



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE

ANNA CHRISTINA DE ALMEIDA PORRÉCA

**AMBIÊNCIA INTRA-HOSPITALAR PARA O PARTO E NASCIMENTO: Infográficos  
facilitadores para a Sistematização da Assistência de Enfermagem**

NITERÓI  
2019

ANNA CHRISTINA DE ALMEIDA PORRÉCA

**AMBIÊNCIA INTRA-HOSPITALAR PARA O PARTO E NASCIMENTO: Infográficos facilitadores para a Sistematização da Assistência de Enfermagem**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Curso de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde: Formação Docente Interdisciplinar Para o Sistema Único de Saúde (SUS) da Universidade Federal Fluminense, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Linha de Pesquisa:** Formação pedagógica em saúde

**Orientadora:** Profa. Dra. Helen Campos Ferreira

Niterói, RJ

2019

Ficha catalográfica

PORRECA, A.C.A. AMBIÊNCIA INTRAHOSPITALAR PARA O PARTO E NASCIMENTO: Infográficos facilitadores para a Sistematização da Assistência de Enfermagem. 2019. 77p. Dissertação (Mestrado em Ensino) – Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2019.

**AMBIÊNCIA INTRA-HOSPITALAR PARA O PARTO E NASCIMENTO: Infográficos  
facilitadores para a Sistematização da Assistência de Enfermagem**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Curso de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde: Formação Docente Interdisciplinar Para o Sistema Único de Saúde (SUS) da Universidade Federal Fluminense, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Linha de pesquisa: Formação Pedagógica**

**Aprovada em:** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA:**

.....  
Prof. Dra. Helen Campos Ferreira (Orientadora)  
Universidade Federal Fluminense

.....  
Prof. Dr. Ricardo José Oliveira Mouta (1ª examinador)  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

.....  
Prof. Dra. Claudia Maria Messias (2ª examinadora)  
Universidade Federal Fluminense

.....  
Prof. Dra. Maysa Ludovice Gomes (1ª Suplente)  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

.....  
Prof. Dra. Aldira Samantha Garrido Teixeira (2ª Suplente)  
Universidade Federal Fluminense

Niterói

2019

*Dedico esta obra a todas as mulheres da minha vida,  
na esperança de que esta possa contribuir para um mundo  
melhor para elas e suas famílias.*

## *Agradecimentos*

*Agradeço primeiramente a Deus, que me guia na estrada da vida, proporcionando amadurecimento e conhecimento para enxergar necessidades de cuidado, muito além de onde os meus olhos podem ver.*

*Ao meu filho, meu companheiro de aventuras desde o ventre, que me fez querer ser uma pessoa melhor e aprender a cuidar de tudo e de todos para cuidar dele da melhor forma possível. Meu guardião, meu guerreiro, meu anjo, minha maior expressão do amor.*

*Eterna gratidão à minha querida orientadora que teve sabedoria para plantar em mim boas sementes e paciência para esperar elas crescerem, florescerem e darem frutos, obrigada pelo carinho, pela confiança, pelo colo nas horas difíceis e pela dedicação a essa obra.*

*Agradeço a todos os meus amados, família e amigos que estiveram ao meu lado quando precisei, e perdoaram minha ausência quando ela foi necessária. Pessoas que foram especiais nessa trajetória: Daniel de A. Porréca, Mario F. P. Porréca, Margarida F.P. Porréca, Eneida S. Almeida, Barbara C.R.de Almeida, Bruno Ozório, Leonardo Muccs, Bruno Torricini, Bruna de Araújo, Stephanea Soares, Tayana V.S. Barcellos, Alessandra, Michele Quaresma, Lucas, meus colegas de turma e toda a equipe docente do MPES. Homenagem especial merece a minha mãe, com sua vida complicada cheia de provações e na privação de viver o ato sublime de parir, ensinou-me muito.*

*Agradeço às minhas colegas/parceiras/irmãs/companheiras de todas as horas, enfermeiras obstétricas plantonistas, professoras do DEMI/UFRJ, acadêmicos de enfermagem, aprimorandos e às minhas queridas aprendizes da residência de enfermagem obstétrica que me inspiram, me motivam e levam as minhas sementes aonde não consigo alcançar.*

*A todos os meus colegas da música, bandas “Lynx” e “Vingança” que foram meu oxigênio nesses tempos de construção.*

*Às mulheres e suas famílias as quais atendi em seus partos e nascimentos de filhos, muito obrigada por todas as histórias, todo aprendizado e a imensa satisfação de colocar meus conhecimentos aos seus serviços.*

*Aos membros da minha banca pelos seus exemplos de vida profissional que inspiram e engrandecem o conhecimento aqui construído, pelo seu tempo, sua atenção, sua sensibilidade e seu saber compartilhado, sinto-me honrada e grata.*

*Agradeço, sobretudo, a oportunidade de receber o financiamento do Conselho Nacional de Enfermagem (2017-2019) para a construção desse estudo.*

*Cada respiração é um milagre  
Cada gota de sangue, um brilho de luz  
Todo empurrão e toda dor  
Obtendo forças do amor, ele sempre vence!  
(Lynux, Porreca, 2018).*

## RESUMO

A ambiência na saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nessa perspectiva, enfermeiros obstétricos que assistem parturientes também devem proporcionar ambiência favorável ao parto e nascimento de evolução fisiológica. Tem-se como objeto de estudo a sistematização dos cuidados de enfermagem obstétrica relativos à ambiência intra-hospitalar à parturiente na assistência humanizada, no modelo pré-parto, parto e pós-parto (PPP). Como objetivos, estabeleceram-se: Elaborar infográficos facilitadores da Sistematização da Assistência de Enfermagem relacionados à ambiência favorável à parturiente no parto e nascimento fisiológico; levantar os aspectos essenciais dinamizadores da sistematização da ambiência favorável, intra-hospitalar, para a parturiente no parto e nascimento de evolução fisiológica; descrever a percepção dos enfermeiros obstétricos acerca da ambiência favorável para a evolução fisiológica do parto e nascimento; identificar as ações desenvolvida pelo enfermeiro obstétrico sobre a ambiência favorável no modelo pré-parto, parto e pós-parto (PPP) e; Correlacionar as percepções e as ações dos enfermeiros obstétricos que promovem a ambiência favorável à parturiente e permitem o desencadeamento do parto e nascimento fisiológico. Optou-se por utilizar como método a pesquisa-ação e delineou-se um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, tendo como participantes 20 enfermeiros obstétricos, que responderam ao questionário on line e, estavam envolvidos na assistência à parturiente em determinada maternidade pública da zona oeste do Rio de Janeiro, pertencente à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Em relação à concepção sobre ambiência favorável ao parto e nascimento fisiológico, os participantes na formação não foram apresentados à temática; reconhecem ações que contribuem para essa ambiência, porém essas se encontram assistemáticas. Muito embora Florence Nightingale, com sua Teoria ambientalista, fundamente cuidados nessa sistematização, outros teóricos podem ser utilizados também. Os resultados são apresentados formando categorias analíticas: a concepção de ambiência, centrada no espaço físico; a composição da ambiência com destaque para o espaço físico e a interação dos elementos; a construção da ambiência na qual dá-se ênfase às boas práticas assistenciais, invocando o espaço social na interação dos seres humanos e; as dificuldades relacionadas à ambiência, para as quais se apresenta o despreparo dos profissionais, a ausência de insumos material e humano e o contexto político atual. Os infográficos instrutivos são decorrentes do estudo realizado.

Descritores: Enfermagem obstétrica; salas de parto; processo de enfermagem; meio ambiente; parto humanizado.

## ABSTRACT

The ambience in health refers to the treatment given to the physical space understood as social, professional and interpersonal relationships that should provide welcoming, resolute and human attention. From this perspective, the parturient have their physiological events caused by hormones that are stimulated and inhibited, also by environmental factors that, by influencing their emotional state, trigger oxytocin triggering, favoring or hindering labor. The object of this research is the systematization of nursing care related to the environment to parturient in the in-hospital and humanized care, in the prepartum, parturition and postpartum (PPP) model. Its objectives are: to elaborate infographics as a care instrument that facilitates the systematization of care related to the ambience to parturient women in childbirth and birth; to raise the essential aspects of the systematization of the adequate ambience within the hospital for the parturient and family in childbirth and birth; to identify how obstetric nurses perceive the favorable environment for the evolution of the physiology of women in childbirth and to correlate the perceptions and actions of professionals about the ambience to parturient that allow the triggering of birth and physiological birth. It was decided to use the action research as a method and a descriptive, exploratory study with a qualitative approach was designed, having as participants the obstetric nurses involved in the care for parturient women in a public maternity hospital in the west area of Rio de Janeiro, belonging to the Rio de Janeiro Municipal Health Secretariat. In relation to the conception of a favorable environment for childbirth and physiological birth, the participants in the formation were not introduced to the subject; they recognize actions that contribute to this environment, but these are unsystematic. Although Florence Nightingale, with her environmentalist theory, takes great care in this systematization, other theoreticians can also be used. The results are presented forming analytical categories: the conception of ambience, centered in the physical space; the composition of the environment with emphasis on the physical space and the interaction of the elements; the construction of the ambience in which the good care practices are emphasized, invoking the social space in the interaction of human beings, and; the difficulties related to the ambience, for which the unpreparedness of professionals is presented, the absence of material and human inputs and the current political context. Instructional infographics are derived from the study.

Keywords: Obstetric nursing; delivery rooms; nursing process; environment; humanized birth.

## SUMÁRIO

- 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS, p. 12**
  - 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA, p. 12
  - 1.2 QUESTÕES NORTEADORAS, p. 17
  - 1.3 OBJETIVOS, p. 17
  - 1.4 RELEVÂNCIA, p. 18
  - 1.5 JUSTIFICATIVA, p. 23
  - 1.6 ORGANIZAÇÃO DA DISSERTAÇÃO, p. 25
- 2 REVISÃO TEMÁTICA, p. 26**
  - 2.1 LINHA HISTÓRICA DA RESIGNIFICAÇÃO DOS MODELOS ASSISTENCIAIS E A FORMAÇÃO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NO RIO DE JANEIRO, p. 26
  - 2.2 A CONTEXTUALIZAÇÃO DO METODO CIENTIFICO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PARTURIENTE, p. 42
- 3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DO ESTUDO, p. 52**
- 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO, p. 68**
  - 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES, p. 68
  - 4.2 COMPREENDENDO AMBIÊNCIA FAVORÁVEL COMO CUIDADO À PARTURIENTE, p. 71
    - 4.2.1 A concepção e a composição de ambiência, p. 73
    - 4.2.2 A construção da ambiência favorável, p. 79
  - 4.3 SISTEMATIZANDO A AMBIÊNCIA NO CUIDADO À PARTURIENTE, p.82
    - 4.3.1 Categoria: Dificuldades da Sistematização da ambiência, p.82
- 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS, p. 106**
- 6 REFERÊNCIAS, p. 109**
- 7 APÊNDICES, p.120**
  - 7.1 QUESTIONÁRIO PARA AS PARTICIPANTES, p.120
  - 7.2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, p.124
- 8 ANEXOS , p.125**
  - 8.1 Carta de anuência, p.125
  - 8.2 Infográficos: versão final da arte após padronização com designer, p.126

## **LISTA DE QUADROS**

- 1 Relativo à pesquisa na literatura, p. 24
- 2 Quadro referente aos Modelos Assistenciais, p.44
- 3 Aspectos limitantes da construção da ambiência no cotidiano assistência, p. 80
- 4 Dados do histórico de enfermagem relevantes para construção da ambiência, p.87
- 5 Relativo aos diagnósticos de enfermagem, p. 90
- 6 Relativo aos diagnósticos de enfermagem, p. 91-92
- 7 Escala de Lirkt sobre as prescrições de cuidado, p.95
- 8 Teorias que contribuem para o cuidado no parto, p.97
- 9 Fatores a considerar na adequação do espaço, p.98

## **LISTA DE FIGURAS**

- 1 SAE como definição da resolução 358/ COFEN, p.42

## **LISTA DE GRAFICOS**

- 1 Gráfico relativo a Pesquisa Ação, p. 51
- 2 Modalidade da especialização e outros títulos, p. 68
- 3 Contato prévio com o tema ambiência, p.69
- 4 Relativo à composição dos significados do espaço, p.76
- 5 Teóricas relacionadas pelas participantes, p. 85
- 6 Frequência com que os gráficos foram citados, p. 94
- 7 Frequência de inclusão de cuidados no plano assistencial, p.96
- 8 Adequação do espaço físico ao cuidado da ambiência, p. 98



# 1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

## 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

Durante o processo de formação profissional na área da saúde estuda-se acerca das questões que envolvem o cuidado relativo aos grupos sociais e suas respectivas demandas. Uma delas se refere à saúde sexual e reprodutiva na qual destaca-se, para esse estudo, as mulheres no ciclo grávido-puerperal, o parto fisiológico e suas circunstâncias. Contudo, muitas vezes, quadros evolutivos não harmônicos são desencadeados por processos mórbidos patológicos ou relativos ao bem-estar, que levam a mulher parturiente e família ao estresse e desconfiança, em relação à assistência que estão recebendo dos profissionais que os acolhem.

Encontra-se citado pelo Ministério da Saúde, na normativa de 2001 da Secretaria Técnica de Saúde da Mulher relativa ao “Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulheres” colocações de Dick-Read (2013), referendadas também por Odent (2002), na qual ambos dizem que quando o ambiente é desfavorável à parturiente, ela apresenta dor exacerbada, medo e comportamentos de total insegurança e deixa de se conduzir como protagonista do processo.

Assim, qualquer situação que estimule a produção de hormônios e da adrenalina, libera a atividade do neocórtex e pode inibir o processo do parto. A produção de adrenalina expressa-se por: sensação de frio, mau humor, medo, autopiedade, conflitos situacionais, dúvidas e inseguranças, distrações, falta de privacidade, vergonha, toques vaginais desnecessários, expectativas, internação precoce, preocupações, conversas excessivas (incluindo perguntas), ambiente com iluminação excessiva e barulhento. Sobre esse aspecto emerge a temática referente à implicação da ambiência como cuidado à parturiente para o trabalho de parto, parto e nascimento (BALASKAS, 2016).

Portanto, valoriza-se tal aspecto no que se refere à formação de especialistas, na atenção obstétrica, tendo em vista que desfechos positivos para mãe e feto são desejáveis e aqueles que atuam nessa **atenção devem** proporcionar condições adequadas para a mulher e família no evento do parto e nascimento.

Entende-se que parturientes têm seus eventos fisiológicos mediados por hormônios que são estimulados e inibidos por fatores ambientais. Especificamente, admite-se haver influência sobre o estado emocional das parturientes, gerando repercussão hormonal desencadeadora de ocitocina, o qual, por sua vez, favorecerá o trabalho de parto. Para dar início e seguimento ao processo de parir, a mulher libera um coquetel de hormônios: ocitocina responsável pela

contração uterina e ejeção de leite que se diz ser o hormônio do amor; as endorfinas, que são responsáveis pela diminuição da sensação dolorosa; a prolactina, que demanda produção de leite; o hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) em resposta aos hormônios que o feto libera, mostrando que está pronto e liberando as ações hormonais do corpo materno e as prostaglandinas que preparam o colo uterino e o útero para responder à ocitocina com a dilatação dos orifícios interno e externos (SILVERTHORN, 2017).

Ao longo da gestação, na assistência pré-natal, espera-se que a mulher entre em contato com profissionais de saúde que possam demonstrar segurança na atenção fornecida, caminhos e possibilidades para ambientes favoráveis no momento da parturição. As rodas de conversa, ou os grupos de gestantes são momentos ímpares para que a mulher e família dirimam suas dúvidas e medos. Sem falar nas necessidades individuais que devem ser oportunizadas, durante as consultas com os profissionais pré-natalistas. Guerra (2016), ao estudar narrativas das mulheres sobre o cuidado pré-natal, relatou que estas informaram haver descontinuidade da atenção pré-natal, por ausência de articulação tanto entre os diversos profissionais envolvidos nessa assistência quanto os outros profissionais envolvidos no acolhimento intra-hospitalar das maternidades (GUERRA, et al 2016).

E, no momento do parto e nascimento, na hospitalização, o ambiente e a equipe que irá assistir a parturiente estabelecem um hiato relacional e ausência de sistematização dos cuidados, no qual compromete-se a integralidade das ações de saúde a serem realizadas e a adequada ambiência a ser proporcionada à parturiente e família (BRASIL, 2014a).

Ao se pensar em formação profissional, tem-se a compreensão de que nenhum indivíduo tenha completado sua formação. Ele deve estudar e acompanhar o movimento dinamizador da assistência que leva às tecnologias do cuidado. Dessa forma, há de se imaginar profissionais sensibilizados em relação à carência de informações e de interação com o ambiente favorável ao parto e nascimento. Tais profissionais devem utilizar estratégias educativas e oferecerem informações claras, para que a mulher e família estejam preparados para vivenciarem a gestação e parto, resguardados da desinformação do senso comum e seus mitos. O que ocorre de maneira assistemática, em conformidade com cada atuação pessoal, profissional e de processo de trabalho institucional (GUERRA, et al 2016).

Porém, o nascimento de um filho é um evento ímpar na história de qualquer família. Mesmo em famílias nas quais existem vários filhos, estes são recebidos de forma singular. Pois, cada gestação é permeada de vivências únicas, já que cada criança irá contribuir de alguma maneira no mecanismo de parto.

Entende-se que possam existir dois ciclos rondando o processo de trabalho de parto e parto: um positivo: aceitar-aproveitar-relaxar e outro negativo, -medo-dor-tensão. Há uma perspectiva de mudança do modelo assistencial a partir de uma mudança de compreensão da fisiologia e ampliação do conhecimento sobre o parto e suas demandas de cuidados. Tal processo é singular e cada mulher tem uma demanda diferente, considerando seu contexto sociocultural, conforme explicou Dick-Read (2013). Tal subjetividade e singularidade necessita ser reconhecida pelos profissionais que prestam assistência ao parto e nascimento, a fim de que tenham um olhar diferenciado para esta ambiência na qual estes imergem, abruptamente, a parturiente e sua família.

Em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) já preconizava que os serviços de saúde deveriam proporcionar conforto, respeito e ambiência acolhedora, o que demandaria a criação de espaços saudáveis, que respeitassem a privacidade, propiciassem mudanças no processo de trabalho e que pudessem ser locais de encontro entre as pessoas. Entretanto, a definição do conceito ambiência na saúde publicada em 2004, permanece a mesma desde então, sendo o tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. Tratar da temática ambiência vai além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, passando a considerar as situações - espaço e referência - que são construídas (BRASIL, 2003)

A semântica da palavra ambiência tem sua origem a partir do francês *ambiance* que significa meio ambiente, atmosfera que envolve uma pessoa ou coisa e dentro de suas interpretações engloba o meio físico, material e o conjunto de condições sociais, culturais e morais que cercam uma pessoa e nela podem influir. O termo encontra-se na Política Nacional de Humanização (PNH), desde 2003, como “espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas” (BRASIL, 2004a).

Constitui-se, a partir daí, uma transição do ambiente asséptico para o ambiente que acolhe, na construção da ambiência na saúde. Esse conceito envolve questões relativas a conforto, privacidade, acolhimento, integração, espaços de “estar”, assim como espaços que propiciem processo reflexivo, inclusão e participação. Na composição da ambiência estão presentes elementos como: forma, cor, luz, cheiro, som, texturas, privacidade, conforto, temperatura, respeito às peculiaridades culturais, sociais e religiosas, dentre outras (BRASIL, 2010). Mas, principalmente, a produção de subjetividade, sendo aquilo que envolve e pressupõe o encontro entre indivíduos – usuários, trabalhadores e gestores, os quais se utilizam do espaço

para agir e refletir sobre o processo de trabalho e estabelecer ações. O que implica ter o espaço físico como ferramenta facilitadora do processo de trabalho.

O modelo tradicionalmente adotado na assistência ao parto e ao nascimento induz a ambiência focada na “minimização do risco, na patologia e na pouca autonomia e protagonismo da mulher durante os períodos clínicos do parto” (BRASIL 2014a, p.177). Quando se pretende um modo de atenção a parturiente no parto e ao nascimento que privilegie a privacidade, a dignidade e a autonomia da mulher ao parir em um ambiente mais acolhedor e confortável com a presença de acompanhante de sua livre escolha em todos os momentos, alterações na organização dos espaços físicos são necessárias, especialmente, para que as ambiências favoreçam: O acesso e o acolhimento da gestante e sua rede social em espaços agradáveis, classificação de risco, acompanhante durante a internação para o parto, adequação da ambiência relacionadas às especificidades da atenção ao parto e ao nascimento humanizados, possibilitando que os períodos clínicos do parto sejam assistidos no mesmo ambiente, o pré-parto, o parto e o puerpério (PPP) (BRASIL, 2014a).

A transformação do ambiente físico em ambiente de prática assistencial, de acordo com a nova proposta, muda a circulação, ocupação e atitude para o cuidado e as relações de trabalho transdisciplinar e multiprofissionais. Ao articular os conceitos supracitados, entende-se ser relevante, na atenção obstétrica e, na prática da enfermagem obstétrica, compreender o espaço usado no processo de trabalho, como aquele que otimiza os recursos ali existentes e o atendimento humanizado. Implica abordagem a produção de saúde promovida aos usuários relativa ao processo relacional na assistência. Portanto, esse estudo está direcionado para o processo de trabalho no qual se promove: o acolhimento, a classificação de risco, a recepção, a singularidade da parturiente, os agentes de confortabilidade, os elementos que possam produzir ambiência favorável ao desfecho do parto fisiológico e que impliquem a atuação dos profissionais.

Tal perspectiva considerada como diretriz na PNH, foi ampliada no HUMANIZASUS (BRASIL, 2006), posto que a ambiência é marcada, tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidas pelo olhar, olfato, audição, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura, dentre outros. Destaca-se, ainda, o componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente. A partir desses pressupostos configurou-se a definição de “Ambiência na Saúde” sendo o “tratamento dado ao espaço físico, compreendido como espaço social, profissional e de relações

interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2017, p. 7).

Esse espaço físico é temporal, guarda história pessoal e profissional, implicando, diretamente, a logística de acolhimento e escuta sensível na execução da linha de cuidados e práticas integrativas. A promoção de ambiência favorável ao parto e nascimento é função básica de todos os envolvidos na atenção obstétrica. A prescrição e execução de cuidados é atribuída, também, à enfermagem obstétrica, segundo a Resolução 516 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em seu artigo 3º (2016):

Acolher a mulher e seus familiares ou acompanhantes; Promover modelo de assistência, centrado na mulher, no parto e nascimento, ambiência favorável ao parto e nascimento de evolução fisiológica e garantir a presença do acompanhante de escolha da mulher, conforme previsto em Lei; Adotar práticas baseadas em evidências científicas como: oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor, liberdade de posição no parto, preservação da integridade perineal do momento da expulsão do feto, contato pele a pele mãe recém-nascido, apoio ao aleitamento logo após o nascimento, entre outras, bem como o respeito às especificidades étnico-culturais da mulher e de sua família [COFEN 516/16 art. 3 I, IV, V].

Uma das ferramentas que se utiliza para desenvolver as ações de enfermagem com especificidade e singularidade é a sistematização de cuidados de enfermagem expresso pelo Processo de Enfermagem. No art. 3º da Resolução COFEN 358/2009, afirma-se que o Processo de Enfermagem deve basear-se num suporte teórico que oriente a coleta de dados da história do cliente, no estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e no planejamento das ações ou intervenções de enfermagem. Esse conjunto de ações balizam o raciocínio clínico do enfermeiro no cuidado prestado à clientela, sendo fundamental para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.,

Nesse sentido, tem-se como pressuposto que a sistematização do cuidado – ambiência favorável – para a parturiente no parto e nascimento fisiológico tem sido observada de maneira assistemática e assíncrona na prestação da assistência. Parte-se da observação empírica do cenário assistencial, do qual emerge a concepção de uma ambiência inexistente, em sua plenitude, pelos enfermeiros, mormente pelos que atuam em maternidades, o que descaracteriza o processo de trabalho, sem que haja expressão explícita, na prescrição de cuidados e elaboração do processo de enfermagem.

