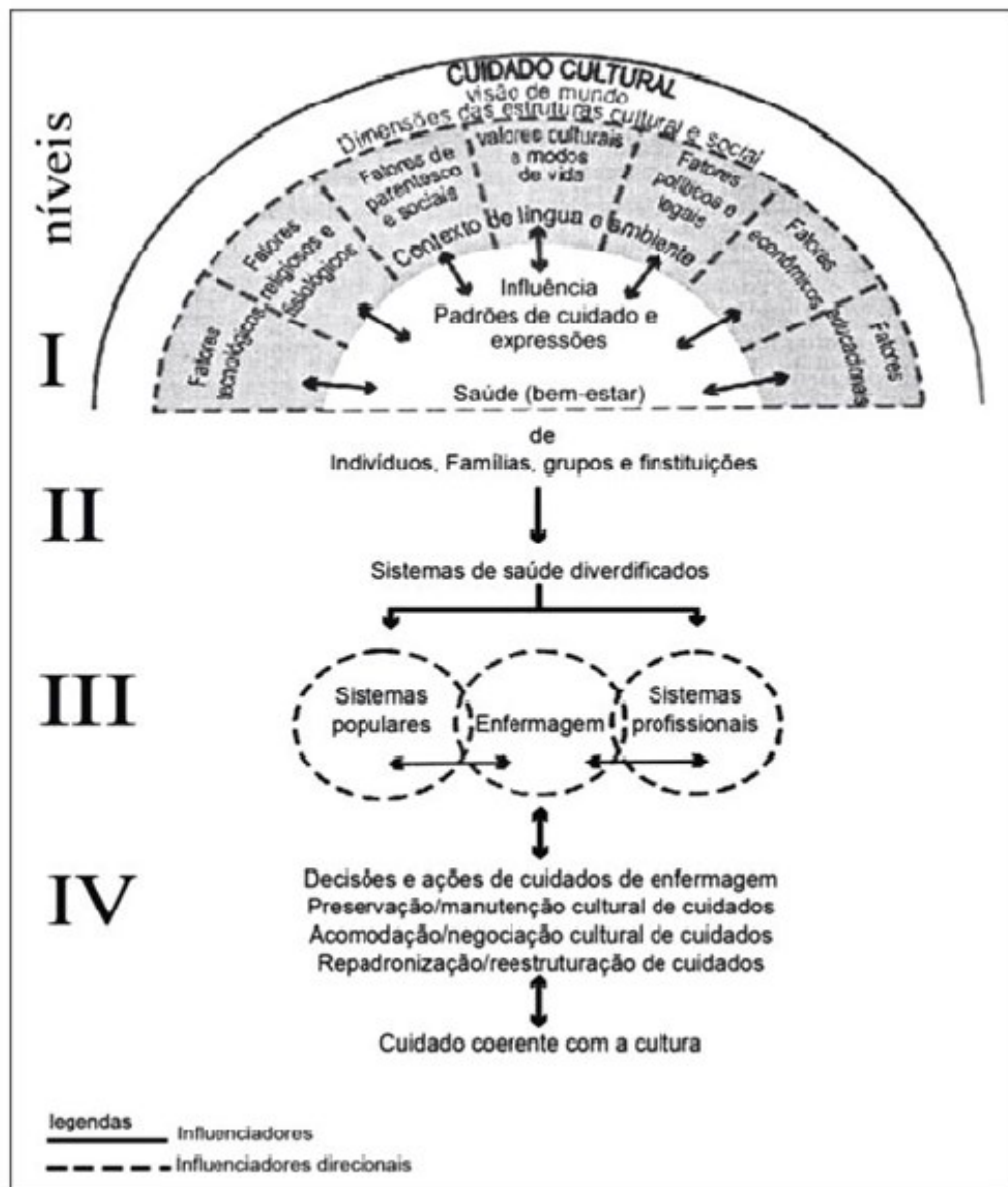
A imposição cultural diz respeito ao esforço depreendido pelo indivíduo para impor seus próprios valores e comportamentos culturais a indivíduos de cultura diferente. O conceito de estrutura social é aquele que envolve a natureza dinâmica dos fatores estruturais ou organizacionais de dimensões políticas, religiosas, de parentesco, econômicas, educacionais e/ou culturais, que inter-relacionados conferem sentido à ordem cultural.

O contexto ambiental é o conceito tocante à totalidade de um acontecimento ou experiência de vida particular, que dão sentido às expressões humanas. Já o cuidado cultural congruente abarca os atos, as capacitações ou decisões de enfermagem cognitivas, realizadas sob medida, com o intuito de se adequar aos valores culturais, crenças e costumes de um determinado indivíduo, grupo ou família, propiciando cuidado significativo e benéfico, que contribui para a saúde e bem-estar.

Por fim, o sistema popular de saúde é o conceito que remete às práticas de cura e cuidados de saúde nativas e tradicionais, oferecidas em contextos ambientais e famílias com profissionais do local, que possuem significados e aplicações especiais para curar ou ajudar pessoas. Já o conceito de sistema profissional de saúde, por sua vez, é relativo aos serviços de cuidado ou de cura profissionais, oferecidos por pessoal de saúde diversificado e preparado por instituições de estudo especializadas.

A partir dessas concepções e de suas inter-relações emerge o Modelo Sunrise (Modelo Sol Nascente), o qual apresenta a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, de forma esquemática e descreve os elementos da teoria, oferecendo o arcabouço teórico para estudos sobre como esses componentes influenciam o estado de saúde do indivíduo, família, grupos e instituições. O referido modelo é representado por um guia sistemático, composto por quatro níveis, sendo que os três primeiros oferecem subsídios para o planejamento e a execução de um cuidado cultural coerente, de forma a evitar o choque e imposição cultural.

Figura 1 – Representação esquemática do Modelo Sunrise



Fonte: Leopardi (1999).

O nível um engloba o sistema social e a percepção do mundo, os quais propiciam a compreensão da cultura de outra pessoa e incluem informações sobre a estrutura social, a visão de mundo, o contexto ambiental, além de outras questões como economia, educação, religião, parentesco, valores e crenças culturais e política (GEORGE, 2000; GUALDA, 1992).

O nível dois engloba a aplicação do conhecimento levantado no nível um à situação do cliente, seja ele um indivíduo, família, grupo ou instituição sociocultural (GEORGE, 2000; GUALDA, 1992).

Em seguida, o terceiro nível focaliza o sistema popular, o sistema profissional e o cuidado de enfermagem, incluindo informações e características de todos os sistemas e o

aspecto de cuidado de cada um, possibilitando a identificação de semelhanças (universalidade) e diferenças (diversidade) cultural de cuidados. Sabendo que o indivíduo existe em um sistema de saúde, sendo preciso conhecer os comportamentos, crenças e valores dos profissionais e da enfermagem que fazem parte daquele sistema. Possui como um pressuposto que todas as culturas possuem práticas de cuidado de saúde profissionais e populares (GEORGE, 2000; GUALDA, 1992).

O nível quatro corresponde às decisões e ações de cuidado em enfermagem que envolvem a preservação/manutenção cultural do cuidado, a acomodação/negociação cultural do cuidado e a repadronização/reestruturação cultural do cuidado. Esses três modos conduzem a execução de ações de enfermagem que melhor se adaptem à cultura do cliente, diminuindo o estresse cultural e um possível conflito entre o cliente e o provedor de cuidado, pois planeja ações, de modo que o indivíduo tenha participação na escolha (GEORGE, 2000; LEININGER, 1991).

Na preservação/manutenção cultural do cuidado as ações focalizam o apoio e a capacitação dos indivíduos, para se preservar e manter a saúde favorável se restabelecendo de uma doença; auxiliam as pessoas de uma determinada cultura a manterem, no seu modo de vida, valores relevantes acerca do cuidado.

Já na acomodação/negociação cultural do cuidado, no qual o presente estudo se apoia, centralizam o foco em ações e decisões profissionais de assistência, que visam à capacitação, auxílio ou apoio que representem maneiras de negociar, adaptar determinado grupo cultural, buscando ajustar a saúde do cliente e os seus padrões de cuidado, para um estado benéfico de saúde, com resultados satisfatórios.

A repadronização/reestruturação cultural de cuidado refere-se às ações profissionais de assistência e suporte, que buscam ajudar os clientes a modificar padrões significativos de vida e saúde no sentido de reorganizar, substituir ou modificar seus modos de vida com padrões diferentes, respeitando sua cultura e crença.

1.2 Negociação e reestruturação do cuidado cultural em busca da congruência: articulação com a perspectiva teórica das TNICEO

O cuidado de enfermagem com bases culturais é um fator decisivo para a promoção, manutenção e recuperação da saúde ou deficiência. É em vista do modelo teórico proposto,

que Leininger expressa preocupação no sentido de que as enfermeiras não possuem preparo adequado para uma abordagem de cuidado na perspectiva transcultural (GEORGE, 2000). Porém, a enfermagem tem buscado apoio na cultura, para melhor entendimento de suas ações de cuidado (BARUFFI, 2004).

Leininger (1995) pressupõe que o cuidado é um fenômeno universal e que a forma de manifestá-lo varia em diferentes grupos, de acordo com o modo com que esses se relacionam com o meio que estão inseridos. Portanto, considerando a extensão do território brasileiro e a diversidade cultural da população, a TDUCC se apresenta de grande relevância para atuação do profissional de enfermagem (PROGIANTI et al., 2006).

A enfermagem é um fenômeno cultural, que envolve o cuidado a indivíduos de diversas culturas, com seus valores e crenças apreciados. Então, acredita-se que essa relação da enfermeira com as pessoas que recebem seu cuidado pode ocorrer de forma horizontal, a fim de dividir experiências e agir de forma coerente e singular à cultura do indivíduo (SILVA, 2021).

Dessa forma, são propostas três modalidades para guiar as decisões e ações de enfermagem, a saber: as ações de preservação/manutenção do cuidado cultural, acomodação/negociação do cuidado cultural e repadronização/reestruturação do cuidado cultural. Sendo nessas ações que a enfermeira consegue atingir seu objetivo de compartilhar um cuidado com o cliente pautado na harmonia entre o conhecimento familiar que ele possui com o conhecimento científico do profissional (HENCKEMAIER et al., 2014).

Surge assim, uma das hipóteses derivadas da TDUCC, em que no uso de seus três tipos de ações e decisões de enfermagem, com base cultural, consegue ser desenvolvido um cuidado de enfermagem coerente com as necessidades e valores do cliente. A partir do momento que esses valores são respeitados, isso gera satisfações do cliente em relação ao cuidado de enfermagem, evitando os sinais de conflitos de cuidado intercultural, que ficam evidentes quando as enfermeiras fracassam na proposta de utilização dos valores da cultura do cliente.

Para fins deste estudo, compreende-se que a Acomodação/Negociação cultural do cuidado e a repadronização/reestruturação Cultural do Cuidado são modos de agir e estratégias utilizadas para a construção e desenvolvimento de um cuidado em enfermagem que melhor se adapte à cultura da parturiente para evitar um possível conflito com a enfermeira obstétrica.

Primeiramente, ao buscar a palavra “NEGOCIAR” no dicionário da língua portuguesa² é encontrado o significado de “Discutir para chegar a um acordo; Acordar”, de modo que ache concordância em relação a temas ou assuntos divergentes.

Transpondo este significado para campo da enfermagem, Boehs (2002) compreende negociar como um ajuste nos modelos explicativos da mulher e sua família com o profissional, acerca do cuidado proposto e contraposto pelas partes envolvidas, através de recursos que visam um entendimento.

Assim, em outros campos de conhecimento, para que haja um processo de negociação, é preciso interação entre as partes na busca de resolutividade de suas diferenças, por meio de um acordo, sendo esse essencialmente verbal, no qual o negociador precisa encontrar meios de alterar a expectativa do outro. Em outras palavras, cada parte entra com alguma necessidade insatisfeita, buscando o recurso que o outro pode oferecer para atender sua insatisfação. Porém, se caso as alternativas advenham de um lado, configura-se uma imposição (ZAJDSZNADER, 1988).

Zajdsznader (1988) propõe multifaces da negociação que tornam sua abordagem pertinente para alguns esclarecimentos, como a face psicológica, na qual as partes envolvidas possuem percepções e expectativas de si distintas, que podem ser mudadas à medida que a negociação vai desenrolando, e a face tático estratégica, que apresenta manobras para conduzir a outra parte a uma decisão.

Podemos corroborar essa percepção, quando a enfermeira obstétrica negocia o cuidado desmedicalizado, podendo usar práticas educativas como um recurso para que a mulher aceite as TNICEO e seus benefícios, objetivando, dessa forma, a desconstrução da visão negativa que a parturiente possui acerca do parto e o associa a medo e sofrimento (COSTA, 2007).

Nesse contexto em que negociamos o cuidado cultural desmedicalizado, podemos, em seguida, reestruturá-lo, na medida em que as práticas profissionais das enfermeiras obstétricas se tornam facilitadoras para que a mulher se reorganize e modifique a sua visão para uma perspectiva diferente da anterior, de forma que permaneça o respeito à cultura, conforme sustenta a teoria de Leininger.

Em investigação realizada por Costa (2007), mulheres explicitaram que a abordagem negociada foi benéfica para suas vidas, evidenciando os pontos de reestruturação do cuidado cultural nas dimensões de sua estrutura social e cultural, ou seja, mudando a sua maneira de pensar e agir culturalmente.

² NEGOCIAR. In: DICIO, Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus, 2018. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/negociar/>. Acesso em: 5 ago. 2019.

Apropriando-se da Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural, este estudo apreendeu a negociação como uma ação não invasiva da enfermeira, a qual não invade a cultura medicalizada que a mulher traz em sua visão de mundo. Nessas interações, o uso das TNICEO pode ser uma estratégia para promover a reestruturação ou repadronização do cuidado. Desse modo, por meio da negociação, repadroniza-se o modo de aceitar e receber o cuidado, conformando o cuidado cultural congruente.

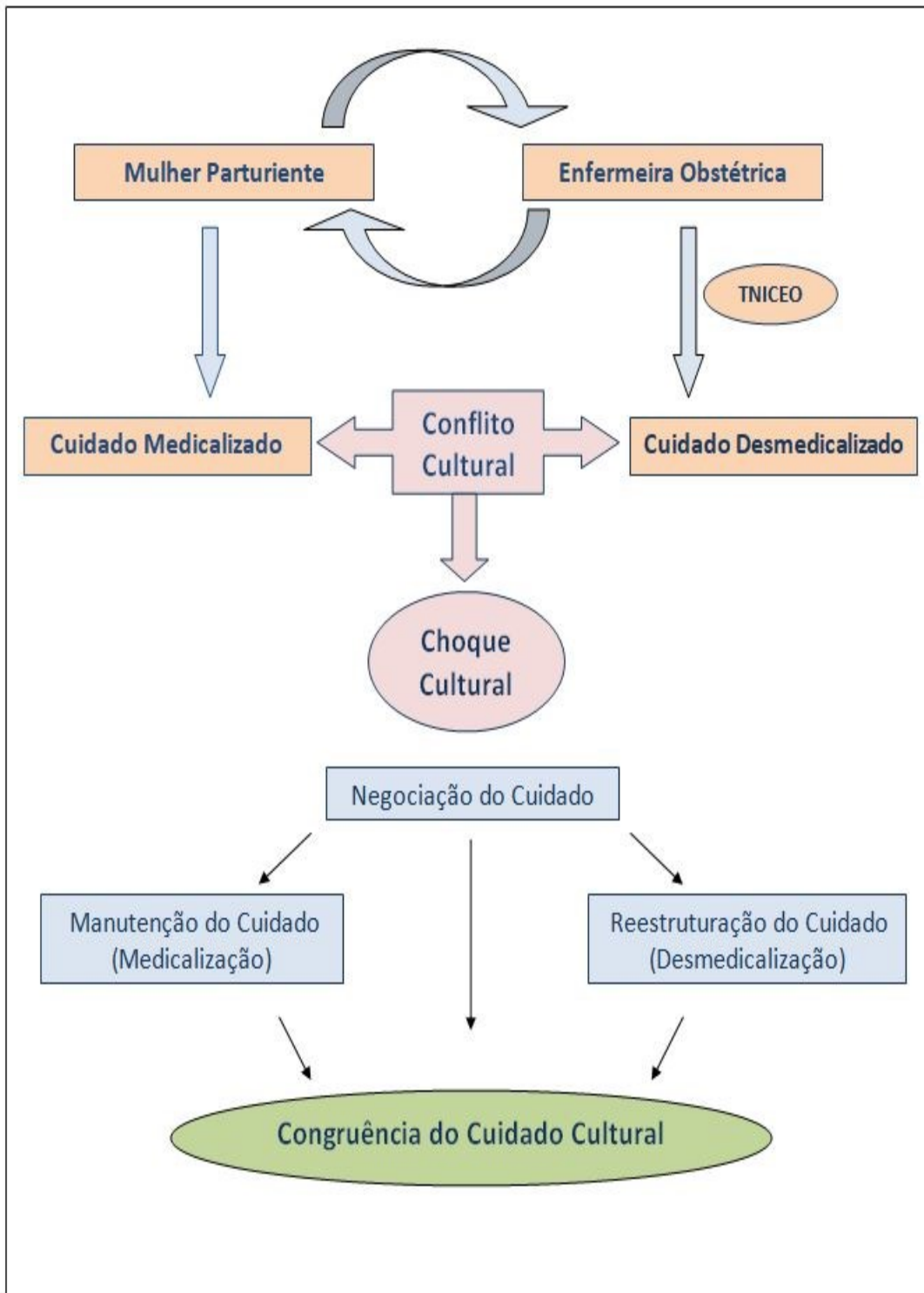
O cuidado cultural congruente se manifesta por meio de uma prática de enfermagem que considera os aspectos culturais do cuidado humano, incluindo crenças, hábitos, costumes e linguagem. Assim, se as decisões e as ações da prática de cuidado cultural realizados pela enfermeira incorporarem os valores culturais, certamente se obterá a satisfação com o cuidado de enfermagem (BARUFFI, 2004).

O cuidado somente se torna satisfatório na medida em que o saber do profissional se harmoniza com as necessidades e desejos do cliente. Para tanto, é necessário que o processo interativo envolva compreensão, diálogo, respeito e adaptação, alinhando o modo de cuidar da enfermeira com a forma como o outro espera ser cuidado (TAVARES, 2016; BARUFFI, 2004).

A preservação/manutenção do cuidado cultural medicalizado prevista por M. Leninger, no presente estudo pode se configurar quando a enfermeira não possui efetividade em sua ação de negociação e reestruturação do cuidado cultural. Ao atuar na preservação do cuidado coloca em prática o respeito aos valores culturais medicalizados da mulher, porém, de forma satisfatória, com explicação dos riscos à situações nocivas que poderão ocorrer, resguardando a autonomia e o poder de decisão. Dessa forma, verifica se aquela ação de preservar não trará prejuízos para a saúde da mãe e do bebê. As ações de preservação só poderão acontecer quando não representarem danos. (TAVARES, 2016; BARUFFI, 2004).

Ao aplicar alguns conceitos da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC) na presente pesquisa, constata-se que é uma teoria abrangente, com conceitos abstratos, que permite a possibilidade da interpretação do significado cultural do cuidado e seu uso no campo da enfermagem, de forma a aproximar mais a visão de mundo das enfermeiras, da visão de mundo do cliente. Realizo isso ao adaptar a forma de análise ao meu entendimento na pesquisa diante dos dados disponíveis (MOURA; CHAMILCO; SILVA, 2005).

Figura 2 – Esquema teórico da congruência do cuidado aplicado ao estudo



Legenda: TNICEO – Tecnologia Não Invasiva de Cuidado de Enfermagem Obstétrica
 Fonte: A autora.

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório. A pesquisa qualitativa tem como característica preocupar-se com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais, buscando explicar o porquê das coisas (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). Dessa forma, possuindo um caráter subjetivo, o estudo qualitativo tem como objetivo aprofundar a compreensão do pesquisador aos fenômenos que estuda, interpretando-os sob a perspectiva dos sujeitos participantes, sem representação numérica (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

O estudo qualitativo, por trabalhar com uma realidade não quantificável, permite compreender um universo de significados, crenças, motivos, valores e atitudes, que correspondem a um espaço mais profundo das relações dos indivíduos, no seu contexto social. (MINAYO, 2001).

Em busca dessa compreensão, os métodos qualitativos se tornam úteis para explorar integralmente a natureza de fenômenos pouco compreendidos, quando atribuídos a um caráter exploratório, que destina desvendar os vários modos pelos quais o fenômeno se manifesta e seus processos subjacentes, proporcionando maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito (GIL, 2007; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

2.2 Participantes do estudo

Foram selecionadas, como participantes da pesquisa, 17 enfermeiras obstétricas (APÊNDICE C), cujo critério de inclusão adotado foi ter experiência profissional no cuidado à mulher, durante o processo de parturição há, no mínimo, um ano em centro obstétrico ou sala de parto; e atuar em instituições da rede pública de saúde. Já como critério de exclusão, foi considerado a atuação exclusiva na rede privada.

Como estratégia para atingir o objetivo do estudo, não houve um número pré-estabelecido de participantes na amostra dos dados coletados. Na pesquisa qualitativa não existem critérios estabelecidos ou regras para o tamanho das amostras. Sendo assim, elas devem ser determinadas a partir da necessidade de informações. Utilizou-se como princípio a saturação de dados, ou seja, quando não é obtida nenhuma informação nova e atingimos a redundância, participantes repetem os conteúdos coletados anteriormente, sem acrescentar informações relevantes à pesquisa (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Nesse contexto, para captação e seleção dos participantes, no presente estudo, foi utilizada a técnica de amostragem por bola de neve (“*Snow Ball*”), uma forma de amostra não probabilística em pesquisas sociais, na qual os participantes iniciais indicam novos participantes e segue sucessivamente até atingir a saturação dos dados (BALDIN; MUNHOZ, 2011).