É Vanda Horta (1979) quem afirma que desde os primórdios a enfermagem vem acumulando um corpo de conhecimentos e técnicas empíricas para o cuidado do ser humano e, atualmente, desenvolve teorias relacionadas entre si, descrevendo, explicando, e predizendo suas necessidades. Desta forma, a assistência da enfermagem obstétrica, apesar de concretizar-se em aplicação de tecnologias não invasivas de cuidados, é uma ciência dentro da ciência do cuidar, articulando saberes congruentes com a necessidade de ambiência favorável ao parto e nascimento. Esses saberes necessitam de reflexão, divulgação, apreensão e vivência durante a formação de profissionais e, principalmente, no que se refere a especialistas em enfermagem obstétrica, quer nas práticas dos processos de trabalho, quer na configuração do perfil de profissionais que se deseja alcançar para a atenção obstétrica. Tal contextualização permite reflexão sobre o exercício profissional da enfermagem e da enfermagem obstétrica na sistematização do cuidado ambiência.

Dessa forma, delimita-se como objeto de estudo: a sistematização dos cuidados de enfermagem obstétrica relativos à ambiência intra-hospitalar à parturiente na assistência humanizada, no modelo pré-parto, parto e pós-parto (PPP).

## 1.2 QUESTÕES NORTEADORAS

Neste sentido, emergiram as seguintes questões: Quais são os aspectos essenciais dinamizadores da sistematização da ambiência favorável, intra-hospitalar, para a parturiente e família no parto e nascimento de evolução fisiológica? Como os enfermeiros obstétricos percebem que a ambiência favorável permite a evolução do parto e nascimento fisiológicos? Quais ações são desenvolvidas pelos enfermeiros obstétricos para a promoção de uma ambiência favorável?

## 1.3 OBJETIVOS

Assim, estabeleceram-se os seguintes objetivos:

*Geral:*

- Elaborar infográficos acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem relacionados à ambiência favorável à parturiente no parto e nascimento fisiológico.

*Específicos:*

- Levantar os aspectos essenciais dinamizadores da sistematização da ambiência favorável, intra-hospitalar, para a parturiente no parto e nascimento de evolução fisiológica;
- Descrever a percepção dos enfermeiros obstétricos acerca da ambiência favorável para a evolução fisiológica do parto e nascimento;
- Identificar as ações desenvolvidas pelo enfermeiro obstétrico sobre a ambiência favorável no modelo pré-parto, parto e pós-parto (PPP).
- Correlacionar as percepções e as ações dos enfermeiros obstétricos que promovem a ambiência favorável a parturiente e permitem o desencadeamento do parto e nascimento fisiológico.

**1.4 RELEVÂNCIA**

O Ministério da Saúde, especialmente no que se refere à capacitação e qualificação de profissionais e na aquisição de equipamentos, além da adequação de espaços físicos em maternidades vem envidando esforços para atender a demanda de um novo paradigma assistencial que entenda a mulher no parto, como evento fisiológico e não como procedimento médico cirúrgico. Não existe decisão consciente e esclarecida sem informação qualificada. Entretanto, informações têm ganho longo alcance nas últimas décadas, perpetuando uma cultura de excessos na atenção obstétrica o que, muitas vezes, culmina em escolhas inadequadas relacionadas à saúde por parte das mulheres, que as acolhem como verdade.

Assim é que, desde 1996, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou, e vem difundindo, o conceito de “boas práticas” para assistência ao parto. Nesse sentido, as autoridades de saúde do Brasil vêm trabalhando para rever o modelo de atenção obstétrica.

Sobre tal aspecto, o Município do Rio de Janeiro foi pioneiro através do Programa Cegonha Carioca instituído em 2010 e, após a visita a esse modelo diferenciado, a Presidente do Brasil, Dilma Rousseff, instituiu a Rede Cegonha em todo o território nacional, regulamentando ações que favorecem a atenção humanizada no parto e nascimento.

A pesquisa “Nascer no Brasil”, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-2011) evidenciou um alto número de cesarianas na práxis da assistência obstétrica brasileira com dados alarmantes: 52% das entrevistadas foram submetidas ao procedimento. Dessas,

registra-se que cesarianas ocorrem como via de parto em 46% das atendidas em rede pública e, em 88% das atendidas na rede suplementar, o que está muita acima do percentual sugerido pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Ao se considerar que os indivíduos que têm acesso à rede privada são as mulheres de maior poder aquisitivo e escolaridade, evidencia-se que a cultura do modelo intervencionista está instalada em nossa sociedade como referência de conforto e segurança.

Acredita-se que é determinante para a situação atual a confusão instalada no senso comum referente aos conceitos de parto normal, parto vaginal e parto fisiológico (natural). Nem todo parto vaginal precisa de intervenções, entretanto, ainda que sólidas evidências científicas apontem alguns procedimentos como inadequados ou ineficazes, partos atendidos com “procedimentos de rotina” ainda favorecem a ocorrência de iatrogenias e desfechos desfavoráveis.

A maioria das mulheres teme o parto fisiológico, pois o associam à dor excessiva, solidão, abandono e submissão de seu corpo, constrangimento e mutilação. Boa parte delas entende que este é um evento mais inseguro devido aos mitos que envolvem o tempo de trabalho de parto, circulares de cordão, rompimento de membranas amnióticas, vendo-se sob o risco de perderem suas vidas e a de seus bebês ou de não conseguirem passar por este processo por incapacidade de seus corpos (FIOCRUZ, 2011).

Este estudo contribuirá para a transição do modelo assistencial obstétrico na atualidade, pois instrumentalizará os leitores para práticas obstétricas com características emancipatórias da mulher em seu processo de parturição, dando a ela ferramentas para restituir o poder sobre seu corpo e voz para tomada de decisão compartilhada na elaboração do plano de cuidados.

A Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde se insere no contexto de qualificar e potencializar ações e estratégias da Política Nacional de Humanização (PNH) e se apresenta como política transversal capaz de melhorar o acesso, o acolhimento e a qualidade dos serviços prestados no SUS, entre outros. Sob esse aspecto, historicamente, a formação dos profissionais de saúde tem sido norteadada pelo modelo tradicional, biologicista, hospitalocêntrico e centrado no médico, cuja prática especializada traduz-se em exercícios profissionais que fragmentam o cuidado em saúde (CECCIM et al, 2018).

Em 2018, o Ministério da Saúde lançou o documento “Orientações para elaboração de projetos arquitetônicos Rede Cegonha: ambientes de atenção ao parto e nascimento”, ressaltando a importância de se atentar para os fluxos de pacientes, visitantes e funcionários das

unidades de atenção à saúde, assim como da importância da previsão de espaços que favoreçam o acolhimento da gestante e seus acompanhantes (BRASIL, 2018).

A proposta apresenta diretrizes para os espaços destinados ao atendimento da parturiente em todos os períodos fisiológicos do parto, na perspectiva de garantir a adequação, promovendo o desenvolvimento dos mecanismos fisiológicos para o parto e o nascimento, o acolhimento às gestantes e a condução da assistência a esses processos. No que tange aos direitos da mulher e da criança, atendendo às políticas e legislações vigentes.

A adequação da ambiência nos espaços físicos das maternidades/hospitais se refere às reformas e às ampliações de infraestrutura e equipamentos com o objetivo de qualificá-los para favorecer e facilitar os processos de trabalho de parto de acordo com as boas práticas e a humanização na atenção ao parto e nascimento. Para tanto, o projeto prevê que sejam disponibilizados ao fim da adaptação arquitetônica, suítes PPP (pré parto, parto e pós-parto) com banheiro privativo (contendo uma banheira em ao menos um deles), posto de enfermagem, salas de serviço, depósito de equipamento e materiais, depósito de material de limpeza (DML), além de garantir a implementação do acolhimento com classificação de risco e dos alojamentos conjuntos, garantindo conforto e privacidade para a mãe, acompanhante e bebê durante todo o processo (BRASIL, 2018).

As experiências para a exequibilidade desses modelos formativos têm reflexo nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em saúde, implementadas a partir de 2001. Mudanças propostas nas diferentes estratégias implementadas apontam que a formação dos profissionais de saúde no cenário brasileiro ainda é predominantemente uniprofissional (CECCIM et al, 2018).

A formação uniprofissional é caracterizada por atividades educacionais realizadas entre estudantes de uma mesma categoria profissional, na qual o objetivo é aprender as especificidades da profissão escolhida, os seus valores e papéis. (CECCIM ET AL, 2018) Conquanto a ambiência esteja posta para todos os profissionais da área da saúde, voltados para a atenção obstétrica, esse estudo centra-se no processo de trabalho no qual ocorre a formação de especialistas de enfermagem obstétrica, mormente os que atuam no modelo PPP, considerando serem necessárias estratégias de ensino em serviço que consolidem o modelo de formação para mudanças de atuação, mediante princípios em consonância com as diretrizes do SUS.

A construção do conhecimento da enfermagem obstétrica contempla uma percepção do

cuidado para o parto e nascimento complexa e singular. Assim sendo, este estudo contribui para a divulgação e aprofundamento dos saberes pertinentes ao cuidado ambiente próprio da enfermagem obstétrica. A articulação de saberes das tecnologias leves de cuidado e a ambiente favorável ao parto e nascimento qualificam a experiência de parir e nascer em suas dimensões da segurança do paciente, da proteção ao evento fisiológico e da vivência do processo em si, o que evidencia grande relevância no que diz respeito às morbidades perinatais.

Essa perspectiva colocou o trabalho da enfermagem obstétrica em evidência, uma vez que é o profissional cuja competência, na ciência e arte de cuidar, estabelece vínculo e se dá de forma direta à cliente. Soma-se a isso a recomendação do Ministério da Saúde que coloca a enfermeira (o) obstétrica como profissional de eleição para assistir o parto normal, porque apresenta melhores resultados obstétricos no desfecho à saúde da mulher e do feto (COSTA, 2015).

Nas vivências e oportunidades de formação profissional para atenção obstétrica o Hospital da Mulher Mariska Ribeiro, situado na Zona Oeste do município do Rio de Janeiro, no estado do Rio de Janeiro, inaugurado em 2012, foi inserido, também, no Programa de Residência de Enfermagem Obstétrica, da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense, como campo clínico de referência educacional e profissional ao Programa Nacional de Bolsas para Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF).

Tal unidade hospitalar beneficia cerca de 700 mil moradoras da região, tem capacidade para realizar, mensalmente, 500 consultas, 400 partos e 100 cirurgias ginecológicas (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, SMS, 2019). Mas, sua missão é assistência obstétrica humanizada sem o perfil de ensino-assistencial. Contudo, atualmente, as enfermeiras obstétricas que atuam no Centro de Parto Normal Intra-hospitalar desenvolvem preceptoria para futuros especialistas em enfermagem obstétrica do PRONAENF.

A preceptoria se caracteriza como supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos profissionais de saúde residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, exercido por profissional vinculado à instituição proponente, com formação mínima de especialista. Isso estabelece que o profissional eleito para ser preceptor detenha o domínio de algumas habilidades e competências. Neste sentido, a unidade hospitalar necessita acurar os serviços que presta à população e, ao mesmo tempo, fornecer condições de formação com princípios científicos atrelados às profissões e ao perfil do egresso dos cursos de pós-graduação implicados naquele contexto.

A pesquisa proposta também permitirá ampliar as possibilidades dos profissionais de enfermagem que ali atuam e sistematizar a ambiência para a parturiente e família, ao mesmo tempo em que formarão profissionais especialistas com tal conteúdo técnico- científico.

No universo de trabalho da unidade cenário do estudo, alguns profissionais compreendem quais exercícios de mobilidade corporal favorecem o parto, oferecem liberdade de movimento e aplicam terapias complementares para alívio da dor e promoção de conforto a parturiente. Outros, porém, deixam de observar quais elementos da ambiência fazem parte desse modelo assistencial, o que torna fundamental a adesão da parturiente a todas as tecnologias, além de serem determinantes em relação à experiência que ela irá ter durante seu processo de parturição. Isto resulta em atendimento inadequado, risco de iatrogenias e percepção negativa do processo de parturição e nascimento vivenciados.

Outro aspecto que merece destaque é como a ambiência favorável pode contribuir para adaptação do recém-nascido, uma vez que temperatura, barulho e excesso de luminosidade podem agir como estressores, aumentando seu gasto energético justo no momento de transição da oxigenação umbilical para a pulmonar.

Acredita-se que compreender a implicação da ambiência no evento fisiológico parir/nascer poderá aumentar a qualidade dos atendimentos, tornando-os mais seguros e com resultados perinatais mais satisfatórios e prazerosos para a família, ademais, favorecerá a diminuição de custos para a instituição, uma vez que uma quantidade menor de material será utilizado nas tecnologias leves de cuidado. As clientes terão menos tempo de hospitalização e, provavelmente, haverá declínio de admissões em unidade neonatal de terapias intensivas por agravos relativos a complicações de partos vaginais, além do que permitirá satisfação aos profissionais pelo trabalho realizado (BRASIL, 2011).

Entendendo que um pré-natal de qualidade se torna fundamental para o empoderamento feminino dentro processo de gestar, parir e nutrir, o conhecimento desenvolvido neste estudo poderá servir de base para atividades educativas para o preparo desta mulher ao longo da gestação.

O presente estudo também contribuirá para despertar maior atenção dos profissionais que atendem ao parto e nascimento, dentro de uma perspectiva humanizada, às necessidades subjetivas de cada parturiente, visto que a sistematização do cuidado relativo à ambiência adequada favorece as relações entre os sujeitos partícipes do processo, aumentando a sensação de segurança e autonomia da mulher durante seu processo de parir e desencadeamento

relacionados à sua fisiologia.

Entende-se ainda que sensibilizará profissionais, qualificando o atendimento a parturiente no parto e nascimento em relação aos elementos que compõe a ambiência hospitalar. E, como consequência direta, acredita-se que os desfechos obstétricos serão mais satisfatórios para a mulher se os profissionais proporcionarem ambiência para que a experiência do nascimento seja positiva para esta e sua família.

## 1.5 JUSTIFICATIVA

Na qualidade de mulher, mãe e, como cliente do sistema público de saúde brasileiro, afirmo ter vivenciado o modelo de assistência ao parto, há alguns anos, opressor e limitante. Fiquei desprovida de informações acerca do que iria ocorrer comigo durante a hospitalização e nem sequer pude compartilhar decisões em relação aos procedimentos que foram realizados no meu corpo. O ambiente era hostil, semelhante ao de um “centro cirúrgico”: em poucas palavras, solidão, um universo não familiar, ninguém para mediar meus medos, o que me causou insegurança aliado à postura dos profissionais, do que estava instituído na instituição como processo de trabalho, o que corroborou, sobremaneira, para a manutenção desses sentimentos.

Anos após esta experiência e com formação profissional, na qualidade de enfermeira, cursei a residência em enfermagem obstétrica. E, desde o início de minha trajetória profissional na enfermagem estive engajada em atividades laborais que contemplam a gestação e o parto.

No decorrer da vida profissional, na assistência obstétrica, inseri-me como preceptora de residentes de enfermagem, permanecendo nessa função até os dias atuais. Tal atividade faz-me refletir sobre a formação pedagógica fornecida ao grupo de especialistas implicado na qualificação de enfermeiros para a atenção obstétrica. Em algumas ocasiões, os profissionais estão de tal forma focados na atuação com habilidades de saber-fazer que não atentam para os aspectos da ambiência, tais como: luminosidade; sons e silêncios; temperatura ambiental; elementos assustadores (sons e rangidos de rodas de macas) dispersos no ambiente hospitalar, o que é comum e familiar ao profissional. Contudo, incomum, não reconhecido e assustador para os demais que ali chegam pela primeira vez – a mulher para parir e a família para apoiá-la e, tal cenário pode repercutir negativamente no estado emocional da gestante, seu acompanhante e família.

Em pesquisa preliminar em bases científicas, após consulta aos descritores do DECS,

identificam-se os que mais se aproximam do estudo proposto: Enfermagem obstétrica; salas de parto; processo de enfermagem; meio ambiente; parto humanizado. Na sequência, consultamos as bases de dados através dos portais *BVS Salud* e *SciELO* para verificar o estado da arte. Foi evidenciada a lacuna de conhecimento sobre o tema proposto.

Apesar de terem sido encontradas um total de 249 publicações, após leitura dos resumos foi verificado que nenhum dos estudos contemplava o tema e os objetivos propostos neste trabalho.

Apresenta-se um quadro sinóptico acerca das produções obtidas, ressaltando que foram excluídas as obras que demandavam custo, estavam repetidas e não aderentes à temática ou aos objetivos propostos, sendo o período temporal da busca o mês de dezembro de 2018.

#### 1- Quadro relativo à pesquisa na literatura

Resultados da busca de artigos nas bases de dados eletrônicas								
Descritores	BVS Salud						SciELO	total
	Medline	Lilacs	Bdnf	Ibecs	Coleção na SUS	Outros		
“Enfermagem obstétrica” AND “salas de parto”	137	25	21	1	1	2	3	190
“Enfermagem obstétrica” AND “salas de parto” AND “Processo de enfermagem”	0	4	4	0	0	0	1	9
“Enfermagem obstétrica” AND “salas de parto” AND “Parto humanizado”	0	9	8	0	1	0	1	19
“Enfermagem obstétrica” AND “meio ambiente” AND “Parto Humanizado”	0	6	4	0	3	2	0	15
“Enfermagem obstétrica” AND “meio ambiente” AND “processo de enfermagem”	0	5	5	0	5	1	0	16
“Enfermagem obstétrica” AND “salas de parto” AND “Processo de enfermagem” AND “meio ambiente” AND “processo de enfermagem”	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Observa-se ausência de literatura específica referente à ambiência obstétrica nas obras. O que evidenciou, portanto, a necessidade de estudar tal temática, tendo em vista que a atenção obstétrica vem se modificando e no que se refere às parturientes esta é fundamental para promover desfechos positivos no parto e nascimento.

Esta proposta de pesquisa se insere no Grupo de Pesquisa CNPq Saúde Integral da Mulher e do Recém-Nascido SIMRN/UFF CNPq, do Departamento de Enfermagem Materno-

Infantil e Psiquiátrica da EEAAC/UFF, na linha de pesquisa de nº 2 - Tecnologias de informação e comunicação nos processos de educação em saúde.

Nesta linha, propõe-se a interdisciplinaridade na atenção à saúde da pessoa, família e comunidade, nas diversidades dos saberes e práxis do cuidar, favorecendo estudos educacionais para a formação profissional em ensino na saúde, desenvolvendo métodos pedagógicos e tecnológicos inovadores com aplicação no ensino na saúde. Dessa forma, o uso de tecnologias que gerem produção de conhecimento e promoção da saúde concorre para um efetivo processo do cuidar. Com este estudo, pretende-se promover uma assistência digna para a sociedade, melhorando a relação profissional-cliente no que se refere à área da saúde da mulher e promoção da saúde da população feminina em comparação com outros modelos de atenção obstétrica à mulher no ciclo reprodutivo.

## 1.6 ORGANIZAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

Como forma didática de apresentação estabeleceu-se a seguinte composição:

- Capítulo 1 - traz a introdução ao estudo, justificativa, relevância, no qual apresenta-se a temática, a fim de familiarizar o leitor com o assunto, explicitação dos conceitos iniciais acerca da ambiência, as questões norteadoras, os objetivos e o produto que se deseja alcançar, a justificativa e sua inserção no núcleo e linha de pesquisa;
- Capítulo 2 - realiza-se a revisão narrativa da temática da ambiência, o contexto político que implica a sistematização da assistência de enfermagem a parturiente e família sobre tal temática;
- Capítulo 3 - apresenta-se a opção metodológica e sua abordagem que propiciaram o levantamento das percepções e ações e, a descrição dos elementos fundamentais para elaboração dos infográficos;
- Capítulo 4 - apresenta os resultados e as narrativas que compuseram o escopo dos infográficos como resultados da análise e discussão da temática, procurando facilitar didaticamente a exposição dos achados e a necessária teorização dos mesmos, utilizando-se os autores da revisão narrativa e dos documentos regulatórios.
- Capítulo 5 – apresenta-se a composição inicial dos infográficos como produto desse estudo, sua conclusão e,
- Capítulo 6 - o referencial bibliográfico utilizado.

## 2. REVISÃO TEMÁTICA

### 2.1 LINHA HISTÓRICA DA RESSIGNIFICAÇÃO DOS MODELOS ASSISTENCIAIS E A FORMAÇÃO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NO RIO DE JANEIRO

Parir e nascer são eventos intrínsecos à reprodução da espécie humana. Nas ciências da saúde seu estudo foi incorporado em um campo da medicina, a obstetrícia, que se propõe a estudar a mulher durante a gravidez, o parto, o nascimento e o puerpério. Para Neme (2006), a obstetrícia estuda os fenômenos da reprodução na mulher e tal palavra deriva do Latim “obstare”, que significa permanecer ao lado.

Em oposição à postura de permanecer ao lado da mulher no parto e nascimento, o cenário da atenção obstétrica, ao longo da história, foi saindo do espaço privado (domicílio) para o espaço público, tornando-se cada vez mais intervencionista, sob o domínio do risco à saúde.

Tornquist (2002) afirma que emerge o Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento, sendo este, um desdobramento do que Tânia Salem chama de “Ideário do Parto sem Dor”, iniciado nos anos 1950 com as ideias de Dick-Read e Lamaze, obstetras de vanguarda. Estes, preocupados em minimizar as dores do parto e transformá-lo em um evento mais prazeroso, propõem, para isso, o uso de técnicas comportamentalistas de controle da dor. A referida autora cita, como exemplos, obstetras como Frédérick Leboyer, Michel Odent, e Moysés Paciornik que desenvolveram experiências concretas de preparação para o parto e atenção à parturiente que incorporam essas ideias, divulgando-as a um público composto, sobretudo, por classes médias intelectualizadas, pelo menos, no que se refere ao Brasil.

O Ministério da Saúde (MS) do Brasil foi criado no dia 25 de julho de 1953, pela Lei nº 1.920 por desmembramento do então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios: Saúde e Educação e Cultura e passou a gerenciar todos os assuntos pertinentes à saúde humana no país. Assim, esse órgão começou a estruturar os programas para atendimento às condições específicas das necessidades da população, entre elas, o parto e nascimento. E, coube ao Ministério da Educação e Cultura a organização das disciplinas que configuram a formação de profissionais, quer de nível médio, quer de nível superior (BRASIL, 2005).

Assim, o MS elaborou em 1984 o Programa “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática” (PAISM), apresentado na Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da explosão demográfica em 1983. A discussão se pautava,

predominantemente, no controle da natalidade e esse programa incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

O que significou o início da ruptura com o modelo curativista de atenção materno-infantil até então desenvolvido, mas não interferiu diretamente em preocupação com a ambiência oferecida a esta clientela. A assistência à parturiente permaneceu prevalente em hospitais, dentro de uma proposta tecnocrática e medicamentosa (BRASIL, 2011).

De forma preliminar ao estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o PAISM, enquanto diretriz filosófica e política, foi influenciado a partir da proposição do SUS, pelas características da nova política de saúde, incorporando princípios norteadores da reforma sanitária, a ideia de descentralização, hierarquização, regionalização, equidade na atenção, bem como, de participação social. Além disso, propôs formas mais simétricas de relacionamento entre os profissionais de saúde e as mulheres, apontando para a apropriação, autonomia e maior controle sobre a saúde, o corpo e a vida (BRASIL, 2011).

O modelo de assistência obstétrica começa a ser questionado pelos movimentos sociais femininos e a mulher brasileira luta por seus direitos sexuais e reprodutivos, retomando os processos fisiológicos do parto e nascimento.

Paralelamente ao estabelecimento de uma nova forma de construir saúde no país, a enfermagem vai se estruturando e conquista sua regulamentação com a Lei 7.498/1986, sobre o exercício profissional da enfermagem, a qual dispõe que são enfermeiras quem possui diploma ou certificado de Enfermeira e a Enfermeira obstetra é a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetrix. Segundo esta lei, cabe à enfermeira, enquanto participante da equipe de saúde, a assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera; acompanhamento da evolução e do trabalho de parto e execução do parto sem distócia (BRASIL, 1986).

Para atender ao que foi estabelecido na Constituição Federal Brasileira nos artigos 196 a 200, em 1990 é homologada a lei 8080 que estabelece o Sistema Único de Saúde (SUS), sistema este que integra a elaboração e execução de ações e políticas na construção de saúde. No âmbito da assistência à mulher, a elaboração para construção de estrutura assistencial que atenda a complexidade de seu cuidado vem amadurecendo conforme as mudanças de papel social do ser feminino e vem tomando forma, emergindo a necessidade de atenção aos diferentes

aspectos (BRASIL, 2011).

Contudo, muito embora tenha sido um avanço no espaço de atenção à saúde da mulher o PAISM (1984) não se deu conta de que deveria melhorar o cenário obstétrico, onde começaram a tomar corpo outros movimentos feministas que visavam mostrar os riscos à saúde de mães e bebês advindos das práticas obstétricas, inadequadamente intervencionistas. Foi, então, necessário resgatar o nascimento como evento existencial e sociocultural crítico, com profundas e amplas repercussões pessoais para retornar ao espaço privado e natural.

No Rio de Janeiro, a enfermeira obstétrica é introduzida na assistência ao parto hospitalar em 1988. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) ficou motivada devido à publicação da OMS de 1985, que tratava de documento acerca de Tecnologia Apropriada para Partos e Nascimentos e, neste mesmo ano, iniciou o movimento de priorizar a lotação de enfermeiras especialistas em enfermagem obstétrica nas maternidades. Em 1987, é inaugurado o Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães (IMMFM), cenário de primeira atuação de enfermeiras obstétricas no Município em 1988. A partir da atuação em uma de suas Maternidades, inicia-se um processo de ampliação desta assistência em várias outras, em um movimento de avanço e recuo, trazendo implicações para o conhecimento e a prática profissional (GOMES, 2013; MOUTA, 2009).

Pereira (2014) afirma que a experiência da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ENF/UERJ), na formação de enfermeiras obstétricas se dá desde 1970, ocorrendo, inicialmente, por meio da Habilitação em Enfermagem Obstétrica, que era segmento curricular complementar ao Curso de Graduação em Enfermagem. As escolas de enfermagem ofereciam tais habilitações sem a ênfase do acompanhamento e manutenção da fisiologia do parto e nascimento, diante de um modelo assistencial intervencionista, uma assistência voltada para a medicalização e um cenário predominantemente hospitalar.

A partir do final dos anos de 1990, esta formação passou a ser alcançada por meio do curso de pós-graduação - Especialização em Enfermagem Obstétrica. Posteriormente, assumindo os programas de residência em enfermagem obstétrica da SMS e do Hospital Universitário Pedro Ernesto, esta modalidade de formação em enfermagem surgiu sob influência das experiências da residência médica no país. A primeira formação de enfermeiros nessa modalidade foi em 1961, no Hospital Infantil do Morumbi em São Paulo, expandindo-se para outros programas na década de 1970 (OSAVA e TANAKA, 1997)

Perante a trajetória sociopolítica e cultural da compreensão de que parir é um processo natural, surge um desafio para a práxis da enfermagem obstétrica: articular os saberes sobremaneira distintos, multifacetados e com implicações culturais diversas, nos quais, vem se

apropriando o movimento de formação pessoal e profissional ao expandir seu capital intelectual e tecnológico com a prática baseada em evidências, de forma a traduzir em sua prática assistencial os saberes adquiridos através das teorias de enfermagem, escolas de medicina e tradições culturais de assistência ao parto.

O conceito de humanização adotado pelo movimento feminista se refere à atenção que reconhece os direitos fundamentais de mães e crianças, além do direito à tecnologia apropriada, baseada na evidência científica. A luta de movimentos, como o exemplo da Rede de Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA) criado em 1993, vem incentivar as mulheres a aumentar sua autonomia e poder de decisão sobre seus corpos e seus partos, além de aliar conhecimento técnico e científico sistematizado e comprovado às práticas humanizadas de assistência ao parto e nascimento (DINIZ & CHACHAM, 2002)

A crescente taxa de cesárias e a falta de adequação ao modelo humanizado almejado pelas ativistas estavam fora do conjunto de prioridades das autoridades de saúde naquele momento. A OMS e o Governo Federal estavam mais atentos em defender o livre arbítrio das pessoas e das famílias brasileiras em relação à quando, quantos e qual o espaçamento que deveria ser realizado entre os/as filhos/as, quando após três anos é implantada a Lei 9.263/1996 que trata do planejamento familiar. No mesmo ano, a OMS publica recomendações baseadas em evidências científicas, traduzidas pelas autoridades do MS em 2000 e, publicadas como “Assistência ao Parto Normal: um guia prático” (DINIZ & CHACHAM, 2002).

Mouta (2009) apresenta como um dos resultados da Eco 92 o de trazer à tona para discussão uma associação histórica entre mulher e meio ambiente, abrindo precedentes para movimentos de humanização da assistência ao parto e inserção da enfermagem neste cenário de forma mais expressiva. No item 7 e da carta da Terra (1992), que é um dos documentos gerados pelo evento, temos a pactuação de garantir acesso universal à assistência de saúde que fomenta a saúde reprodutiva e a reprodução responsável. Nesse cenário que pôs em evidência o ecofeminismo e a humanização, surge a REHUNA – Rede pela Humanização do Parto e Nascimento – que consiste numa organização da sociedade civil que vem atuando desde 1993 com o objetivo de divulgar a assistência e cuidados perinatais com base em evidências científicas e favorecer a “humanização do parto/nascimento”. Esse movimento pretende diminuir as intervenções desnecessárias e promover um cuidado ao processo de gravidez/parto/nascimento/amamentação baseado na compreensão do processo natural e fisiológico. Esses movimento tornaram prioritária a mudança de modelo na atenção obstétrica o que incentivou a SMS/RJ a arquitetar qualificação para a assistência obstétrica com respeito

à fisiologia da mulher.

Neste contexto, em 1994, foi implantado o Projeto Curicica, ganhando, posteriormente, o nome de Maternidade Leila Diniz, onde os profissionais implantaram o modelo de assistência humanizada ao parto e nascimento nesta cidade, inspiração na maternidade francesa de Pithiviers, que previa em primeiro lugar, o projeto arquitetônico que oferecesse conforto e acolhimento, remetendo a um espaço domiciliar, utilizando cores com base na cromoterapia, chuveiros dentro do pré-parto, banheira para hidroterapia e para parto na água e equipamentos para o parto vertical; em segundo lugar, que permitisse a presença do acompanhante; em terceiro, deveria respeitar o processo fisiológico do trabalho de parto, além de acolher o recém-nascido de forma a não invadir suas primeiras experiências sensoriais e motoras; devolvendo ao binômio o protagonismo, reconhecendo a autonomia da mulher, sendo os profissionais de saúde facilitadores e coadjuvantes.

Em 1996, foi lançado o Projeto Maternidade Segura vinculado ao MS, FEBRASGO, OPAS/OMS e UNICEF que descreve, resumidamente, os passos para a maternidade segura: garantir informação sobre saúde reprodutiva, dar assistência, incentivar o parto humanizado, normatizar a assistência, treinar equipes, estruturar o atendimento, possuir sistema de informação e avaliar os indicadores. (Brasil, 2001)

Contudo, a crescente taxa de cesárias e a falta de adequação ao modelo humanizado almejado permaneceram ainda distantes da meta política prioritária, naquele momento. A OMS e o Governo Federal estavam mais voltados para defender o livre arbítrio das pessoas e das famílias brasileiras em relação à quando, quantos e qual o espaçamento entre os/as filhos/as, chegando somente três anos depois a Lei 9.263/1996 que trata do planejamento familiar. No mesmo ano a OMS publicou recomendações baseadas em evidências científicas, traduzido pelas autoridades do MS em 2000 e, publicado como “Assistência ao Parto Normal: um guia prático”. O documento classifica as rotinas do parto em quatro categorias:

- A – condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas;
- B – condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas;
- C – condutas sem evidência suficiente para apoiar uma recomendação e que deveriam ser usadas com precaução, até que novas pesquisas comprovem o assunto;
- D – condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriada, provocando mais dano que benefício (OMS, 1996, p.11).

Ainda em 2000 a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu, com o apoio de 191 nações, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), dentre eles, o de reduzir a mortalidade infantil e melhorar a saúde das gestantes (BRASIL, ODM, 2000).

Nesse mesmo ano, a Política de Humanização ao Parto e Nascimento (PHPN) foi estabelecida com a Portaria Nº 569/2000 e seu objetivo foi o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a tais ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do SUS. Dentro de sua proposta, o que mais se aproxima de uma preocupação com a ambiência é a organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, assim como a incorporação de condutas acolhedoras e não intervencionistas (BRASIL, 2000a)

Outras propostas de modelos assistenciais começam a ser pensadas e implementadas: os centros de parto normal, os centros de parto normal intra-hospitalar, os partos em domicílio, as casas de parto e outros espaços de atenção obstétrica que exigem formação profissional e cuidado à parturiente de modo multiprofissional.

Em relação à rede suplementar, a Lei 9961 de 28 de janeiro de 2000 cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ, com prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantiam a assistência suplementar à saúde, entre elas a obstétrica (BRASIL, 2000b)

Em 2001, o Ministério da Saúde publicou documentos normativos de atenção obstétrica, entre eles o “Parto, aborto e puerpério, assistência humanizada a mulher”, que versa sobre recomendações assistenciais para integrar a capacitação técnica à necessária humanização do processo de atenção à mulher durante a gestação e o parto. Esta obra traz uma série de reflexões sobre a forma de acolher e atender as mulheres dentro de quadros de classificação de risco. Ele fala que na assistência ao parto, humanizar é sinônimo de usar um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis, impactando a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Ela envolve todo o processo assistencial à gestante, iniciando-se no pré-natal e garantindo que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, evitando as intervenções desnecessárias e preservando sua privacidade e autonomia (BRASIL 2001).

No Brasil (2001) no tocante à gestação, parto e puerpério, por constituírem-se numa experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedor para todos que dela participam, pressupõe-se que os profissionais envolvidos no processo de cuidar, devam ter consciência da responsabilidade que é ser o primeiro a tocar cada indivíduo que nasce.

Em todas as culturas, gravidez e nascimento representam mais do que simples eventos

biológicos, uma vez que se tratam de eventos de construção familiar em nível social e uma transição significativa de ser mulher para mãe em nível individual. Este evento ocorre de forma singular e é permeado de representações culturais que interferem de forma positiva ou negativa na vivência da gestação e do parto. Tornquist (2002,p.488) afirma que:

essa valorização da diversidade cultural tem sido a base da busca de uma forma natural de parir dos seres humanos, acentuando, de um lado, os aspectos ritualísticos do parto e, de outro, remetendo à categoria de instinto universal, categoria essa que tem um especial valor dentro do ideário. O próprio termo ‘humanização’ reforça uma concepção de ser humano fora da história e liberto da cultura, na qual humanizar é sinônimo de ‘animalizar’. A definição de humanização para um autor como Odent está referida ao lugar contíguo dos seres humanos junto aos demais mamíferos superiores, e a nossa particularidade (a dimensão cultural) é vista como um problema do qual nós deveríamos nos ‘livrar’, para então reencontrar nossos instintos perdidos. A humanização contrapõe-se aqui à cultura, vista apenas como constrangimento, e não como condição humana da qual não é possível escapar (2002, p. 488).

Porém, a “progressiva hospitalização da assistência ao parto, a incorporação crescente de tecnologia e a elevação das taxas de cesariana produziram impacto negativo sobre aspectos que transcendem o biológico nesta assistência”, corroboram Diniz & Chacham (apud RIESCO, 2002) [...] “que este impacto, repercutiu nas oportunidades de capacitação e atuação de enfermeiras obstétricas no parto, como pode ser observado pelo número restrito de profissionais na área”.

Em análise preliminar aos estudos e pesquisas promovidos pela Coordenação Geral de Saúde da Mulher para avaliar as linhas de ação desenvolvidas, o Balanço das Ações de Saúde da Mulher 1998-2002, o Estudo da Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil, a Avaliação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, a Avaliação dos Centros de Parto Normal e a Avaliação da Estratégia de Distribuição de Métodos Anticoncepcionais dão destaque às questões de cidadania e direitos reprodutivos das mulheres. (Correa e Piola, 2002, apud BRASIL, 2004)

Tal Coordenação Geral buscou a parceria dos diferentes departamentos, coordenações e comissões do Ministério da Saúde e incorporou as contribuições do Movimento de Mulheres, do Movimento de Mulheres Negras e de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional. Após construção conjunta com diversos parceiros e ampla participação social, submeteu a referida Política à apreciação da Comissão Intersetorial da Mulher, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), lançando em 2003 pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Humanização-PNH ou HumanizaSUS, durante o XXº Seminário Nacional dos Secretários Municipais de Saúde e I Congresso Brasileiro de Saúde e Cultura de

Paz e Não Violência, realizado em Natal/RN e teve início a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes (BRASIL, 2003)

Em maio de 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes, construída a partir da proposição do Sistema Único de Saúde (SUS) e respeitando as características da nova política de saúde. Essa política objetiva – Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro. – Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie. – Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004)

A proposta explica que, para atender aos princípios de humanização e da qualidade da atenção devem ser levados em conta, pelo menos, os seguintes elementos:

- acesso da população às ações e aos serviços de saúde nos três níveis de assistência;
  - definição da estrutura e organização da rede assistencial, incluindo a formalização dos sistemas de referência e contrarreferência que possibilitem a continuidade das ações, a melhoria do grau de resolutividade dos problemas e o acompanhamento da clientela pelos profissionais de saúde da rede integrada;
- captação precoce e busca ativa das usuárias;
  - disponibilidade de recursos tecnológicos e uso apropriado, de acordo com os critérios de evidência científica e segurança da usuária;
  - capacitação técnica dos profissionais de saúde e funcionários dos serviços envolvidos nas ações de saúde para uso da tecnologia adequada, acolhimento humanizado e práticas educativas voltadas à usuária e à comunidade;
- disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;
  - acolhimento amigável em todos os níveis da assistência, buscando-se a orientação da clientela sobre os problemas apresentados e possíveis soluções, assegurando-lhe a participação nos processos de decisão em todos os momentos do atendimento e tratamentos necessários;
  - disponibilidade de informações e orientação da clientela, familiares e da comunidade sobre a promoção da saúde, assim como os meios de prevenção e tratamento dos agravos a ela associados;
  - estabelecimento de mecanismos de avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, participação da clientela;
  - estabelecimento de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação continuada das ações e serviços de saúde, participação da usuária;
  - análise de indicadores que permitam aos gestores monitorar o andamento das ações, o impacto sobre os problemas tratados e a redefinição de estratégias ou ações que se fizerem necessárias (BRASIL, 2004).

É neste ponto indissociável que a Humanização implica mudança na cultura da atenção aos usuários, por parte dos profissionais, incluindo o desenvolvimento e a gestão dos processos

de trabalho. Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como atores do sistema de saúde, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações (BRASIL, 2004).

É nesse contexto que a enfermagem obstétrica carioca conquista a abertura da Casa de Parto David Capistrano Filho, inaugurada em 8 de março de 2004. Moura, Lopes e Santos (2009) apontam que as Casas de Parto seguem um paradigma próprio, tendo representação simbólica de transformação da cultura predominante nas instituições que prestam assistência ao parto e nascimento. Para a enfermagem obstétrica, a Casa de Parto é a possibilidade de atuação autônoma e, por se tratar de uma estrutura institucional menor, facilita a integração da equipe de trabalho, possibilitando a colaboração e respeito mútuo entre o grupo profissional e os clientes.

A Portaria nº 427/GM de 22 de março de 2005 - instituiu a Comissão Nacional de monitoramento e avaliação da implementação do Pacto Nacional pela Redução da mortalidade materna e neonatal. Formada por membros do Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP), da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS); do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), do Centro Cochrane do Brasil/UNIFESP; e da Rede Internacional em defesa do Direito de Amamentar e da Aliança Mundial para o Aleitamento Materno, esta comissão tem os seguintes objetivos:

- I - Avaliar, sistematicamente, a implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal no Brasil;
- II - Propor estratégias de ação, diretrizes, instrumentos legais e princípios éticos que concretizem a implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal;
- III - Acompanhar as ações dos gestores em esfera federal, estadual e municipal no processo de implementação dos compromissos assumidos e na articulação e integração das diferentes instituições e instâncias envolvidas na implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; e
- IV - Divulgar as ações desenvolvidas como objetivo de efetivar o Pacto em questão (BRASIL, 2005)

Desde então, a iniciativa de humanizar a assistência à clientela começou a ganhar forma, trazendo como “humanização” a adoção de valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, ou seja, profissionais e usuários têm corresponsabilidades, entre elas, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, de direitos dos usuários e de participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2005).

Em 2005, foram operacionalizadas as ações previstas no Plano de Ação construído e legitimado por diversos setores da sociedade e pelas instâncias de controle social do SUS. Um exemplo disto é a conquista da lei Federal nº 11.108/2005, mais conhecida como a Lei do Acompanhante, que determina que os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, sejam obrigados a permitir à gestante o direito à acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto. A Lei determina que este acompanhante será alguém de escolha da gestante (inclusive se este for adolescente), válido para parto normal ou cesariana. (BRASIL, DOU, 2005) Este direito, merece um olhar diferenciado por parte da enfermeira, colocando a serviço da família os conhecimentos tecnológicos. Enquanto cliente indireto da assistência à parturiente, cada profissional deve ter sensibilidade para abordar as necessidades biopsicossociais deste acompanhante, denotando sensibilidade humana no sentido de ações de cuidado.

Pereira (2006) refere que as discussões sobre a menor intervenção na fisiologia do nascimento se apoiaram em um movimento de retomada do protagonismo feminino, norteado pelas experiências europeias com enfermeiras obstétricas e/ou parteiras formais, possibilitando que profissionais que estavam à margem da obstetrícia, a enfermeira e a parteira, retomem a assistência ao parto, assim como a incorporação de conhecimentos e práticas denominadas alternativas, como os métodos e técnicas utilizadas para o relaxamento e manejo da dor.

Nesse sentido, para essa autora, a Política de Humanização ao Parto e Nascimento propõe uma assistência obstétrica com menor grau de intervenção no parto e respeito à sua fisiologia. É fruto das reivindicações do movimento de mulheres e das ações de órgãos normativos que visam reduzir as complicações resultantes da utilização excessiva de tecnologia e de intervenções no parto, que repercutem negativamente nos índices de morbimortalidade materna.

Em relação à enfermagem obstétrica, Macedo et al (2008) sinaliza que as tecnologias de cuidado abrangem o controle do ambiente do parto, o acompanhante durante o trabalho de parto e parto, a privacidade, o cuidado de enfermagem à mulher durante as modificações fisiológicas, a mulher como protagonista do trabalho de parto e parto, a presença atenciosa do enfermeiro

no ambiente da mulher, o respeito à individualidade, o ambiente acolhedor, sons e iluminação, a dieta líquida durante o trabalho de parto e parto, a deambulação e movimentação livre durante o trabalho de parto e parto, higiene e conforto, a intersubjetividade na relação enfermeira-usuária e o resgate do saber feminino popular. Este processo também abrange, o reconhecimento dos momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos.

A pesquisa “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre o parto e o nascimento”, é um estudo multicêntrico de base hospitalar com abrangência nacional, coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP-Fiocruz) e com participação de renomadas instituições públicas de ensino e pesquisa. Realizada em 2011, aponta um cenário alarmante em relação à assistência obstétrica nacional, por exemplo, temos taxas de cesariana de 80 a 90% na rede suplementar e 40 a 50% no SUS, prevalecendo no território nacional.

Com base nesse aspecto, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) lançou o Programa Cegonha Carioca (PCC), em 28 de março de 2011, que consiste em uma tentativa de reduzir os índices de mortalidade materna e infantil no município através da organização e qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto e pós-parto. (BRASIL, 2011 a)

Este Programa, como definido pela referida Secretaria, trata de uma proposta de atenção à gestante que perpassa todo o ciclo gravídico-puerperal da mulher, vem se expandindo como Rede Cegonha e se apoia na iniciativa do Governo Federal. O PCC, que teve como suporte as diretrizes do Pacto pela Saúde, o Pacto Pela Redução da Mortalidade Materno-Infantil e o Programa de Qualificação das Maternidades impulsionou a criação, pelo Ministério da Saúde (MS), da Rede Cegonha, normatizada pela Portaria nº 1.594, de 24 de junho de 2011. Esta estratégia visa fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança, com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses, bem como organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, garantindo acesso, acolhimento e resolutividade e reduzindo a mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011). Para isto, estabeleceu-se que seria garantido no componente parto e nascimento:

- a) suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;

**b) ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);**

c) práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento";

d) garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;

e) realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;

f) estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e

g) estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização. (Portaria nº 1.594/11.artº7 II) (GRIFO NOSSO).

No sentido de ressignificar e normatizar a constituição ou alteração dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), a Portaria GM nº 2.009 de 2012 instituiu na CONITEC uma Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT, com as seguintes competências: definir os temas para novos PCDT; acompanhar sua elaboração, avaliar as recomendações propostas e; as evidências científicas apresentadas, além de revisar periodicamente, a cada dois anos, os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) vigentes. (BRASIL, 2012 a)

Em 2012 uma nova proposta de formação e qualificação de enfermeiros obstétricos é incrementada no cenário do Rio de Janeiro, com anuência de espaços recém-criados assistenciais, na modalidade de centro de partos naturais peri e intra-hospitalar, nos quais enfermeiros especialistas assistem a parturiente com autonomia, de forma humanizada, de maneira integral, com raciocínio clínico e tomada de decisão. A modalidade de treinamento em serviço-residência tem sua expansão através do Programa Nacional de Formação de Enfermagem Obstétrica (PRONAENF) subsidiada por financiamento do MS e do MEC através da portaria conjunta nº 5, de 31 de outubro de 2012. (BRASIL, 2012b).

Em 2014, vinculado ao HUMANIZASUS, o MS publica o caderno: "Humanização do parto e do nascimento". Segundo seus organizadores, nele, os artigos, os depoimentos e as entrevistas que o compõem pretendem dar visibilidade a experimentações no bojo do Plano de Qualificação de Maternidades/Rede Cegonha, que tem sido incluído no movimento pela humanização do parto e do nascimento ao agregar forças e formas de ação diversas na luta pela cidadania de mulheres, de crianças e de suas famílias, experimentando e ousando exercitar o direito à saúde, sem que haja conquista pela sujeição a formas de ação ou a qualquer forma-mulher prescrita. A publicação deste caderno apresenta um compilado de aspectos filosófico-

assistenciais imprescindíveis para a mudança de filosofia assistencial e a defesa de uma equipe multiprofissional na assistência obstétrica, considerando a incorporação ativa de outros sujeitos, como enfermeiras obstétricas, obstetrias, educadores perinatais, psicólogos, e doulas, entre outros, na equipe assistencial, a qual deve ser promovida, proporcionando uma assistência integral, de acordo com as necessidades da mulher e de sua família. (BRASIL, 2014)

Nele, é posto que em gestantes e binômios de risco habitual, as tecnologias leves devem preponderar sobre todas as outras. Mesmo nas situações de maior risco ou diante de desvios importantes da normalidade, quando o uso de tecnologias duras e leve-duras são comprovadamente benéficas, estas não devem se sobrepor às tecnologias leves em que o apoio, o cuidado e a observação direta podem potencializar os benefícios.

Carneiro (2015) aponta que o que se entende por parto humanizado é àquele no qual é utilizado o mínimo de intervenções médicas e farmacológicas possível, ou então, o que respeita o tempo físico e psíquico de cada mulher para parir, em ambiente respeitoso e acolhedor e com consentimento informado para todo e qualquer procedimento realizado. Nesta definição, podem-se incluir cirurgias cesarianas, desde que desejadas, planejadas e consentidas, o que faz do parto humanizado evento polissêmico a ser compreendido. Esta forma de pensar ambiente de parto delimita a necessidade de a construção de ambiência consonante com a forma da mulher interagir com todos os elementos e consigo mesma, visto que a experiência idealizada de parto se constrói na sua subjetividade e integralidade.