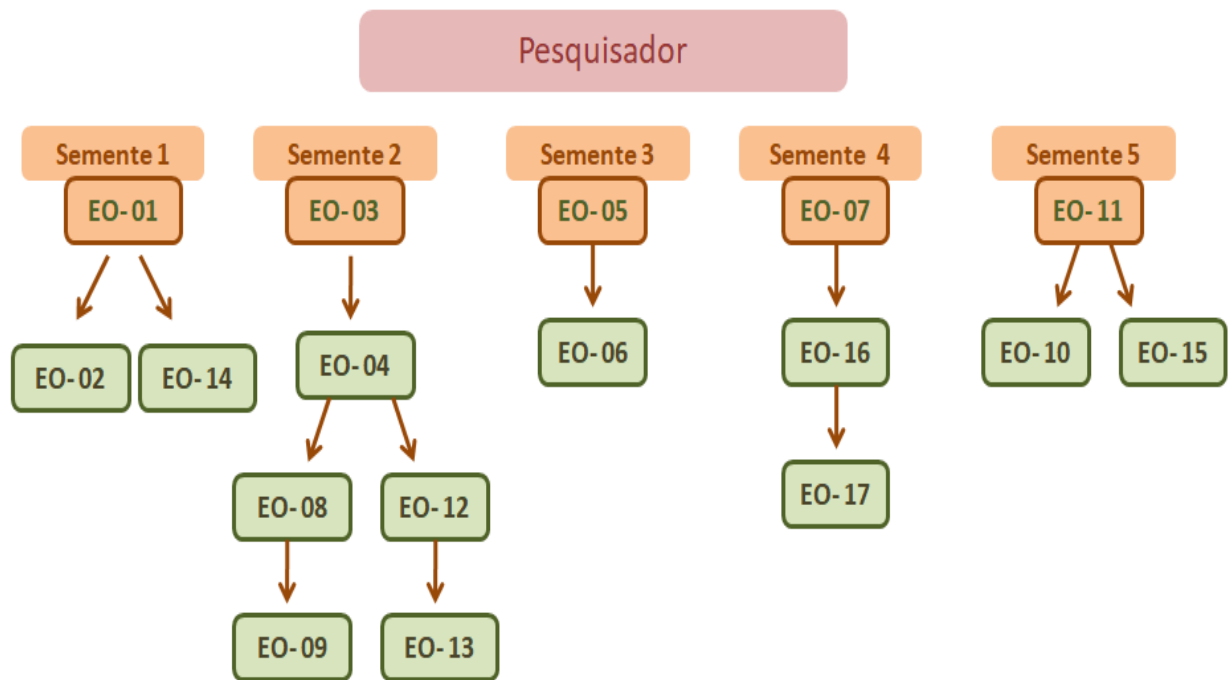
Como a amostragem por Bola de neve é uma técnica utilizada quando a pergunta de pesquisa estiver relacionada a questões problemáticas para os entrevistados e o foco do estudo é uma questão sensível, privada sobre algo que requer o conhecimento das pessoas pertencentes a esse grupo, existe o fato das pessoas indicadas terem como opção, não aceitar fazer parte da pesquisa (VINUTO, 2014; BIERNARCKI; WALDORF, 1981).

Vale ressaltar que, mesmo com as indicações das “sementes”, a rede de entrevistados não aumenta por si, devido ao fato dos participantes serem procurados a partir de características específicas que devem ser verificadas a todo o momento e podem, quando solicitados, negarem a participação no estudo.

Como enfermeira obstétrica, há seis anos atuante no campo obstétrico, possuo um círculo social abrangente composto pela mesma população de profissionais que condizem com os critérios de inclusão para amostra da pesquisa em questão, o que facilitou para o recrutamento da primeira participante da pesquisa, que, de forma voluntária, participou do estudo e, após, indicou outras pessoas de seu conhecimento ou relacionamento para participar. Albuquerque (2009) denomina o participante inicial como “semente” e os outros, indicados por ele, como “filhos da semente”.

O fluxo de captação e recrutamento das enfermeiras entrevistadas está explicitado a seguir na figura 3:

Figura 3 – Fluxo de captação e recrutamento das participantes do estudo



Fonte: A autora.

Portanto, observou-se que a faixa etária predominante entre as participantes foi de 30 a 35 anos. De acordo com a pós-graduação *Lato Sensu* em enfermagem obstétrica, foram 9 participantes especialistas pela modalidade Residência e 8 nos moldes tradicionais de especialização (cursos a partir de 360 horas). E quanto ao tempo de formação na especialidade, evidenciamos que a grande maioria das enfermeiras pesquisadas tinha entre 5 a 10 anos de formadas.

Conforme critério de inclusão, todas as enfermeiras pesquisadas atuam em serviços públicos de saúde. No entanto, 10 possuem vínculo na modalidade de contratação estabelecida pelas organizações sociais (OS), sob regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), 4 são servidoras estatutárias e 3 enfermeiras obstétricas que acumulam as duas modalidades de contratação e nenhuma enfermeira entrevistada tem vínculo com alguma instituição privada.

2.3 Técnica de coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturada individuais, agendadas após contato telefônico prévio, de acordo com a disponibilidade das participantes. Não havia um local específico para a entrevista, podendo ser de escolha do entrevistado visando seu conforto e garantindo a privacidade de suas respostas, colaborando para que não houvesse recusas durante o processo de coleta de dados.

Para orientar a entrevista, foi utilizado um instrumento composto de cinco partes: a primeira de caracterização das participantes, composto de perguntas fechadas e as partes posteriores compostas por um roteiro, com tópicos de orientação abertos (APÊNDICE A). Antes da aplicação do roteiro estabelecido, foram realizadas duas entrevistas piloto, as quais não integram aos dados da pesquisa, porém facilitaram para que houvesse correções e adaptações para estabelecer a melhor aplicabilidade e, assim, conquistar o objetivo do estudo.

Polit, Beck e Hungler (2011) entende que, quando utilizamos a entrevista face a face, as taxas de respostas podem ser altas, pois permite que os entrevistadores certifiquem se a pergunta foi bem compreendida, evitando más interpretações das questões, por parte do entrevistado. Além disso, permite produções de informações adicionais na observação dos entrevistados quanto ao grau de cooperação ou outros aspectos nas respostas, que pode ser útil da interpretação dos dados.

As entrevistas foram gravadas utilizando o aplicativo de gravador de voz no dispositivo celular, após autorização da entrevistada. As gravações possuem o tempo de duração média de 20 a 30 minutos. Após a obtenção de registro fiel das falas, estas foram transcritas na íntegra.

2.4 Técnica de análise de dados

Constitui como técnica de análise para os dados obtidos através das entrevistas, a análise de conteúdo descrita por Bardin (2011, p. 47) como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”, permitindo a inferência (dedução de maneira lógica) de conhecimentos relativos para as condições de produção dessas mensagens. Dessa forma, a

análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça, buscando outras realidades por meio das mensagens.

A análise de conteúdo proposta por Bardin (2011) se apresenta a partir de algumas etapas a serem respeitadas. A primeira fase constitui-se da pré-análise, na qual tem início a operacionalização e a organização de ideias. Foi realizada a escolha e o primeiro contato com os documentos submetidos à análise, envolvendo a “leitura flutuante”, que permitiu conhecer o texto, tendo em mente o objetivo da pesquisa e delinear impressões que orientaram a interpretação e preparação formal do material (CÂMARA, 2013).

Foi nesta primeira fase de pré-análise que as entrevistas foram transcritas de forma integral, para constituir o corpus da pesquisa, o que implicou no respeito às regras de: Exaustividade — não se omitir nada, qualquer elemento coletado é levado em conta; Representatividade — amostra que representa o universo; Homogeneidade — os dados devem ser obtidos por um mesmo critério de escolha a partir de indivíduos semelhantes e pertencer ao mesmo tema; Pertinência — os documentos retidos devem ser adequados e devem corresponder ao objetivo do estudo (BARDIN, 2011; CÂMARA, 2013).

As entrevistas foram transcritas manualmente utilizando a ferramenta de digitação por voz do aplicativo “*Google Docs*.” e transferidas na íntegra para formatação do texto pelo programa *Microsoft Word*.

A partir das entrevistas transcritas e realizada a leitura flutuante, teve início a segunda fase, exploração do material, que consiste na operação de codificação das falas em Unidades de Registro (UR's) aderentes ao objeto e aos objetivos do estudo. As UR's foram selecionadas e codificadas por números e cores a partir do texto das entrevistas transcritas, sendo destacadas e transferidas para célula própria, formando uma tabela no Programa *Microsoft Excel*. Logo após, as unidades de registro foram quantificadas e reagrupadas de acordo com suas cores em conjuntos maiores por semelhança, formando os temas ou unidades de significação (US).

Sendo assim, após os temas determinados, eles foram reunidos em um grupo de elementos em razão das características comuns destes e sob um título genérico, sendo expressas as subcategorias e categoria temática de análise apropriada para o propósito do estudo sendo elas: A abordagem das TNICEO pelas enfermeiras obstétricas junto às parturientes (152 UR's); Fatores que interferem na adesão das mulheres e na abordagem das enfermeiras obstétricas às TNICEO (219 UR's) e O processo de negociação do cuidado desmedicalizado, adotado pelas enfermeiras obstétricas diante da não adesão das mulheres às TNICEO (270 UR's).

Nesta formação das categorias, foram seguidos critérios teóricos e empíricos, previamente estabelecidos, com base no referencial teórico, visando atingir o objetivo do estudo.

Na etapa final da análise de conteúdo, foi feito o tratamento dos resultados e sua interpretação, apresentado de forma discursiva com exemplificação das UR's significativas para cada categoria (OLIVEIRA, 2008; BARDIN, 2011).

2.5 Aspectos éticos

Os princípios éticos e legais do estudo foram norteados conforme a Resolução nº 466/2012 que, de uma forma geral, dispõe sobre as normas aplicáveis à pesquisa em ciências humanas e sociais, cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados obtidos diretamente com os participantes, visando assegurar os direitos e deveres desses, além do que diz respeito à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012).

Dessa forma, o projeto foi enviado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (COEP/UERJ) e, após o parecer de aprovação sob o número 3.644.438, foi dado início à coleta dos dados com os participantes (ANEXO).

Durante a coleta de dados e realização da entrevista, visto como o momento mais adequado para os esclarecimentos sobre o estudo, foi apresentado aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), realizando a leitura do documento de forma conjunta e clara, para que o participante pudesse se manifestar de forma autônoma, sendo garantido o direito de recusar participar do estudo. Em caso de aceitação, o documento era assinado e só após iniciadas as entrevistas (APÊNDICE B).

Neste mesmo documento, foram apresentados os possíveis riscos da pesquisa, que se caracterizaram pela possibilidade de constrangimentos ou desconfortos manifestados pelo entrevistado, advindos de lembranças pessoais, em que em qualquer momento que isso ocorresse, seria pausada a entrevista e a gravação, imediatamente, e novamente poderia se recusar em dar continuidade à sua participação.

Porém, como benefício, a pesquisa propôs ao participante uma reflexão sobre suas ações, diante da problemática da não adesão das mulheres a seus cuidados, vindo a contribuir para melhorias das suas ações na realização do cuidado em sua prática profissional, voltados

para uma assistência da enfermagem obstétrica à gestantes, com valorização de seus aspectos culturais.

Ressalta-se que foram adotados procedimentos para assegurar a confidencialidade, privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes do estudo, inclusive em termos de autoestima ou prestígio desses profissionais, com a garantia de preservação do anonimato em qualquer etapa do desenvolvimento e divulgação da pesquisa. Para tanto, as participantes foram identificadas por meio do termo “EO” (Enfermeira Obstétrica), seguido do número de gravação correspondente à ordem da entrevista realizada. Por exemplo: “EO-1”, “EO-2” e assim consecutivamente.

3 RESULTADO E DISCUSSÃO DOS DADOS

3.1 Caracterização dos participantes

De acordo com os critérios de inclusão pré-estabelecidos, foram entrevistadas 17 participantes enfermeiras obstétricas. No início da entrevista, foi realizado o preenchimento de uma ficha de caracterização das participantes da pesquisa, com o objetivo de identificá-las de forma sistemática quanto à: idade, tipo de pós-graduação em enfermagem obstétrica, ano de conclusão do curso de especialização, tempo de serviço como enfermeira obstétrica atuante na assistência às parturientes em Centro Obstétrico/Sala de parto e tipo de instituição com a qual possui vínculo.

De acordo com a Tabela 1, observou-se que a faixa etária predominante entre as participantes foi de 30 a 35 anos, correspondendo a (9) 52,9%. As profissionais com faixa etária entre 35 a 40 somaram (4) 23,53 %, seguidas do grupo acima de 40 anos (3) 17,65%. Somente 1 participante (5,9%) se encontrava na faixa etária até 30 anos.

Tabela 1 – Classificação das entrevistadas quanto à faixa etária

Faixa Etária	Pessoas	Percentual
Até 30 anos	1	5,9%
De 30 a 35 anos	9	52,9%
De 35 a 40 anos	4	23,5%
A partir de 40 anos	3	17,6%
Total	17	100%

Fonte: Dados da Pesquisa.

De acordo com o tipo de pós-graduação *Lato Sensu* em enfermagem obstétrica (Tabela 2) foi verificado que 9 (53%) das entrevistadas realizaram o Cursos de Residência em enfermagem obstétrica e 8 (47%) realizaram Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica sem ser nessa modalidade.

Tabela 2 – Tipo de especialização das participantes

Tipo de Especialização	Pessoas	Percentual
Curso de Residência em Enfermagem Obstétrica	9	53%
Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica	8	47%
Total	17	100%

Fonte: Dados da Pesquisa.

Quanto ao tempo de formação na especialidade (tabela 3), evidenciamos que 13 (76,5%) das enfermeiras pesquisadas tinham entre 5 a 10 anos de formadas; 2 (11,8%) entre 11 e 15 anos; 01 (5,9%) entre 16 a 20 anos e 01 (5,9%) acima de 20 anos.

Tabela 3 – Tempo de formação na especialização em enfermagem obstétrica

Tempo de Formação	Pessoas	Percentual
5 – 10 anos	13	76,5%
11 – 15 anos	02	11,8%
16 – 20 anos	01	5,9 %
Acima de 20 anos	01	5,9%
Total	17	100%

Fonte: Dados da Pesquisa.

Conforme Critério de inclusão, todas as enfermeiras pesquisadas atuam em serviços públicos de saúde. No entanto, 10 (59 %) possuem vínculo com o setor público, na modalidade de contratação estabelecida pelas organizações sociais (OS), sob regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e 4 (24 %) são servidoras estatutários. Neste total ainda possuem 3 (18%) enfermeiras obstétricas que acumulam as duas modalidades de contratação. Contudo, prevalece a relação de trabalho regida por CLT de forma terceirizada pelo serviço público e nenhuma enfermeira entrevistada tem vínculo com alguma instituição privada.

Tabela 4 – Tipo de vínculo à instituição que exerce o cargo de enfermeira obstétrica

Tipo de Vínculo	Pessoas	Percentual
CLT	10	59%
Servidor Estatutário	4	24%
CLT + Estatutário	3	18%
Total	17	100%

Fonte: Dados da Pesquisa.

3.2 A abordagem das TNICEO pelas enfermeiras obstétricas junto às parturientes

A presente categoria possui 152 UR's organizadas em duas subcategorias: "Construção de vínculo com a parturiente" (56 UR's) e "Compartilhamento de conhecimentos e possibilidades de cuidado através de prática educativa" (96 UR's).

3.2.1 Subcategoria 1: Construção de vínculo com a parturiente

As falas das participantes revelaram que a construção de vínculo com as parturientes é um facilitador da comunicação e do oferecimento das TNICEO pelas enfermeiras obstétricas.

Porque a grande maioria [das mulheres], quando você cria um vínculo, ela se abre para as possibilidades, então, a gente consegue conversar e abrir um leque de opções que elas têm [...] (EO-08)

Então, normalmente eu converso, converso muito, tento entender primeiro a história dela. Como foi sua gestação anterior, a relação com o pai do bebê. Tento trazer, criar um mínimo de vínculo com ela para que ela possa ficar um pouco mais aberta a mim. (EO-05)

O vínculo, na perspectiva assistencial, surgiu a partir da Política Nacional de Humanização (PNH), em que se faz garantir a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, uma vez que este estava percorrendo um trajeto de forma "desumanizadora", com modos hierarquizados de gestão, precária rede de articulação entre os serviços de saúde, tratamentos invasivos e desrespeitosos, ações terapêuticas com foco na doença e não no sujeito e nas suas relações sociais. Ações essas que são incoerentes com a garantia do acesso universal aos serviços, com a equidade e com a integralidade a saúde (BRASIL, 2014; BRASIL, 2008).

No mesmo sentido, é preciso realizar uma retrospectiva dos caminhos da assistência obstétrica no Brasil, com resgate histórico em que o parto de um ambiente domiciliar e familiar, passou a ser institucionalizado com procedimentos invasivos, muitas vezes desnecessários. Pois, foi nesse cenário de crescente medicalização e aumento dos índices de taxas de morbimortalidade materna e neonatal, que guiado por uma prática de cuidado de maneira humanizada, o MS lança o Programa de Humanização no pré-natal e nascimento (PHPN), cujo objetivo principal é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do atendimento no momento do parto, englobando a valorização da mulher, tornando-a autônoma e singular no reconhecimento de suas necessidades (BRASIL, 2000b).

Dessa forma, fomentando ações integras em saúde, com o intuito de garantir uma qualidade da assistência obstétrica e neonatal, a integralidade poderia ser definida como o esforço da equipe em atender às necessidades singulares de cada indivíduo, aplicando seus saberes, articulando-os com os setores da sociedade que aquele indivíduo está inserido (CECÍLIO, 2001).

Desse modo, o estabelecimento do vínculo implica no compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e intervenções. Vínculo e acolhimento são termos imbricados, que na área da saúde, ao mesmo tempo em que é uma diretriz ética e política na produção de cuidado, pode ser uma ferramenta tecnológica avançada ao desenvolver e estimular a escuta para avaliação das necessidades do usuário (BARROS, 2005).

Sendo assim, as enfermeiras encontraram no vínculo uma maneira de aplicar a integralidade da assistência e, no caso desse estudo, o estabelecimento de vínculo entre a enfermeira e a parturiente foi também uma maneira que facilitou a apresentação das TNICEO, em seu processo de cuidar.

Sabe-se que o acolhimento e a construção de vínculos estão conectados e o respeito ao acolhimento fortalece as relações humanas, possibilitando a comunicação para uma produção de cuidado (BRASIL, 2010). Nesse sentido, Mendonça (2011) ainda afirma que no campo da saúde da mulher o vínculo é essencial e representa a aproximação nas relações humanas, aplicando um princípio de corresponsabilização, no qual o profissional se responsabiliza pelo bem-estar das usuárias.

Barbosa e Bosi (2017) consideram o vínculo como um “dispositivo” de cuidado, uma tecnologia e ferramenta relacional. Fazem referência à definição de “tecnologia leve” feita por Merhy (2005), em que são tecnologias de relações como uma forma de governar processos de trabalho.

Podendo o vínculo ser aludido como uma tecnologia leve, as enfermeiras obstétricas o utilizam como instrumento para abordar as TNICEO com as mulheres. Acredita-se que ele trará confiança, para que a mulher tenha maior aceitação das TNICEO oferecidas.

[...] às vezes, ela tem maior aceitação porque confiam [...] elas [as parturientes] vão fazer o que elas desejam, mas assim nessa relação de confiança [...]. Eu acho, eu penso que a relação de confiança, ela é extremamente importante. Se ela confia, ela consegue entender. Ela tem uma adesão de fazer ou não o procedimento e falar para você ‘ah não! eu não quero agora, daqui eu vou fazer’, ‘ah! Está bom!’. Então, eu tento utilizar essa relação de confiança do cuidado, acho que mais compartilhado, de que não é um cuidado para mim, é para ela. Então, se ela tem uma resposta positiva ou negativa, eu tento auxiliar nisso. (EO-02)

E, assim, depende do vínculo que você cria com a paciente. Tudo depende do vínculo. Quando ela passa a confiar em você [...] você chega e ela confia, mostra que você sabe ‘o porquê’ você está fazendo isso. Elas passam a confiar e a aceitar melhor. (EO-09)

Para Lansky e Figueredo (2014), o vínculo é entendido como conceito relativo à inter-relação humana, apresentando-se como diretriz para o resgate da relação interpessoal no cuidado à saúde. Corroborando com Barbosa e Bosi (2017), que sugerem que o vínculo, utilizado no âmbito da saúde, consiste em uma construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e profissionais, como forma de melhorar o conhecimento sobre os reais problemas de uma população. Sendo assim, partir desse momento atinge a integralidade de sua ação e cuidado.

Posto isto, o vínculo refere-se à continuidade do cuidado, pela aceitação e pelo relacionamento de confiança, que valoriza as percepções e as singularidades dos usuários do serviço de saúde, favorecendo a adesão da terapêutica proposta. A qualidade da atenção é baseada na conduta do profissional em interação com o usuário, buscando melhores atitudes e comportamentos, que favoreçam a assistência (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004).

Neste sentido, as sensações de satisfação, prazer e conforto serão melhores, de acordo com o estabelecimento do vínculo e a capacidade de oferecer condições para que a mulher vivencie o seu processo de gestação e parturição com autonomia (TORRES; SANTOS; VARGENS, 2008).

A formação do vínculo é iniciada estabelecendo uma comunicação, na qual as enfermeiras utilizam o diálogo. Dessa maneira, depois de uma apresentação, aos poucos, vão conhecendo as mulheres e, ao mesmo tempo, perguntam e apresentam suas tecnologias de cuidado.