Em 2015, diante de uma crise global, líderes mundiais reuniram-se na sede da ONU, em Nova York, e decidiram estabelecer um plano de ação para erradicar a pobreza, proteger o planeta e garantir que as pessoas alcançassem a paz e a prosperidade: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável publicou 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Dentro deles o 3º objetivo, de forma mais específica, refere que até 2030 deve-se reduzir a taxa de morte materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos e neonatal para até 12 por 1.000 nascidos vivos. (ONU, 2015)

O quinto objetivo propõe alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas e, tem como objetivos secundários eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo o tráfico e exploração sexual e de outros tipos; assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos e adotar e fortalecer políticas sólidas e legislação aplicável para a promoção da igualdade de gênero e o empoderamento de todas as mulheres e meninas em todos os níveis. Eles norteiam profissionais de saúde no planejamento de ações que fortaleçam a autonomia da mulher em todas as esferas de controle do seu estado de saúde, sobremaneira no cerne da

assistência à sua saúde sexual e reprodutiva, onde é encontrado um hiato no sistema de saúde separando a do controle de seu corpo e de suas decisões. ( ONU, 2015)

Diante do cenário apresentado pela pesquisa “Nascer no Brasil” e as taxas de morbimortalidade materna, evidenciou-se fracasso em atingir os objetivos para melhorar os indicadores de assistência obstétrica. A ANS, a partir de seus esforços para regulação da assistência ao parto na rede suplementar, publica a Resolução Normativa Nº 368/2015 que dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. (ANS, 2015). Era então necessário aprimorar os enfermeiros obstétricos existentes numa iniciativa de agilizar a formação daqueles que já possuíam título e legitimidade para atuarem em maternidades, porém com novas diretrizes: com tecnologia de cuidados desmedicalizada, respeitando-se os direitos reprodutivos da mulher. Era preciso mudar o modelo de atenção obstétrica. Dessa forma, o MS através da Área Técnica da Saúde em 09 de julho de 2014, por carta convite, elege as Universidades: Federal Fluminense, Federal do Rio de Janeiro e de Minas Gerais para realizarem Curso de Aprimoramento para Enfermeiras Obstétricas, com Enfoque no Componente Parto e Nascimento, da Rede Cegonha – Ministério da Saúde financiado por meio do Projeto no. 3211. Este foi celebrado entre o Fundo Nacional de Saúde/Secretaria Executiva/Ministério da Saúde, e nessa proposta o quesito ambiência ganha destaque e as instituições envolvidas se dispõem a alterar o modelo assistencial da atenção obstétrica. (BRASIL, 2017b).

Assim, houve esforço da Coordenação Geral de Saúde da Mulher do MS para a qualificação do modo de nascer no Brasil, refletido na publicação da Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2016). Este documento, em conjunto com as Diretrizes de Atenção à Gestante: em relação a operação cesariana, visa orientar as mulheres brasileiras, os profissionais de saúde e os gestores, nos âmbitos público ou privado, sobre importantes questões relacionadas às vias de parto, suas indicações e condutas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis. Também sintetiza e avalia, sistematicamente, a informação científica disponível em relação às práticas mais comuns na assistência ao parto e ao nascimento, fornecendo subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, no intuito de promover, proteger e incentivar o parto normal. (CONITEC, 2016)

Nestas diretrizes, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC, 2016) recomenda aos gestores de saúde que proporcionem condições para a implementação do modelo de assistência que inclua a enfermeira obstétrica e obstetrix na

assistência ao parto de baixo risco, por apresentar vantagens em relação à redução de intervenções e maior satisfação das mulheres.

No que se refere à ambiência, a diretriz é clara em relação a vantagem de mudar a estrutura física, impactando o fluxo de atendimento à parturiente. Na assistência hospitalar ao parto é vantajosa a organização de atendimento em suítes PPP (Pré parto, Parto e Pós-parto imediato), locais onde a mulher pode vivenciar todos os períodos do parto. Apesar de ser bastante comum que, ao atingir o segundo período do trabalho de parto, a maioria das mulheres sejam transferidas para assistência em salas de parto isoladas ou em ambientes cirúrgicos, nos últimos anos, entretanto, várias opções de assistência em ambientes não cirúrgicos têm sido recomendadas. Isso favorece dentre outras coisas a garantia de privacidade, liberdade de movimento e posição.

Em relação às posições da mulher no segundo período do parto, outras alternativas têm surgido em substituição à posição de litotomia clássica, principalmente posições verticalizadas como semi-sentada, sentada, de cócoras, etc. Também a imersão em água tem sido utilizada por muitas mulheres durante o período expulsivo, como o parto ocorrendo de fato dentro da água. É necessário analisar as evidências científicas disponíveis para uma avaliação dos riscos e benefícios, em termos de desfechos maternos e perinatais das medidas descritas (CONITEC, 2016, p. 232)

Em 2016 a ANS publica a primeira fase do Projeto Parto Adequado (PPA), que tem como objetivo elaborar, testar, avaliar e disseminar um modelo de atenção ao parto e nascimento que favoreça a qualidade nos serviços, valorize o parto normal e contribua para a redução de cesarianas desnecessárias e dos riscos delas decorrentes. Idealmente, esse projeto é centrado em possibilitar mudanças baseadas em evidências científicas no modelo de atenção ao parto, com participação dos diversos interessados (gestantes, profissionais, hospitais e operadoras), contribuindo para a promoção de boas práticas e redução de cesarianas e intervenções obstétricas desnecessárias. (ANS, 2016).

Na Fase 1 do PPA, a taxa de partos vaginais nos 26 hospitais que fizeram parte do grupo-piloto, ou seja, que participaram de todas as estratégias adotadas, cresceu em média 76% – 16 pontos percentuais – saindo de 21% em 2014 para 37% ao final do projeto, em 2016. Se considerarmos todos os 35 hospitais que participaram da iniciativa (incluindo os hospitais seguidores e colaboradores), o crescimento médio da taxa de partos vaginais foi de 43% – mais de dez pontos percentuais – passando de 23,8% para 34%. Nove hospitais conseguiram atingir ou superar, individualmente, a meta de 40% de partos vaginais. Em 18 meses, mais de dez mil cesáreas sem indicação clínica foram evitadas (ANS, 2017).

Neste mesmo ano, a ANS também regulamenta a Resolução Normativa nº 398/16 que dispõe sobre a Obrigatoriedade de Credenciamento de Enfermeiros Obstétricos e Obstetrias por Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Hospitais que Constituem suas Redes e sobre a Obrigatoriedade de os Médicos Entregarem a Nota de Orientação à Gestante. (ANS,2016a).Os dados indicam que as maternidades estão mudando de forma sistêmica o seu modelo de cuidado. Resultados finais ainda não foram divulgados. Tais iniciativas revelam que a ambiência é fator de relevância para a manutenção do modelo humanizado de assistência ao parto e nascimento. (ANS,2016).

Contudo, segundo a Organização Pan-americana de saúde (OPAS), dados de 2018 apontam que todos os dias, aproximadamente 830 mulheres morrem por causas evitáveis relacionadas à gestação e ao parto no mundo; 99% de todas as mortes maternas ocorrem em países em desenvolvimento; a mortalidade materna é maior entre mulheres que vivem em áreas rurais e comunidades mais pobres. (OPAS, 2018)

As autoridades brasileiras propõem mais uma iniciativa governamental, em 2018, lançando o projeto Apice On - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia, trata-se de uma iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com a EBSEH, ABRAHUE, MEC e IFF/ FIOCRUZ, tendo a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) como instituição executora, a qual define a ação como uma estratégia de indução e articulação de ações para promover a qualificação de serviços, com foco em hospitais com atividades de Ensino, tornando-os referência nas melhores práticas de atenção / cuidado ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo pós-parto e pós-aborto, atenção às mulheres em situações de violência sexual e de abortamento e aborto legal. (BRASIL, 2018).

Dessa forma, a ampliação da formação de profissionais para consolidar as propostas da Rede Cegonha veio consolidar conquistas decorrentes do que as enfermeiras da Maternidade Leila Diniz iniciaram com desenvolvimento de estratégias de luta simbólica. Sua valorização pela busca de certificados de especialistas junto a universidade e produção de capital científico inspirou as gerações seguintes, e contribuiu para o reconhecimento destas profissionais no atual programa, garantindo abertura de novos programas de residência de enfermagem obstétrica e o aprimoramento de profissionais de enfermagem no modelo preconizado. Tem-se que a atuação da enfermeira obstétrica, na linha de cuidado e na organização dos serviços, favorece a equidade ao acesso, assistência perinatal humanizada e qualificada. Ademais, promove a cidadania da mulher e seu empoderamento, oferecendo tecnologias de cuidado não invasivas, desmedicalizada e respeitosa.

Muito se tem avançado para a consolidação de práticas relacionadas às necessidades da

parturiente e a enfermagem obstétrica vem fortalecendo o seu saber e seu fazer de forma consonante com a evolução de políticas e ações de planejamento da esfera do cuidar. Ainda assim, muitos avanços serão necessários para a consolidação de práticas que garantam segurança e ambiência favorável para a mulher nesse evento tão singular em sua vida.

## 2.2 A CONTEXTUALIZAÇÃO DO MÉTODO CIENTIFICO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PARTURIENTE

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é a expressão do método científico que traz a implementação do Processo de Enfermagem (PE) como atividade privativa do enfermeiro dentro da gestão de cuidados. “O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe privativamente: o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem” (Lei 7498/1986). Cada vez mais, os avanços tecnológicos nos impulsionam ao planejamento do processo de trabalho baseado em evidências científicas, o que, no caso da enfermagem obstétrica, implica a qualificação do processo assistencial. (BRASIL, 1986)

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 358/2009 trata da implantação da SAE e implementação da PE em toda instituição de saúde pública e privada. Ela define que o processo de enfermagem se dá dentro de 5 etapas que atendem a metodologia científica, sendo elas: Coleta de dados de enfermagem (histórico), diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação. (COFEN, 2009)

Conceitualmente, sistematizar é ordenar (elementos) em um sistema; colocar (alguma coisa) em ordem ou de acordo com um sistema. SAE nada mais é que organizar as ações de cuidado (REPETTO, 2005). Nas Diretrizes Curriculares Nacionais (2001) para a formação do enfermeiro é preconizado que:

A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz [...] os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde (idem).

Nesse sentido, encontramos uma distinção entre a SAE e o PE em si, pois, enquanto sistematizar é organizar o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do PE (COFEN 2009), este último consiste numa ferramenta voltada para a organização da assistência, porém a sistematização possui maior

abrangência no que se refere ao aspecto gerencial. O COREN-BA (2016) apresenta fluxograma para exemplificar os elementos essenciais para a estruturação da SAE, dividindo-os em 3 eixos a serem observados:



Figura 01: A SAE conforme definição da Resolução<sup>5</sup> COFEN 358/2009.

O que está demonstrado acima, aponta que, para o funcionamento da SAE conforme o esperado, há a necessidade de a instituição de saúde observar dois aspectos de sua responsabilidade: a instituição de manuais, protocolos e impressos que serão seguidos na unidade e o dimensionamento adequado de trabalhadores de enfermagem.

Conforme resolução COFEN 293/2004, a qual foi revogada pela resolução COFEN 543/2017, traçaram-se parâmetros que representam normas técnicas mínimas para dimensionamento das equipes, constituindo-se em referências para orientar os gestores, gerentes e enfermeiros dos serviços de saúde, no planejamento do quantitativo de profissionais necessários para a execução das ações de enfermagem. (COFEN, 2017) Tais parâmetros incluem o quantitativo de enfermeiros obstétricos previstos para o atendimento adequado à clientela, embora ainda hoje se observem dificuldades em dimensionar adequadamente este tipo de profissional, o que me levou à formular a hipótese de que, enquanto para algumas instituições há necessidade de financiamento adequado, para outras há escassez de profissionais formados para esta função, devido à pluralidade de realidades que o Brasil condensa em seu vasto território.

No que se refere ao método científico, é de responsabilidade do enfermeiro, conhecer a(s) teoria(s) de enfermagem mais congruentes com as necessidades da população assistida, neste caso, a parturiente e família. De acordo com a filosofia assistencial, que apoie seu exercício profissional, assim como o uso ou não de taxonomias para a padronização dos termos usados ao longo do desenvolvimento do processo de enfermagem. (COREN-BA, 2016)

Para o COFEN (2009) o PE deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem. Além de fornecer a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.

Ressalta-se, ainda, que incumbe ao enfermeiro a liderança na execução e avaliação do PE, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas.

Hermida e Araújo (2006) evidenciam que a assistência de enfermagem, por meio da SAE, pode ser apenas uma das conquistas de utilização, pois muitos autores justificam sua relevância em diversos outros benefícios, relacionados não só à assistência ao paciente, mas à profissão e aos profissionais da enfermagem. Enumeram, ainda, como etapas do processo de implementação da SAE: reconhecimento da realidade institucional, sensibilização de toda a equipe para a implementação da SAE, definição da missão, filosofia e objetivos do serviço de enfermagem da instituição, preparo intelectual (teórico) da equipe de enfermagem, definição do referencial teórico, elaboração de instrumentos do processo de enfermagem e preparo prático (capacitação)

para a implementação da SAE.

Infere-se que a SAE é conteúdo curricular de todo enfermeiro e, mesmo sem aplicação prática das teorias de enfermagem, esse tema também faz parte da formação acadêmica do profissional.

Mas, desde 1992, três modelos assistenciais de atendimento obstétrico são lembrados por Davis-Floyd e coexistem, caracterizados por 12 diferentes crenças. São eles, tecnocrático, humanístico e Holístico. Podem-se encontrá-los no estado puro ou mesclado, dependendo do país, do profissional e do contexto sociocultural.

## 2- Quadro referente aos Modelos Assistenciais

Tecnocrático	Humanístico	Holístico
Tem a separação mente-corpo, o corpo como máquina	Interconexão entre mente e corpo, que são entidades distintas, mas interligadas.	Unicidade de corpo-mente-espírito
Paciente é um objeto, uma máquina	Apesar de o corpo ser de certa forma como uma máquina, ele é um organismo	O corpo como um sistema de energia conectado com outros sistemas de energia
O diagnóstico e o tratamento se dão de fora para dentro	Diagnose e cura de fora para dentro e de dentro para fora	Diagnoses e cura de dentro para fora
Há organização e esta é hierárquica	A tecnomedicina é contrabalançada	Autoridade e responsabilidade inerentes ao indivíduo
Há padronização dos cuidados	Equilíbrio entre as necessidades do indivíduo e as da instituição	Individualização dos cuidados
Valorização excessiva da ciência e da tecnologia	Enfoque na prevenção	Ciência e tecnologia colocadas a serviço dos indivíduos
Intervenções agressivas com ênfase em resultados em curto prazo,	Abordagem suave que pode variar da atitude mais superficial até o uso de métodos alternativos	Visão em longo prazo na criação e manutenção da saúde e do bem-estar
A morte é concebida como fracasso	A morte como uma possibilidade aceitável	Morte como uma etapa do processo
Acredita-se na hegemonia tecnomédica	São mais conservadores e mantêm a mente aberta à conexão mente-corpo	Enfoque na cura
Sistema guiado pelo lucro e intolerante para com outras modalidades	Mentalidade aberta frente outras modalidades	Convivência de múltiplas modalidades de cura
Há alienação do profissional em relação ao paciente	Cuidados movidos pela empatia	Profissional e o cliente querendo em relação de cooperação mútua.

Fonte: Davis-Floyd (1992)

Considerando que a enfermagem obstétrica transita entre os paradigmas assistenciais humanístico e holístico, o cerne de sua filosofia se baseia no empoderamento feminino, elevando a mulher à condição de sujeito, dando-lhe direito a fazer escolhas, valorizando a participação da família e procurando incentivar ao máximo a participação ativa do acompanhante na hora do parto (MEDINA, 2005).

A obstetrícia e a assistência ao parto têm uma história, história esta marcada por grandes controvérsias e polêmicas, que, de certa forma, se reproduzem hoje: quem deve atender as parturientes? Qual o melhor local para prestar esta assistência? Qual a formação mínima exigida e/ou conhecimentos necessários para atender de forma mais eficaz um parto? Pode alguém acompanhar o parto? Como funcionam os corpos das mulheres, como são suas dinâmicas, como lidar com os sofrimentos, dores e prazeres do parto, isso sem falar nos próprios procedimentos técnicos que, também, tem uma longa história. Brigitte Jordan (1993) propõe que, para analisar o parto em diferentes culturas, deve-se observar quatro destes aspectos: quem atende a mulheres, em que local o faz, quem acompanha o parto e quais os procedimentos técnicos utilizados (TORNQUIST, 2006, p.4)

Um metaparadigma consiste em reflexão sobre algum conceito ou conjunto de conceitos que compõe uma disciplina. Traduz-se numa perspectiva global que subordina visões e abordagens aos conceitos centrais da disciplina. No caso da enfermagem, é o conjunto dos quatro conceitos principais usados que fundamentam sua prática: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem. (MCELWEN, 2016)

Sendo estes os elementos básicos para a composição de uma teoria de enfermagem, podemos buscar nas teorias as repostas para as quatro questões acima. Entretanto, dentro da perspectiva da enfermagem obstétrica como protagonista da assistência, consideramos que para nortear a sistematização do cuidado ao parto devemos contemplar a complexidade do evento, observando não apenas as repostas das questões supracitadas como os aspectos sociais, culturais, psicológicos, biológicos e espirituais que permeiam as necessidades da parturiente assistida.

A enfermagem possui diferentes leituras da percepção do mundo, da pessoa, do ambiente que, historicamente configura, por teóricos, posições filosóficas, posturas e condutas que dão sentido às ações e cuidados de enfermagem, sistematizando a assistência.

Dessa forma, ao ler atentamente sobre quais Teóricos de Enfermagem apresentavam elementos dinamizadores relacionados à ambiência, as seguintes teorias apresentaram abordagens, atendendo ao objetivo proposto:

- Florence declara que as ações de cuidado são relativas ao processo e organização do trabalho com foco no ambiente, considerando espaço físico, social, psicológico e elementos de ordem sanitária.

- Lenninger em sua teoria transcultural aponta a atenção aos aspectos antropológicos e sociais, sendo a enfermagem um fenômeno essencialmente cultural que envolve o contexto e o processo de ajuda a indivíduos de diferentes orientações culturais ou de estilo de vida específico, nessa direção, fica clara a compreensão de que existem várias formas de cuidar, que nem sempre são explicáveis na sua dimensão biológica (HERMIDA, 2006).

- Rogers apresenta os aspectos energéticos, nos quais os seres humanos são unitários e indivisíveis. Sob esta perspectiva, homem e ambiente são matéria e energia em intercâmbio contínuo nos princípios da homeodinâmica, que ela classificou como ressonância, helicidade e integralidade (MCELWEN, 2016).

- Parse traz o conceito do ser humano ecológico, utilizando seu método no qual os enfermeiros atuam a partir do entendimento de que o processo humano (universo) envolve a verdadeira presença do enfermeiro com a pessoa e a família, este profissional lida com os ritmos da pessoa à medida que estes vão lidando com a experiência (MCELWEN, 2016). No que se refere ao conceito de ambiente, este é inseparável e complementar ao ser humano, que juntos criam experiências de vida reciprocamente e trocam energia entre si para criar o que é no mundo (LINS, 2013).

- Abdellah enfoca o cuidado centrado no paciente, enumerando 21 problemas de enfermagem, que podem ser evidentes, através de uma condição aparente, ou ser encobertos, quando relacionados às esferas emocional, sociológica e interpessoal por natureza. A teórica enfatiza que a assistência de enfermagem deve considerar o indivíduo como um todo, inclusive suas necessidades físicas, sociais, psicológicas e espirituais e as da sua família (MCELWEN, 2016)

- Orlando se refere às ações deliberadas como àquelas que irão suprir a ajuda solicitada pelos clientes. Já Horta, fundamentada nas necessidades humanas de Maslow, traz as ações para a satisfação de necessidades biopsicosocioculturais do cliente, e Neuman diz que a enfermagem é uma profissão que ajuda os indivíduos a buscarem a melhor resposta aos estressores internos e externos à sua pessoa (MCELWEN, 2016).

-Orem traz a ideia de que autocuidado consiste numa função reguladora humana para suprir ou garantir o fornecimento dos materiais necessários para continuar a vida, o crescimento, o desenvolvimento e a manutenção da integridade humana. Para tanto, faz-se necessário que o indivíduo mantenha o controle de fatores humanos e ambientais. Quando isso não ocorre, cabe ao enfermeiro atender as necessidades decorrentes do déficit de autocuidado e criar um plano para reestabelecer e devolver a autonomia para quem está sendo atendido (MCELWEN, 2016).

Entretanto, entre as teorias analisadas que podem estruturar o arcabouço teórico para sustentar as práticas tanto humanísticas quanto holísticas, de acordo com a necessidade do cuidado prestado, a Teoria de Enfermagem Ambientalista de Florence Nightingale é a que mais se adequa ao objetivo proposto - cuidado relacionado à ambiência à parturiente no parto e nascimento.

As ações mais comuns desenhadas em protocolos assistenciais para o enfermeiro obstétrico são as que se referem ao controle biológico do corpo, tais como: solicitar o cartão

de pré-natal e avaliá-lo; realizar anamnese, exame clínico e obstétrico, observando antecedentes mórbidos, obstétricos e as questões psicossociais que envolvem aquela gestação. Encontra-se a referência “deixar o ambiente preparado para o momento do parto” (ABREU, 2014, p.62). Isso implica oferecer cuidado relativo à conforto da parturiente e família. Porém, a condição essencial para que ocorra o conforto é proporcionar ambiente favorável, ou seja, aquele em que a pessoa seja cuidada e se perceba cuidada, pois lhe foi oferecido/ofertado afeto, calor, atenção e amor e estes favorecerão o alívio, a segurança e o bem-estar (BRASIL-REDE CEGONHA, 2011). Para Florence, o local onde o paciente / cliente se encontra importa na contribuição do espaço territorial que o permite transitar, trocar energias e dele desfrutar (LEOPARDI, 1999).

No aspecto luminosidade, Florence evoca o desejo do paciente, dizendo que se deve adequar a oferecer luminosidade inclusive do sol “não apenas a claridade se assim se deseja, mas a luz solar” (LEOPARDI, 1999, p. 71).

Estudo desenvolvido em uma maternidade pública do município de São Paulo (SILVA, 2016), em 2016, com 95 parturientes, uma filmadora apta para captura de imagens em ambientes com baixa iluminação fez a captação das imagens de manifestações emocionais faciais em todas as salas em que ocorreram partos normais. As imagens foram analisadas e codificadas manualmente de acordo com as recomendações e Normas do Sistema de Codificação da Ação Facial e evidenciou-se que o ambiente com baixa luminosidade promove uma sequência de emoções que respeita e auxilia a fisiologia do período expulsivo do trabalho de parto (medo, surpresa, raiva e alegria). Já o ambiente com iluminação usual e comum sofre interferências no aparecimento sequencial dessas emoções, interferindo no processo fisiológico do expulsivo (medo, medo/surpresa, nojo, surpresa, raiva e alegria). Contudo, quando se comparou as emoções codificadas pela pesquisadora por meio da FACS das imagens analisadas do período expulsivo, em sala de parto, com as emoções verbalizadas pelas puérperas participantes desse estudo, não houve concordância entre os dados.

Nas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017) fala-se de abordar a mulher acerca de seu bem-estar, mas não há nenhuma previsão de baixa luminosidade para assegurar conforto à parturiente no momento do parto e nascimento.

No que se refere às boas práticas de manutenção do ambiente sem ruídos, Florence preconiza haver silêncio (LEOPARDI, 1999, p.71). E sua colocação depreende excesso de ruídos. O som e a sonoridade fazem parte do processo de comunicação interpessoal, mas ruído é o som que incomoda, o que desfavorece, o que tira o equilíbrio e a harmonia pessoal (EEA,

2010). Para a mulher em trabalho de parto, o excesso de ruídos pode aumentar a secreção de adrenalina (hormônio do estresse), elevar a sensação dolorosa e diminuir a liberação das endorfinas endógenas, responsáveis pela sensação de prazer (ODENT, 2002).

Em pesquisa realizada em duas salas do centro obstétrico de um hospital universitário do município de São Paulo – Brasil em 2011 (OLIVEIRA, 2011), relativos a 48 horas e 48 minutos de registros dos níveis de pressão sonora e de fontes de ruído, sendo cinco horas e 25 minutos correspondentes a cinco partos normais e 43 horas e 23 minutos equivalentes a 21 cesáreas. Verificou-se que o nível médio de ruído (64dB) encontrado em todos os tipos de parto foi acima de todos os limites recomendados pelas normas e organizações nacionais e internacionais decorrentes de: conversa da equipe dentro da sala; diálogos estabelecidos entre os profissionais no corredor do centro obstétrico; alarmes dos equipamentos; arrastar de mesas, escadas, bancos e equipamentos; abrir embalagens de materiais e atrito de instrumentais cirúrgicos.

Os resultados apontam que as mulheres e seus bebês estão expostos a níveis de ruídos excessivos durante o processo de parto e nascimento. Outro estudo produzido em 2006 acerca do cuidado e conforto (CARRARO, 2006) durante o trabalho de parto e parto no qual se ouviu os sentimentos das mulheres puérperas sobre o cuidado e conforto recebidos, a questão da dor fica sublimado em “relação à atenção que tiveram por parte da equipe, no tratamento e atendimento, além da alegria, segurança, cuidado e conforto que os profissionais dispensaram neste período”. Isso corrobora com as colocações de Florence para quem, quando o ambiente físico está adequado, pode-se “dispensar maior atenção as necessidades emocionais do doente” (LEOPARDI, 1999, p. 71).

Ademais, ao ambiente psicológico, também proposto por essa teórica, “a comunicação e a segurança” a ela oferecida diminui os fatores estressores (LEOPARDI, 1999, p. 71), mantém sua mente estimulada e a encoraja ao processo fisiológico de parir. O ambiente social é capturado na coleta de dados que precede o exame clínico e obstétrico pelo enfermeiro, é a observação atenta em relação à singularidade do cliente “é essencial” na prevenção de doenças (LEOPARDI, 1999, p. 71).

Na pesquisa acerca das tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica fundamentadas pela teoria ambientalista de Florence Nightingale (MACEDO et al., 2008) apresentam-se a correlação dos pressupostos da teórica, relacionados ao empoderamento feminino, o respeito à individualidade e manutenção da privacidade da mulher, a presença do acompanhante e o ambiente acolhedor. Todas essas ações se relacionam no cuidado relativo à

ambiência e, sua sistematização é a organização do trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de trabalho.

Contudo, há necessidade de que as formas de sistematizar o cuidado ambiência seja objeto de uma construção coletiva na qual os protocolos, as escalas de funcionários, os fluxos de atenção, a dinâmica do processo de trabalho sejam definidos coletivamente, avaliados continuamente e ressignificados na lógica cultural e atitudinal dos profissionais, parturientes e família, buscando transformações para melhoria do bem-estar de todos.

As distintas visões das teóricas fundamentam um olhar ampliado para a construção do processo de enfermagem, atendendo as perspectivas humanística e holística sobre a produção de cuidado obstétrico. Sobre o fenômeno parto e nascimento, é necessário domínio de teoria congruente com sua atuação, que sirva de embasamento para o enfermeiro na construção de ambiência de forma subjetiva, integrando o espaço físico, sinestésico, relacional e profissional de forma a atender a complexidade do evento.

Ao longo dos últimos anos, a enfermagem obstétrica vem se destacando em seu “fazer”, tentando implementar a SAE no exercício profissional, baseada em evidências científicas e permeado de “boas práticas”, que ecoa na transmutação de um cenário assistencial mecanicista e tecnocrático para um modelo holístico, nos campos aonde se insere.

Em 2011, a Portaria Nº 1459/2011 instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha (RC), trazendo os Centros de Parto Normal Intra e Peri hospitalares como unidades de atenção ao parto e nascimento da maternidade/hospital que realizam o “atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto de risco habitual e privilegiam a privacidade, a dignidade e a autonomia da mulher ao parir em um ambiente mais acolhedor e confortável e contar com a presença de acompanhante de sua livre escolha”. A coordenação dessas unidades por normativa cabe às enfermeiras obstétricas e tem-se como proposta a ambiência favorável à mulher e família. (Ministério da saúde, 2011).

No Manual de Orientações para Elaboração de Propostas da Rede Cegonha (2012) encontra-se um capítulo inteiro destinado à questão da ambiência. Dada a relevância desta questão, cita-se como fatores intrínsecos a ela: tratamento humanizado; períodos clínicos do parto assistidos no mesmo ambiente com a presença do acompanhante de livre escolha; espaços individualizados de pré-parto/parto e pós-parto (PPP) com acesso a banheiro; garantia da privacidade da mulher e seu acompanhante, a inclusão no ambiente de métodos não farmacológicos de alívio à dor e estímulo ao trabalho de parto ativo, criando condições na ambiência que garantam à mulher a escolha das diversas posições no trabalho de parto, instalação de bancadas para os cuidados, torneira aquecida para o banho do bebê, espaço para

o berço, espaços que permitam a deambulação e a movimentação ativa da mulher, disponibilização de bolas de Bobat, escadinhas de Ling, cavalinho, banheira e /ou chuveiro com água quente, entre outros.

Com isso, a assistência deixa de ser fragmentada nos setores de pré-parto e sala de parto e passa a ser contínua num espaço PPP (pré-parto, parto e pós-parto). Esse foi o primeiro passo para garantir privacidade a mulher e seu acompanhante, assim como o acesso facilitado às tecnologias de cuidado.

Neste outro modelo assistencial, o objetivo da assistência é acompanhar e assistir as parturientes durante o processo do trabalho de parto e parto, respeitando sua fisiologia e estimulando o exercício da cidadania feminina, para dar maior autonomia à mulher neste momento.

GOMES (2009) considera um cuidado relevante promover um ambiente com privacidade, tranquilo e seguro para a parturiente e seu acompanhante, onde não seja necessário removê-la no momento do parto; pode-se utilizar música, aroma, penumbra e pouco mobiliário para deixar o ambiente hospitalar mais agradável à mulher.

A esses fatores agregam-se as condições de conforto que são subjetivos e singulares: as preferências de conforto lumínico, térmico e acústico com o controle de luminosidade, de temperatura e de ruídos no ambiente.

Compreendendo que ambiência incorpora saberes e práticas apropriadas pela enfermagem moderna desde os tempos de Florence e que, na área obstétrica, as tecnologias de cuidado, muitas vezes, mediam o processo de cuidar para a humanização da assistência ao parto, como ações promotoras da ambiência favorável à evolução fisiológica do parto e nascimento, destaca-se: acesso ao acompanhante de escolha da mulher, privacidade, liberdade de movimento e posição, aromaterapia, hidroterapia, massoterapia, uso de música ambiente e/ou controle do ambiente sonoro, o acolhimento, a manutenção da temperatura adequada e oferecimento de dieta e líquidos durante o trabalho de parto. Sistematizar essas ações é papel do enfermeiro obstétrico.

### 3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DO ESTUDO

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense, ainda sob análise e parecer, conforme Resoluções nº 422/2016 e 580/2018 do Conselho Nacional de Pesquisa e, após a concordância e anuência dos dirigentes da unidade pôde-se coletar os dados, obtendo-se o parecer de aprovação nº 3.726.819.

Pesquisa do tipo exploratória, descritiva com abordagem qualitativa, pois se baseia no fato de que o agir humano visa um sentido, tem um valor, que não pode ser captado por uma explicação lógica conforme coloca Leopardi (2001). A abordagem qualitativa permite levantar quais aspectos são essenciais para a ambiência adequada à parturiente e família, com possibilidade de identificação dos aspectos que os profissionais, que atendem a mulher durante o parto e nascimento, percebem a ambiência para o desencadeamento do parto fisiológico e, quais ações são promotoras da ambiência adequada.

O método escolhido foi a pesquisa-ação, pois parte-se de uma observação da realidade e se sobre ela se intervém. Para Tripp (2005) a pesquisa-ação é toda tentativa continuada, sistemática e empiricamente fundamentada de aprimorar a prática. Molina (2007) diz que tal método é coletivo, que favorece as discussões e a produção cooperativa de conhecimentos específicos sobre a realidade vivida, a partir da perspectiva do esmorecimento das estruturas hierárquicas e das divisões em especialidades, que fragmentam o cotidiano. Constituiu-se enquanto prática desnaturalizada e tem como foco principal a análise as redes de poder e o caráter desarticulador dos discursos e das práticas instituídas no convívio social. Apresenta-se abaixo um esquema que representa o modelo de construção da pesquisa-ação:

#### 1- Gráfico relativo à pesquisa - ação



Fonte: Thiollent (1997) e Haguette TMF (2003)

Figura 1: Elaboração primária a partir das abstrações teóricas<sup>(4-6)</sup>.

1) **Identificação do problema dentro do contexto:** é a fase em que se realiza o diagnóstico da realidade e onde se estabelece um primeiro levantamento da situação, dos problemas de primeira ordem e das eventuais ações. Observou-se no cenário do estudo proposto, o Hospital-Maternidade Mariska Ribeiro, que a sistematização do cuidado para a parturiente relacionada à ambiência adequada é observada timidamente pelos profissionais enfermeiros que assistem a parturiente e família no parto e nascimento fisiológico e, embora haja alguns recursos de planta física e insumos estruturais, o processo de cuidado implica tal desatenção.

2) **Levantamento dos dados pertinentes:** o tema da pesquisa é definido a partir de um problema prático e da área de conhecimento a ser abordada. Trata-se de ténue sistematização da assistência de enfermagem obstétrica para a ambiência favorável a ser oferecida pelos profissionais enfermeiros obstétricos do centro de parto natural intra-hospitalar em questão. Nesse sentido, fez-se um levantamento com revisão narrativa sobre a temática ambiência e seus aspectos que implicam desfechos favoráveis ao parto e nascimento, e registrou-se o fluxo de atenção obstétrica, como o processo de cuidar, do qual concluiu-se que este se configura de forma inexpressiva no plano de cuidados e de ações.

3 e 4) **Análise e significação dos dados levantados:** é o momento que se define a problemática na qual o tema escolhido ganha sentido. A colocação dos problemas abarca os seguintes pressupostos: análise e delimitação da situação inicial; delineamento da situação final, em função de critérios de desafabilidade e factibilidade, além da identificação de todos os problemas a serem resolvidos para permitir propostas resolutivas e planejamento das ações correspondentes com execução e avaliação das ações. O grupo de profissionais participantes do estudo proporcionou a construção de infográficos facilitadores da sistematização dos cuidados decorrentes da ambiência favorável à parturiente no parto e nascimento fisiológico.

5) **Identificação da necessidade de mudança:** após as etapas 3 e 4, os profissionais imbricados na recepção, acolhimento e assistência à parturiente responderam ao questionário *on line* e informaram quais ações constituem a ambiência e como a percebem como dinamizadora de desfechos positivos no parto e nascimento. Nesse estudo, foram levantadas as propostas de mudança por representatividade dos profissionais para se captar a compreensão de ambiência e as necessidades de mudança.

6) **Encontrando possíveis soluções:** na pesquisa-ação tem-se a associação entre a capacidade de aprendizagem e o processo de investigação. O saber formal e o saber informal são diferentes formas de saber e, nessa fase, há a comparação de temáticas a fim de mostrar as

zonas de compatibilidades e incompatibilidades e, conseqüentemente, as estratégias de compreensão e intervenção. Esta fase compreende a análise dos dados levantados para a construção de estratégia de ação que promove a adesão dos profissionais no que se refere à sistematização do cuidado com a ambiência para o parto e nascimento em foco. Perceberam-se múltiplas concepções e fragilidades que necessitam ser esclarecidas e alinhadas para, posteriormente, trabalhar-se uma conduta teórica de enfermagem identificada a partir de um modelo teórico assistencial.

7) **Intervenção-ação:** a elaboração do plano de ação consiste em definir com precisão: Quem são os atores e/ou as unidades de intervenção? Como se relacionam os atores e a instituição? Quem toma as decisões? Quais os objetivos a serem alcançados e os critérios de avaliação? Como dar continuidade à ação? Como assegurar a participação dos diferentes atores e como incorporar suas sugestões? Como controlar o conjunto do processo e avaliar os resultados? Propõe-se nesta fase infográficos facilitadores que alinhem o cuidado de ambiência favorável à parturiente, promotores de formação e alinhamento dos enfermeiros obstétricos, para facilitar a aplicação das ações relativas à ambiência. Tais infográficos foram apresentados, ressignificados e finalmente aprovados e validados.

8) **Transformação:** além de dar o retorno aos participantes da pesquisa, é importante que os resultados sejam divulgados a fim de atestar a transformação da situação inicial, a construção das ações e divulgar em periódicos, eventos, congressos, conferências e outros, para que o conhecimento produzido seja validado e/ou refutado.

Contudo, a pesquisa-ação pressupõe a inserção do pesquisador no meio a ser pesquisado, no qual deve haver uma participação efetiva dos participantes do estudo, para transformação da realidade, buscando sentido nas representações e nas concepções de sujeito e de grupo. Isso provoca nova concepção de sujeito e de grupo, construindo autonomia e práticas de liberdades sustentadas em princípios éticos, cujos resultados devem ser socializados.

Por esse motivo, o **cenário da pesquisa** é o local de trabalho da autora, unidade de assistência obstétrica de baixo e médio risco, localizado na zona oeste do município do Rio de Janeiro, pertencente à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. O cenário é um hospital público localizado na zona oeste do município do Rio de Janeiro, o primeiro da região, em funcionamento desde 2012. Trata-se de uma unidade médico-hospitalar especializada em saúde da mulher com serviços de obstetrícia, neonatologia e ginecologia cirúrgica e diagnóstica, de médio porte e média complexidade e grande volume de atendimentos.

Com uma média de 450 partos mês, presta assistência às mulheres consideradas de “risco habitual” para partos. A equipe é composta de 18 enfermeiros obstétricos e 18 residentes de enfermagem obstétrica no total, três por plantão. Nos partos de “alto risco” o plano de cuidados é construído de forma compartilhada por médicos obstetras e enfermeiros obstetras, 4 médicos por plantão. Esses partos são atendidos em seis salas denominadas leito pré-parto, parto e puerpério (PPP) que, conforme PORTARIA Nº 11, DE 7 DE JANEIRO DE 2015, V o espaço é privativo para cada mulher e seu acompanhante.

Nesse, a atenção obstétrica é oferecida às mulheres nos períodos clínicos do parto e nascimento com ambiência adequada à Resolução - RDC nº 36/ANVISA, de 3 de junho de 2008, que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.

A instituição também tem impacto considerável sobre o que se refere à **formação de profissionais**, pois é campo clínico para dois programas de residência em enfermagem obstétrica da SMRJ, com histórico de ter formado mais de 60 enfermeiros obstétricos no modelo de residência; um programa de residência em enfermagem na saúde da família, um programa de residência médica em saúde da família, um projeto de extensão para “Qualificação Profissional de Enfermeiras(os) Obstétricas, com enfoque no componente parto e nascimento da Rede Cegonha” e um projeto de extensão denominado “Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia” (APICEON), fora a realização de eventos de comunicação científica e visitas técnicas. Por esse motivo, a eleição desse campo de estudo, tendo em vista que a ambiência entraria como componente na formação dos profissionais que ali atuam.

Os indicadores de assistência oferecida pela enfermagem obstétrica do HMMR, nos últimos cinco anos, permitiram fornecer aos profissionais subsídios para fundamentar como se dá, efetivamente, as práticas relativas ao cuidado “ambiência” naquela instituição. A partir do que emergiu do grupo de participantes, propôs-se à construção de infográficos instrutivos para a clientela e os profissionais que almejassem a observância da ambiência como instrumentos que facilitam a sistematização, o planejamento e registro de ações pertinentes ao cuidado, adequando a ambiência em conformidade com as necessidades da parturiente. Tais instrumentos serão testados em seus níveis de compreensão e comunicação e validados para utilização dentro da unidade onde a autora realiza a assistência.

Depois de obtida a aprovação, apresentou-se a proposta do estudo aos participantes, os objetivos, leitura e explicação do Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento, a fim de

esclarecer as dúvidas de acordo com as especificações éticas e legais da resolução 466/2012 e 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde.

Esta pesquisa não acarretou ônus financeiro para os participantes, ficando a cargo do pesquisador as despesas com o desenvolvimento do projeto. Declara-se que a pesquisa envolve riscos mínimos relacionados ao processo de trabalho do profissional. E, caso o mesmo se sentisse constrangido e afetado seria encaminhado ao Núcleo de Pesquisa Saúde Integral da Mulher e do Recém-Nascido, da UFF, na sede da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa acolhido pelos profissionais e receberá a devida assistência requerida.

Os participantes da pesquisa foram **20 enfermeiros obstetras** que atuavam ou tivessem atuado na assistência ao parto e nascimento na referida unidade. Foram excluídos os profissionais impossibilitados de acessar as mídias digitais, àqueles não localizados e os que, à época da coleta de dados, estavam em períodos de licenças de saúde sem possibilidade de acesso digital.

Intencionou-se divulgar junto aos demais profissionais, os instrumentos gerados para apresentar os conceitos de ambiência aplicáveis à parturiente e família na unidade. Aplicar-se a uma pesquisa de opinião, ao final, com o intuito de avaliar a efetividade da ação educacional realizada.

Cabe ressaltar que, para este estudo, tornou-se ainda indispensável, o parecer e a aprovação do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e o cumprimento dos dispositivos éticos e legais de pesquisa da instituição que sedia a pesquisa.

Como possíveis benefícios, destacam-se: a reflexão sobre o processo de trabalho para melhoria da assistência de enfermagem; a sistematização do cuidado ambiência e as ações propiciadoras desse cuidado. A implementação de instrumentos facilitadores da sistematização desse cuidado, qualificando a assistência realizada.

Assim sendo, esse estudo desenvolveu um levantamento bibliográfico inicial, que perpassou toda a elaboração deste trabalho, com o propósito de compreender o cuidado ambiência, para explicar a realidade estudada e propor possibilidades de resolver os hiatos encontrados na atuação e formação de enfermeiros sobre esta temática. Além da busca de 27 teóricas de enfermagem para ancorar a sistematização da ambiência favorável à parturiente.

A partir da coleta de dados, buscou-se analisar e interpretar as informações. O procedimento metodológico utilizado na interpretação dos depoimentos, com base **na análise de conteúdo** é, segundo Bardin (2011):

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

(BARDIN, 2011, p.)

Para a autora supracitada, os critérios de organização de uma análise são: a pré-análise; a exploração do material e; o tratamento dos resultados. O tratamento dos resultados compreende a codificação e a inferência.

Na fase inicial, a pré-análise, o material é organizado, compondo o corpus da pesquisa. Escolhem-se os documentos, formulam-se hipóteses e elaboram-se indicadores que norteiem a interpretação final, porém, é fundamental observar algumas regras: (i) exaustividade, sugere-se esgotar todo o assunto sem omissão de nenhuma parte; (ii) representatividade, preocupa-se com amostras que representem o universo; (iii) homogeneidade, nesse caso os dados devem referir-se ao mesmo tema, serem coletados por meio de técnicas iguais e indivíduos semelhantes; (iv) pertinência, é necessário que os documentos sejam adaptados aos objetivos da pesquisa; e (v) exclusividade, um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria.

O contato inicial com os documentos, a chamada “leitura flutuante” é a fase em que são elaborados os objetivos da pesquisa. Ao final, no momento da exploração do material, codificam-se os dados, processo pelo qual os dados são transformados sistematicamente e agregados em unidades.

A exploração do material é o processo de codificação dos dados, restringe-se à escolha de unidades de registro, ou seja, é o recorte que se dará na pesquisa. Uma unidade de registro significa uma unidade a ser codificada, podendo ser esta um tema, uma palavra ou uma frase.

Bardin (2011) apresenta o tratamento dos dados como critérios de categorização, ou seja, escolha de categorias (classificação e agregação). Categoria, em geral, é uma forma de pensamento e reflete a realidade, de forma resumida, em determinados momentos. E, nesse processo de categorias escolheram-se as unidades de significação por temas, apresentadas na análise e discussão em quadros-sínteses dos depoimentos dos acadêmicos.

As categorias analíticas foram: a concepção de ambiência; a construção da ambiência favorável; a composição da ambiência e as dificuldades de se sistematizar a ambiência, tendo

como alicerce a Teoria Ambientalista de Florence; as ações identificadas como relativas ao cuidado à parturiente no que se percebe como ambiência, extraídas dos depoimentos dos participantes e; as políticas públicas modeladoras da formação e exercício profissional.

O produto final pertinente ao Mestrado Profissional em Ensino na Saúde foi a elaboração de infográficos facilitadores para a sistematização da assistência à parturiente com abrangência do pré-natal, parto e intraparto, para futuros profissionais admitidos na unidade assistencial, entendendo ser este o alicerce para assegurar ações promotoras de boas condições de parto e nascimento para as mulheres.

Após construção dos dados referentes à composição dos infográficos, a criatividade permitiu elaborar seis protótipos originários que ainda serão submetidos a um profissional de *web designer*, para assegurar a comunicação eficiente e expandir o conceito de ambiência favorável.

Com o objetivo de desenvolver um material didático facilitador para devolver a prática o conhecimento levantado sobre a sistematização do cuidado ambiência favorável, em atendimento ao parto e nascimento no modelo PPP, o escopo do produto foi fornecer, de maneira clara e atrativa, informações pertinentes à construção da ambiência levantados no estudo.

Através dos dados identificaram-se os componentes determinantes para ambiência favorável ao parto e nascimento: atenção para luminosidade, sons e silêncios, temperatura ambiental, elementos assustadores (sons e rangidos de rodas de macas e utensílios cirúrgicos), música para conforto, liberdade de movimento e posição, presença do acompanhante de escolha da mulher, aleitamento materno e contato pele a pele de forma oportuna, suporte e habilidades de comunicação dos profissionais envolvidos no cuidado. Elegemos, então, a confecção de infográficos como estratégia, considerando que:

É uma forma de representar informações técnicas como números, mecanismos e/ou estatísticas, que devem ser sobretudo atrativos e transmitidos ao leitor em pouco tempo e espaço. Normalmente utilizado em cadernos de Saúde ou Ciência e Tecnologia, em que dados técnicos estão mais presentes, o infográfico vem atender a uma nova geração de leitores, que é predominantemente visual e quer entender tudo de forma prática e rápida. Segundo pesquisas, a primeira coisa que se lê num jornal são os títulos, seguidos pelos infográficos, que, muitas vezes, são a única coisa consultada na matéria (CAIXETA, 2005, p. 1).

Para Múdolo (2007, p. 5) é um termo que “vem do inglês *informational graphics* e alia texto e imagem a fim de transmitir uma mensagem visualmente atraente para o leitor, mas com contundência de informação”. Cada vez mais popular nas mídias sociais é uma excelente ferramenta de comunicação educativa pois alia o texto técnico com imagens e gráficos que favorecem o entendimento e a assimilação do que está sendo apresentado.

Bottentuit (2011) levantou em seu estudo que o infográfico no contexto educativo possui as seguintes potencialidades: apresenta o passo a passo de um processo, fato ou acontecimento histórico ao aluno; imagens e esquemas facilitam a memorização; possibilita a alfabetização visual, oferece controle sobre o recurso visual possibilitando revisões, é um poderoso atrativo para veiculação da informação em ambientes e plataformas de ensino e aprendizagem; favorece desenvolvimento de habilidades cognitivas de interpretação, análise e síntese.

Outrossim, com a acessibilidade às mídias digitais, o produto tem potencial de alcançar também um público muito além do entrono de comunicantes conhecidos no espaço de trabalho, constituindo-se numa veiculação de massa, sendo ferramenta passível de alcançar através da web seu público-alvo, alta sensibilização para a temática. Construiu-se, dessa forma, o produto a partir dos seguintes problemas identificados no estudo:

- As participantes aplicam as 5 etapas do processo de enfermagem e são promotoras de ações dinamizadoras da ambiência na assistência ao parto e nascimento, mas não reconhecem a articulação teórico-prática envolvida no processo.
- Os profissionais das outras formações, que constituem a equipe multiprofissional, não reconhecem as ações do cuidado ambiência como práticas de cuidado e, por isso, desvalorizam-nas ou desrespeitam-nas.
- A parturiente e seu acompanhante desconhecem seus direitos na tomada de decisão.
- Durante a gestação, a maioria das mulheres atendidas nas unidades de atenção primária não é estimulada a fazer plano de parto ou passar por ações de sensibilização para aspectos da ambiência, que tenham impacto no parto e nascimento. Isso prejudica suas tomadas de decisão, empoderamento e protagonismo, quando o processo se instala.