Ela quer alguma ajuda? O que ela está sentindo ali na hora? E aí, eu, ao longo das respostas, eu vou tentando. Vou tentando oferecer algumas coisas para ela. (EO-13)

Mas assim, quando entro em cada Box, eu me apresento. Tem uma coisa minha desde a residência: eu gosto que saibam que sou enfermeira obstétrica, apesar de todo mundo confundir a gente, de uma maneira geral, e, a mim, muito como médica. Eu não gosto! Eu apago a luz de todos os Box, claro que eu pergunto ‘se acha que quer ficar no escurinho? Um pouco mais aconchegante?’ e ligo o foco e converso um pouco, procuro saber como ela está agora [...] (EO-06)

Então, quando ela entra em trabalho de parto, que ela interna, eu me apresento se não a conhecer, eu me apresento e deixo ela à vontade, para que me solicite a qualquer momento. (EO-03)

A enfermeira, ao se identificar, mantém o seu padrão e característica humanística, querendo que usuária a reconheça pelas suas ações e o seu cuidado específico. Ela oferece os cuidados a partir da sua visão de mundo e seu saber específico, em busca do reconhecimento e confiança da mulher à sua prática (BROCA; FERREIRA, 2012).

Nesse sentido, a enfermeira constrói a sua identidade profissional, também de forma individual, por meio da interação com as mulheres de quem cuidam. Apesar do senso de individualidade, a identidade é correlativa ao contexto de atuação e de experiências cotidianas. Vai depender do modo como a enfermeira se relaciona ou se apresenta, não só de forma nominal, mas como ela se apresenta profissionalmente, pela sua atuação, para que a mulher possa confiar no seu cuidado (NICÁCIO et al., 2016).

Sendo assim, após a sua identificação, a enfermeira inicia um processo de comunicação expressa por meio do diálogo, se tornando um elemento essencial no cuidado, favorecendo as relações interpessoais e se tornando um instrumento de significância humanizadora (BROCA; FERREIRA, 2012).

Essa característica do diálogo é humanizada, pois o saber falar, mostra uma maneira de respeitar o corpo da mulher e a estimula na participação de seu cuidado. E o vínculo desenvolvido através dessa comunicação favorece uma escuta ativa das subjetividades inerentes às mulheres, ajuda a desenvolver uma sensibilidade para elaboração de cuidado mais congruente culturalmente, de acordo com a demanda daquele sujeito (CAMACHO; PROGIANTI, 2013).

Para Caron e Silva (2002) a comunicação se torna terapêutica e efetiva quando a enfermeira ajuda a pessoa a lidar com o evento do parto, proporcionando conforto, confiança, satisfação, segurança emocional, guiando a mulher no curso do trabalho de parto e facilitando a adesão às TNICEO propostas.

A comunicação expressa por meio de diálogo é utilizada para esclarecimentos e orientações sobre o processo de parturição. Assim, é possível abordar e oferecer os instrumentos para implementar as TNICEO e favorecer sua adesão.

Eu utilizo a comunicação, que eu falo bastante. Tento comunicar com elas, mostrar o processo, a orientação. Eu utilizo isso para que elas entendam processos do trabalho de parto. Explico como é o trabalho de parto, demora fases, que tem uma fase mais rápida, o que é mais esperada que a contração vai vir frequente, mas passa [...] tento explicar o processo de trabalho de parto para ela. [...] eu explico que, no hospital, tem um espaço que pode utilizar [...] que aí tem algumas poltronas, tem bolas, tem cavalinho, tem a ‘escada’ para o agachamento. Então, é um espaço que ela pode utilizar na maternidade para isso. (EO-02)

Desse modo, essa comunicação pode resultar em modificações do comportamento da mulher e, principalmente, na aceitação do cuidado pelo uso de TNICEO. Pela comunicação, também podemos compreender a visão de mundo do paciente e identificar o que ele sente nos significados que ele atribui. A partir do momento em que se cria um contato mais próximo, é possível uma integração de culturas (BROCA; FERREIRA, 2012; CARON; SILVA, 2002).

Para Leininger (1991) a cultura é definida como os valores, crenças e modo de vida praticados, que foram aprendidos e compartilhados por grupos particulares, que geram pensamentos, decisões e ações de forma padronizada. Nessa perspectiva, a cultura abrange grupos que aprendem e compartilham os mesmos comportamentos na busca de um pertencimento social (SEIMA et al., 2011).

Relacionando a prática de enfermagem, em uma perspectiva antropológica, na busca de compreensão do processo saúde doença de um indivíduo, a cultura ainda pode ser definida como uma rede de significados elaborados pelos seres humanos, para entender, agir, reagir, perceber e organizar o mundo onde vivem. O indivíduo é entendido como um ser consciente, que percebe e interage com os outros para entender e procurar situações que vivencia (MARTIN, 2009; KALINOWSKI et al., 2010).

É a partir dessa integração e interação cultural que a enfermeira obstétrica tem condições de promover um cuidado culturalmente congruente, pois são valorizados os aspectos sociais e culturais do paciente, em que há uma intercessão do cuidado profissional com o cuidado popular do indivíduo, harmonizando os valores, crenças e visões de mundo das pessoas (LEININGER, 2013). A identificação dos aspectos culturais do indivíduo representa a construção de um cuidado congruente com a cultura (SANTOS; NASCIMENTO, 2019).

Em Reis, Santos e Paschoal Junior (2012), uma assistência de enfermagem coerente, do ponto de vista cultural, só pode ser desempenhada quando valores, expressões e modelos de cuidados culturais da pessoa, grupo ou família ou comunidade são conhecidos e utilizados de maneira adequada pelo profissional de enfermagem. Assim, o enfermeiro e os sujeitos das ações de enfermagem são envolvidos para busca de cuidados culturalmente congruentes,

desconstruindo o modelo vigente, tecnocrático, da assistência obstétrica, pautado por atitudes impositivas dos profissionais de saúde.

Na perspectiva de Leininger (2013) o processo da condição de saúde do indivíduo é influenciado pela cultura e, quando se desenvolve ações congruentes, se considera as diferenças entre a cultura do profissional e a cultura das pessoas envolvidas no cuidado. É preciso analisar o contexto cultural do cliente, para que seja possível identificar a forma de aproximação entre o cuidado popular e o profissional com mais qualidade, para se alcançar a efetividade dos compartilhamentos de saberes (CAIXEIRO-BRANDÃO, 2008; CHIBANTE et al., 2017).

Nessa interação com as mulheres, no qual surge o encontro do sistema de saúde popular e o Sistema profissional de saúde, a enfermagem deve usar ações que, organizadas e harmonizadas, objetivam o bem-estar e a autonomia do cliente, sem a imposição cultural. O sistema popular de saúde é aquele que abarca os conhecimentos e práticas desenvolvidos pela família, pelos vizinhos e pela comunidade e tem um significado muito grande, pois é aprendido e transmitido de geração em geração. Já o sistema profissional de saúde é desenvolvido por profissionais que oferecem serviços de cuidado ou de cura organizados (LEININGER, 2013).

Dessa forma, não ocorrendo a imposição cultural, em que um sistema se sobrepõe sobre o outro, é importante estabelecer a congruência do cuidado, para evitar o choque cultural que é desenvolvido quando a enfermeira, no momento de sua abordagem, sobrepõe o seu saber sobre os valores das parturientes. Nesse contexto, sendo o vínculo estabelecido pelos profissionais, a mulher reconhece uma disponibilidade daquele profissional em atendê-la, diminuindo a relação de poder que existe entre os profissionais e a sua clientela, oportunizando um espaço para manifestação dos sentimentos e eliminar as sensações de medo, de dor, de angústia que podem, ao momento do parto, estar associado.

Neste caso, se torna necessário fortalecer as relações intersubjetivas, que valorizem as diferenças e identidades dos seres humanos, estabelecendo uma relação de cuidado entre enfermeira e parturiente, pautada na humanização, direcionando para uma nova visão de mundo, para um pensamento aberto e de aproximação entre interlocutores com posições socioculturais distintas que, mesmo com as diversidades, se colocam em posições simétricas. (ZAMPIERI; ENDMANN, 2010).

3.2.2 Subcategoria 2: Compartilhamento de conhecimentos e possibilidades de cuidado através de prática educativa

As enfermeiras desse estudo percebem que muitas mulheres trazem consigo a crença de uma cultura, na qual a obstetrícia medicalizada é hegemônica e valoriza ações intervencionistas e centradas no profissional, o que pode não favorecer sua aceitação das TNICEO:

Muitas ainda, não tanto quanto antigamente, mas muitas ainda acham que têm que ficar restritas [ao leito] e, aí, a gente fala uma apresentação básica [...]’olha você pode andar. Quando essa dor estiver muito forte, você pode ir para o banho’[...] (EO-06)

No enfrentamento dessa questão obstétrica, para Zampieri et al. (2010), a prática educativa se torna uma estratégia valiosa para facilitar a abordagem profissional e para trabalhar junto ao indivíduo a visão crítica e libertadora de sua condição de vida, buscando a mudança em seu benefício ou comunidade.

Para Progianti e Costa (2012), cabe à enfermeira amenizar esse conflito cultural, presente entre as mulheres socializadas, de forma medicalizada e a abordagem desmedicalizada. Essa mediação pode acontecer por meio das ações educativas em saúde, que não só respeitem a individualidade, mas permitam a tomada de decisão pelo seu cuidado.

Nesse sentido, para promover a autonomia feminina, as enfermeiras utilizam a oferta de esclarecimentos, de informações e de orientações sobre as TNICEO que utilizam.

Eu explico para que e porque eu estou fazendo aquilo e porque ele é bom. (EO-16)

E essas tecnologias, todas elas são discutidas antes com a mulher e explicado o porquê que estão sendo oferecidas [...] eu explico primeiro, antes e para o quê serve, e que seria legal ela tentar. (EO-15)

[...] aí eu começo a conversar com ela, explico sobre o trabalho de parto e, aí, é um dos momentos que falo para ela de todas as tecnologias que podem ser usadas. E eu sempre enfatizo a ela que é uma escolha dela. (EO-10)

Dessa forma, a prática educativa pode ser entendida como instrumento do cuidado desmedicalizado, que serve para reestruturar o cuidado medicalizado, que as mulheres carregam em sua concepção e, assim, ser possível amenizar conflitos na assistência obstétrica, gerados pelas diferenças entre a cultura da mulher e do profissional (COSTA, 2007; COSTA; SANTOS; PROGIANTI, 2016).

O MS define educação em saúde como um processo educativo de construção de conhecimentos e práticas em saúde, que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e debate com os profissionais, a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2006).

A educação em saúde requer o desenvolvimento de uma pensar crítico e reflexivo, que permita propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade (FALKENBERG, 2014).

Dessa forma, a educação em saúde é compreendida como um processo de aprendizagem teórico-prático que possui a finalidade de integrar saberes, como o científico da enfermeira e o popular da parturiente, possibilitando que as mulheres envolvidas desenvolvam uma visão crítica acerca da produção de cuidado oferecido pela enfermagem (RAMOS et al., 2018).

Esta concepção de educação em saúde, baseada em um enfoque ao senso crítico, provém um cuidado culturalmente congruente com as demandas daquela parturiente. A enfermeira consegue romper com a visão normatizadora da educação em saúde, em que o indivíduo é mero receptor da informação, na qual pressupõe-se que o sujeito também é detentor de um determinado conhecimento e não mero receptor (ACIOLI, 2008).

Em vista disso, são realizadas orientações que valorizam o respeito ao corpo e a decisão da mulher, percebidas nas falas a seguir:

[...] mas tudo isso é questão de você trabalhar essa mulher, explicar o ‘porquê’. Não adianta você colocar ela sentada na bola. ‘Está sentando na bola por quê?’ Ela precisa ter confiança em você e saber que o corpo é dela. Os atos são seus, mas o corpo é dela e ela precisa saber o porquê que você ‘tá fazendo aquilo, né?! Mediante isso, flui. (EO-11)

Eu procuro explicar novamente para ela sobre o que eu acredito e sobre o que eu estudei. Mesmo assim, tem mulheres que vão se negar “olha eu não quero, vai ser desse jeito” e vai ser do jeito que ela quer, porque eu acredito que humanização é isso. É você respeitar o desejo da mulher. Eu não posso achar que o meu desejo, que eu estudei, seja válido para todas as mulheres. (EO-02)

A gente orienta, mas, ainda assim, a decisão é dela. Ela vai fazer se ela quiser. Se ela não quiser fazer exercícios na bola, se ela quiser tomar banho, se ela quiser ficar só deitada, ela vai ficar deitada. (EO-04)

Ramos et al. (2018) classificam a orientação como uma prática educativa e um instrumento para educação em saúde. Nesse sentido, as práticas educativas desenvolvidas

pelas enfermeiras, no campo obstétrico, são um instrumento de suas ações de cuidado que podem transformar a maneira de parir. E, mais uma vez, em confluência com a concepção humanística da atenção à saúde, envolve o compartilhamento de saberes e reconhecimento dos direitos, valorizando os condicionantes socioculturais presentes nas partes envolvidas (PROGIANTI; COSTA, 2012).

Portanto, nessa linha de raciocínio que Chibante et al. (2017) dizem que, para atingir o cuidado efetivo, é preciso conhecer os aspectos culturais de uma população. Assim, a ação de enfermagem desenvolvida junto à parturiente, valorizando sua decisão e experiência, consegue modificar o enfoque da relação entre profissional e usuária, tendo a possibilidade das mulheres se tornarem sujeitas e protagonistas no processo de cuidado da sua condição de saúde.

No entanto, as percepções que as pessoas têm de sua condição de saúde, são pouco consideradas, compreendidas e valorizadas pelo profissional de saúde. Assim, quando o profissional faz orientações e desenvolve ações educativas de acordo com as suas crenças, o que nem sempre está em consonância com usuário, pode gerar dilemas e dificuldades na relação profissional-cliente, o que pode ser uma das causas de baixa adesão à terapêutica recomendada (AMADIGI et al., 2009).

Por isso, a educação em saúde é, muitas vezes, entendida como um modo de fazer as pessoas mudarem seus hábitos, para assimilarem recomendações feitas pelos profissionais de saúde e, assim, evitar o desenvolvimento de um conjunto de processos agravantes da condição de saúde (GOMES; MERHY, 2011).

Contudo, as práticas educativas aplicadas na teoria transcultural de enfermagem se transformam em instrumento do cuidado cultural, que são cuidados de enfermagem culturalmente satisfatórios, em que as enfermeiras valorizam e respeitam o modo de viver e as decisões das mulheres (SEIMA et al., 2011).

É nessa perspectiva que significamos o encontro da enfermeira obstétrica, utilizando o compartilhamento do seu saber com a parturiente, de forma que esta faça uma reflexão e decida sobre o que seria melhor para ela utilizar naquele momento. O papel do enfermeiro passou do simples ato de orientar ou impor, para favorecer a conscientização das pessoas a respeito da situação em que vivem e das consequências das suas escolhas para sua saúde (SOUSA et al., 2010).

Portanto, é visto as enfermeiras oferecendo as diversas TNICEO para as mulheres, empoderando-as na tomada de decisão de qual tipo de tecnologia prefere.

E é bom assim você oferecer mais de uma ‘você quer ir no banheiro ou você quer tomar banho? Você quer tomar banho ou você quer andar um pouco?’. E, aí, você levanta os principais benefícios e deixa ela escolher. Ela tem que sempre ter o poder de escolha. Ela tem sempre que sentir, Empoderar ela. Porque é importante isso, a paciente estar empoderada e entender seu papel no trabalho de parto. (EO-09)

É aqui nesse contexto que se insere o empoderamento no processo educativo, pois ele é o resultado que pode ser concebido de uma interação social, na qual os indivíduos geram pensamentos críticos sobre a sua realidade, favorecendo a capacidade de construir transformações sociais de poder. O empoderamento pode ocorrer em diferentes níveis: o empoderamento individual, o empoderamento organizacional e o empoderamento comunitário.

No nível individual, o empoderamento se refere à habilidade das pessoas de ganharem conhecimento e controle pessoal, para agir na melhoria de sua condição de vida, fazendo com que o indivíduo se sinta influente nos processos determinantes de sua vida. Se torna resultante na interação do indivíduo com o ambiente e como ele percebe os sujeitos envolvidos na sua relação (BAQUERO, 2012).

O empoderamento organizacional trata-se de uma abordagem do processo de trabalho, que objetiva a delegação do poder de decisão e autonomia para a participação de funcionários no desempenho de suas funções, em uma determinada instituição. E o empoderamento comunitário é o processo pelo qual grupos ou indivíduos são capacitados como atores, para desenvolverem ações de objetivos definidos coletivamente. Empoderar, em uma concepção intransitiva verbalmente, “empoderar a quem”, significa dar poder ao outro, compartilhando os poderes que possui, tornando o indivíduo capaz de aumentar suas habilidades e recursos para ganhar poderes por si, e sua capacidade de ação e de decisão (BAQUERO, 2012).

Assim, as enfermeiras obstétricas desenvolvem o empoderamento individual, ao compartilharem seus saberes sobre as TNICEO, atuando subjetivamente para que a mulher ganhe poder interior e confie em seu corpo para parir (MOUTA et al., 2017).

Hammerschmidt e Lenardt (2010) afirmam que o cuidado é empoderador, porque por intermédio da informação, o cliente tem conhecimento de sua realidade. Nesse sentido, a abordagem das enfermeiras obstétricas sobre as TNICEO, quando compartilha saberes, se insere no contexto da educação em saúde, pois, por meio do empoderamento, pode-se contribuir para que um sujeito transforme a própria vida (SOUSA et al., 2010). No caso das mulheres, elas transformam sua maneira de parir e isso pode ter consequências em outras dimensões de sua vida e da sociedade em geral (ODENT, 2002).

Entretanto, nem sempre as práticas educativas vão conseguir fazer as pessoas mudarem seus hábitos, concepções e valores adquiridos ao longo da sua história de vida. Em estudo realizado por Costa e Progianti (2012), as mulheres em processo de parturição aceitaram vivenciar o aprendido no processo educativo e reconheceram as estratégias de cuidado utilizadas pela enfermeira como benéficas, porém, em alguns casos se tornou difícil romper o ciclo de submissão a que a mulher se enxergava no parto e resgatar o seu protagonismo.

Dessa forma, em uma perspectiva em que se visa um cuidado de enfermagem culturalmente congruente ou satisfatório, alicerçado na teoria de M. Leininger, nem sempre a prática educativa vai possuir esse efeito reestruturador do cuidado medicalizado, no qual a mulher aceita a abordagem da enfermeira com a TNICEO. Mas não significa o insucesso dessa estratégia educativa, apenas pode ser um processo longo de construção coletiva de um novo saber para a mulher, o que não vai implicar de imediato na mudança de comportamento. (COSTA; PROGIANTI, 2012).

O tempo da enfermeira obstétrica com a mulher na sala de parto é curto. Dificilmente essa mulher vai ser empoderada em um nível individual, se ela não foi preparada previamente para isso, no pré-natal. O processo de desconstrução para construir o novo, é um processo que precisa ser duradouro. Ele é mais longo e não é possível fazer isso nesse intervalo de curto tempo do momento do parto. O empoderamento no pré-natal é trabalhado para além do momento da gestação e parto. É o empoderamento da mulher para a sua vida.

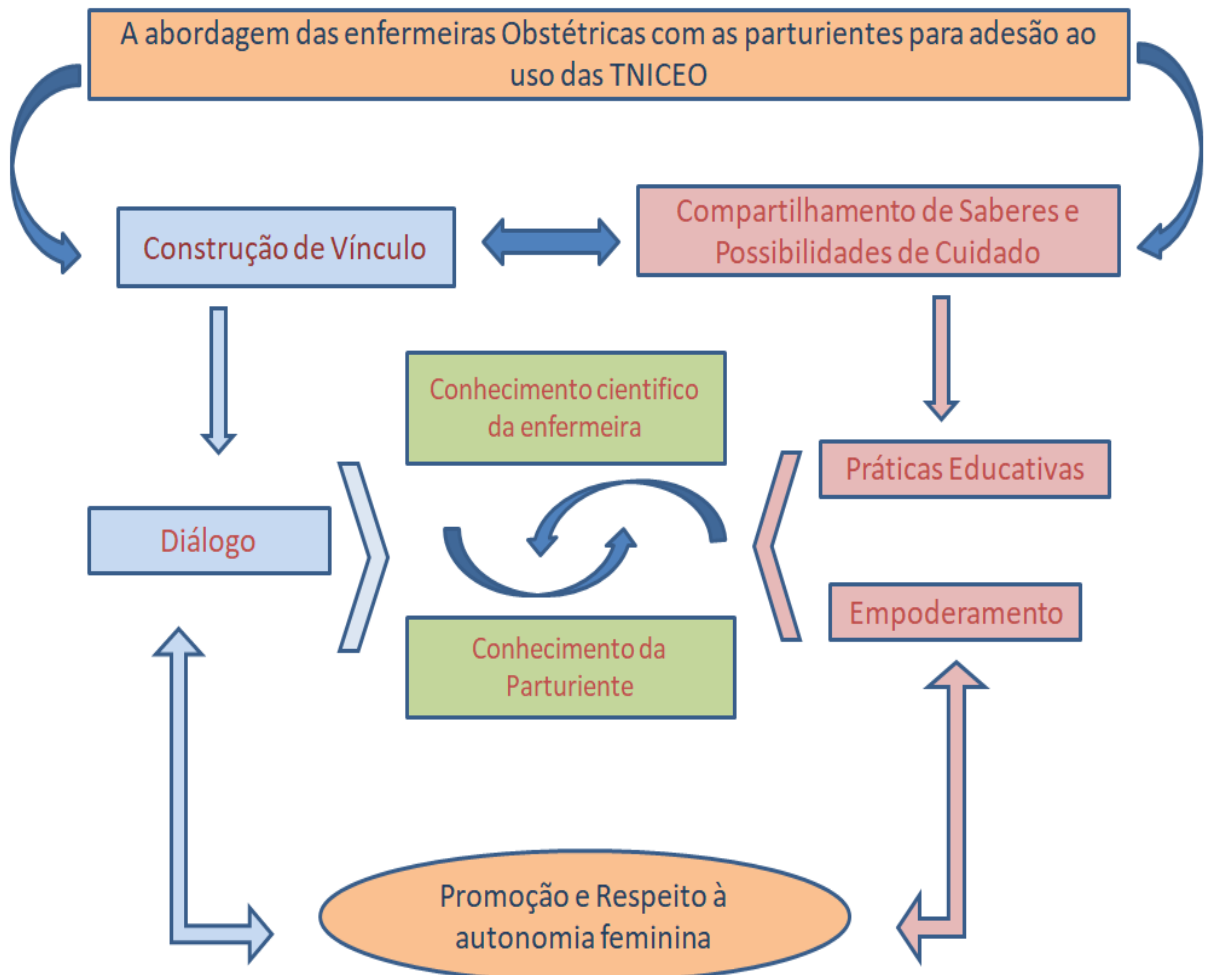
Contudo, para finalizar a discussão da categoria, percebemos que as participantes possuem uma postura de abordar dignamente a mulher, considerando suas expressões subjetivas, para oferecer as TNICEO. Essa abordagem (figura 4) é configurada pela construção do vínculo, pelo compartilhamento de saberes e pelo oferecimento de diferentes opções de cuidado, incluindo as TNICEO.

A Enfermeira inicia a sua relação com a parturiente via diálogo, como estratégia para transformar a realidade e instrumentalizar as parturientes com a informação e conhecimento adequado, por meio de práticas educativas. Estas permitem o empoderamento individual da parturiente, incentivando sua autonomia para a tomada de decisão durante o processo de parturição.

Vale dizer que, quando se cria uma relação de confiança e de diálogo entre os sujeitos, há a aceitação da proposta de caráter educativo, mesmo que essa proposta não implique em uma resolução imediata dos problemas de saúde da população envolvida (COSTA; SANTOS; PROGIANTI, 2016). É preciso desenvolver a postura de “escuta atenta” e abertura ao saber

do outro, para que se adquira a possibilidade de uma construção compartilhada de conhecimento e de formas diferenciadas de cuidado a partir dessa construção (ACIOLI, 2008).

Figura 4 – Esquema sinóptico da abordagem das TNICEO pelas enfermeiras obstétricas junto às parturientes



Fonte: A autora.

3.3 Fatores que interferem na adesão das mulheres e na abordagem das enfermeiras obstétricas às TNICEO

Foram identificados no estudo, por meio dos relatos das enfermeiras obstétricas, alguns fatores que interferem na adesão das mulheres às TNICEO, a partir do ponto de vista da sua prática assistencial.

Dessa forma, possuindo um total de 219 UR's, a categoria foi agrupada em 2 subcategorias, na intenção de discorrer sobre os fatores, sendo elas: “Fatores que interferem na adesão das mulheres às TNICEO: Socialização baseada na cultura medicalizada” (127 UR's) e “Fatores que interferem na abordagem das TNICEO pelas enfermeiras obstétricas” (92 UR's).

3.3.1 Subcategoria 1: Fatores que interferem na adesão das mulheres às TNICEO: socialização baseada na cultura medicalizada

Um dos principais fatores que fazem as mulheres não aderirem às TNICEO é a sua socialização em um padrão cultural medicalizado que foi construído gradativamente, quando o parto passou a ser hospitalar, ficando sob domínio dos profissionais médicos, que começaram a tratar a gravidez como patologia, inserindo procedimentos intervencionistas. Dessa forma, foram sedimentando os pilares de um modelo de assistência medicalizado e tecnocrático, favorecendo a expropriação da autonomia feminina no seu processo de parturição (DARÓS et al., 2010).

Assim, é devido a essa construção cultural medicalizada, que muitas mulheres ainda acreditam que necessitam de intervenções médicas e desacreditam da sua capacidade de parir. Dessa forma, quando elas creem em práticas intervencionistas, favorecem a não adesão aos cuidados humanizados e desmedicalizados que as enfermeiras obstétricas propõem por meio do uso das TNICEO. Este fato é percebido em alguns relatos das enfermeiras obstétricas, como:

Então, acho que é sim esse fator de como ela vê o parto. E, assim, uma das coisas que é a cultura do Kristeller na hora do expulsivo, a maioria ainda pede para ser cortada e para ser feita a manobra, porque é assim que elas entendem a forma delas parirem. (EO-15)

Então, a gente recebe as mulheres muito com essa cultura mesmo, intervencionista, de que é médico acima de qualquer coisa para o cuidado, como se todas as intervenções fossem necessárias. (EO-08)

A partir do final do século XX, a medicina moderna ampliou seu campo de intervenção e transformou o corpo para a sociedade. Isso representou uma extrapolação da ciência médica à vida, como um todo, não havendo um fenômeno que não pudesse ser descrito nessa relação do corpo com a medicina (ZORZANELLI; CRUZ, 2018).

Dessa forma, a medicalização intensificou a difusão da cultura do parto hospitalar na sociedade e fez com que as mulheres passassem a não acreditar na sua capacidade fisiológica e psíquica de parir. O parto passou a ser visto por elas como um ato técnico, que necessita de um profissional com um saber elevado e uma alta tecnologia instrumental para ser realizado (BEZERRA; CARDOSO, 2005).

É nesse modelo tecnocrático, no qual há valorização de práticas intervencionistas que desconsidera os benefícios da fisiologia do processo parturitivo, que a mulher assume um papel passivo. O parto deixa de ser um assunto para as mulheres e passa a ser do profissional de saúde que a assiste (DARÓS et al., 2010).

E é em virtude do crescimento desse modelo, que ao longo dos anos, a cena do parto foi sofrendo modificações com o surgimento de políticas públicas de saúde, que visavam resgatar a fisiologia do parto e a autonomia das mulheres no processo, valorizando condutas humanizadas no intuito de mudar o modelo tecnocrático que ainda está muito presente nas práticas profissionais (ALVARES et al., 2018).

No entanto, sofrendo influência cultural e social, muitas mulheres na atualidade continuam a transferir a responsabilidade do nascimento a um profissional de saúde, por não se sentirem capazes. Tal comportamento é favorecido devido ao papel da mulher, construído socialmente, das modificações das práticas obstétricas que levaram à mecanização do ser humano e desvalorização da mulher (DARÓS et al., 2010).

Se a mulher desacredita no seu corpo, em conseguir parir sem intervenções, ela não consegue aceitar e aderir aos cuidados da enfermeira obstétrica. Torna-se muito complicado querer desconstruir em apenas algumas horas de assistência, a visão de mundo que a mulher tem do processo de parturição, que foi construído ao longo de uma vida sob influência do seu meio social e cultural.

A influência que a família e o meio social que a mulher está inserida exercem na socialização da mulher a respeito de sua concepção sobre o parto e a sua dinâmica, não favorece a adesão da mulher aos cuidados oferecidos pelas enfermeiras e suas tecnologias. A experiência de vida da mulher, as histórias de seus partos anteriores e de familiares moldam as suas concepções sobre o parto e normalmente a mulher acredita e valoriza os desfechos dos acontecimentos anteriores aos quais ela presenciou, em que atitudes intervencionistas foram usadas sem repercussão ou resultados negativos, no seu modo de pensar. Como identificado em algumas falas:

Olha normalmente o que eu acho que interfere é quando a mulher já tem aquela experiência de parto mais medicalizado. Então, aquela mulher que algum parto já teve um kristeller, teve uma episio, teve uma ocitocina e que achou que isso aí foi importante para ela e ela só pariu por conta disso. Então, às vezes a gente orienta uma tecnologia e ela fala ‘aah isso não vai adiantar, me bota logo no soro’[...] Muitas acham, às vezes, que a gente está forçando o parto normal, que a gente não está fazendo nenhum tipo de medicação para acelerar o parto, né?! Enfim, principalmente as mulheres que já tiveram outros partos e tiveram parto, às vezes, com ocitocina ou com episio e, aí, acham que a gente está fazendo, querendo com que elas sofram. Pelo contrário, na verdade elas não entendem que a gente está querendo proteger. (EO-05)

Se ela veio de uma família, de uma cultura onde os partos não foram muito positivos, tiveram muitas intervenções e têm histórias negativas, ela vem com tudo isso, é mais difícil para a gente, em uma assistência pontual, desconstruir isso tudo. (EO-06)

Bom eu vejo que elas quando iniciam o pré-natal, elas já se preocupam sobre em relação ao uso dos medicamentos, que já vêm com essa cultura dos partos anteriores, ou cultura familiar ou de amigas que já foram gestantes, e, aí, elas vêm com essa cultura da medicalização. De achar que medicamento é importante e que elas não dariam conta sem medicamento da fase do ciclo gravídico puerperal. (EO-03)

A assistência adequada ao parto consiste não só em observar a sua evolução, sem interferir na sua fisiologia, mas, também, consiste no reconhecimento do parto como um evento familiar e social, em que a família propicia os aportes afetivos necessários ao desenvolvimento do bem-estar da gestante. Sendo, também, no interior do círculo familiar que se constroem marcas entre gerações e que são observados valores culturais. A cultura dos povos influencia o processo parturitivo e como a mulher enxerga o processo (BEZERRA; CARDOSO, 2005).

Muitas mulheres, em nosso meio social, estão rodeadas por expectativas dos medos que permeiam o trabalho de parto, atribuindo significados a partir de suas experiências vividas, formando percepções sobre a dor (FIRMINO et al., 2020).

Nesse contexto cultural, as enfermeiras pesquisadas relataram que fatores inerentes à relação da parturiente com o acompanhante e a sua não aceitação da gravidez podem interferir na sua adesão às TNICEO.

Aah! pode interferir é por exemplo a aceitação dela em relação a gestação. Como ela esteja em relação essa gestação dela. A interação com os acompanhantes, sempre ficam dois, e essa interação também sempre acaba interferindo, a intervenção desses acompanhantes no trabalho de parto dessa gestante. (EO-03)

Eu tento dar um tempo, tento identificar o que está acontecendo, se tem alguma questão ali, se tem alguma questão social, alguma questão emocional por de trás daquela não aceitação dela. (EO-01)

E aquelas que não querem de cara, às vezes, tem a ver com o vínculo que ela fez com o bebê, tem uma história ali atrás, às vezes, a gente descobre às vezes não. (EO-06)

Se ela não aceitou aquela gravidez desde o início, se for uma gravidez turbulenta, ela não está com o companheiro, com o pai da criança, a família não aceitou bem. Aquilo também vai emergir na hora do parto. (EO-09)

Esses relatos nos mostram que se torna necessária a valorização da mulher grávida, das suas queixas e dos sentimentos, para que o profissional reconheça os medos e os problemas da gestante, evitando banalizá-los ou ignorá-los, devendo incluir todos envolvidos no processo como os familiares e companheiros (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

A valorização das subjetividades da mulher, que inclui a sensibilidade de perceber as relações da mulher com a gravidez e suas redes de apoio revelam uma característica da abordagem e uso das TNICEO. Ao mesmo tempo, é a presença dessas emoções que podem favorecer a negativa aos procedimentos humanizados e o uso de TNICEO pelas enfermeiras obstétricas, uma vez que essa mulher poder não estar compreendendo o processo e ter uma visão negativa do parto, impulsionada pelas suas emoções.

A ótica da TDUCC permite ampliar possibilidades e vislumbrar a história de vida da mulher, fazendo-nos perceber que é totalmente viável construir o cuidado de enfermagem de maneira sistematizada e articulada com o conhecimento cultural do indivíduo compreendendo as diferentes formas de pensar (OLIVEIRA; ROCHA, 2019).

Desse modo, a relação da equipe de enfermagem com a parturiente e com a sua família constitui-se de um encontro de culturas diferentes, no qual ambas buscam respostas para as necessidades que estão afligindo a mulher no momento de sua parturição. Os valores culturais vêm da história de cada um, sendo adquiridos e desenvolvidos durante a vida (TAVARES, 2016).

A TDUCC permite maior aproximação do profissional e do ser cuidado, facilitando o reconhecimento do contexto em que se vive e a sua visão de mundo e, assim, os fatores que podem interferir no comportamento do indivíduo (SEIMA et al., 2011).

Nesse sentido, o Modelo Sunrise, em seus níveis I e II, permite que reconheçamos a medicalização da mulher como um fator social e cultural, que vai interferir na sua adesão às TNICEO e, conseqüentemente, ao cuidado desmedicalizado. Cabe ressaltar que o Sunrise é um mapa cognitivo que tem como objetivo descobrir os fatores embutidos e múltiplos,

relacionados à teoria. Este diagrama visual leva o pesquisador a buscar amplamente vários fatores influenciando o cuidado dentro de qualquer cultura sob estudo. Nesse modelo são levantadas as forças e influências que, devidamente analisadas, propiciam o cuidado cultural (LEININGER, 2013).

3.3.2 Subcategoria 2: Fatores que interferem na abordagem das TNICEO pelas enfermeiras obstétricas

Esta subcategoria revela alguns fatores relacionados ao processo de trabalho, que interferem na abordagem das TNICEO pelas enfermeiras obstétricas, tais como: a demanda de serviço, relação interpessoal com outros profissionais e o perfil da instituição.

O trabalho envolve, não só o aspecto produtivo da ação na produção do cuidado, mas, também, é perceptível a sua subjetividade no que tange às características relacionais, que acabam interferindo na dinâmica do processo de trabalho, a qual implica o saber-fazer, o engajamento do corpo com a inteligência para executar a atividade que se propõe, sincronizando as forças físicas, cognitivas e emocionais (HELOANI; LANCMAN, 2004; DEJOURS, 2004).

Neste estudo, as enfermeiras relataram que a presença do médico no plantão interfere em sua abordagem, quer seja por pressão ao ritmo do trabalho, quer seja por imposição de atitudes medicalizadas, que retratam um conflito entre as categorias:

Tem horas que você já está fazendo as coisas muito no automático, você já está intervindo demais, você já está fazendo um toque muito excessivo, porque você quer acabar com aquilo. Você quer resolver aquilo de alguma forma. Até porque existe a pressão do plantão também, aqui é um centro obstétrico, é o tempo todo médico do seu lado, e eles querem limpar o plantão. Eles querem passar um plantão limpo e sem pendências. (EO-14)

É difícil, porque aqui é uma maternidade que, apesar de já ter enfermagem obstétrica há muito tempo, a posição [...] o parto médico é muito presente ainda. Então, acontece que, dependendo do plantão, ainda mais que tem médicos mais antigos, eles medicalizam muito a paciente. Eu tento medicalizar o mínimo [...]. Então, eu tento medir entre chamar um médico, que vai ser extremamente invasivo, fazer uma episio [...] e eu só entrar com uma ocitocina, eu prefiro só eu entrar com uma ocitocina. (EO-09)

A gente ainda se depara também com alguns profissionais, que não ajudam nesse processo de parturição delas, então não posso falar para uma mulher, que tem medo de ir para o SUS, que o parto dela vai ser excelente, de forma completamente humanizada, porque isso infelizmente vai depender do

plantão. A nossa cultura, até mesmo no hospital, é ainda muito medicalizada. Os próprios técnicos, enfermeiros. Médico a gente nem conta, porque o médico é medicalizado, assim, a equipe de enfermagem ainda não é. (EO-04)

Os conflitos entre as categorias profissionais podem ser devido à presença de divergências na percepção e atitude do profissional sobre o parto e ao seu processo fisiológico. Existem resistências dos obstetras na aceitação de práticas não intervencionistas, devido a não compreensão sobre como a função da enfermeira pode ser somada ao processo de trabalho (ANGULO-TUESTA et al., 2003; MATTAR E SILVA, 2020).

Ressalta-se que a organização do trabalho pode ser entendida como um processo que envolve um conjunto de atividades desenvolvidas por trabalhadores, incluindo as relações de trabalho e relações hierárquicas, entendendo que, ao dividir o trabalho, também é imposta uma divisão entre os seres humanos. Pois, quando falamos de organização do trabalho, não se aborda apenas como esse trabalho é desenvolvido ou ordenado, mas compreende a sua divisão e as relações de poder (PIRES; GELBECK; MATO, 2004; LORENZETTI et al., 2014).

Nesse sentido, na organização do trabalho em saúde, o profissional médico detém o poder no cenário hospitalar. Esta relação de poder entre enfermeiras e médicos remonta ao século XIX, quando a medicina se apropriou do espaço hospitalar, subordinando os demais profissionais nesse espaço de trabalho, o que causa o desgaste psíquico às enfermeiras, por não conseguirem desempenhar suas funções da forma como gostariam, gerando um sofrimento e insatisfação com as atividades que desempenham. (MATOS FILHO et al., 2018; ZORZANELLI; CRUZ, 2018).

No entanto a humanização, como sendo um termo polissêmico, pode ser atribuído a um ambiente saudável para o profissional exercer suas atividades, onde são valorizados e reconhecidos por suas ações em uma instituição organizada, com fluxos flexíveis e recursos materiais. Pois, o reconhecimento do profissional, em um ambiente agradável e humanizado, pode determinar a forma como ele estabelece os relacionamentos interpessoais com o usuário e como este percebe seu cuidado (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

Dessa maneira, as sobrecargas de trabalho, também podem dificultar o desempenho das funções de enfermeira obstétrica, interferindo na sua abordagem e contribuindo para a não adesão às TNICEO, pois as enfermeiras obstétricas não conseguem dar a devida atenção à mulher e oferecer as TNICEO disponíveis de forma efetiva, pois precisam dar conta de outras cobranças que fazem parte de seu processo de trabalho como a burocracia e a supervisão do setor.

Então, às vezes, a gente não tem tempo para fazer isso tudo [Oferecer as TNICEO], então, às vezes, peço por isso, por estar muito cheio e você ter que atender muitas pessoas ao mesmo tempo [...] De repente, ela vai pedir para alguém ou não, então assim, esses fatores vão influenciar muito. Então, a equipe reduzida, a demanda [...] (EO-17)

Assim, existem protocolos aqui que, às vezes, impedem a gente fazer, trabalhar como enfermeiro obstétrico partejando, sabe? Atuando e ficando mais com essa mulher [...] esses protocolos burocráticos. Hoje em dia, eu falo isso para todo mundo. Às vezes, me sinto muito mais ‘enfermesa’, do que enfermeira obstétrica, porque a gente é muito mais cobrado em questão de papel, do que, propriamente, o nosso papel como enfermeira obstétrica. (EO-10)

A princípio, o pior dentro disso é o tempo, porque a gente tem uma demanda de trabalho muito grande, então, às vezes, a gente tem que dar conta de [...] duas enfermeiras obstétricas dando conta de 12 clientes. [...] Então, eu acho assim: o maior problema é o tempo que assistência não é de 1 para 1, é de 1 para 6 em algumas situações e a gente não tem um tempo para ficar investindo nas tecnologias. (EO-15)

Se o cuidado é um para um ou se eu tenho um milhão de coisas para fazer como eu tenho dentro de um hospital público (a burocracia, outras pacientes, equipe médica que me chama para ver cama como se eu fosse a responsável, equipe médica que me chama para ver impressora, técnica de enfermagem que, às vezes, em vez de resolver, me chama por coisas simples que podia fazer) é complicado assim, né?! Eu não estou no cuidado para mulher, eu estou no cuidado para o meu setor e a mulher fica em segundo plano. (EO-07)

Sendo assim, as mulheres podem se sentir sozinhas e abandonadas, pois a equipe não oferece a devida atenção e cuidado, favorecendo a percepção negativa que a mulher vai ter daquele parto e contribuindo para sua insatisfação do processo, traduzindo em uma experiência negativa (ALVARES et al., 2018).

A percepção das mulheres sobre a sua assistência relaciona-se ao apoio profissional e ao incentivo deste, sendo necessário se fazer presente, pois a escuta, a atenção e a cordialidade durante o atendimento são essenciais e é isso que pode fazer a vivência da mulher durante a parturição ser prazerosa ou traumática (DULFE et al., 2017). Dessa forma, se o profissional, devido à demanda de serviço do setor, não se faz presente na sua assistência, provavelmente dificulta a construção da confiança e do vínculo com essa mulher e, com isso, ela não vai aderir e, provavelmente, nem serão oferecidas as TNICEO, pelas enfermeiras que se encontram sobrecarregadas e distantes do cuidado direto.

Outro fator relevante que pode não favorecer a abordagem das TNICEO pelas enfermeiras é a falta dos instrumentos materiais específicos utilizados na implementação do cuidado.

[...] mas, assim, a verba também influencia. Às vezes, a gente não tem Aroma, por muito tempo, a gente tava sem aroma. E, aí, não tava usando. E aí ganhamos uma leva. Agora está usando de novo. (EO-12)

Sabe-se que as dificuldades estruturais, a falta de materiais e equipamentos em quantidade e qualidade suficientes para a prestação de um cuidado adequado e a imprevisibilidade desses recursos, dificultam o planejamento e a execução das ações de assistência à saúde (VIEIRA, 2019; VIEIRA et al, 2021). No que tange ao aspecto humano do trabalho, salienta-se que, para os profissionais de saúde, a precarização do trabalho acarreta sobrecarga física e psíquica, desvio de função e um atendimento precário e desumanizado (DODOU et al., 2017).

As enfermeiras afirmam que o perfil medicalizado da instituição é um dos fatores que podem atrapalhar na abordagem e na adesão das mulheres às TNICEO.

[...] mas, ao mesmo tempo, eu estou dentro de uma unidade que é medicalizada e, por vezes, realmente vai ter necessidade de medicalizar esse parto. Por vezes, essa mulher não entende o que a gente está fazendo. Às vezes, a gente tem que medicalizar, porque tem que acelerar o parto, porque o sofá está cheio e, aí, eu preciso rodar leito, senão a outra vai parir no sofá. (EO- 14)

[...] a unidade em si, é uma unidade muito intervencionista. (EO-08)

A maioria das instituições em que eu trabalho ainda é medicalizada. (EO-12)

Cabe aqui a reflexão de que, se os profissionais que trabalham nas instituições são medicalizados, porque foram formados nesse modelo, isso reflete no tipo de assistência que é prestada a essa mulher, ou seja, não é a instituição somente que é intervencionista, mas os profissionais que ali atuam. A visão de mundo do profissional irá impactar em suas condutas e essas sobre a instituição à qual é vinculado.

No entanto, não podemos deixar de mencionar que as políticas públicas, quando implantadas pelos gestores impulsionam as transformações de atitudes dos profissionais. Desse modo, as instituições e os profissionais estabelecem uma relação de forças, que podem tanto transformar, como manter os modelos assistenciais.