Considera-se que a chave para propor a reflexão desses problemas é a comunicação e o infográfico constitui uma ferramenta para facilitar este processo.

Após determinação de quais pontos seriam abordados para confecção dos mesmos, foram utilizadas imagens livres de direitos autorais veiculadas no site <https://pt.dreamstime.com>

e a ferramenta utilizada foi o Canva, que consiste num site simplificador de ferramentas de design gráfico, fundado em 2012. Tal site usa um formato de arrastar e soltar e fornece acesso a fotografias, imagens vetoriais, gráficos e fontes.

É usado por não designers e por profissionais da área. Abaixo apresentamos os 04 infográficos primários e os sentidos de conceitos elaborados com propósitos distintos para ações identificarias junto aos: profissionais; usuários do SUS e; residentes em formação profissional.

Posteriormente, a avaliação e consolidação do processo de qualificação da dissertação realizada por experts doutores em enfermagem obstétrica tornou possível que outros 04 (quatro) modelos finais sejam futuramente submetidos ao profissional de *web designer* para posterior registro de propriedade autoral.

*Nessa unidade é você quem constrói a  
ambiência....*



## BOAS VINDAS

Sinta-se a vontade pra decidir...

---

### POSIÇÃO E MOVIMENTO



Se manter ativa no parto ajuda a ter menos dor e é mais rápido, confie na sabedoria da Natureza deixe seu corpo falar o que ele quer!

---



### SONS E SILÊNCIO

Você pode pedir silêncio a equipe, gritar, cantar, gemer, orar, ouvir música... Este é o seu momento! .

---

### ACOMPANHANTE



Toda parturiente tem direito a um acompanhante de sua escolha. A chegada de seu bebê merece ser compartilhada com quem te dá carinho, apoio e confiança!

---



### CONFORTO

Temperatura da sala, iluminação, temperatura do banho, cavalinho, massagem, bola, banqueta... Estamos prontos pra te atender!!

---

### CONTE SEMPRE COM A ENFERMEIRA OBSTÉTRICA



Nós entendemos quão intenso é parir, estudamos pra cuidar de você, nos conte suas necessidades e embarque nessa viagem!

WWW.CHAMARÃO.COM

### Infográfico para as parturientes

Seu objetivo é sensibilizá-la ao ser admitida na sala de parto, para facilitar a construção do cuidado compartilhado e, em caso de esquecimento, esclarecê-la quanto aos seus direitos, ser instrumento de empoderamento para o parto ativo.

Foram escolhidas cores suaves para não destoar da decoração, frequentemente, encontrada nesses espaços, a linguagem foi dirigida diretamente à parturiente, e as figuras não representam diretamente um tipo específico de etnia ou biótipo para favorecer a empatia e identificação da mulher com o conteúdo apresentado.

## 9 Passos para construir ambiência com a parturiente e família

- 1 Solicitar o plano de parto**


- 2 Destacar quais tecnologias de cuidado serão realizadas**


- 3 Garantir tecnologias de cuidado para relaxamento e alívio da dor**


- 4 Praticar escuta ativa e decisão compartilhada de cuidado**


- 5 Comunicar-se de maneira aprazível sem violência**


- 6 Ajustar luz e temperatura para o conforto da parturiente**


- 7 Oferecer conforto relativo aos sons e ruídos no ambiente**


- 8 Cuidar do seu cliente indireto: o acompanhante**


- 9 Respeitar a "hora de ouro" do nascimento**



Neste momento, esta prática é segura, sua família vai lembrar por toda a vida.

### Infográfico para os profissionais que atuam em sala de parto

Tem o objetivo de lembrar ao enfermeiro obstétrico os itens constitutivos da ambiência.

Amarelo foi escolhido inicialmente por *associar-se* no senso comum à atenção (usado no semáforo e no comércio com *esta* intenção), contudo, durante o refinamento, *optou-se* pela cor verde, símbolo da área da saúde e comumente associada à esperança.

Este infográfico vem organizado, didaticamente, em nove passos, estratégia, frequentemente, usada para memorização. As imagens são coloridas e lúdicas, todas relacionadas ao conteúdo, mas suavizando seu impacto. Por *último*, inserimos uma frase de impacto afetivo para dar significado a essas ações de forma humanizada.

**SABE O QUE PODE TORNAR A CHEGADA DO SEU BEBÊ AINDA MELHOR? A AMBIÊNCIA**

PARA ELE SE SENTIR MAIS ACOLHIDO NA HORA DO NASCIMENTO NADA MELHOR QUE:





**Um calorzinho ambiental**

Dentro da sua barriga a temperatura é sempre boa! Aqui fora o bebê aprende a lidar com calor e frio no calor é mais confortável e ele gasta menos energia!



**Colocá-lo assim que nascer sobre sua pele**

Com você seu bebê se sente em casa! Além do seu cheiro, sua voz e seu ritmo do seu corpo dão conforto para ele, ainda tem o calor do seu abraço e as bactérias da sua pele pra proteger ele de todo o resto!



**evitar fazer barulho**

Até agora seu bebê vivia dentro d'água, os ruídos no ar são muito diferentes e assustam o se forem altos... Sem barulho o bebê fica tranquilo e seguro!



**pouca luminosidade**

sabe quando ligam a luz e te acordam? Se dói seu olho imagina o recém nascido? Na barriga não tinha essa luz toda... pra o bebê se acostumar com a luz melhor que seja aos poucos... e nada de flash na foto, ok!

**Deixar mamar ao seio!**

Dando o peito você da junto, segurança, imunidade, nutrição, aconchego, fortalecimento... Não tá bom não? Olha o que você ganha: Placenta sai mais rápido, previne hemorragia pós parto, câncer de ovário, emagrece, fora um carinho tão grande que até parece não caber no peito! Receba seu bebê dando o que há de melhor pra ele no mundo, VOCÊ!!



**Mais informações? Fale com a enfermeira obstétrica ;)**

**Infográfico para a futura mãe se instrumentalizar quanto à ambiência para a chegada do bebê**

Intercala cores rosa e azul bebê, culturalmente usadas para representar os dois sexos, com cores neutras e atrativas.

Tem como objetivo sensibilizar os futuros pais e os profissionais que atuam na assistência ao RN sobre suas necessidades em relação à construção do cuidado ambiental.

Entendemos a necessidade deste instrumento, principalmente, porque este tipo de preocupação não foi mencionado na coleta de dados, sugerindo uma desvalorização destes aspectos na observância da ambiência.

*Você sabia que na hora do parto a ambiência é um direito da mulher?*

Monte seu plano de parto inclua:

O que lhe traz conforto em relação a luz, sons e temperatura do ambiente.



Escolha do seu acompanhante

A chegada de seu bebê merece ser compartilhada com quem te dá carinho, apoio e confiança!



Como gostaria de expressar a liberdade de posições no trabalho de parto e parto



Escolha músicas que relaxem você para aguardar o nascimento do bebê



*Estamos prontos para promover ambiência a você*

Tire suas dúvidas na Visita Cegonha quando for a unidade hospitalar

20  
11H

**Infográfico para articular com a unidade básica de saúde aspectos da ambiência na construção do plano de parto**

Prevalecem imagens suaves, as mulheres nas imagens são de diferentes biótipos e idades, favorecendo a identificação com elas, a cor que prevalece é lilás, cor que acalma o corpo e estimula a sensibilidade.

O objetivo é explicar à gestante **como se darão as etapas de seu processo de parturição**, estimular a sua cooperação para o plano de **evolução no parto**, sensibilizar para aspectos pertinentes à construção da ambiência para a parturiente, o que sugere em relação à reflexão sobre **como** utilizar o espaço da visita cegonha para esclarecimentos sobre esses aspectos.

**SABE O QUE A ENFERMEIRA OBSTÉTRICA PLANEJOU PARA A CHEGADA DO SEU BEBÊ ?**

**A AMBIÊNCIA**

PARA ELE SE SENTIR MAIS ACOLHIDO NA HORA DO NASCIMENTO NADA MELHOR QUE:





**Um calorzinho ambiental**

Dentro da sua barriga a temperatura é sempre boa! Aqui fora o bebê aprende a lidar com calor e frio. No calor é mais confortável e ele gasta menos energia!



**Colocá-lo assim que nascer sobre sua pele**

Com você seu bebê se sente em casa! Além do seu cheiro, sua voz e seu ritmo do seu corpo dão conforto para ele, ainda tem o calor do seu abraço e as bactérias da sua pele para protegê-lo de todo o resto!



**evitar fazer barulho**

Até agora seu bebê vivia dentro d'água, os ruídos no ar são muito diferentes e assustam o se forem altos... Quanto menos barulho, mais tranquilo e seguro o bebê se sente!



**pouca luminosidade**

Sabe quando acendem a luz e te acordam? Se dói seu olho, imagina o do recém nascido? Na barriga não tinha essa luz toda... pra o bebê se acostumar com a luz melhor que seja aos poucos... e nada de flash na foto, hein!

**Deixar mamar ao seio!**

Dando o peito você dá muito: Segurança, imunidade, nutrição, aconchego, fortalecimento... Não está bom não? Olha o que você ganha: A placenta sai mais rápido, acelera a recuperação no pós parto, protege contra hemorragia, câncer de ovário, fora um carinho tão grande que até parece não caber no coração!

Receba seu bebê dando o que há de melhor para ele no mundo, SUA DEDICAÇÃO!!



**Mais informações? Fale com a enfermeira obstétrica ;)**

**Refinamento de ideias para a utilização na assistência junto à parturiente.**

*A enfermeira obstétrica inclui no plano de cuidados orientações para ambiência favorável ao parto e nascimento. Conheça algumas delas:*



**POSIÇÃO E MOVIMENTO**



Se manter ativa no parto ajuda a diminuir a dor e a evolução dele é mais rápida, confie na sabedoria da Natureza deixe seu corpo falar o que ele quer!

**SONS E SILÊNCIO**



Você pode pedir silêncio a equipe, pode gritar, cantar, gemer, orar, ouvir música... Este é o seu momento!

**ACOMPANHANTE**



Toda parturiente tem direito a escolher um acompanhante. A chegada de seu bebê merece ser compartilhada com quem te dá carinho, apoio e confiança!

**CONFORTO**



A temperatura da sala, iluminação, temperatura do banho, uso do cavalinho, massagem, bola, banqueta... Estamos prontos para te confortá-la!!

**CONTE SEMPRE COM A ENFERMEIRA OBSTÉTRICA**



Nós entendemos quão intenso é parir, estudamos para cuidar de você, nos conte suas necessidades!

**EMBARQUE NESSA VIAGEM, BOM PARTO!!**

**Refinamento de ideias para a utilização na assistência junto à enfermeira obstétrica.**

COFEN E A ENFERMAGEM OBSTÉTRICA APRESENTAM:

*Sabe o que é necessário  
para sistematizar a  
ambiência no plano de  
cuidado?*



### 1.) TRABALHO EM EQUIPE



Procure saber a missão, filosofia e objetivos do Serviço de Enfermagem da sua instituição  
Entenda as potencialidades da sua equipe e do espaço físico do seu setor  
Utilize os protocolos e impressos usados na SAE em sua instituição

### 2.) TEORIA APLICADA A PRÁTICA!

Entenda os efeitos de uma ambiência favorável para quem você cuida! Escolha teorias de enfermagem para aplicar no seu processo de enfermagem



### 3.) ACOLHIMENTO E ESCUTA ATIVA



Interação empática e sensível nas relações de cuidado, favorecem o estabelecimento de confiança profissional/cliente, auto-confiança e empoderamento da mulher, auto-cuidado, construção compartilhada do plano de cuidados.

### 4.) TECNOLOGIAS LEVES PARA RELAXAMENTO E ALÍVIO DA DOR

Práticas como: contato com a água, massagem, ajuste de temperatura ambiente, luz, aromaterapia, meditação exercícios respiratórios e música tem um resultados positivos no desfecho do parto



### 5.) DISPONIBILIZE UMA PPP E O QUE MAIS FOR NECESSÁRIO

Através de seus diagnósticos de enfermagem e seu plano de cuidados bem registrado toda a equipe vai ficar sabendo do que a parturiente precisa!



**A SISTEMATIZAÇÃO  
OFERECE SUCESSO  
QUANDO O PLANO DE  
PARTO E O DIREITO AO  
ACOMPANHANTE SÃO  
RESPEITADOS**



**Refinamento de ideias  
para a utilização na  
assistência junto à  
enfermeira obstétrica.**

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Para levantar os aspectos essenciais dinamizadores da sistematização da ambiência favorável e intra-hospitalar para a parturiente no parto e nascimento de evolução fisiológica, contou-se com 25 enfermeiras que se enquadravam nos critérios de inclusão, e destas, 20 aceitaram, voluntariamente, participar do estudo, sendo que 01 era do sexo masculino. A faixa etária variou de 26 a 59 anos, em que seis delas tinham 30 anos de idade.

Em relação à profissão de enfermagem há um número acentuado de mulheres e, na atenção obstétrica, essa característica fica ainda mais evidente, uma vez que, sendo o universo culturalmente feminino, comporta um cenário do parto e nascimento também feminino, o que faz com que a representação de enfermeiros obstétricos do sexo masculino seja reduzida. No cenário dessa pesquisa apenas um se adequava aos critérios de inclusão e é o único enfermeiro do sexo masculino contratado na unidade nos últimos anos.

Atribui-se este fato ao contexto socio-histórico da profissão conforme Moreira (1999) aponta, ao referir que há potencialidade feminina para curar, realizar partos e cuidar de enfermos, concepção que permanece desde a idade média como atributo das parteiras e bruxas.

No Brasil, a autora enfatiza que os direitos civis das mulheres foram conquistados no século passado, e a entrada da mulher no mercado de trabalho se deu mascarando a perpetuação da separação de gêneros, visto que a saída de casa ocorreu através de profissões, tais como, enfermagem e magistério, onde a mulher aparece com funções de cuidado e ensino remetidas ao universo familiar. Ela diz que o hospital para a enfermagem se assemelha a uma grande casa, cuja demanda de gestão e organização recai sobre a enfermeira: misto de mãe e profissional. Os dados nos trazem um pressuposto que, ainda hoje, apesar de engajado para atender o quinto objetivo para um mundo sustentável da OMS, que contempla igualdade de gênero, este campo de trabalho ainda tem a identidade profissional demarcada pela divisão de gênero nas relações sociais e profissionais, afastando os homens deste campo assistencial.

Quanto à formação, todas eram especialistas em enfermagem obstétrica, atuavam no Centro de Parto normal na instituição, sendo 15 delas com formação de pós-graduação na modalidade de residência e 5 por outros modelos de cursos de pós-graduação e especialização. Destaca-se que apenas uma possui o mestrado e nenhuma com título de doutorado.

A busca pela titulação de enfermeira obstétrica foi uma estratégia eficiente porque agregou ao diploma de enfermeira um capital institucionalizado em forma de certificado, que em nosso país legitima a prática da enfermeira no parto e nascimento.

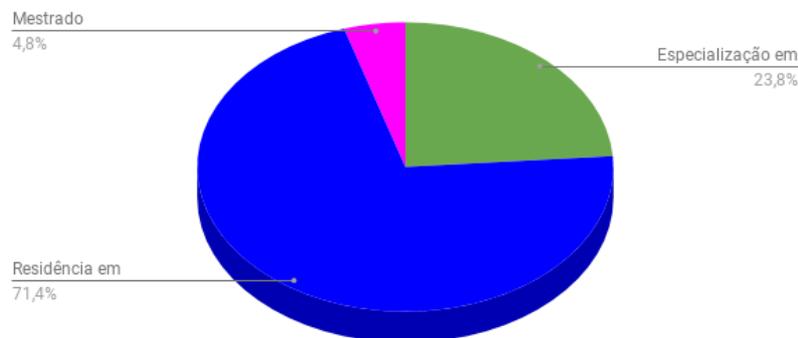
Essa especialidade cursada em uma universidade, também aumentou o volume de seu capital científico, o que lhe conferiu mais poder no campo obstétrico hospitalar, principalmente, em relação ao grupo médico que estava no topo da hierarquia do mesmo. Tal fato proporcionou à enfermeira melhores condições de luta. (Mouta, 2009, p.739)

A participação da Unidade na ampliação dos programas de residência em enfermagem obstétrica implicou a adaptação dos processos de trabalho que não era um hospital de ensino, mas absorveu, desde 2014, 02 programas de residência, recebendo 18 residentes /ano desde 2015.

Das participantes, 07 foram formadas na própria instituição – cenário do estudo, o que proporcionou um salto qualitativo na atuação destas especialistas, pois o campo favoreceu a aprendizagem significativa, a articulação teórico-prática, o olhar crítico-reflexivo sobre os recursos disponíveis e as diferentes formas de aproveitá-los nas ações de cuidado. Trata-se da produção de capital científico para a própria instituição e a incorporação da práxis com diferentes exemplos de quem já tem experiência, atuando nesta esfera de cuidado.

## 2 Gráfico

### Modalidade da especialização e outros títulos



Fonte: Elaborado pela autora, 2019

No que se refere à atuação, prevalecem no grupo, enfermeiras obstétricas experientes que já possuem a vivência deste tipo de assistência há 5 anos ou mais. As demais têm tempo de atuação variado, mas todas guardam experiência acerca da assistência à parturiente no parto e nascimento após a conclusão de sua formação.

A unidade de saúde, desde sua inauguração, vivencia o modelo de assistência humanizada à

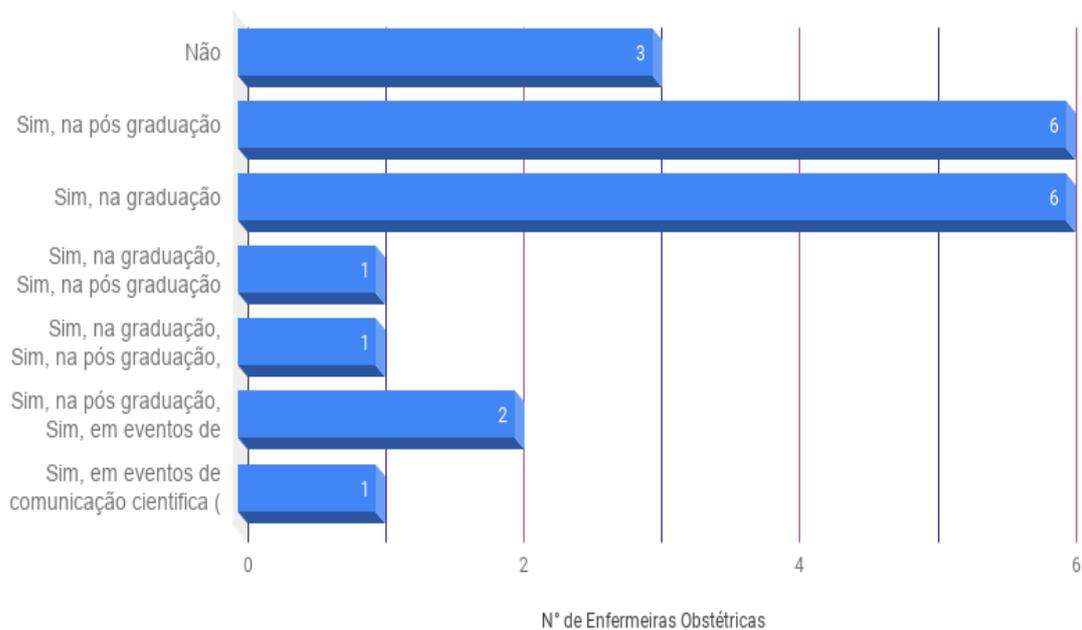
mulher e família no ciclo reprodutivo com planta física acolhedora, e no Centro de Parto Natural existe a atenção à parturiente, de risco habitual, apenas por enfermeiras obstétricas. Tal dado nos permite inferir que o grupo tem experiência de atuação na referida área e já vivencia, de alguma forma, a ambiência à parturiente e família.

Em relação ao tempo de atuação, 14 delas exercem tais atividades há 05 anos, 03 o fazem há dois anos, 02 há um ano e uma há 04 anos. Tal atuação pressupõe formação técnica-científica e isso tem a ver com a formação dos demais e busca do conhecimento. Todos os envolvidos no processo contribuem na construção da ambiência, tendo consciência disso ou não.

Ao despertar para os aspectos de compreensão do grupo, acerca da ambiência relacionada ao cuidado oferecido, além de ressignificar a estrutura física disponível, otimiza seus recursos a favor de um desfecho mais seguro e confortável para o parto e nascimento. O gráfico abaixo relaciona o contato prévio que o profissional teve com o tema ao longo da formação obtida.

### 3 Gráfico

Contato Prévio com o tema ambiência



Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Observa-se que 03 referiram não possuir contato prévio com a temática ambiência durante sua formação e 01 em eventos científicos. Quanto as 16 que referiram ter aproximação com a temática, 06 responderam que o tema foi debatido na pós-graduação e 06 na graduação. Contudo, apenas 01 sinalizou

que um desses aprendizados também ocorreu em educação permanente. Isso nos leva a dois pressupostos: há desvalorização do tema nos treinamentos e/ou produções científicas e isso reflete a necessidade de formação contínua para melhoria e desenvolvimento do profissional nessa área de conhecimento.

Em relação à temática ambiência na saúde, 08 afirmaram terem sido vistos na graduação e 10 na pós-graduação, as demais em eventos científicos. Considerando que ambiência na saúde é um dos pilares para a humanização da assistência, observou-se que a formação carece de aprendizagem significativa para o tema em questão. Se a sistematização da assistência de enfermagem se revela no processo de trabalho e dele se extrai formas e maneiras de se desenvolver tecnologias de cuidado, há de se observar processos de trabalho que evoluam para melhor qualificar a assistência prestada à clientela. E, como atentar para a ambiência favorável quando da ausência de constructo elaborado, que dê sentido às ações de enfermagem que se realiza?

Balaskas (2017) e Odent (2002) explicam que um ambiente ótimo está relacionado a evitar a estimulação do neocórtex, pois, isto desequilibra o coquetel hormonal do parto. Para tanto, é necessário articular os elementos da ambiência com a demanda da parturiente, o que é facilmente alcançado, aplicando-se o processo de enfermagem. Ao pensar ambiência, enquanto cuidado, abrimos espaço para a reflexão de seus determinantes na construção do mesmo, assim como sua repercussão nos processos de trabalho, nas relações que se estabelecem e nos resultados possíveis ao alterar cada um de seus elementos.

## 4.2 COMPREENDENDO A AMBIÊNCIA COMO CUIDADO À PARTURIENTE SOB A LUZ DAS TEORIAS DE ENFERMAGEM

Ao descrever a percepção dos enfermeiros obstétricos acerca da ambiência favorável para a evolução fisiológica do parto e nascimento, emergiram duas subcategorias, uma relacionada à sua concepção e composição e outra à construção do que vem a ser ambiência. A concepção do grupo ainda está ligada ao aspecto da estrutura física, assim sendo, a ambiência foi pouco concebida em sua interface social e nas relações interpessoais.

Fez-se uma pesquisa nas bases de dados eletrônicas, no intuito de atender ao objetivo de levantar os aspectos essenciais dinamizadores da sistematização da ambiência adequada intra-hospitalar para a parturiente e família no parto e nascimento. Realizou-se uma pesquisa qualitativa e descritiva, utilizando-se o método de revisão narrativa de literatura, na qual verificou-se as tendências apresentadas na produção científica sobre as contribuições das enfermeiras obstétricas, na perspectiva do modelo assistencial, preconizado nas diretrizes da Rede Cegonha.

Observou-se prevalência nos artigos selecionados, acerca da temática ambiência, nos seguintes

aspectos: incremento do método de acolhimento com classificação de risco; ampliação de visitas de vinculação da usuária aos serviços hospitalares; oferta de assistência ao parto e nascimento por enfermeiros obstétricos em casa de parto e em hospitais; vagas para atuação nesta especialidade e adesão às boas práticas de assistência perinatal.

Em 2014, vinculado ao HUMANIZASUS, o MS publica o caderno: “Humanização do parto e do nascimento”. Neste, segundo seus organizadores, os artigos, os depoimentos e as entrevistas que o compõem pretendem dar visibilidade à experimentações no bojo do Plano de Qualificação de Maternidades/Rede Cegonha, que tem se incluído no movimento pela humanização do parto e do nascimento ao agregar forças e formas de ação diversas na luta pela cidadania de mulheres, de crianças e de suas famílias, experimentando e ousando exercitar o direito à saúde que não se conquista pela sujeição a formas de ação nem a uma forma-mulher prescrita (BRASIL, 2014).