Entretanto, devemos estar atentos ao tipo de vínculo que este profissional possui com a instituição. Como verificado na caracterização dos participantes desse estudo, todas as enfermeiras possuem um vínculo por meio de CLT, isso acaba mostrando a precarização do trabalho da enfermagem obstétrica que vem se acentuando com a implantação da política econômica neoliberal, que, a fim de reduzir o papel do Estado nas áreas sociais, reduziu o

financiamento do SUS e os direitos dos trabalhadores, em geral e da saúde (VIEIRA et al, 2021).

É nesse contexto que a terceirização se generalizou para todas as atividades e tipos de trabalho, tanto no serviço público, como no privado, apresentando diversas formas de regulação e de legislação, se transformando em uma peça fundamental da arquitetura produtiva devido a sua flexibilidade (DRUCK, 2018).

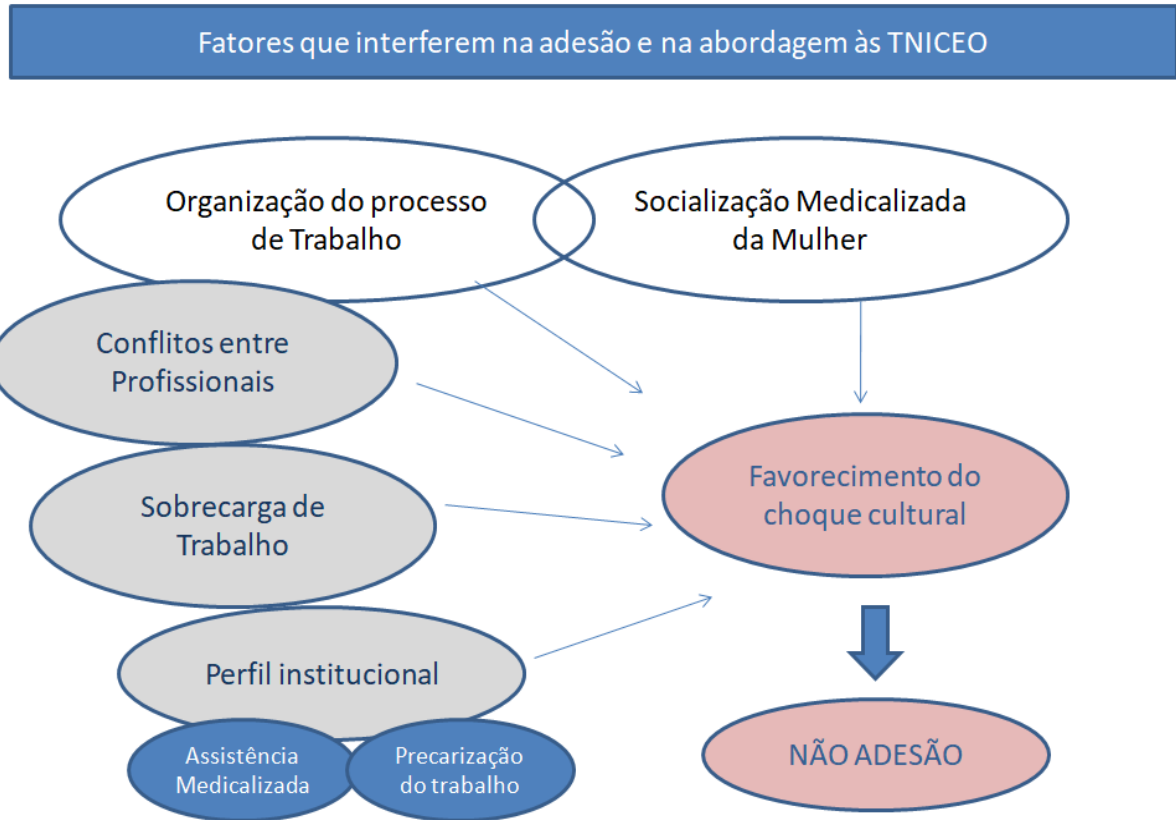
Dessa forma, como exemplos de um modelo flexível de gestão de serviços e recursos humanos encontram-se as organizações sociais (OS), entidades sem fins lucrativos utilizadas na área da saúde para assumirem a gestão de hospitais públicos, se tornando um meio para contratação de profissionais na esfera pública, semelhante ao setor privado, pois não garante os mesmos benefícios do regime estatutário (MOREIRA; SOUZA; PROGIANTI, 2017).

É nessa configuração trabalhista que a maioria das enfermeiras obstétricas está inserida nos campos de trabalho. Na qual, constata uma flexibilização no setor público, pela presença de múltiplos vínculos, porém, uma instabilidade nas relações de trabalho entre o servidor estatutário e o trabalhador de OS, realçando a precarização do serviço das enfermeiras obstétricas, pois pode apresentar fragilidades quanto às condições laborais, colocando o trabalhador em situações de vulnerabilidade no sentido de insegurança, intensificação e desmotivação para realização de suas atividades remetendo à desvalorização social de seu processo de trabalho (PROGIANTI et al., 2018; MOREIRA, SOUZA, PROGIANTI, 2017).

Dodou et al. (2017) abordam que não é possível humanizar a assistência e conseqüentemente mudar a cultura assistencial hospitalar, se o serviço de saúde e gestão não tiverem a atenção necessária com os profissionais de saúde e suas necessidades enquanto seres humanos. Além de incentivar o profissional a agir de forma coerente culturalmente ou de acordo com outros preceitos humanísticos, é preciso oferecer condições necessárias para que ele se sinta bem no trabalho e consiga realizar suas atividades de forma eficiente e satisfatória para si e para a mulher que está recebendo o seu cuidado.

Portanto, é com a identificação dos fatores que interferem na abordagem e na adesão das mulheres às TNICEO, se materializando no primeiro nível do *Modelo Sunrise*, que a enfermeira decidirá suas ações ao utilizar as estratégias de negociação diante da não adesão às TNICEO, pois, assim, poderá levantar múltiplos fatores previstos, que influenciam nas expressões do cuidado cultural (humanizado e desmedicalizado) e seus significados. (LEININGER, 2013).

Figura 5 – Esquema sinóptico dos fatores que interferem na adesão e na abordagem às TNICEO



Fonte: A autora.

3.4 O Processo de negociação do cuidado desmedicalizado adotado pelas enfermeiras obstétricas diante da não adesão das mulheres às TNICEO

Nesta categoria, possui um total de 270 UR's, que retratam as estratégias que as enfermeiras utilizaram para obter a adesão das mulheres às TNICEO.

Como visto anteriormente, mesmo a enfermeira obstétrica utilizando uma abordagem de caráter relacional com as mulheres, estimulando-as na tomada de decisão do seu processo de cuidar, pode acontecer de algumas parturientes não aceitarem o cuidado proposto através das TNICEO. Isso se deve, muitas vezes, à sua socialização em uma cultura medicalizada, na qual são valorizadas práticas intervencionistas e as mulheres incorporam essa prática como o ideal e mais seguro.

Elas trazem uma referência medicalizada [...] já vem com perguntas direcionadas para saber o que vai ser daquele parto, 'ah, vai demorar muito? Vai ser cesárea?' Aí, nessas desconstruções, eu acabo tentando orientar de que não é isso e que a assistência é contínua e é tudo para um cuidado focado nela e no bebê. (EO-02).

Depende muito. Vai depender da parturiente que esteja aberta a escutar a gente. Algumas a gente consegue, mas, por exemplo, aqui mesmo a gente não conseguiu [obter a adesão às TNICEO], teve uma gestante que falou olha 'eu quero que corte a minha vagina'; 'eu quero que suba na minha barriga para essa criança nascer logo'. Aí, a enfermagem não fez, o médico fez e ela agradeceu. (EO-04)

Algumas que já pariram muitas vezes e já tiveram kristeler, episio, elas acham que isso é uma rotina necessária e que isso ainda é o que ajuda o bebe a nascer [...] Mas quando não tem jeito, a gente percebe que tentou uma, tentou duas e ela está começando a ficar um pouco irritada com aquilo, você deu a informação, você disse o que era bom, disse o porquê era bom, disse que tem resultado, explicou de uma maneira própria para ela entender nesse momento, mesmo assim ela não quer. A gente respeita. (EO-06)

Sendo assim, diante da não adesão das mulheres às TNICEO, as enfermeiras adotam estratégias como a comunicação, que remete a atitude dialógica e relacional com uma postura corpóreo afetiva que a enfermeira desenvolve com a parturiente; a busca da colaboração de outras enfermeiras; o oferecimento das TNICEO por meio do acompanhante, orientando-o para o uso junto com a mulher e a última estratégia corresponde ao exercício da violência simbólica, por meio de atitudes impositivas e de convencimento.

Essas estratégias podem ser consideradas uma forma de negociação do cuidado cultural desmedicalizado que, na teoria do cuidado cultural são ações e decisões profissionais que vão ajudar indivíduos ou grupos de uma determinada cultura a adaptar-se por meio de uma negociação, um resultado de saúde que seja benéfico ou satisfatório (LEININGER, 2013).

A negociação é um ato dialógico entre referências técnicas das enfermeiras e experiências vividas pelas parturientes, que se intercedem, distinguindo as reais necessidades da mulher, devendo os profissionais estar atentos à negociação dessas necessidades. Assim é valorizada a perspectiva desmedicalizada e humanística, onde são consideradas as expressões subjetivas na relação de comunicação, permitindo um tratamento digno à mulher, com respeito e responsabilidade as suas necessidades (COSTA; SANTOS; PROGIANTI, 2016).

Assim, tendo em vista que muitas mulheres ainda não conseguem ter um posicionamento ativo no trabalho de parto, devido a sua socialização em uma cultura onde se valoriza ações intervencionistas no parto (PROGIANTI; COSTA, 2012; NASCIMENTO et al., 2010), as enfermeiras tentam romper essa barreira cultural, por meio da comunicação com

uma linguagem verbal e não verbal, na qual a enfermeira utiliza o diálogo e a informação para negociar a adesão da mulher às tecnologias de cuidado.

Às vezes, elas não gostam do que está acontecendo aqui. Por exemplo, já aconteceu de uma paciente virar e falar assim: - 'eu não quero parto normal humanizado' - 'Mas calma, O que você sabe sobre parto normal humanizado? Por que você não quer ele?'. Aí, a residente tinha oferecido uma música para ela, e ela 'tira essa música', tiraram a música. A gente tem que tentar conversar. (EO-17)

Ainda nesse contexto comunicacional o modo de falar, o tom da voz que a enfermeira utiliza pode estabelecer uma relação simétrica de poder, na qual é possível compartilhar o seu saber com respeito à cultura da mulher ao utilizar uma linguagem verbal que seja compatível com a compreensão da parturiente e seus valores culturais.

Primeiro, meu tom de voz. Eu sempre falo com ela com muito respeito, meio de igual para igual, apesar de eu dominar a técnica, a parte técnica, eu vou convidar ela para o meu olhar com a maior paciência. Eu vou ouvir o que ela tem para falar, eu vou ouvir o questionamento dela e vou falar da importância em tudo. (EO-15)

No geral assistência, essa não muda muito [...], a diferença é o jeito de falar. Uma vou ter que falar um português um pouco mais claro, a outra eu já posso falar de uma forma que ela vai entender melhor, uma orientação ou alguma recomendação. (EO-14)

Entretanto, também é possível inserir nessa estratégia um tipo de comunicação não verbal, na qual a parturiente transmite uma mensagem de forma inconsciente, que possibilita a enfermagem obstétrica identificar a demanda de que tipo de cuidado a mulher precisa por meio de sua posição corporal e comportamento no setor.

Eu acho que tem que avaliar muito aquela mulher. Aquela mulher, que quer parir, está dando alguma indicação para o corpo dela que ela quer ficar naquela posição? Então, eu espero também vir muito da paciente, não só o que eu acho, mas o que ela mostra para mim de forma não verbal. Porque, mesmo ela não conhecendo nada sobre tecnologia, ela vai se colocar de uma forma que você vai falar 'ah não! Aquilo ali, de repente, ia ser bom para ela'. [...] É uma coisa assim meio tipo que partiu dela, eu só vi o que eu achei que ela estava precisando e ofereci [...] E depende muito do comportamento da mulher. Eu sou muito de ver o que eu acho que ela está precisando. (EO-17)

Desse modo, é visto, então, o estabelecimento da comunicação por uma linguagem verbal e não verbal, como uma estratégia para negociação das TNICEO. Na comunicação verbal, é utilizada a linguagem escrita e os sons das palavras emitidas. Sendo a linguagem o

recurso utilizado pelo ser humano para expor, compartilhar suas ideias e ser compreendido. Sem ela, o indivíduo ficaria limitado na sua capacidade de dar informações. Já a comunicação não verbal está relacionada às manifestações não expressadas por palavras, como expressões faciais, posturas corporais, organização de objetos e pelas relações interpessoais com a outra (BROCA; FERREIRA, 2014).

Para configurar, vale dizer que a comunicação não verbal pode ser classificada em quatro categorias: a paralinguagem, a cinésia, a proxêmica e tacésica. A cinésica descreve as posições e as movimentações do corpo, como as expressões faciais. A proxêmica interpreta o uso humano do espaço para fins de comunicação, como a proximidade física com a pessoa. A Tacésica é o estudo do toque e as características que o envolvem, como com um abraço conseguimos transmitir emoções e sentimentos. E por último, a paralinguagem, que estuda os sons produzidos pelo aparelho fonador e que não faça parte do sistema sonoro da língua usada, como por exemplo, os grunhidos, risos e o tom usado na expressão das palavras (BROCA; FERREIRA, 2014).

Portanto, na paralinguagem é dada importância ao tom da voz, demonstrando características da personalidade, atitudes, relacionamento interpessoal e autoconceito. Com isso, é possível reconhecer o respeito e igualdade na tentativa de amenizar a relação de poder, que possam existir entre o profissional e a parturiente, salientando aspecto humanístico presentes no processo comunicativo (BROCA; FERREIRA, 2014).

A interação verbal é uma forma de se expressar, clarificar ou validar a compreensão de alguma coisa. No entanto, a comunicação não verbal exerce importante papel nas interações, pois a entonação e a cadência da voz e a sua articulação podem dar outro valor às palavras e aos seus sentidos, pois pelo tom de voz das pessoas é possível identificar os sentimentos e emoções. Estudar o não verbal é poder resgatar a capacidade do ser humano em perceber com precisão as dúvidas e as dificuldades de verbalização das pessoas, além de ajudar a potencializar a comunicação do indivíduo e, principalmente, no que diz respeito ao seu modo de transmitir a mensagem (BROCA; FERREIRA, 2014).

Entretanto, para Caron e Silva (2002), é percebido que a interação estabelecida pelos profissionais nesse processo comunicativo pode estar longe de ser uma relação humanizada. Quando a relação entre a equipe e a parturiente é unilateral, indica domínio dos profissionais sobre a mulher, prevalecendo a presença de dupla mensagem, pois, na maioria das vezes, a comunicação verbal emitida pelo profissional não é confirmada por sua expressão não verbal (corporal). Já que, na sua expressão não verbal em sua categoria proxêmica, em que são valorizadas as relações do uso do espaço para estabelecer o processo comunicativo, o

profissional se mantém em uma posição de pé, ao lado da mulher e está em posição deitada, se colocando em um estado passivo diante do profissional, o que reforça a condição de submissão imposta pelos padrões ideológicos da sociedade à mulher.

Neste sentido, a enfermeira obstétrica se preocupa com sua relação, que pode ser de poder, exercida sobre a mulher, sendo cautelosa em favorecer a liberdade de expressão e não se limitar a dar ordens, oferecendo às parturientes espaço de manifestar seus sentimentos (CARON; SILVA, 2002).

Por isso mesmo, os relatos extraídos das participantes do estudo, nos mostra que, no tocante a comunicação não verbal, a avaliação do ambiente e a avaliação obstétrica, bem como a observação do que a mulher esteja precisando, são importantes estratégias utilizadas pelas enfermeiras na negociação direta com as parturientes sobre o uso das TNICEO:

E, de vez em quando, eu faço uma avaliação do ambiente e da interação dela com o ambiente e com o trabalho de parto, dependendo do período que ela esteja. E, aí, eu vejo a necessidade, avalio a necessidade de estar oferecendo tal tecnologia ou não para ajudar a ela naquele momento. (EO-03)

É ver o que ela está precisando. Se ela não solicitou ‘posso ficar assim, ou posso ficar assado?’ ‘claro pode’ e, aí, de acordo com a avaliação obstétrica, a gente vai direcionando. (EO-06)

Em Porfírio, Progianti e Souza (2010) as expressões verbais e não verbais da parturiente são reconhecidas e valorizadas, a partir da intersubjetividade da relação que a enfermeira possui com a parturiente, com o intuito de perceber os medos e as expectativas sobre o processo do parto. Quando a enfermeira consegue estabelecer uma interação com a mulher e ela não consegue se expressar verbalmente, é possível diminuir o estresse, a angústia, a ansiedade, o medo e a tristeza, que podem ser sentimentos relacionados à dor do momento do parto (FIRMINO et al., 2020).

Ressalta-se que a dor do parto é influenciada por fatores biológicos, culturais, emocionais e socioeconômicos (MACEDO et al., 2005; NASCIMENTO, 2011). Assim, a percepção dessa dor será variável de acordo com as diversificações culturais, as características psicológicas e as individualidades das mulheres e do ambiente em que elas estão inseridas para o atendimento. Por isso mesmo, o ambiente, os profissionais e os instrumentos interferem nas sensações percebidas pelas mulheres durante seu processo de parturição. (MACEDO, 2005).

Em Waltrick e Merize (2002), a comunicação é um processo que permeia áreas físicas, culturais, sociais, psicológicas e espirituais. Quando realizada de forma consciente, consegue

exercer funções informativas, porém, quando realizada de forma inadequada, gera interpretações errôneas. A ideia transmitida por quem se comunica deve ter o mesmo significado para quem recebe a informação. Caso contrário, a comunicação não existe e pode causar uma frustração em quem tenta se comunicar e em quem não entende a mensagem transmitida, criando uma barreira entre os indivíduos.

Dessa forma, sabendo que o padrão de linguagem utilizado na comunicação é influenciado pela cultura, isso pode interferir em como a mulher recebe as orientações e interpreta o padrão de comunicação utilizado pelas enfermeiras sobre as TNICEO:

Às vezes, você precisa repetir, explicar de uma outra maneira, que fica uma linguagem mais possível para ela entender. (EO-15)

Também, depende da orientação da paciente. Tem paciente que é mais orientada e ela te escuta. Depende da forma que a paciente escuta, que você consegue conversar com ela e ela tem uma boa compreensão do que você está falando [...]. Eu só converso. Mas eu tento mostrar o benefício fundamentado. não adianta também falar com palavras técnicas, mas de um jeito que ela entenda para poder aceitar. (EO-09)

Para Caron e Silva (2002) a comunicação pode ser considerada terapêutica ou efetiva, quando possui uma qualidade benéfica, no sentido de ajudar a pessoa a lidar com os eventos da vida, ajustando-se à realidade presente. Ou seja, a comunicação terapêutica ocorre quando o profissional consegue proporcionar conforto, apoio, confiança, segurança física e emocional para a parturiente, guiando-a no curso do trabalho de parto, valorizando sua participação no processo. Por outro lado, também existe a comunicação não terapêutica, em que se utiliza uma linguagem inacessível e frases estereotipadas, que denotam falta de empatia, tirando o poder do outro em tomar a decisão, demonstrando a não valorização.

A comunicação quando realizada de forma respeitosa e empática para a cultura hospitalar, justifica a competência cultural que Leininger traz em sua teoria, incluindo os três modos de decisão e ações que conduzem a execução do cuidado em enfermagem que melhor se adapte à cultura do cliente, contribuindo para reduzir estresses e conflitos culturais entre a mulher e o profissional (BETIOLLI et al., 2013).

Sendo assim, a comunicação, quando bem realizada, pode colaborar na qualidade dos relacionamentos estabelecidos durante o cuidado da enfermeira e, dentro desse contexto, solucionar problemas de saúde ou gerar mudanças de comportamentos, reestruturando o cuidado proposto e obtendo uma melhor aceitação da paciente e no caso a adesão às TNICEO.

Nesse contexto, a enfermeira estabelece a comunicação transcultural, a qual envolve vários aspectos individuais e sociais, que devem ser entendidos para alcançar a competência cultural, sendo esta, a capacidade que o enfermeiro tem de compreender as diferenças culturais, a fim de prestar um cuidado de qualidade diante da diversidade das características das pessoas (VILELA; JANEIRO, 2012).

Já se sabe que esse conceito de cuidado transcultural foi introduzido por Madeleine Leininger que, em sua teoria transcultural, explica a competência cultural. Os enfermeiros com competência cultural melhoram a eficácia na capacidade de comunicação, apreciações culturais e aquisições de conhecimentos relacionados às práticas de saúde em diferentes culturas (GEORGE, 2000; VILELA; JANEIRO, 2012).

Ao analisar a comunicação do enfermeiro em diferentes culturas, esse processo comunicacional envolve mais do que a comunicação verbal ou não verbal. A comunicação desempenha papel fundamental na transmissão das mensagens, que podem variar, consideravelmente, entre as diferentes culturas. Entender essa comunicação e os seus significados para as pessoas de diferentes culturas torna-se imperativo para que os enfermeiros atinjam e mantenham a competência cultural.

Quando as mulheres aderem às TNICEO, é possível ocorrer uma reestruturação do cuidado medicalizado para a concepção desmedicalizada, isto é, significa que elas mudaram seu comportamento para uma nova maneira de parir, que pode mudar sua vida. Assim, a concepção de reestruturação do cuidado refere-se ao cuidado que facilita e capacita o cliente a reordenar, mudar ou modificar seus modos de vida para um cuidado novo e benéfico, respeitando os valores e as crenças culturais (LEININGER, 2013).

É a partir desse momento com que a comunicação se transforma em um instrumento do cuidado cultural desmedicalizado, pois o tipo de comunicação aqui discutido, de forma respeitosa e simétrica entre o tom que a enfermeira utiliza e a singularidade de cada mulher, funciona como uma estratégia de negociação eficaz na tentativa de reestruturar o cuidado medicalizado. Exemplificado na fala a seguir, na qual a enfermeira, ao dialogar e realizar a troca de sua vivência na parturição com a mulher, esta se mostra mais receptível à TNICEO.

A maioria das Enfermeiras aqui, todas pariram e a gente conta também as nossas histórias, revive, faz as nossas transferências, quando tem muito bolsa rota. Eu tenho meus dois partos de bolsas rotas de muitas horas, E, aí, elas chegam ‘não! não pode, eu já estou de 12 horas de bolsa rota’ aí eu falo ‘não, mas eu fiquei de 42, meu bebê nasceu lindo, olha aqui ele’ e mostra a foto no meu filho e conto o meu parto. Parece assim, a impressão que eu tenho ‘ah se aconteceu com ela, pode acontecer comigo. Está bom, eu vou para o banho’ e aí, no final, vem aquele momento máximo de emoção ‘Eu

consegui, obrigada, você estava aqui' ou então um só 'eu consegui', aí a gente 'está vendo?' (EO-06)

Porém, ainda na tentativa de negociar o cuidado desmedicalizado, outra estratégia além da comunicação, quando esta não se torna eficaz, algumas enfermeiras colocam outras profissionais enfermeiras em contato com as mulheres para que as mesmas promovam a adesão as Tecnologias, ou seja, contam com a colaboração de outras enfermeiras para tentar com que as mulheres obtenham adesão às suas TNICEO:

Existe, às vezes, tem mulheres que têm uma resistência muito grande e aí o trabalho de parto é muito longo, e, aí, quando vai uma pessoa falando e a outra falando a mesma língua, ela já começa a repensar 'pô! já estou aqui há um bom tempo, calma aí. Vou tentar ver se elas tem razão'. (EO-10)

Tenta chamar outra pessoa, para ver se outra pessoa consegue, porque, de repente, outra pessoa conversando [...] ela consegue sei lá, ter uma afinidade melhor, que não teve comigo, e, aí, aceita [...] com outra enfermeira. Um outro profissional chama de repente: 'eu estou tentando e ela não quer [...] com você ela escuta melhor, tem uma relação melhor do que comigo'. (EO-13)

Eu vou pedir para outra enfermeira ir lá tentar oferecer outra coisa, para ver se a outra enfermeira consegue criar uma relação com essa paciente e tentar mostrar para ela uma outra tecnologia uma outra coisa que ela vai aceitar. (EO-17)

A gente tenta outras vezes. Às vezes, de primeira vez ela não aceitou, mas das outras vezes [...]. Assim, como alguns plantões a gente consegue trabalhar com dupla, às vezes a gente vê que outra pessoa consegue essa abordagem melhor que a gente. Às vezes, têm dias que a gente não está muito aberto para conversar, então, a outra enfermeira consegue ter esse maior vínculo, então, a gente consegue colocar outra enfermeira. Trocar um pouco do circuito, às vezes, funciona. (EO-05)

Por vezes, outro profissional consegue estabelecer uma maior afinidade com a mulher, o que pode favorecer a adesão às TNICEO e dar maior credibilidade ao tipo de cuidado proposto. Macedo et al. (2005), notou que as parturientes se mostram mais tranquilas e confiantes, quando estão acompanhadas por familiares ou por profissionais com os quais criaram vínculos.

Desse modo, as enfermeiras obstétricas acreditam que o acompanhante pode ajudar na aceitação, pela mulher, das TNICEO e ele é chamado para participar do processo de forma ativa, sendo capacitado e orientado para essa inserção. Considera-se que ele é a pessoa com a qual a mulher possui o maior grau de confiança e por fazer parte de seu convívio sociocultural.

Depois de um tempo a gente começou a capacitar mais o acompanhante para massagem, para o toque. Então, toda vez que tem que tocar muito na mulher, qualquer coisa que me faça tocar muito na mulher, eu tento capacitar a pessoa que ela se sente mais segura que, no caso, é o acompanhante. (EO-12)

Muitas vezes a gente não consegue, de fato, fazer as tecnologias com ela, mas o que a gente consegue apresentar a tecnologia e ensinar o acompanhante a fazer. Então, esse é um dos trabalhos. (EO-15)

As diferentes concepções e avaliações culturais de cada mulher, referente a cada parto, orientam quem ela escolherá para acompanhá-la durante o processo de parturição, e é assim que a presença do acompanhante de escolha da mulher se torna de grande relevância no processo de parturição, pela possibilidade de estreitar vínculos e contribuir no compartilhamento de responsabilidades (PEREIRA et al., 2018).

A participação do acompanhante é assegurada pela lei nº 11.108 (BRASIL, 2005) que regulamenta que os serviços do Sistema Único de Saúde, rede privada ou conveniada, devem permitir a presença do acompanhante junto à mulher, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Entretanto, a participação do acompanhante pode ser mais do que uma simples presença física, quando ele assume o *status* de provedor de suporte à parturiente e, assim, ele é incluído como integrante nos cuidados à mulher, o permitindo ser ativo e interagindo mais no processo do parto (PEREIRA et al., 2018). Desse modo, é possível potencializar a formação de vínculos e provocar transformações pessoais fornecendo aspectos positivos para os profissionais e para os acompanhantes (DODOU et al., 2014)

Nesse estudo também foi observado que as enfermeiras utilizam a insistência e o convencimento para que as parturientes aceitem o cuidado desmedicalizado proposto através das TNICEO. Tal atitude pode ser considerada uma imposição, podendo favorecer o choque cultural e suas consequências:

Então, normalmente quando ela não aceita. Eu só insisto para ela experimentar [a TNICEO]. (EO-17)

Algumas, às vezes, até aceitam pela insistência. A gente ficar ali tentando negociar, elas aceitam pela insistência. Algumas não aceitam de forma alguma mesmo. (EO-08)

No geral, é tentando convencer ela que aquilo que estou oferecendo vai diminuir o trabalho de parto dela. Então, vai melhorar a sua dor e vai acelerar o parto. [...] Algumas verbalizam, por exemplo, o cavalinho elas reclamam muito que dói, aumenta a pressão ali no períneo e tal. Eu tento negociar ‘Está bom, três contrações. Vamos ficar só três contrações’, mas ali

do lado da mulher porque se você virar as costas ela levanta. [...] Eu acho que a gente acaba vencendo elas pelo cansaço. (EO-14)

Então, assim, às vezes eu imponho certas coisas, porque eu acho que é melhor para ela e ela não tem o conhecimento. Então, eu vou lá, imponho sabe? Sempre com voz dócil. [...] É com voz doce e amável, mas chega ser uma imposição, né? Às vezes, ela não quer o parto normal de jeito maneira e a gente vai lá ‘não, você vai ter que ter o parto normal, por que é melhor para você’, mas, poxa, quem sabe o que é melhor para ela? deveria ser ela né? Mas, aí, ela não tem orientação, conhecimento e a gente fica naquele jogo né?! (EO-07)

Dessa maneira, a enfermeira na sua prática exerce seu poder e controle sobre o corpo da mulher. Pois, de acordo com a sociologia, o poder é a habilidade de impor sua vontade sobre os outros, mesmo que haja resistência, podendo se manifestar em diversos campos sociais como na política, na economia e no próprio ambiente hospitalar, na relação profissional e cliente (MATOS FILHO et al., 2018).

Essas atitudes impositivas adotadas pelas enfermeiras podem, também, ser interpretadas como uma violência simbólica, que é considerada uma doce violência e, por isso mesmo, não é reconhecida como tal pelos agentes envolvidos (BOURDIEU, 1998). A fala abaixo demonstra que a enfermeira não reconhece a insistência como uma imposição.

E, aí, tem algumas que são muito resistentes. É onde eu friso ‘vamos tentar!, se você não gostar você vai voltar para onde você estava’. Então, assim, a adesão é boa porque antes de tudo eu não imponho, eu explico para ela os benefícios da tecnologia, naquele momento para ela poder usar e levar melhor o trabalho de parto. (EO -10)

Assim, a relação de poder estabelecida pelo saber imposto da enfermeira obstétrica e a resistência da parturiente vai contribuir para a existência de um conflito entre o ser cuidado e o cuidador. Assim, dificilmente, ocorre utilização de cuidados propostos, ou seja, adesão às TNICEO, e a mulher não se beneficia dos cuidados (MICHEL et al., 2010).

Entende-se que as práticas de saúde impositivas não favorecem a autonomia e a tomada de decisão do indivíduo, o qual não consegue buscar uma melhor qualidade de vida com mudança de hábitos e comportamentos, isto é, se reestruturar. A prática impositiva se torna o oposto ao cuidado culturalmente congruente, no qual o indivíduo cuidado é participativo, valorizando seus próprios conceitos de saúde e suas necessidades de cuidado (MICHEL et al., 2010).

Segundo Reis, Santos e Paschoal Júnior (2012) existem três modalidades de ações e decisões de enfermagem, para a realização do cuidado cultural de forma congruente: a negociação, a reestruturação e a preservação do cuidado.

A preservação e a reestruturação são mediadas pela negociação. É através da negociação que a enfermeira busca a adesão das mulheres aos seus cuidados desmedicalizados. Não há possibilidade de se manter ou repadronizar hábitos sem argumentação e informação, com as devidas explicações dos prós e dos contras, pois negociar é acordar modelos explicativos que envolvem o cliente, a família e o profissional, por meio de propostas e contraposições, na busca de um entendimento (BOEHS, 2002; BETIOLLI et al., 2013).

Desse modo, em algumas falas evidenciou-se que as enfermeiras respeitam a decisão da mulher quando a mesma se mostra resistente à sua conduta desmedicalizada e, com isso, desenvolve a decisão de preservação do cuidado medicalizado.

Eu, normalmente, converso de novo e explico ‘olha, eu sei que você não gostou de fazer nada. Se você não fizer, vai acabar demorando um pouco mais. ‘Vamos tentar fazer’[...] Mas se de tudo mais, eu explicar e, mesmo assim, ela não quiser, eu deixo ela à vontade e deixo ela seguir o que é melhor para ela. (EO-05)

Eu procuro explicar novamente para ela sobre o que eu acredito e sobre o que eu estudei. Mesmo assim, tem mulheres que vão se negar ‘olha eu não quero, vai ser desse jeito’ e vai ser do jeito que ela quer, porque eu acredito que humanização é isso: é você respeitar o desejo da mulher. Eu não posso achar que o meu desejo, que eu estudei, seja válido para todas as mulheres. A gente orienta, mas ainda assim a decisão é dela. Ela vai fazer se ela quiser. Se ela não quiser fazer exercícios na bola, se ela quiser tomar banho, se ela quiser ficar só deitada, ela vai ficar deitada. (EO-04)

Explico para ela disso e disso [sobre as TNICEO] e, mesmo assim, me passando como exemplo, ela não quer aceitar, eu não posso interferir na vontade dela. (EO-16)

E, aí, se continuar a resistência, a gente vai respeitar esse momento dela, né? E, aí, tenta. Se não conseguir, a gente vai respeitar e deixar ela ficar do jeito que ela quer. (EO-10)

A preservação acontece quando ocorrem ações ou decisões profissionais de assistência, suporte, facilitação ou capacitação, que auxiliam pessoas de uma determinada cultura a manterem seu modo de vida e padrão relevantes acerca do cuidado, de forma a enfrentar os limites decorrentes da sua possibilidade e condição de saúde (LEININGER, 1991). Dessa forma, a enfermeira obstétrica respeita o cuidado que a parturiente deseja para si e, como a própria ação é denominada, preserva as concepções e valores culturais medicalizados da mulher.

É nessa preservação, que as enfermeiras obstétricas, em alguns momentos, vão respeitar as características e os valores culturais configurados na vontade de práticas

intervencionistas como o melhor para elas, recuando no cuidado desmedicalizado, mas sem deixar de dar a assistência que a parturiente necessita para o bem estar dela e do bebê.

Mas eu deixo correr natural, mas eu escrevo que ela não aceitou. Eu deixo isso lá registrado chamo o plantão. Aí o plantão médico vai resolver. [...] Agora, por exemplo, se ela não aceitou as tecnologias, eu deixo evoluir naturalmente. Vai demorar mais. Aí eu pego, se acontecer alguma coisa, tipo assim, o bebê não está encaixando, o bebê não está virando, eu detectei uma distocia, aí, eu chamo plantão [...] solicito o plantão. Mas eu postergo muito chamar o plantão, para não aceitação das tecnologias. Só se o trabalho de parto tiver uma parada de progressão. (EO-09)

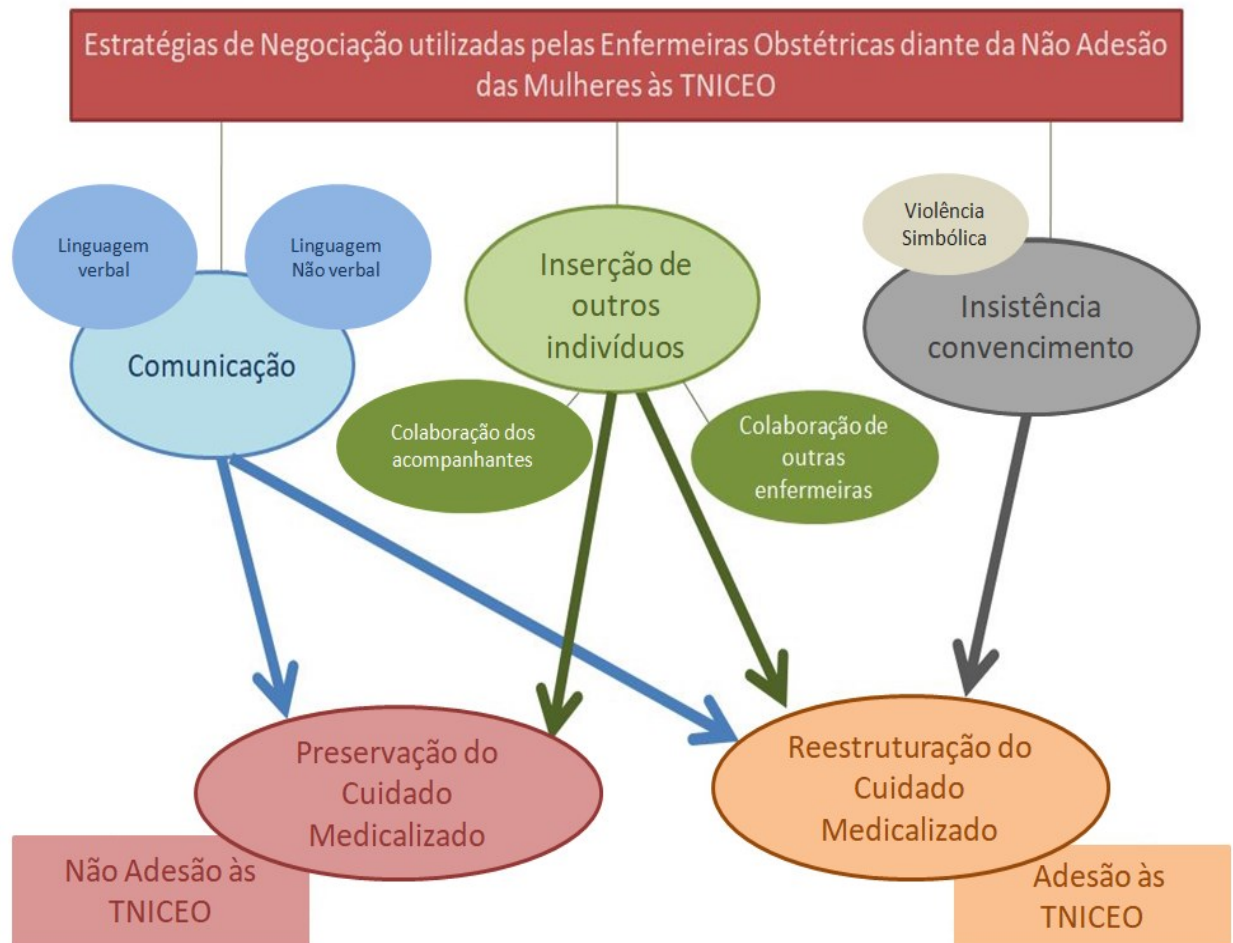
Cuido dela como cuidado de outra pessoa qualquer. O meu cuidado com ela não vai ser discriminado porque ela não aceitou a tecnologia, jamais! A minha assistência sempre vai ser a mesma. Sempre oriento, sempre informo e frisando sempre respeitando a escolha dela. (EO-10)

Segundo Vargens, Silva e Progianti (2017), sabendo que o processo de medicalização é a dominação do corpo da mulher, faz com que algumas delas aceitem e acreditem que a realização de procedimentos invasivos é benéfica para evolução do parto, embora também cause dor e sofrimento, o que contribui para não aceitação do cuidado desmedicalizado proposto pelas enfermeiras obstétricas através das TNICEO.

Contudo, de certa forma, mesmo diante da não adesão das mulheres às TNICEO, as enfermeiras obstétricas mantêm o seu padrão humanizado, ao mostrar habilidades de valorização do corpo feminino no processo de parturição, mesmo que isso implique em não aplicar as TNICEO de forma direta, pois eles respeitam o posicionamento da mulher em não aceitar e seguem com seus cuidados, respeitando a fisiologia do processo de parturição e em algumas vezes mantendo o padrão cultural da mulher, quando esta pede intervenção.

Prata et al. (2019) afirma que é com base no conhecimento das realidades individuais e sociais, que a enfermagem busca embasamento para o planejamento das ações do seu cuidar, sabendo que este busca um equilíbrio social, tendo um potencial de transformação das realidades vigentes.

Figura 6 – Esquema sinóptico das estratégias de negociação utilizadas pelas enfermeiras obstétricas diante da não adesão das mulheres às TNICEO



Fonte: A autora.

Diante de todo o exposto no trabalho, é possível traçar um fluxo (figura 7) que revela, de forma sintetizada, o processo de abordagem e negociação das enfermeiras obstétricas, para adesão ao uso das TNICEO.

Por meio do diálogo estabelecido entre a enfermeira obstétrica e a parturiente, será possível a construção de vínculo e o compartilhamento de saberes e possibilidades de cuidado por intermédio das práticas educativas.

É através das práticas educativas, que integram o conhecimento popular da mulher com o científico da enfermeira, promovendo o empoderamento da parturiente que, por sua vez, munida de informações e orientações, tem a autonomia na tomada de decisão diante do uso das TNICEO.

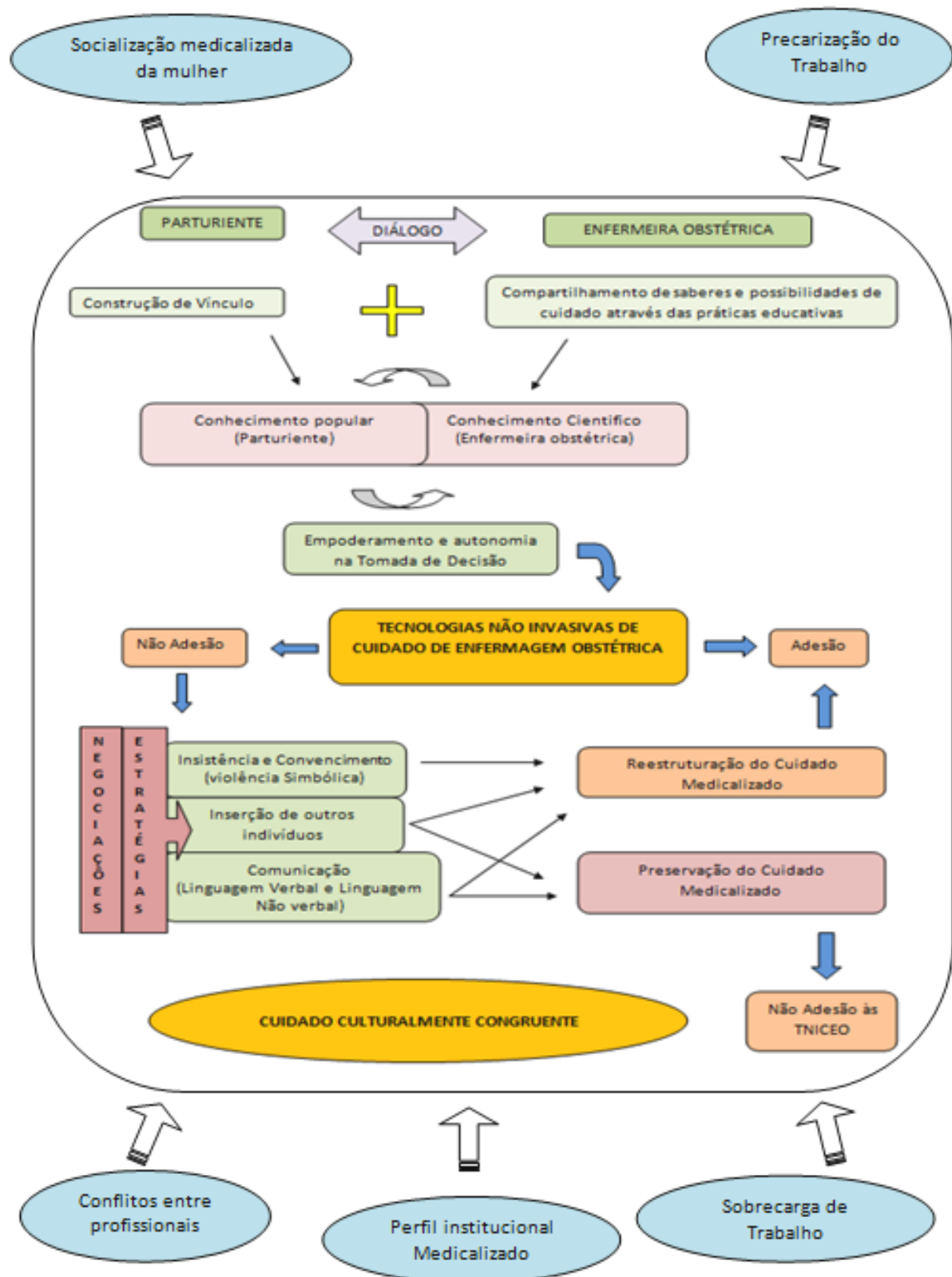
Caso, mesmo diante toda orientação que recebeu, a parturiente opte em não aderir ao cuidado proposto pela enfermeira por meio das TNICEO, serão utilizadas estratégias de

negociação para o cuidado desmedicalizado, que incluem a comunicação, a inserção de outros indivíduos, a insistência e o convencimento.