A publicação deste Caderno apresenta um compilado de aspectos filosófico-assistenciais imprescindíveis para a mudança de filosofia assistencial e a defesa de uma equipe multiprofissional na assistência obstétrica, considerando a incorporação ativa de outros sujeitos, como enfermeiras obstétricas, obstetrites, educadores perinatais, psicólogos, e doulas, entre outros, na equipe assistencial e que deve ser promovida, proporcionando uma assistência integral, de acordo com as necessidades da mulher e de sua família ((BRASIL, 2014). Consta ainda neste que, em gestantes e binômios de risco habitual, as tecnologias leves devem preponderar sobre todas as outras. Mesmo nas situações de maior risco ou diante de desvios importantes da normalidade, quando o uso de tecnologias duras e leve-duras são comprovadamente benéficas, estas não devem se sobrepor às tecnologias leves em que o apoio, o cuidado e a observação direta podem potencializar os benefícios, conforme corrobora Carneiro (2015).

O que deve ser conduzido com o intuito de identificar como os enfermeiros obstétricos atendem a parturiente no parto e nascimento e, como percebem a ambiência propícia para a evolução da fisiologia da mulher. Perguntou-se ao grupo o que entendiam por ambiência e como ela se compõe. Muito embora apresentassem percepções coerentes com os elementos constitutivos da ambiência, a valorização ainda se dá no espaço físico e arquitetônico da instituição.

*E4 “Entendo como o ambiente, seja local, seja forma de se trabalhar, forma de comunicação seja a própria estrutura do local”.*

*E12 “Ambiente que cerca o indivíduo. Meio no qual ele vive / está inserido”.*

*E14 “O ambiente à sua volta, tudo o que lhe cerca”*

*E9 “Ambiência é um ambiente determinado para se realizar alguma atividade.”*

Para as duas questões apresentadas aos participantes, as respostas convergiram muito, tanto nas

subcategorias temáticas quanto nas unidades de registro. Categorias temáticas identificadas nas respostas:

#### 4.2.1 Categoria: A concepção e a composição de ambiência no cuidado à parturiente

O espaço físico e a interação de elementos compõem o eixo da ambiência em saúde no qual se valoriza a estrutura física do locus assistencial. Brasil 2014 aponta que, para a assistência à parturiente no centro de parto normal, objetiva-se o desenvolvimento dos mecanismos fisiológicos para o parto e o nascimento, o acolhimento às gestantes e a condução da assistência ao parto sem distócia pela enfermeira (BRASIL,2014) Entretanto, o processo de comunicação, as relações de trabalho e a comunicação remetem ao eixo do espaço social. Esse último se encontra atrelado à construção de cuidado, conforto, segurança, confiabilidade e respeito às escolhas no processo relacional de cuidado compartilhado. Nossos participantes identificam esses itens acima citados e sua finalidade, contudo, em sua concepção os elementos da interação entre sujeitos, elementos energéticos/espirituais, confiabilidade e segurança emergem na composição do que admitem ser a ambiência.

A prevalência na observação do espaço físico pode estar relacionada com o recente movimento de mudança estrutural a favor da assistência em PPP. A adequação da ambiência é um dos eixos de organização dos serviços contemplados na Rede Cegonha (2011). Em 2015 foi estabelecida a portaria 11 de 7 de janeiro que redefine as diretrizes para a implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no SUS, para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e que dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal.

Quanto ao espaço físico para atendimento à parturiente, preconiza-se reformas para disponibilização de salas PPP, aquisição de equipamentos e materiais com o objetivo de qualificá-los para favorecer e facilitar os processos de trabalho, de acordo com as boas práticas e a humanização na atenção aos partos e nascimentos, assim como a aquisição de mobiliários e equipamentos adequados para esses locais.

Considerando que as participantes atuam ou atuaram, em sua maioria, na assistência ao parto com outro modelo estrutural, a unidade pesquisada favorece a construção de um ambiente que apoia, positivamente, o trabalho do hipotálamo e reduz a estimulação neocortical. Este aspecto foi plenamente contemplado na esfera do espaço social apontado pelas enfermeiras.

*E7 É o conjunto de ações que podemos promover nos locais (sala de parto, ppp,*

*box, consultório, etc.) que possibilitam um ambiente acolhedor, confortável, silencioso, respeitoso e digno para as clientes.*

Quando se concebe outra ambiência, o conjunto de mudanças no cenário provoca um processo de reflexão das práticas e modos de operar naquele espaço, cuja referência espaço-temporal refere construção de relações pessoais e de ações a partir da integralidade e da inclusão, na perspectiva da equidade, contribuindo para a construção de novas situações.

*E10 “Ambiência é transformar o local onde se está aconchegante, seguro e familiar para quem está nele”.*

Os sujeitos envolvidos como enfermeiros, médicos, membros da equipe multiprofissional devem se abrir para discussão e construção da linha de cuidado, tendo a ambiência como “eixo norteador e dispositivo no processo de mudança” (BRASIL, 2017, p.7). Ao lhes trazerem aspectos de construção de processos de trabalho/cuidado, interação entre equipes e comunicação, as participantes demonstram entender a relevância da participação de todos no projeto ambiência, assim como suas implicações quando não a estruturam com o que foi idealizado para essa proposta.

Entende-se o quão relevante é a equipe multiprofissional na manutenção da ambiência construída, mas o enfermeiro, enquanto prescritor de cuidados, é o profissional apto a reconhecer as necessidades da parturiente, realizar os diagnósticos e implementar ações de cuidado congruentes com a ambiência subjetiva necessária para a parturiente.

Horta (1979) aponta como as teorias de enfermagem podem contribuir para a percepção do enfermeiro e os instrumentaliza através do uso da pirâmide de Maslow. Ela classifica as teorias em 4 níveis, tornando mais didática a busca da fundamentação teórica para o cuidado. Para ela, teorias de nível I classificam os elementos pelos fatores, nível II estabelecem relações entre os fatores, nível III relacionam situações como inibidoras ou produtoras e nível IV são prescritivas, produtoras de situação. Nesse sentido, dois participantes se posicionam, trazendo à tona a interação na busca de assegurar a ambiência compreendida e construída na formação.

*E11 “Conhecimento científico baseado em evidências. E sensibilidade dos profissionais envolvidos no processo de cuidado e gestão do ambiente.”*

*E 12 “Conhecimento sobre a parturiente, e conhecimento científico.”*

É próprio da formação do enfermeiro e está previsto nas diretrizes curriculares nacionais do curso (2001) a liderança envolvendo compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz e o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação.

Para dar alicerce às competências e sistematização das ações de enfermagem as teóricas se dedicaram a entender como esse processo interativo implica a manutenção da saúde.

King (1981) por exemplo, explica que o ambiente é o pano de fundo para as interações humanas e que esse ambiente é tanto interno quanto externo ao indivíduo. Levine (1967) se baseia em Nightingale, afirmando que o enfermeiro cria um ambiente em que a cura pode ocorrer (MCELWEN, 2016). Nesse contexto, valoriza-se todos os pares da equipe multiprofissional, mas os enfermeiros têm formação específica para cuidar, e os obstétricos têm outros atributos capazes de perceber como um ambiente desfavorável prejudica e tira o bem-estar da mulher no parto.

*E7 “Qualidade dos equipamentos que a unidade dispõe (equipamentos atuais, com manutenção, qualidade, que oferecem conforto e segurança), somado ao conjunto de ações que o profissional oferece no cuidado (silêncio, penumbra, temperatura adequada, empatia, uso de aromas, delicadeza ao examinar e ao falar, não realizar julgamentos, estar solícito e disponível, ofertar alimentos e líquidos, tentar atender às necessidades da cliente, tratar com respeito e deixar ciente do que está sendo feito). Acompanhante que respeite o desejo da mulher e a auxilie”.*

*E9 “A estrutura física do local em questão, assim como as pessoas que frequentam esse local e realizarão as atividades, os envolvidos nas atividades e os elementos necessários para que aconteça essa determinada atividade.”*

Em algumas respostas encontra-se a expectativa de construção desta assistência presente ao conceito de ambiência. Como exemplo, pode-se citar:

*E5 “Adequar o espaço físico para um atendimento satisfatório e humanizado”.*

*E6 “No contexto obstétrico, proporcionar à parturiente um ambiente acolhedor, seguro e confiável, onde ela poderá se entregar ao seu processo de parir”*

Entende-se que a ambiência favorece o encontro e a interação entre sujeitos, facilita a ação e reflexão das pessoas envolvidas, podendo transformar seus paradigmas, como resultado deste contato sob outra perspectiva.

Orlando (1978) aponta que a situação de enfermagem compreende três elementos básicos: Comportamento do paciente, reação do enfermeiro e as ações de enfermagem destinadas ao benefício do paciente. Quando se dá voz à cliente, quando ela protagoniza a eleição dos cuidados e decide de maneira compartilhada e consciente. Para a teórica o enfermeiro possui *know-how* para dar voz de maneira verbal e não verbal, valendo-se de sua percepção para captar demandas que vão além do que ele expressa na fala.

As expressões não verbais se agrupam em motoras, tais como contrair-se, tremer, caminhar, fisiológicas como as eliminações, sinais vitais, cianose, palidez... e comportamentais como gemidos, risadas, choro, grito... Tudo isso é observável pelo enfermeiro sob o olhar do cuidado para identificar as necessidades da parturiente.

A ideia de acolhimento na construção da ambiência também se mostrou evidente:

*E13 É um conjunto de fatores que incluem espaço físico, relação profissional-cliente, acolhimento, respeito a escolhas...*

É prevalente a observância relativa aos aspectos físicos e elementos que interagem a partir deste, sendo citados com frequência a iluminação, temperatura, ruídos, e recursos como bola, banqueta e cavalinho. De acordo com a proposta para adequação da estrutura física na Rede Cegonha (2011) reconhecemos que são aspectos com considerável relevância para atender a proposta de assistência humanizada ao parto, entretanto entende-se que a composição do processo de trabalho também é elemento que carece de humanização para tornar a proposta operacional.

Nightingale (2012), em sua teoria, ressalta a importância da ventilação, limpeza, iluminação, calor, ruídos, odores e a alimentação, como processo de reparação, instituído pela natureza. Balaskas (2017) recomenda que o ambiente para o parto fisiológico seja íntimo, proporcionando à parturiente a sensação de segurança, de privacidade, tranquilidade, silêncio, com pouca luz para reduzir a estimulação sensorial. Deve-se, ainda, proporcionar apoio amoroso e discreto, livre de ansiedade.

*E17 “Tudo depende de cada parturiente, pois a ambiência é individual e proporcional à necessidade de cada um. Mas inclui percepção do profissional, às vezes privacidade, redução de ruídos, acolhimento, de sentir-se segura”.*

*E 20 “Respeito, privacidade, direito de escolha da clientela, conforto, profissionais capacitados, escuta ativa, estrutura física adequada.”*

Os dados apontam diversos elementos que compõem os 3 eixos de análise do conceito proposto

na PNH, embora, individualmente, nem todos alcancem integralmente esses componentes. No coletivo, o grupo se mostra capaz de identificar o que é pertinente ao cuidado ambiência para a parturiente. A seguir, apresenta-se um gráfico acerca da ressignificação do espaço nos três eixos da ambiência:

## 4 Diagrama Relativo a composição dos significados do espaço

O espaço como **ferramenta facilitadora do processo de trabalho**, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

E1 “O local físico, o que é ofertado nesse local e as pessoas que participam dele”.

E2 “...um ambiente preparado para **pronto uso** de tecnologias duras **na iminência** de intercorrências clínicas que possam surgir...”

E3 “Características físicas e energéticas”

E4 “Local; estrutura; pessoal; comunicação”.

E7 “Qualidade dos equipamentos que a unidade dispõe (equipamentos atuais, com manutenção, qualidade, que oferecem conforto e segurança)”

E5 “Espaço físico, matérias adequados e profissionais qualificados”.

E9 “A estrutura física do local em questão...e os elementos necessários para que aconteça essa determinada atividade.”

E11 “Envolve ambiente e organização física, ergonomia, temperatura, umidade do ar, iluminação, sons, odores, pessoas (lotação), mobiliário, segurança, limpeza.”

E14 “Espaço físico, temperatura, luminosidade, ventilação” ...

O espaço que **possibilita a produção de subjetividades** – encontro de sujeitos – por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho.

E6 ... “confiança em quem a acompanhará até o final...”

E7 ... “conjunto de ações que o profissional oferece no cuidado (silêncio, penumbra, temperatura adequada, empatia, uso de aromas, delicadeza ao examinar e ao falar, não realizar julgamentos, estar solícito e disponível”

...

E9... “assim como as pessoas que frequentam esse local e realizarão as atividades, os envolvidos nas atividades” ...

E10... “pessoas conhecidas e que transmitam segurança...”

E14... “acolhimento e empatia.”

O espaço que visa à **confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos**, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas – cor, cheiro, som, iluminação, morfologia... – e garantindo conforto aos trabalhadores e aos usuários.

E2 “Um ambiente que proporcione privacidade, conforto e segurança a essa parturiente e sua família. Numa mescla entre um ambiente acolhedor (com controle de luminosidade, aromas, banhos mornos, com materiais e equipamentos para uso durante o trabalho de parto, como bola Suíça, bancos diversos, puffs almofadados, cavalinho, Barra e corda suspensa para alongamentos e utensílios e tecnologias diversas que favoreçam o controle da dor de diversas formas.”

E3 “Características físicas e energéticas”.

E7... “ofertar alimentos e líquidos, tentar atender **as** necessidades da cliente, tratar com respeito e deixar ciente do que está sendo feito). Acompanhante que respeite o desejo da mulher e a auxilie”.

E8... “espaço que proporcione conforto e privacidade para o cliente.”

E10 “Iluminação, som, aroma, pessoas conhecidas e que transmitam segurança, entre outros.”

E12 “Elementos materiais, naturais e espirituais.”

#### 4.2.2 Categoria: a Construção da ambiência favorável para o parto e nascimento

Ao identificar as ações desenvolvidas pelo enfermeiro obstétrico sobre a ambiência favorável no modelo pré-parto, parto e pós-parto (PPP), é possível compreender a definição que Brasil (2010) traz sobre acolhimento como processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde, que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Dentre os vários aspectos relevantes em relação ao acolhimento para a construção da ambiência, o espaço de acolhimento deve ser adequado, considerando tanto as dimensões de fluxos quanto de privacidade e conforto para usuários e os profissionais que o recebem.

Nos elementos citados nesta publicação, entende-se que favorecem a clientela em questão: criar espaços de escuta e de recepção, proporcionar conforto, produzido pela introdução de vegetação, iluminação e ventilação naturais, cores, artes e demais questões, mobiliários que sejam confortáveis, suficientes sem oferecerem intimidação.

Na construção da ambiência favorável, os enfermeiros apontam elementos gerenciais: financiamento/insumos e gestão de processo de trabalho. Elementos arquitetônicos ainda, espaço físico e elementos disponíveis para o cuidado. A dimensão desse cuidado requer atualização e sobrecarga de trabalho contínuos, pois o avanço tecnológico e as demandas de cuidado dinamizam e fortalecem a busca do conhecimento científico. Quadro 6 Elementos favoráveis à implementação da ambiência.

A partir dos elementos de qualificação de recursos humanos, as boas práticas e a prevenção de iatrogênica preveem uma equipe de trabalho afinada, na qual cada profissional se faz necessário numa interação horizontal.

Apesar da valorização persistente relativa ao espaço físico, o grupo já sinaliza o espaço social, no que se refere ao cuidado que proporciona confiabilidade e segurança. No processo de trabalho percebe-se a inter-relação pessoal na interação dos sujeitos. A interação dos elementos que compõe a arquitetura do espaço referência, isto é, estar em um centro de parto natural, com o acompanhante de sua preferência, tendo sua dignidade respeitada e a ambiência que se planejou e desejou para o parto e nascimento são detalhes que fazem toda a diferença. Outro destaque mencionado foram os elementos energéticos e a espiritualidade na mesma dimensão da privacidade.

Oliveira (2011), corroborando com Leboyer (1974), aponta que, devido à importância dos primeiros momentos de vida para o desenvolvimento posterior do neonato, sugere-se o manejo adequado do ambiente, na perspectiva do cuidado atenção à demanda do neonato nas salas de parto. Tem-se que em na primeira hora de vida após o nascimento, o recém-nascido apresenta o estado comportamental denominada inatividade alerta, nesse momento, ele está conhecendo e se adaptando à oscilação de temperatura, odores, utilizando os pulmões para respirar, o espaço aéreo propriamente dito e o que é

pertinente a ele, inclusive o som. Oliveira (2011) explica que, neste estado o bebê se mostra mais receptivo às interações com seus pais. Um ambiente acústico inadequado para o neonato na sala de parto poderá constituir-se em agressões sonoras que poderão levá-lo ao estresse, à irritabilidade ou ao desconforto, provocando o choro e dificultando o encontro inicial entre pais e bebês, fundamental para o desenvolvimento do apego.

Nesse contexto, deve-se realizar cuidados por meio de programas educativos a fim de minimizar o ruído e melhorar a assistência ao neonato e à família, e proporcionar melhores condições de trabalho da equipe, além de garantir a segurança do paciente.

*E 13 “É necessário que o serviço de saúde proporcione as condições de trabalho aos profissionais como salas privativas/individualizadas e estruturadas, vontade profissional, treinamentos permanentes sobre a temática para todos profissionais, informação para as clientes e acompanhantes.”*

Diante disto, temos a relevância desses elementos para as participantes, conforme diz Vargens (2017) que as práticas mais utilizadas pelas enfermeiras obstétricas são aquelas que não interferem na fisiologia do parto e que estão em consonância com as diretrizes preconizadas pela OMS como a deambulação, a adoção de posições verticalizadas, a livre movimentação, o uso de massagens e de banho morno.

Objetivando conhecer a partir do grupo quais fatores são necessários à construção da ambiência à parturiente no parto e nascimento as respostas apresentadas apontam elementos gerenciais e arquitetônicos, mas o que prevalece é a qualificação de recursos humanos.

*E1 “Um local físico bem estruturado e que a parturiente possa adicionar ao ambiente o que a faça se sentir mais confortável e acolhida; uma equipe que seja presente quando necessário, mas não interfira de forma danosa na ambiência construída”.*

Dos achados depreende-se tendência de maior responsabilização na construção de ambiência pelos profissionais de assistência que prestam cuidado direto à clientela em questão, pois a eles é direcionada a demanda de competências e habilidades para aplicação de boas práticas, que transcendem a esfera do fazer tecnocrático.

Os aspectos listados demonstram haver sensibilização relativa por parte da ambiência, com forte teor de responsabilização do papel do gestor local, o que implica o processo de trabalho e a qualificação

adequada dos recursos humanos. O interessante nessa questão é que a responsabilização da ambiência ficou delegada a esses dois aspectos, descentralizando a questão arquitetônica.

Os gerenciais: dimensionamento, condições de trabalho, alinhamento entre os profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos, assistentes sociais, nutricionistas, profissionais da copa, limpeza, entre outros), vontade institucional, insumos, fornecimento de recursos para uma ambiência adequada, treinamentos permanentes sobre a temática para todos profissionais, assim como incentivo contínuo e mútuo entre as instituições (gestor local) e ações governamentais no sentido de fortalecer as políticas de saúde da mulher.

Os arquitetônicos: estrutura física, salas PPP, recursos disponíveis: penumbra, banho morno, ajuste de temperatura da sala, privacidade, redução de ruídos, setores sinalizados e de fácil acesso, infraestrutura.

Os aspectos gerenciais são discriminados como força motriz e os aspectos da qualificação dos profissionais como a sensibilidade e empatia de se relacionar com o outro. Implica o acolhimento, a escuta atenta, o respeito à privacidade, a decisão compartilhada e “proporcionar um ambiente acolhedor nas relações humanas”. Esse último quesito é elemento essencial no espaço social da ambiência.

*E 19” Um local acolhedor que possa absorver a parturiente e seus acompanhantes.”*

Ao perguntar se eram sensíveis, se reconheciam os elementos da composição e da construção da ambiência, quais dificuldades enfrentavam e que não permitiam a sistematização desse cuidado, eles citaram: ausência de financiamento/insumos, gestão de processos de trabalho, ausência de espaço físico adequado, elementos disponíveis para o cuidado, sobrecarga de ações,

### 4.3 SISTEMATIZANDO A AMBIÊNCIA NO CUIDADO À PARTURIENTE

#### 4.3.1 Categoria: Dificuldades da Sistematização da ambiência

Uma vez mais foi possível montar um quadro sinótico com os aspectos que limitam a ambiência adequado no cuidado à parturiente e família.

Quadro 3 – Aspectos limitantes da construção da ambiência no cotidiano assistencial

GERENCIAIS	Inadequado investimento do governo, falta verba para a aquisição de diversas formas de produtos e equipamentos que favoreçam maior conforto a esta parturiente e há gastos com a manutenção periódica destes mesmos sucateados. Superlotação das unidades de saúde, sobrecarga de tarefas, na maioria das vezes, burocráticas, que dificultam o atendimento a parturiente sobrando menos tempo para ter um olhar mais humanizado. Falta de material para a assistência ao parto. E a falta/ dificuldade de alinhamento entre equipes.
ARQUITETÔNICOS	Espaço físico que remete a uma assistência medicalizada, mobiliário em péssimo estado de conservação, que gera um ambiente inseguro e esteticamente feio. Dificuldade no controle de ruídos (sons), dificuldade na regulação ideal de temperatura e iluminação., mau funcionamento dos objetos que a compõe, como, ar condicionado, camas quebradas, a arquitetura que por vezes não possui uma fonte de luminosidade natural.
QUALIFICAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS	Profissionais que não respeitam a forma que a cliente encontrou de se sentir mais segura e acolhida no ambiente e colocam seus desejos e percepções acima disso; diversas formações acadêmicas e multidisciplinares que atuam em conjunto e num mesmo ambiente institucional. Que, muitas vezes, passaram por diversas formações acadêmicas, com práticas puramente tecnocráticas, e que, mesmo inseridos neste novo contexto de atuação, ainda têm grande dificuldade em assimilar efetivamente tais mudanças. Profissionais que não comungam com a prática do parto humanizado (podendo ocorrer, algumas vezes, expressões comportamento semelhante à deboche pela equipe de pediatria); Ter que lidar com a violência obstétrica feita por outros profissionais o que acarreta problemas diretamente na minha assistência. Ruídos na comunicação da equipe multidisciplinar, o que gera exames e intervenções, por vezes, desnecessárias.
CARACTERÍSTICAS DA CLIENTELA	Falta de informação por parte da parturiente e seu acompanhante, influência da dor e ameaça/ postura intimidadora realizada por acompanhantes das clientes;

Fonte: elaborado pela autora, 2019

A ênfase aqui se encontra na qualificação dos recursos humanos. Falta de respeito interprofissional, diversidade na formação acadêmica, não adesão à filosofia e metodologia assistencial, confundindo a clientela e gerando conflitos interpessoais. O processo de comunicação falho entre os

profissionais acarreta inadequada assistência.

Seibert et al (2005) identificou que os significados culturais relativos ao parto sofreram grandes transformações no decorrer dos séculos e que o parto foi, gradativamente, se tornando território de exploração masculina. Apontam, ainda, que a mulher nesse cenário, atendida apenas na sua atividade reprodutora, perde o lado humanístico da assistência pela desvalorização do mesmo. O modelo tecnocrático passa a ser seguido como forma de diminuir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal.