Como resultado dessas estratégias, será possível preservar o cuidado medicalizado, quando as estratégias não forem efetivas e a mulher mantiver o seu padrão cultural. Ou será possível reestruturar o cuidado medicalizado, quando as estratégias forem efetivas e a mulher aceitar o cuidado proposto com o uso das TNICEO. Tanto com a preservação, como com a reestruturação, será possível atingir o cuidado culturalmente congruente.

E, ainda, diante de todo esse fluxo, encontram-se fatores que vão interferir na abordagem realizada pela enfermeira obstétrica, como a sobrecarga de trabalho, a precarização do trabalho da enfermagem obstétrica, os conflitos entre profissionais, o perfil institucional medicalizado, além de fatores que vão interferir na adesão das mulheres às TNICEO, como a socialização medicalizada da mulher.

Figura 7 – Esquema sinóptico do processo de negociação das enfermeiras obstétricas diante da não adesão às TNICEO



Fonte: A autora.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente estudo, busquei conhecer como as enfermeiras obstétricas negociam com as mulheres, durante o processo de parturição, para obter a adesão ao uso das TNICEO. Para tanto, foram traçados os objetivos de conhecer o modo como as enfermeiras obstétricas abordam as TNICEO com as mulheres, durante o processo de parturição; identificar os fatores que interferem nessa abordagem e na adesão pelas mulheres ao uso das tecnologias e discutir as estratégias e os efeitos das negociações do cuidado desmedicalizado adotados pelas enfermeiras obstétricas diante da não adesão.

Utilizou-se o referencial teórico alicerçado na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural proposto por Madeleine Leininger, sendo possível aplicar alguns de seus conceitos na análise de culturas assistenciais, no campo hospitalar da obstetrícia.

Foi observado que as enfermeiras obstétricas abordam as TNICEO por meio do desenvolvimento do vínculo com a mulher e do compartilhamento de conhecimentos e possibilidades de cuidado, através das práticas educativas. O vínculo é estabelecido com base em diálogos entre as parturientes e as enfermeiras obstétricas e se constitui numa das maneiras encontradas para se aproximar da mulher, ganhar sua confiança e obter a adesão às TNICEO. É por intermédio dessa relação de afetividade que é possível diminuir os medos e inseguranças das parturientes durante o processo de parturição e em relação as TNICEO e ao cuidado desmedicalizado.

É nesse sentido, que o vínculo estabelecido entre ambas se transforma na porta de entrada para que as enfermeiras, com base na confiança e no diálogo, consigam orientar as mulheres e compartilhar seus saberes, favorecendo o poder de decisão delas.

O estudo mostra que as enfermeiras obstétricas precisam ajudar as mulheres a desconstruir e a refletir criticamente sobre seus próprios valores relacionados à parturição e à atenção obstétrica, internalizados ao longo de toda uma vida com o processo de medicalização, pois esse é o caminho para a adesão às tecnologias não invasivas e para a autoconfiança das mulheres, no que tange ao domínio e ao controle do próprio corpo. Nesse sentido, a socialização das mulheres baseadas na cultura medicalizada, em que se acredita que as ações intervencionistas são a melhor forma de parir, foi evidenciada como um fator que dificulta a adesão das mulheres à TNICEO.

Vale ressaltar, que a adesão às TNICEO no momento do parto poderia ser facilitada, se durante a realização da consulta pré-natal, fossem implementadas práticas educativas no

sentido de informar as mulheres sobre as mesmas e, a partir disso, elaborar o plano de parto a ser garantido na internação.

Ao se evidenciar que todas as participantes são celetistas, incorporando uma nova modalidade de contratação por meio das O.S, caracteriza-se a terceirização dessas profissionais e nos aponta um novo perfil de enfermeiras obstétricas no SUS, que estão vivendo no contexto da precarização dos vínculos trabalhistas e em condições de trabalho adversas. Tal fato contribui para sobrecarga de trabalho, para as relações interpessoais hierarquizadas com outros profissionais e pela cobrança da produtividade, o que afeta diretamente na abordagem das enfermeiras com as parturientes. Deixo aqui esse apontamento para estudos posteriores: de como a terceirização do serviço de saúde no SUS interfere na assistência obstétrica.

A vista disso, o estudo revelou que diante da não adesão das mulheres às TNICEO, as enfermeiras negociam sua proposta de cuidado desmedicalizado, utilizando estratégias como: as diversas formas de comunicação com a linguagem verbal e não verbal, que remete a atitude dialógica e relacional com uma postura corpóreo afetiva que a enfermeira desenvolve com a parturiente; a adoção de uma conduta diferenciada pela solicitação de outro profissional e colaboração do acompanhante; e, ainda, a utilização do convencimento e da insistência.

A partir disso, com o resultado da utilização dessas estratégias de negociação, é possível reestruturar o cuidado medicalizado e obter a adesão da mulher às TNICEO ou preservar o cuidado medicalizado e não obter a adesão. É na preservação do cuidado medicalizado que as mulheres vão manter o seu padrão cultural medicalizado e não aderir ao cuidado proposto pela enfermeira por meio das TNICEO. Porém, temos a necessidade de reforçar que, mesmo com a preservação, é possível atingir a congruência do cuidado cultural proposto por M. Leininger, pois serão mantidos os valores culturais da puérpera e aquilo que ela acredita que seja benéfico naquele momento.

A estratégia de insistência e convencimento configura uma atitude impositiva, então, sempre que utilizada, o seu único resultado será a reestruturação do cuidado medicalizado. A mulher, devido à imposição da enfermeira obstétrica, aceita as TNICEO, porém, nem sempre vai acreditar que aquilo que aceitou seja benéfico para si, pois caminha em oposição a seus valores culturais. Diante disso, ressalta-se que o convencimento e a insistência, por não serem reconhecidos como atitudes impositivas pelas participantes do estudo, abrem possibilidades para novas pesquisas na perspectiva da violência doce, a fim de expor, até que ponto existe, nessa prática, o controle e a dominação.

Diante do exposto, foi visto que o estudo permitiu aprofundar as concepções teóricas sobre as TNICEO, apoiadas nas subjetividades culturais da prática das enfermeiras obstétricas, e promover uma reflexão sobre o cuidado cultural no campo assistencial da obstetrícia. Além disso, o trabalho veio a contribuir, também, para a prática das enfermeiras obstétricas, ao mostrar a importância de valorizar os aspectos culturais das mulheres.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 117-121, 2008.
- ALBUQUERQUE, E. M. **Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas**. 2009. 99 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.
- ALVARES, A. S. *et al.* Práticas humanizadas da enfermeira obstétrica: contribuições no bem-estar materno. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, supl. 6, p. 2620-2627, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001202620&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 nov. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0290>.
- AMADIGI, F. R. *et al.* A antropologia como ferramenta para compreender as práticas de saúde nos diferentes contextos da vida humana. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 139-146, 2009.
- ANGULO-TUESTA, A. *et al.* Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1425-1436, out. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000500021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102311X2003000500021>.
- ARAÚJO, R. C. B. *et al.* Programa cegonha carioca: percepção das puérperas a respeito da assistência pré-hospitalar do enfermeiro. **Revista Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, v. 86, ed. esp., p.1-14, 2018. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/127/44>. Acesso em: 15 jul. 2020.
- BALDIN, N.; MUNHOZ, E. M. B. Snowball (Bola de Neve): uma técnica metodológica para pesquisa em Educação Ambiental Comunitária. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 10., 2011, Curitiba. **Anais [...]**. Curitiba: Editora PUCPR, 2011. v. 1. p. 329-341.
- BAQUERO, R. V. A. Empoderamento: instrumento de emancipação social? – uma discussão conceitual. **Revista debates**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 173, 2012.
- BARBOSA, M. I. S.; BOSI, M. L. M. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1003-1022, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312017000401003&lng=en&nrm=isso. Acesso em: 23 maio 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000400008>.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, M. E. B. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. *In*: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. (org.). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESq; ABRASCO, 2005. p. 131-152.

BARUFFI, L. M. **O cuidado cultural à mulher na gestação**. Passo Fundo: UPF, 2004.

BETIOLLI, S. E. *et al.* Decisões e ações de cuidados em enfermagem alicerçadas em Madeleine Leininger. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 18, n. 4, 2013.

BEZERRA, M. G. A.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Fatores interferentes no comportamento das parturientes: enfoque na etnoenfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 698-702, dez. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000600013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000600013>.

BIERNARCKI, P.; WALDORF, D. Snowball sampling-problems and techniques of chain referral sampling. **Sociological Methods and Research**, Beverly Hills, v. 10, n. 2, p. 141-163, nov. 1981.

BOARETTO, M. C. **Avaliação da política de humanização ao parto e nascimento no município do rio de janeiro**. 2003. 141 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

BOEHS, A. E. Análise dos conceitos de negociação/acomodação da teoria de M. Leininger. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 90-96, jan./fev. 2002.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 1998.

BOURDIEU, P. **Os usos Sociais das Ciências Sociais: por uma sociologia Clínica do Campo Científico**. São Paulo: UNESP, 2004.

BRASIL. Lei nº 11.108 de 07 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 República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, 8 abr. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em: 7 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de Ação Programática**. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**: seção 1, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 121, p. 109, 27 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Oito Passos para a Maternidade Segura**: guia Básico para os Serviços de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 569 de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, p. 112, 18 ago. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2815 de 29 de maio 1998. Inclui, na Tabela de Informações Hospitalares do SUS, procedimentos de atenção ao parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 47-48, 2 jun. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores(as) e trabalhadores(as) do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humanização do parto e do nascimento. Universidade Estadual do Ceará. **Cadernos Humaniza SUS**: volume 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Educação em Saúde. **Educação em Saúde**: diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 1989.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007.** Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2007.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. A. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 97-103, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000100014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 maio 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000100014>.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. A. A equipe de Enfermagem e a Comunicação Não Verbal. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 3, p. 697-709, 2014.

CAIXEIRO-BRANDÃO, S. M. O. **Vivência do acolhimento da mulher encaminhada da Casa de Parto David Capistrano Filho à unidade de referência.** 2008. 141 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro, 2008.

CAMACHO, K. G.; PROGIANTI, J. M. A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 3, p. 646-653, 2013. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v15i3.18588>.

CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia** [online], Belo Horizonte, v. 6, n. 2, p. 179-191, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a03.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2019.

CARON, O. A. F; SILVA, I. A. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 485-492, 2002.

CAVALCANTI, P. C. S. *et al.* Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1297-1316, dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312013000400014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 ago. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000400014>.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 39-64.

CHIBANTE, C. L. P. *et al.* Saberes e práticas no cuidado centrado na pessoa com feridas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, e20170036, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452017000200208&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 8 out. 2020. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170036>.

COSTA, R. F.; SANTOS, I.; PROGIANTI, J. M. Habilidades das enfermeiras obstétricas como mediadoras do processo educativo: estudo sociopoético. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 24, n. 4, p. e18864, ago. 2016. Disponível em: <https://www.e->

publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/18864. Acesso em: 09 ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.18864>.

COSTA, R. F. **O processo de educação em saúde na casa de parto David Capistrano Filho sob a ótica cultural**. 2007. 72 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

DARÓS, D. Z. *et al.* Socialização de conhecimentos e experiências sobre o processo de nascimento e tecnologias do cuidado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 2, p. 308-314, abr./jun. 2010. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/10355/6914>. Acesso em: 5 ago. 2020.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Production**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 27-34, dez. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132004000300004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 nov. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-65132004000300004>.

DEWES, J. O. **Amostragem em Bola de Neve e Respondent-Driven Sampling: uma descrição dos métodos**. 2013. 53 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Estatística). Departamento de Estatística, Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil, 2013.

DINIZ, C. S. G. Humanização da Assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

DODOU, H. D. *et al.* A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 262-269, 2014.

DODOU, H. D. *et al.* Sala de parto: condições de trabalho e humanização da assistência. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 332-338, 2017.

DRUCK, G. *et al.* A terceirização no serviço público: particularidades e implicações. In: CAMPOS, A. G. (org.). **Terceirização do trabalho no Brasil: novas e distintas perspectivas para o debate**. Brasília: Ipea, 2018. p. 113-142.

DULFE, P. A. M. *et al.* A assistência obstétrica ao parto e nascimento na percepção das mulheres. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 11, n. 12, p. 5402-5416, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22795/25555>. Acesso em: 10 dez. 2020.

FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300847&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>.

FIRMINO, K. C. *et al.* Percepção da mulher frente à dor do Parto. **Revista Ciência Plural**, Natal, v. 6, n. 1, p. 87-101, 25 fev. 2020.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 21-34, mar. 2012.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D. T. (org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 7-18, jan. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo/?script=sci_&pid=S0102-311X2011000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 8 set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000100002>.

GUALDA, D. M. R.; HOGA, L. A. K. Estudo sobre teoria transcultural de Leininger. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 75-86, mar. 1992.

HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; LENARDT, M. H. Tecnologia educacional inovadora para o empoderamento junto a idosos com diabetes mellitus. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 358-365, 2010.

HELOANI, R.; LANCMAN, S. Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. **Production**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 77-86, dez. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132004000300009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 nov. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-65132004000300009>.

HENCKEMAIER, L. *et al.* Cuidado transcultural de Leininger na perspectiva dos programas de pós-graduação em enfermagem: revisão integrativa. **Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 85-91, 2014.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

KALINOWSKI, L. C. *et al.* Mitos e práticas populares no período pós-parto: revisão integrativa de produções da enfermagem. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niteroi, RJ, v. 9, n. 3, p. 1-15, 2010. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167642852010000300010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 2 set. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20103140>.

LANSKY, S.; FIGUEREDO, V. O. Acolhimento e vinculação: diretrizes para acesso e qualidade do cuidado perinatal. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos HumanizaSUS; v. 4). p. 155-170.

LEININGER, M. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York (USA): National League for Nursing Press, 1991.

LEININGER, M. M.; FARLAND, M. R. **Culture care diversity and universality – a world wide nursing theory**. 4. ed. New York: Jones and Bartlett Publishers, 2013.

LEININGER, M. **Transcultural nursing: Concepts, theories, research e practices**. 2. ed. [S.l.]: Mcgrawhill, 1995.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

LORENZETTI, J. *et al.* Organização do trabalho da enfermagem hospitalar: abordagens na literatura. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1104-1112, 2014.

MACEDO, P. O. *et al.* Percepção da dor pela mulher no pré-parto: a influência do ambiente. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 306-312, 2005.

MACHADO, M. H. *et al.* Condições de trabalho da enfermagem. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 6, n. 1/4, p. 79-90, 2015.

MARTIN, D. Natureza e Cultura: Ferramentas Teóricas para a Prática da Enfermagem. *In*: NAKAMURA, E.; MARTIN, D.; SANTOS, J. F. Q. (org.). **Antropologia para Enfermagem**. Barueri, SP: Manole Editora, 2009. p. 3-13.

MATOS FILHO, S. A. *et al.* Micropoderes no cotidiano do trabalho de enfermagem hospitalar: uma aproximação do pensamento de Foucault. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 30716, 2018.

MATOS, G. C. *et al.* Trajetória Histórica das Políticas de Atenção ao Parto no Brasil: uma Revisão Integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 7, n. 3, p. 870-878, mar. 2013.

MATTAR E SILVA, T. W. *et al.* Configuração das relações de poder nas práticas profissionais de médicos e enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, supl. 1, 2020.

MATTOS, D. V., VANDENBERGHE, L., MARTINS, C. A. O enfermeiro obstetra no parto domiciliar planejado. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 10, n. 2, p. 568-575, 2016. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8587>. Acesso em: 4 abr. 2020. DOI: 10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201625.

MENDONÇA, F. A. C. *et al.* Acolhimento e Vínculo na Consulta Ginecológica: Concepção de Enfermeiras. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 57-64, 2011.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MICHEL, T. *et al.* As práticas educativas em enfermagem fundamentadas na teoria de Leininger. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 15, n. 1, p. 131-137, mar. 2010.

- MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
- MONTICELLI, M. *et al.* Aplicações da teoria transcultural na prática da enfermagem a partir de dissertações de mestrado. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 220-228, 2010.
- MOREIRA, N. J. M. P.; SOUZA, N. V. D. O.; PROGIANTI, J. M. Condições de trabalho no hospital: percepções de enfermeiras obstétricas. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, p. e26999, dez. 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/26999>. Acesso em: 22 mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.26999>.
- MOURA, M. A. V.; CHAMILCO, R. A. S. I.; SILVA, L. R. A teoria transcultural e sua aplicação em algumas pesquisas de enfermagem: uma reflexão. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 434-440, dez. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452005000300012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 8 ago. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452005000300012>.
- MOUTA, R. J. O. *et al.* Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 31, n. 4, 2017.
- MOUTA, R. J. O.; PROGIANTI, J. M. Estratégias de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 731-740, dez. 2009.
- NASCIMENTO, N. M. **A contribuição das tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem para o empoderamento feminino na gravidez e no parto**: adaptação do modelo de promoção da saúde de Nola Pender. 2011. 93f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.
- NASCIMENTO, N. M. *et al.* Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 456-461, 2010.
- NEGOCIAR. *In*: DICIO, Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus, 2018. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/negociar/>. Acesso em: 5 ago. 2019.
- NICÁCIO, M. C. *et al.* Perception of nurse midwives regarding their professional identity: a descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 15, n. 2, p. 205-214, 2016. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5203>. Acesso em: 10 jul. 2020.
- ODENT, M. **O renascimento do parto**. Florianópolis: Saint Germain, 2002.
- OLIVEIRA, D. C. de. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-576, 2008.

OLIVEIRA, E. A. R.; ROCHA, S. S. O cuidado cultural dos pais na promoção do desenvolvimento infantil. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 397-403, 2019. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6349/pdf_1. Acesso em: 7 abr. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.397-40>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Saúde materna e neonatal/ Unidade de maternidade segura. Saúde reprodutiva e da família. Genebra: Organização Panamericana de Saúde-OPAS, 1996.

PEREIRA, A. L. F. *et al.* Percepções das enfermeiras obstetras sobre sua formação na modalidade de residência e prática profissional. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 22, e-1107, 2018. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1243>. Acesso em: 29 mar. 2020. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180035>.

PEREIRA, A. L. F.; MOURA, M. A. V. Relações de hegemonia e o conflito cultural de modelos na assistência ao parto. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p. 119-124, 2008.

PEREIRA, S. B. *et al.* Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, supl. 3, p. 1313-1319, 2018.

PIRES, D.; GELBCKE, F. L.; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 311-326, set. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462004000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 nov. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462004000200006>.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos de avaliação e utilização**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORFÍRIO, A. B. **A atualização do habitus da enfermeira obstétrica no processo de implantação do modelo humanizado na maternidade Alexander Fleming (1998-2004)**. 2011. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

PORFÍRIO, A. B.; PROGIANTI, J. M.; SOUZA, D. O. M. As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 2, p. 331-336, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a16.htm>. Acesso em: 4 ago. 2020. DOI: 10.5216/ree.v12i2.7087.

PRATA, J. A. **A influência do habitus da enfermeira nas representações das mulheres acerca do parto: o surgimento de uma nova demanda social para o campo obstétrico**. 2012. 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

PRATA, J. A. *et al.* Tecnologias não invasivas de cuidado: contribuições das enfermeiras para a desmedicalização do cuidado na maternidade de alto risco. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, e20180259, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000200217&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 nov. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0259>.

PRATA, J. A.; PROGIANTI, J. M.; DAVID, H. S. L. A reestruturação produtiva na área da saúde e da enfermagem obstétrica. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1123-1129, 2014.

PROGIANTI, J. M. *et al.* A preservação perineal como prática de enfermeiras obstétricas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 266-273, ago. 2006.

PROGIANTI, J. M. *et al.* Precarização do trabalho da enfermeira obstétrica. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 26, p. e33846, out. 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/33846>. Acesso em: 12 jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.33846>.

PROGIANTI, J. M.; COSTA, R. F. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 257-263, abr. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672012000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000200009>.

PROGIANTI, J. M.; VARGENS, O. M. C. As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias não invasivas de cuidado como estratégias na desmedicalização do parto. **Escola Anna Nery**, v. 8, n. 2, p. 194-197, ago. 2004.

RAMALHO, K. S. *et al.* Política de saúde da mulher à integralidade: Efetividade ou possibilidade? **Cadernos de Graduação: Ciências Humanas e Sociais**, v. 1, n. 1, p. 11-22, 2012.

RAMOS, C. F. V. *et al.* Práticas educativas: pesquisa-ação com enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 1144-1151, maio 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000301144&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 8 ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0284>.

RAMOS, D. D., LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003.

RAMOS, S. M. Necessidade de orientação à Saúde do paciente diabético. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 29, n. 4, p. 38-41, 1976.
REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO (REHUNA). **Carta de Campinas - Ato de Fundação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento**. Campinas, 1993. Disponível em: <http://ongamigasdoparto.blogspot.com/2011/05/carta-de-campinas-ato-de-fundacao-da.html>. Acesso em: 5 ago. 2019.

REIS, A. T.; SANTOS, R. S.; PASCHOAL JÚNIOR, A. O cuidado à mulher na contemporaneidade: reflexões teóricas para o exercício da enfermagem transcultural. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 129-135, 2012.

REIS, L. G. C.; PEPE, V. L. E.; CAETANO, R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 1139-1160, 2011.

SAMPIERI, R. H; COLLADO, C. F; LUCIO, M. P. B. L. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTOS, A. N. S.; NASCIMENTO, E. R. Proposições de cuidado cultural à enfermagem frente a aspectos da saúde reprodutiva de mulheres quilombolas. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 33, 2019.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (Rio de Janeiro). Programa de Qualificação da Assistência Perinatal na Cidade do Rio de Janeiro 2001/2004. Decreto nº 20996 de 17 de janeiro de 2002. **Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro: Poder Executivo**, Atos do Prefeito, Rio de Janeiro, RJ, encarte, p. 1-6, 18 de jan. 2002.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (Rio de Janeiro). Resolução SMS-RJ nº 1041 de 11 de fevereiro de 2004. Dispõe sobre o funcionamento da Casa de Parto David Capristano. **Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro: Poder Executivo**, Secretaria Municipal de Saúde, Rio de Janeiro, RJ, p. 28, 12 de fev. 2004.

SEIMA, M. D. *et al.* A produção científica da enfermagem e a utilização da teoria de Madeleine Leininger: revisão integrativa 1985 - 2011. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 851-857, dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452011000400027&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 8 set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400027>.

SENTO SÉ, C. C. **Módulo Acolhimento do Programa Cegonha Carioca**: uma prática reiterativa da enfermeira obstétrica. 2014. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da Atenção Básica em saúde sob ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. *In*: PINHEIROS, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: UERJ, 2004. p. 241-257.

SILVA, B. M. *et al.* Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 442-448, set. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072006000300008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000300008>.

SILVA, E. R. *et al.* Transculturalidade na enfermagem baseada na teoria de Madeleine Leininger. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e5561-e5561, 2021.

SOUSA, L. B. *et al.* Práticas de educação em saúde no Brasil: A atuação da enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p.55-60, 2010.

STARRS, A. **Preventing the tragedy of maternal deaths: a report on the International Safe Motherhood Conference, Nairobi, Kenya, February 1987.** Washington, D.C.: World Bank, 1987.

TAVARES, J. M. A. B. *et al.* Peritoneal dialysis: family care for chronic kidney disease patients in home-based treatment. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1172-1178, dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672016000601172&lng=en&nrm=iso Acesso em: 16 ago. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0262>.

TORRES, J. A.; SANTOS, I.; VARGENS, O. M. C. Construindo uma concepção de tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica: estudo sociopoético. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 656-664, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072008000400005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400005>.

VARGENS, O. M. C. *et al.* Desmedicalização da assistência ao parto e ao nascimento: um desafio para a enfermagem obstétrica brasileira. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 17, p. 12-18, 2003.

VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, J. M.; SILVEIRA, A. C. F. O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 339-346, jun. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200018. Acesso em: 5 ago. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000200018>.

VARGENS, O. M. C.; SILVA, A. C. V.; PROGIANTI, J. M. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. e20170015, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452017000100215&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170015>.

VIEIRA, M. L. C. **Análise da psicodinâmica do trabalho das enfermeiras obstétricas da cidade do Rio de Janeiro frente à lógica neoliberal na saúde.** 2019. 121 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

VIEIRA, M. L. C. *et al.* Estratégias das enfermeiras obstétricas frente às condições de trabalho em maternidades. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 74, n. 1, e20200201, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672021000100177&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0201>.

VILELAS, J. M. S.; JANEIRO, S. I. D. Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 120-127, 2012.

VINUTO, J. A amostragem de bola de neve em pesquisa qualitativa: um debate aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014.

WALTRICK, F. R.; MERIZE, P. S. C. **Uma proposta de assistência de enfermagem na perspectiva cultural-focalizando a comunicação em saúde**. 2002. 177 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Appropriate technology for birth. The **Lancet**, v. 326, n. 8452, p. 436-437, 1986. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/288634576>. Acesso em: 6 ago de 2019.

ZAJDSZNADER, L. **Teoria e Prática da Negociação: Política da Negociação**. 2. ed. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1988.

ZAMPIERI, M. F. M. *et al.* Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 719-727, dez. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072010000400015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 7 ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S010407072010000400015>.

ZAMPIERI, M. F. M.; ERDMANN, A. L. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, n. 3, p. 359-367, set. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292010000300009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 7 ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000300009>.

ZORZANELLI, R. T.; CRUZ, M. G. A. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 66, p.721-731, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000300721&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 nov. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0194>.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

Parte I - INTRODUÇÃO

- Apresento o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) e realizo a leitura em conjunto, após aceitação oriento o participante a assinar o presente documento e peço autorização para iniciar.
- Agradeço o entrevistado pela participação e me coloco à disposição para esclarecimentos acerca do assunto da entrevista.
- Após autorização do entrevistado ligo o Gravador.
- Realizo o preenchimento da ficha de caracterização do Participante.

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Gravação N°: _____

HORA (Início): ____: ____ DATA: ____/____/____ HORA (Término): ____: ____

Idade: _____

Tipo de especialização em enfermagem obstétrica:

() Pós-Graduação () Residência

Ano de conclusão da especialização: _____

Tempo de atuação na profissão como enfermeira obstétrica:

() Entre 1 e 2 anos () de 3 a 4 anos () > de 4 anos

Instituição de trabalho: () Esfera pública () Esfera Pública e Privada

Parte II- Contexto cultural da assistência obstétrica e sua influencia sobre as mulheres

- Fale-me como você vê a influência da cultura medicalizada sobre as mulheres que você cuida.

Tópicos para orientação:

- Em que contexto cultural você se percebe?
- Para você, qual é o contexto cultural das parturientes?

- Você considera que o contexto cultural das parturientes influencia na relação de cuidado?

- Como você age quando os contextos culturais são diferentes?

Parte III – Descrevendo a abordagem da enfermeira obstétrica com as TNICEO

- Fale-me sobre as TNICEO que você utiliza durante seu processo de cuidar de uma parturiente.

Tópicos de orientação:

- Quais são as técnicas/procedimentos e instrumentos você utiliza?

- Como você aborda as mulheres com as TNICEO?

- Há fatores que interferem nessa abordagem com as TNICEO? Explique.

- Como as mulheres percebem o seu cuidado com as TNICEO? Elas aceitam os cuidados que você propõe?

Parte IV – Dificuldades enfrentadas e ações da enfermeira obstétrica frente a não aceitação da parturiente à TNICEO

Tópicos de orientação:

- Você já notou que alguma mulher não aceitou seu cuidado com o uso das TNICEO?

Fale-me sobre essas situações.

- Diante da não aceitação ao uso das TNICEO, quais os sentimentos manifestados pelas mulheres? Como você se sente nestas situações? Qual a sua atitude diante destas situações?

- Quais estratégias você utiliza para obter a aceitação das mulheres para o uso das TNICEO? Quais os efeitos dessas estratégias? (O que você faz? E como as mulheres reagem diante dessas ações?)

- Você já vivenciou situações nas quais estas estratégias não foram eficazes para a adesão das mulheres ao uso das TNICEO? Fale-me sobre isso. (Como você se sente nestas situações? Qual é sua reação se sua ação for ineficaz para a adesão da mulher?).

Parte V – Finalização

- Perguntar se o entrevistado gostaria de fazer alguma colocação pertinente ao assunto discutido, que não tenha sido questionado e permitir que o faça.

- Agradecer novamente a colaboração

- Desligar o gravador

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo intitulado **“Negociações da enfermeira obstétrica frente a não adesão das mulheres às tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica”**, conduzido por Bárbara Christine Dantas Silva de Almeida e Jane Marcia Progianti. Este estudo tem por objetivo Conhecer o modo como as enfermeiras obstétricas apresentam as TNICEO às mulheres durante o processo de parturição; Descrever a negociação cultural do cuidado desmedicalizado, adotada pelas enfermeiras obstétricas diante da não adesão às TNICEO; Discutir os efeitos da negociação cultural do cuidado desmedicalizado das enfermeiras obstétricas com as mulheres.

Você foi selecionado (a) por atender aos critérios de ser enfermeira obstétrica com experiência profissional no cuidado à mulher durante o processo de parturição há, no mínimo, um ano em centro obstétrico ou sala de parto de instituição pública de saúde.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. Sua participação na pesquisa é voluntária e não remunerada, porém não implicará em custos adicionais, não terá qualquer despesa com a realização da entrevista prevista neste estudo.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista, a qual será gravada em áudio por aparelho eletrônico seguindo um roteiro semi estruturado, com previsão de duração, em média, de 40 minutos. O conteúdo será posteriormente transcrito. Em nenhum momento será divulgado seu nome ou qualquer informação que possa identificá-la (o) ou a instituição onde trabalha. Será realizada mediante agendamento de data, hora e local de sua escolha onde ninguém ouvirá suas respostas. Esperamos que você sinta-se confortável em responder os questionamentos. As perguntas que você julgar importantes fazer antes do início da entrevista serão todas respondidas em qualquer momento da pesquisa.

Rubrica do Entrevistado

Rubrica do Pesquisador

Há risco de essa pesquisa ocasionar algum tipo de desconforto e constrangimento advindo de lembranças pessoais a eventos passados que possam ser incômodos para você. Nesse caso, no período da entrevista será garantida a sua liberdade para não responder as questões que lhe cause constrangimento e você poderá deixar de participar da mesma a qualquer momento. Os benefícios desse estudo contribuirão para melhoria de suas ações na realização do cuidado em sua prática profissional e estarão voltados para uma assistência da enfermagem obstétrica á gestantes com valorização de aspectos culturais.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. Apenas os pesquisadores deste estudo terão acesso ao material coletado e as entrevistas serão identificadas por códigos em números. Os pesquisadores responsáveis se comprometem a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável.

Seguem os telefones e o endereço institucional dos pesquisadores responsáveis e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Enf^a. Obst. Bárbara Christine Dantas Silva de Almeida; Tel: (21) 99154-2492; Email: barbaracdsa88@gmail.com ou Dr^a Jane Márcia Progi; Tel: (21) 2868-8255; E-mail: jmprogi@uol.com.br; no Endereço: Faculdade de Enfermagem da Uerj; Av. 28 De Setembro n. ° 157, 8.º Andar – Vila Isabel;.

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE C – Caracterização dos participantes

Quadro 1 – Caracterização dos participantes do estudo

Identificação	Idade	Tipo de Especialização	Ano de Conclusão	Tempo de Atuação
EO-01	34 anos	Pós-Graduação	2013	> 4 anos
EO-02	33 anos	Residência	2015	4 anos
EO-03	47 anos	Pós-Graduação	1999	> 4 anos
EO-04	34 anos	Pós-Graduação	2011	3 anos
EO-05	31 anos	Residência	2013	> 4 anos
EO-06	37 anos	Residência	2008	> 4 anos
EO-07	30 anos	Residência	2015	3 a 4 anos
EO-08	30 anos	Residência	2014	> 4 anos
EO-09	39 anos	Pós-Graduação	2010	>4 anos
EO-10	35 anos	Residência	2015	> 4 anos
EO-11	42 anos	Pós-Graduação	2004	> 4 anos
EO-12	33 anos	Pós-Graduação	2009	> 4 anos
EO-13	33 anos	Residência	2015	1 ano
EO-14	29 anos	Residência	2015	> 4 anos
EO-15	40 anos	Pós-Graduação	2014	> 4 anos
EO-16	38 anos	Pós-Graduação	2010	>4 anos
EO-17	31 anos	Residência	2015	4 anos

Fonte: A autora.

APÊNDICE D – Dados e categorias

Quadro 2 – Codificação dos dados e construção das categorias

Cód UR	Temas / Unidades de Significação	Nº UR's	% UR's	Subcategoria	Categoria	UR's categoria	%UR's categoria		
1	Desenvolvimento de diálogo para aproximação com a mulher	56	8,74	Construção de vínculo com a parturiente	Categoria 1: A abordagem das TNICEO pelas enfermeiras obstétricas junto às parturientes	152	23,71		
2	Empoderamento à mulher e respeito à sua decisão	38	5,93	Compartilhamento de conhecimentos e possibilidades de cuidado através de prática educativa					
3	Oferecendo orientações durante o processo de parturição	58	9,05						
4	Padrão cultural medicalizado da mulher	70	10,92	Fatores que interferem na adesão das mulheres às TNICEO: Socialização baseada na cultura medicalizada	Categoria 2: Fatores que interferem na adesão das mulheres e na abordagem das enfermeiras obstétricas às TNICEO	219	34,17		
5	Experiência e história de vida em gestações anteriores	29	5,52						
6	Disponibilidade da mulher às orientações e aproximação da enfermeira obstétrica	28	4,37						
7	Demanda de trabalho da enfermeira obstétrica	23	3,59	Fatores que interferem na abordagem das TNICEO pelas enfermeiras obstétricas					
8	Perfil da unidade de assistência	35	5,46						
9	Conflitos na relação interpessoal com outros profissionais	34	5,30						
10	Convencimento e Insistência	57	8,89	Categoria 3: O processo de negociação do cuidado desmedicalizado adotado pelas enfermeiras obstétricas diante da não adesão das mulheres às TNICEO				270	42,12
11	Estabelecendo técnicas de comunicação	54	8,42						
12	Oferecer as TNICEO de acordo com demanda e necessidade da parturiente	30	4,68						
13	Promovendo a capacitação do acompanhante	31	4,84						
14	Promoção de mudanças no cenário que a parturiente está inserida	26	4,06						
15	O efeito produzido na assistência da enfermeira obstétrica	72	11,23						
TOTAL		641	100%			641	100%		

Fonte: Dados da pesquisa.

ANEXO – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Negociações da enfermeira obstétrica frente a não adesão das mulheres às tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica

Pesquisador: BARBARA CHRISTINE DANTAS SILVA DEALMEIDA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 22916719.4.0000.5282

Instituição Proponente: Universidade do Estado do Rio de Janeiro -UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.644.438

Apresentação do Projeto:

De acordo com a pesquisadora:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório, com o objetivo de analisar o processo de negociação pelas enfermeiras obstétricas para obterem a adesão das mulheres ao uso das tecnologias não invasivas de cuidado.

Serão selecionadas como participantes do estudo, enfermeiras obstétricas, com no mínimo um ano de experiência profissional em atuação no centro obstétrico ou sala de parto de instituições públicas de saúde, prestando o cuidado à mulher em processo de parturição. Serão excluídas do processo as enfermeiras obstétricas com atuação exclusiva nas instituições de saúde da rede privada. A participação será voluntária, podendo a qualquer momento se recusar a participar.

Para Captação dos participantes será utilizada a técnica de amostragem Bola de Neve (“Snow Ball”), na qual os participantes iniciais indicam novos participantes e esses, por sua vez, indicam outros participantes até que seja atingida a saturação dos dados, em que os entrevistados passam a repetir os conteúdos já coletados em entrevistas anteriores e não acrescenta mais nenhuma informação nova, que possa ser relevante à pesquisa.

Os dados da pesquisa serão coletados por meio da realização de entrevista semi-estruturada individual, utilizando um instrumento composto de cinco partes: a primeira parte é a caracterização das participantes, composta de perguntas fechadas e as partes posteriores seguem um roteiro com tópicos de orientação abertos. As entrevistas serão gravadas por meio de um aparelho gravador específico digital ou utilizando o aplicativo de gravador de voz no dispositivo celular do entrevistador, após autorização da entrevistada e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE. As falas serão transcritas na íntegra, após obtenção de registro fiel.

Como método de análise de dados, será utilizada a análise de conteúdo categorial temática. Método no qual os discursos são decompostos em unidades de registro formadas por núcleos temáticos, frases que possuam ligação com o objeto de estudo. As fases de análise do método organizam-se em três polos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e a interpretação.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com a pesquisadora:

Objetivo Primário:

Analisar o processo de negociação pelas enfermeiras obstétricas para obterem a adesão das mulheres ao uso das tecnologias não invasivas de cuidado.

Objetivo Secundário:

- 1) Conhecer o modo como as enfermeiras obstétricas apresentam as TNICEO às mulheres durante o processo de parturição;
- 2) Descrever a negociação cultural do cuidado desmedicalizado, adotada pelas enfermeiras obstétricas diante da não adesão às TNICEO;
- 3) Discutir os efeitos da negociação cultural do cuidado desmedicalizado das enfermeiras obstétricas com as mulheres.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a pesquisadora:

Riscos:

Os riscos se caracterizam pela possibilidade de constrangimentos ou desconfortos manifestados pelo entrevistado, advindos de lembranças pessoais, que, em qualquer momento que isso ocorra, serão pausadas a entrevista e a gravação, imediatamente, e poderá se recusar em dar continuidade na sua participação.

Benefícios:

Como benefício, a pesquisa propõe ao participante uma reflexão sobre suas ações diante da problemática da não adesão das mulheres a seus cuidados, vindo a contribuir para melhorias das suas ações na realização do cuidado em sua prática profissional, voltados para uma assistência da enfermagem obstétrica à gestantes, com valorização de seus aspectos culturais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com a pesquisadora:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório, na qual serão captados os participantes pela técnica de amostragem não probabilística denominada “bola de neve” e, como estratégia para atingir o objetivo do estudo, não haverá um número pré-estabelecido de participantes na amostra dos dados a serem coletados. Será utilizado o princípio da saturação de dados, ou seja, quando não é obtida nenhuma informação nova e atingimos a redundância, participantes repetem os conteúdos coletados anteriormente sem acrescentar informações relevantes à pesquisa.

Os dados serão coletados por meio de uma entrevista semiestruturada individual, que seguirá um instrumento de coleta de dados, previamente estabelecido, composto de 5 partes: a Primeira parte se configura na caracterização dos participantes com perguntas fechadas e as partes posteriores seguirão tópicos de orientação com perguntas abertas.

As entrevistas serão gravadas em aparelho gravador específico digital ou utilizando o aplicativo de gravador de voz no dispositivo celular do entrevistador, após autorização do entrevistado e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE.

Após entrevistas gravadas, as falas serão transcritas na íntegra para análise e interpretação dos dados, na qual adotarei a técnica análise de conteúdo temático categorial descrito por Bardin.

A participação na pesquisa é voluntária, podendo a qualquer momento o entrevistado se recusar em participar dessa.

Serão selecionadas como participantes do estudo enfermeiras obstétricas, com experiência profissional no cuidado à mulher durante o processo de parturição há, no mínimo, um ano em centro obstétrico ou sala de parto de instituição pública de saúde.

Como Enfermeira Obstétrica, há seis anos atuante no campo obstétrico, possuo um círculo social abrangente, composto pela mesma população de profissionais que condizem com os critérios de inclusão para a amostra da pesquisa em questão, o que facilita para o recrutamento da primeira participante da pesquisa que, de forma voluntária, participará do estudo e, após, indicará outras pessoas de seu conhecimento ou relacionamento para participar.

Os princípios éticos e legais do estudo foram norteados conforme as Resoluções nº 466/2012. Será mantido o anonimato dos entrevistados no discurso da pesquisa ou em qualquer etapa de seu desenvolvimento e divulgação. Os participantes serão identificados conforme o termo “EO” (Enfermeira Obstétrica) e, em seguida, o número de gravação correspondente à ordem da entrevista realizada. Por exemplo: “EO-1”, “EO- 2” e, assim consecutivamente.

Constitui como método de análise para os dados obtidos através das entrevistas realizadas, a análise de conteúdo descrita por Bardin (2011) como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”, permitindo a inferência (dedução de maneira lógica) de conhecimentos relativos para as condições de produção dessas mensagens.

Dessa forma, a análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça, buscando outras realidades por meio das mensagens.

A análise de conteúdo proposta por Bardin (2011) se apresenta a partir de algumas etapas a serem respeitadas. A primeira fase constitui-se da pré-análise, na qual tem início a operacionalização e organização de ideias. Será realizada a escolha e o primeiro contato com os documentos que serão submetidos à análise, envolvendo a “leitura flutuante”, que permite ao pesquisador conhecer o seu texto e, já em mente com o objetivo da pesquisa, delinear impressões que orientarão a interpretação e preparação formal do material (CÂMARA, 2013).

Será nesta primeira fase que as entrevistas serão transcritas de forma íntegra, para constituir o corpus da pesquisa, o que implica o respeito às regras de: Exaustividade (não se omitir nada, qualquer elemento coletado é levado em conta), Representatividade (amostra representa o universo), Homogeneidade (os dados devem ser obtidos por um mesmo critério de escolha a partir de indivíduos semelhantes e pertencer ao mesmo tema),

Pertinência (os documentos retidos devem ser adequados e corresponder ao objetivo do estudo) (BARDIN, 2011; CÂMARA, 2013).

A partir das entrevistas transcritas e realizada a leitura flutuante, inicia-se a segunda fase, exploração do material, que consiste na operação de codificação das falas (URs) aderentes ao objeto e aos objetivos do estudo. Após a codificação das URs, as mesmas serão agrupadas em unidades temáticas, permitindo atingir uma representação do conteúdo expresso no texto. A seguir, elas serão reagrupadas em conjuntos maiores e reunidas em um grupo de elementos (unidades de significação), em razão das características comuns destes e, sob um título genérico, serão expressas as categorias temáticas de análise apropriadas para o propósito do estudo. Na etapa final da análise de conteúdo, será feito o tratamento dos resultados e sua interpretação (BARDIN, 2011).

O projeto pode ser realizado como está apresentado. Diante do exposto e à luz da Resolução CNS nº466/2012 e CNS nº510/2016, o projeto pode ser enquadrado na categoria–APROVADO.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos de apresentação obrigatória foram enviados a este comitê, estando dentro das boas práticas e apresentando todos os dados necessários para a apreciação ética, e tendo sido avaliadas as informações contidas na Plataforma Brasil e as mesmas se encontram dentro das normas vigentes e sem riscos iminentes aos participantes envolvidos na pesquisa.

Recomendações:

Tendo em vista a legislação vigente, o CEP recomenda ao(à) Pesquisador(a): Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e/ou no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para análise das mudanças; informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; o comitê de ética solicita a V.S.^a que encaminhe a esta comissão relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) meses da pesquisa e, ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para outubro de 2020. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1439155.pdf	24/09/2019 04:16:38		Aceito
Orçamento	ORçAMENTO.pdf	24/09/2019 04:13:26	BARBARA CHRISTINE DANTAS SILVA DE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOFINALPARACOEP.pdf	24/09/2019 04:10:45	BARBARA CHRISTINE DANTAS SILVA DE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREESCLARECIDO.pdf	24/09/2019 04:10:23	BARBARA CHRISTINE DANTAS SILVA DE ALMEIDA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMADEPESQUISA.pdf	24/09/2019 04:09:24	BARBARA CHRISTINE DANTAS SILVA DE	Aceito

RIO DE JANEIRO, 16 de Outubro de 2019.

Assinado por:

Patricia Fernandes Campos de Moraes (Coordenador(a))

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br