*E2 “Penso serem dois principais problemas, um deles seria relacionado à verba financeira na aquisição de diversas formas de produtos e equipamentos que favoreçam maior conforto a esta parturiente. E os gastos com a manutenção periódica destes mesmos. E o outro seriam as dificuldades pontuais com diversas formações acadêmicas e multidisciplinares que atuam em conjunto e num mesmo ambiente institucional. Muitas das vezes passaram por diversas formações acadêmicas, com práticas, por vezes, puramente tecnocráticas, e que mesmo inseridos neste novo contexto de atuação ainda têm grande dificuldade em assimilar efetivamente tais mudanças.”*

Diniz & Chacham (2002) (apud *d’Oliveira, Diniz e Schraiber, 2002*) afirmam que a assistência ao parto é, frequentemente, vista como uma forma de violência contra as mulheres. Os preconceitos presentes na formação dos profissionais de saúde tendem a normatizar violações dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres. A expressão de poder sobre o corpo feminino se configura como banalização de lesões físicas e psicológicas em nome da assistência e se expressa nas intervenções e práticas que não são seguras ou recomendáveis, mas que foram incorporadas à práxis desses profissionais de forma que, para estes, esse é o referencial de uma assistência segura.

As autoras citam ainda, que a ReHuna (1993) entende que a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturba e inibe o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, passando o evento a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor, antagonizando o parto e sua experiência de terror, impotência, alienação e dor.

*E6 “A influência externa, isto é, a falta de informação da própria parturiente e seu acompanhante, interferência de outros profissionais que não comungam com a prática do parto humanizado.”*

Para que as enfermeiras obstétricas se consolidassem nesse espaço, faltava o apoio das mulheres usuárias dos serviços. Portela et al (2018) evidencia que há clara disputa de poder e tensão corporativa, que se traduz na prática em uma desconfiança mútua entre médicos e enfermeiras, dificultando ações oportunas em situações em que seria favorável o cuidado compartilhado.

Quando, em situações nas quais um parto inicialmente avaliado como de baixo risco evolui para um quadro de maior risco, médicos alegam ser chamados tardiamente e com frequência apontam a responsabilidade civil que sobre eles recai. Enfermeiras queixam-se da demora dos médicos quando chamados.

Pode ser que a demarcação precisa de papéis seja difícil e, por isto, exija de cada profissional maior tolerância em lidar com situações ambíguas, sem perder de vista a prontidão, a qualidade do cuidado e segurança das pacientes e de seus bebês. Não se pode desprezar a resistência na classe médica, e na própria sociedade, em relação ao parto assistido por enfermeiras, nem uma cultura de “normalização” de intervenções. Suplantar esses problemas não passa meramente pelo caminho normativo. Envolve redistribuição de poder, construção de relações de confiança para o trabalho multiprofissional e entre profissionais de saúde e pacientes e, ainda, a introjeção de que o uso de intervenções desnecessárias pode, de fato, gerar um balanço desfavorável entre riscos e benefícios (PORTELA ET AL 2018, p.1)

Diante das evidências supracitadas propôs-se uma reflexão sobre como é traduzida na prática atual da assistência à saúde a articulação teórica de atenção multiprofissional.

Diante de novos paradigmas educacionais a academia ressalta aspectos multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares como positivos nas relações de produção de conhecimento.

Na prática, o que vemos no campo obstétrico, é que apesar de 04 formações oficiais no país para a assistência ao parto: médico, enfermeiro obstétrico, obstetriz e parteira tradicional, estas não integram saberes e nem compreendem o fazer e o papel um do outro. No caso do médico e da enfermeira isso se expressa de forma mais evidente porque são formações historicamente complementares e que compartilham o mesmo campo físico e simbólico de atuação. O cuidado e o tratamento clínico ou cirúrgico caminham lado a lado.

Diante do cenário de assistência ao parto hospitalar, emergem tensões por lutas de poder que expurgam da mulher a autonomia sobre seu corpo fazendo dele um campo simbólico de

batalha. Para alguns profissionais médicos, tal questão é vista como uma hierarquia dentro do processo assistencial similar ao da enfermeira e seus técnicos e auxiliares em relação a determinados procedimentos delegáveis.

Haja vista a execução da prescrição médica diz ser pertinente e essencial para a recuperação de quem está sendo atendido, também é um cuidado executá-la. Quando uma prescrição médica é questionável, tem início um movimento de negociação entre as classes a favor da segurança e bem-estar do paciente, porém, se o oposto acontece, o médico se sente numa posição de poder e não respeita a prescrição de enfermagem sem abrir espaço para negociação. Alguns profissionais ainda se comportam como se não reconhecessem determinadas ações como cuidado e não as valorizam em seus potenciais benefícios. Isso é particularmente recorrente nas ações para promoção de ambiência acolhedora como controle de ruídos, iluminação e temperatura.

*El “O local físico que tem a aparência de uma assistência medicalizada e por vezes é inseguro para a estada das parturientes e também alguns profissionais que não respeitam a forma que a cliente encontrou de se sentir mais segura e aconchegada no ambiente e colocam seus desejos e percepções acima disso. Vejo isso, principalmente, nos pediatras.”*

Gomes (2013, p. 767) explica que as ações acontecem em “um espaço chamado fronteira, instável, desconhecido, que abandona a tradição, o poder que cada um possui ou que está submetido tende a ser exercido mais no modo abertura de novos caminhos, do que no modo de fixação de fronteiras”. Refere que:

a sociabilidade e a subjetividade da fronteira estão pautadas em limites, e a transgressão desses limites tem como base a complexidade, pois as possibilidades são múltiplas. As relações se dão no encontro entre usuárias e profissionais do cuidado, e entre os profissionais e suas formas de cuidar e tratar. “Nas constelações de poder, os diferentes tipos de poder competem entre si... Para que estas relações emancipatórias se estabeleçam constelações devem ser estimuladas e favorecidas em espaços onde possam se ancorar. Encontrar estes espaços também é um desafio, e por meio dessas relações, podemos reconhecer a variabilidade da constelação de poderes que estruturam a política local, a academia e seu lugar de saber, além de grupos que podem elencar seus interesses, onde sabemos que estas relações, por envolver desigualdades

materiais e imateriais são instáveis, ora estimulam a participação e ora recuam na oferta de oportunidades (GOMES, 2013, p. 768)

Os aspectos gerenciais foram citados numa perspectiva de desrespeito à política de humanização, com sobrecarga de ações de enfermagem e inadequadas condições de trabalho. Nesse sentido, observa-se o sucateamento das unidades, a descaracterização do serviço público, a falta de insumos materiais e humanos.

A unidade pesquisada é administrada desde seu nascimento por regime de gestão compartilhada com uma organização social de Saúde (OSS). Os benefícios deste tipo de administração envolvem a desburocratização das atividades de gestão, de onde podem-se destacar: Autonomia administrativa na gestão de recursos humanos, financeiros e materiais; Agilidade na aquisição de medicamentos, insumos, serviços, equipamentos, reformas, criação de leitos, dentre outros; Contratação e gestão de pessoas mais flexíveis e eficientes; Agilidade na tomada de decisões. Contudo, a flexibilização no setor público contribui para a precarização do trabalho ao adotar relações laborais frágeis.

Outro aspecto se dá nos objetivos, visto que há um compromisso da empresa em cumprir as metas pactuadas, com o risco de ter o repasse financeiro suspenso ou reduzido. Ao repassar os recursos financeiros necessários e previamente planejados para a OSS gerir o hospital público, o Poder Público exige a prestação de contas por meio de relatórios gerenciais com dados de atendimentos, investimentos, melhorias, entre outros indicadores financeiros, de qualidade e produtividade para a Secretaria de Saúde, Comissão de Avaliação e Fiscalização, Tribunal de Contas. Isso coloca todos os envolvidos das diferentes esferas de trabalho na corrida por produtividade, muitas vezes em detrimento de metas mais locais ou subjetivas de produção de saúde, além de acarretar sobrecarga e vulnerabilidade de vínculo ao trabalhador da assistência, que é quem operacionaliza a produção desses indicadores.

Cabe ressaltar que a falta de informação, por parte da parturiente, gera comportamento intimidador aos profissionais que dela cuidam. Há uma pressa para resolução do nascimento do feto, há uma atenção obstétrica fragmentada e isso gera conflitos de condutas e assistenciais. Nesse espaço social a parturiente merece adequada ambiência no parto e nascimento.

A partir da instituição de ações do Projeto Cegonha Carioca na unidade, foi estabelecida a visita programada das gestantes e de seu acompanhante, no terceiro trimestre de gravidez, procedentes das unidades básicas da área programática. Esta é uma estratégia de continuidade da linha do cuidado entre os serviços da atenção básica e as maternidades, como garantia da referência para o parto prevista na Lei Federal no 11634 de 27 de dezembro de 2007. Esta Lei assegura o direito ao conhecimento e à vinculação prévia à maternidade, na qual ocorrerá seu parto e o atendimento nos casos de intercorrências, entretanto, não define estratégia específica

para assegurar à gestante a interação com a unidade, sendo a visita uma articulação assistencial que favorece o contato prévio com o ambiente e equipe de assistência ao parto.

*E3 “Contato prévio com o ambiente.” (resposta referente ao que é necessário para construir ambiência)*

A prática da enfermeira na visita programada à maternidade assume sentidos de ordem técnica, operacional e política. O primeiro sentido representa as atividades que elas realizam no módulo acolhimento, que são estratégicas para a garantia de direitos das gestantes em relação à referência para o parto e ao conhecimento do ambiente em que seu filho irá nascer. A visita também é uma oportunidade de aquisição de informações pelas gestantes sobre quando e em quais situações devem recorrer ao atendimento de emergência da maternidade, o que contribui com a reorganização dessa porta de entrada da atenção secundária. (PROGIANT, PEREIRA E SÉ, 2014, p.745)

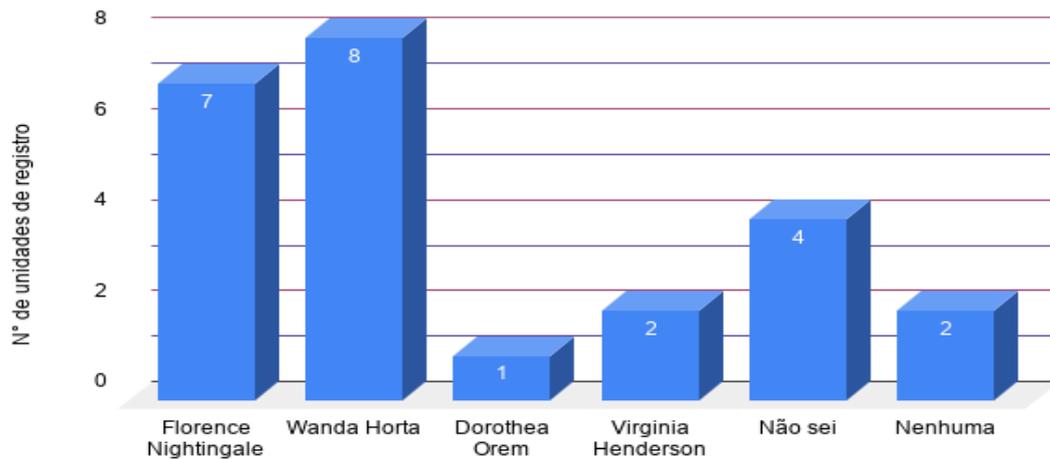
Mouta (2009) aponta que, contra a cultura tecnocrática, faz-se necessário que as enfermeiras obstétricas mostrem para as gestantes como é a sua atuação na maternidade e aponta como estratégia introduzir a sua participação nos grupos de gestantes do Pré-Natal. Na unidade desta pesquisa o espaço para esta interação se dá na visita de vinculação e a estratégia utilizada é deslocar uma enfermeira obstétrica plantonista no horário da visita para, junto ao grupo, apresentar aspectos essenciais para que a população possa compreender o evento do parto e nascimento, as formas de assistência, além de esclarecerem suas dúvidas. Muitas vezes, nesse espaço é construída uma relação de empatia com a enfermeira que traz mais segurança para a mulher no momento da internação. Entendemos que este também seja um espaço de vital importância para instrumentalizar a população atendida a fim de compreender aspectos para a construção da ambiência e seu impacto no processo parturitivo.

#### 4.3.2 Categoria: Bases teóricas para a sistematização da ambiência para o parto e nascimento

Para correlacionar quais teorias poderiam ser aplicadas à sistematização da ambiência e o que elas ofereceriam como suporte teórico que as orientassem, foram seguidas as etapas: a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem na construção de ambiência favorável a mulher no parto e nascimento as participantes responderam:

Gráfico 5

## Teóricas relacionadas pelas participantes



Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Os resultados evidenciam um afastamento de articulação direta entre os enfermeiros e a teorias de enfermagem aplicadas à prática. Enquanto alguns participantes citaram mais de uma teoria, outros, num total de seis, abstiveram-se de elencar, pelo menos, uma teórica para a questão proposta. Isso pode ser reflexo da não estruturação ou padronização da sistematização da assistência de enfermagem nos seus espaços de trabalho, reforçando a necessidade de olhar para este aspecto do gerenciamento do cuidado. O que pode, também, estar relacionado ao afastamento teórico-prático que as rotinas de trabalho impõem, afastando enfermeiras assistenciais de espaços de produção e articulação teórica.

*E6 “Estou a algum tempo fora do ambiente acadêmico e, portanto, não estou a par das teorias.”*

Das 20 pesquisadas, 4 (quatro) não sabiam dizer e 2 (duas) referiram nenhuma teórica relacionada diretamente à sua prática. Das demais, prevalece Wanda Horta, que possui uma teoria mais abrangente e mais operacional seguida por Florence Nightingale que, além da fama por ser figura icônica na história da enfermagem, possui uma teoria diretamente relacionada aos elementos ambientais e seu impacto no processo saúde-doença.

Orem foi citada diretamente e se articula bem com a filosofia feminista por trás das boas práticas

de assistência ao parto que convergem em devolver à mulher o protagonismo do parto e autonomia sobre seu corpo e seus processos. Virginia Henderson foi relacionada de forma indireta, pois ambas que a mencionaram, não usaram o nome da teoria ou da teórica, e sim as ideias que embasam sua teoria.

*E8 “Teoria da definição das práticas de enfermagem”*

*E20 “Acredito que a que mais se aproxima seja a teoria do cuidado humano.”*

Apesar de a construção da ambiência funcionar como ferramenta de trabalho para otimizar seu uso, a construção da SAE fornece subsídios para estruturar o processo de trabalho em todos os níveis. Desse modo, para o seu desenvolvimento o enfermeiro necessita aperfeiçoar seus conhecimentos teóricos sobre a Enfermagem a fim de desenvolver pensamento crítico para identificação das necessidades de cuidado da clientela em questão.

Pensar SAE vai para além da organização do processo de enfermagem em 5 etapas, como posto na resolução COFEN 358/09. É necessário formar o enfermeiro com arcabouço teórico que dê alicerce às suas habilidades e competências preconizadas na Lei de Diretrizes e Bases Curriculares Nacionais de 2001, organizar o serviço alinhando equipes, estabelecendo protocolos, manuais e impressos a serem seguidos para a padronização entre as equipes, conhecer a demanda da instituição para praticar o dimensionamento de recursos humanos adequados ao cuidado prestado e, por fim, organizar o processo de enfermagem para qualificar a assistência. (COREN-BA, 2016)

Nesta perspectiva, o pensamento crítico é um instrumento de tecnologia leve, o qual subsidia a prática do enfermeiro na utilização do Processo de Enfermagem, e a teoria de enfermagem é a base do pensamento crítico.

As bases teóricas para o cuidado à parturiente em diferentes teorias de enfermagem têm filosofia congruente com a necessidade da mulher no parto. Pode-se dizer que, muitas vezes, se complementam para dar clareza à complexidade do evento em questão.

Florence, sendo a primeira teórica que temos registro, foi além do seu tempo com a percepção de que a qualidade do ar, temperatura, iluminação, higiene e estrutura arquitetônica exerciam grande impacto sobre o processo saúde-doença. É quase intuitivo associar ambiência à teoria ambientalista, considerando que se veem vários elementos descritos como convergentes.

Dessa forma, pode-se cuidar, aplicando-se uma, duas ou mais teorias. Contudo, o enfermeiro deve estar atento e alinhado com os demais profissionais no processo de cuidar. Muito embora a sistematização da assistência de enfermagem seja de sua inteira responsabilidade, cumpre-lhe eleger o modelo teórico que deseja seguir, e contribuir para que as ações de enfermagem façam sentido como indicadores que qualifiquem a assistência prestada.

MACEDO (2008) apresenta a correlação dos pressupostos da teórica Florence Nightingale com a intenção do cuidado da enfermagem obstétrica referente ao empoderamento feminino, ao respeito à individualidade e à manutenção da privacidade da mulher, com a presença do acompanhante e ambiente acolhedor. A partir desta teoria o cuidado se materializa em ações relativas à ambiência, atentando para o espaço físico, térmico, aéreo, sonoro, sensorial, relacional e psíquico. Dada a sua complexidade, a sistematização, é a organização do trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de trabalho.

Contudo, há necessidade de que as formas de sistematizar o cuidado ambiência sejam objeto de uma construção coletiva na qual os protocolos, as escalas de funcionários, os fluxos de atenção, a dinâmica do processo de trabalho sejam definidos coletivamente, avaliados continuamente e ressignificados na lógica cultural e atitudinal dos profissionais, parturientes e família, buscando transformações para melhoria do bem-estar de todos. O quadro 8 traz a síntese das contribuições de algumas teóricas.

As distintas visões das teóricas fundamentam um olhar ampliado para a construção do processo de enfermagem, atendendo as perspectivas humanística e holística sobre a produção de cuidado obstétrico. Contudo, sendo o parto um evento que não é meramente de cunho biológico, outras teóricas o fundamentam através de aspectos filosóficos para a construção deste cuidado. Sobre o fenômeno parto e nascimento, é necessário domínio de teoria congruente com sua atuação, que sirva de embasando para o enfermeiro na construção de ambiência de forma subjetiva, integrando o espaço físico, sinestésico, relacional e profissional de forma a atender a complexidade do evento.

Quadro 8 - Teóricas e a Contribuição para compreensão do cuidado no parto

Teórica	Contribuição para compreensão do cuidado no parto
Florence Nightingale	Influência do ambiente no processo saúde doença. Parto carece de ambiência.
Wanda Horta	Com aplicação da pirâmide de Maslow, traz as ações hierarquizadas para a satisfação de necessidades biopsicossocioculturais. Parto como evento integral.
Dorothea Orem	Manutenção de autocuidado. Parto como evento do corpo da mulher (autonomia e protagonismo)
Virginia Henderson	Descreve 14 necessidades fundamentais de cuidado e traz como pressuposto que é objetivo da enfermeira estimular àquele que é cuidado a retornar ao estado de protagonista do seu cuidado, Cuidado emancipatório no parto devolvendo o protagonismo e favorecendo o empoderamento feminino na parturição.
Madalene Lenninger	Aponta atenção aos aspectos antropológicos e sociais, uma vez que a enfermagem é um fenômeno essencialmente cultural que envolve o contexto e o processo de ajuda aos indivíduos de diferentes orientações

	culturais. Parto como evento antropológico e Cultural
Martha Rogers	Homem e ambiente são matéria e energia em intercâmbio contínuo segundo os princípios da homeodinâmica, que ela classificou como ressonância, helicidade e integralidade; Parto como interação energética.
Rosimarie Parse	Do ponto de vista do ser humano ecológico, utilizando seu método, os enfermeiros atuam a partir do entendimento de que o processo humano universo envolve a verdadeira presença do enfermeiro com a pessoa e a família, pois ele lida com os ritmos da pessoa à medida que vive a experiência. Parto é considerado como evento ecológico
Faye G. Abdallah	Observar além do óbvio, as necessidades físicas, sociais, psicológicas e espirituais da parturiente e as da sua família.
Ida Jean Orlando	A natureza do processo de enfermagem é interpessoal, imediatista e interacionista. Há indivíduos que sofrem ou que antecipam uma sensação de desamparo. Quando não podem fazer ou não entendem com clareza essas necessidades requerem uma ajuda imediata. Enfatiza as necessidades psicoafetivas no parto.

Fonte: elaborado pela autora, 2019

Jones (2002) aponta que cada profissional se apropriou do termo humanização com uma visão diferente. Os anestesiolistas acreditam que parto humanizado é sinônimo de parto sem dor, alguns profissionais acreditam que seja o parto vertical, outros defendem a ideia da presença do acompanhante e para outros é um parto com mais suporte físico e emocional. Entretanto, nenhuma dessas intervenções será humanizante se não levar em consideração a opinião da mulher, uma vez que ela, o recém-nascido e a família são os protagonistas reais da cena. (BRASIL, 2014, p.187)

Ao instrumentalizar a enfermeira obstétrica, as teóricas dão bases filosóficas e científicas para reinventar o cuidar e assistir ao parto, de modo a aproveitar ao máximo os recursos disponíveis para atender as suas necessidades de cuidados.

#### 4.3.3 Categoria: Anamnese para o processo de enfermagem na construção de ambiência favorável

Dando seguimento às etapas do processo de enfermagem em si, o primeiro aspecto a ser considerado é o exame físico e a anamnese. O exame físico e obstétrico foram suprimidos do questionário por entender que o mesmo é minucioso, rico em detalhes e acarretaria instrumento exaustivo para o preenchimento, sem prejuízo expressivo para a presente análise. Quanto à composição de um histórico de enfermagem, perguntou-se quais seriam relevantes para a construção da ambiência

na unidade: das 20 participantes, três não sabiam informar e outras duas não responderam ao quesito.

Quadro 4- Dados do histórico de enfermagem relevantes para a construção da ambiência

Dados Objetivos	Idade, Escolaridade, Condição social, rede familiar presente, acompanhante/rede de apoio, pré-natal, plano de parto, número de gestações, religião, alergias, classificação de risco, participação na visita de vinculação a maternidade, dinâmica uterina, avaliação de toque, percepção do estado geral, período clínico do parto e anamnese em si.
Dados subjetivos	Aspecto psicológico, sociocultural, espiritual, físico e cognitivo: Interação da parturiente com o interlocutor, o meio ambiente, o acompanhante, a gestação, o planejamento da gestação, a sexualidade. História de vida; o contexto social na qual ela está inserida, detalhes culturais em relação ao período, experiências e dúvidas, desejos, vontades e expectativas, mitos, tabus e crenças acerca da maternidade; religiosidade; anseios e projeções acerca do trabalho de parto e parto.

Fonte: elaborado pela autora, 2019

Os dados apresentam uma preocupação das enfermeiras em conhecer e compreender quem é a mulher e sua relação com a gestação e o parto além dos aspectos biológicos. Apesar de elencarem aspectos objetivos relativos à caracterização sociodemográfica e exame físico, prevalece uma associação de dados subjetivos para a construção da ambiência.

Corroborando com a visão das participantes, tem-se a concepção das principais teorias de enfermagem com base no processo unitário, que dão suporte a uma prática de enfermagem holística, numa visão de saúde ampla, não tradicional. Fazem parte deste grupo de teóricas Rogers, Parse e Newman (MCELWEN, 2016). Por serem teorias mais conceituais, dedutivas e complexas, dão alicerce para identificação de necessidades, mas deixam a parte operacional dos cuidados mais aberta a diferentes tipos de execução, conforme o contexto da assistência prestada. Um bom exemplo de necessidade a ser observada à luz destas teóricas é o estado de consciência que chamamos de partolândia.

A partolândia, enquanto simbolização do vivido sensorial e psiquicamente no parto, vem atrelada à dor, concatenada a noção de experiência, de corpo e de pessoa que essas mulheres têm-nos apresentado, mas, principalmente, sugere uma interface entre parto, transe e êxtase e, em razão de assim despontar, indica outras possibilidades de compreensão da parturição na atualidade. A partolândia vem descrita como um estado alterado de consciência, um estágio liminar ou crepuscular, em que a mulher escapa da norma e da estrutura social. Segundo relatos de algumas dessas mulheres, funciona como um período em que o tempo e tampouco o espaço existem, nos quais a mulher parece ir para um não lugar, onde abandona estados vigilantes e as faculdades

racionais não tem espaço. Por isso, por vezes, apareceu como um vazio ou como um estado meditativo, enquanto, em outras situações, como um momento de euforia e de agressividade, em que se geme, se chora e em que existe brecha para o grito, para frases desconexas, para as ofensas, para o desejo sexual e para a transpiração, apresentando-se como uma zona onde se é “meio bicho, meio mulher” (notas de campo, mar. 2008). Esse termo parece dizer respeito ao mundo em que se vive somente no momento do parto e, nessa esteira, parece significar também a intensidade e o descontrolo anunciados recorrentemente em campo. De acordo com aquelas que teriam experimentado a partolândia, é difícil explicar por meio de palavras o que se sente, a não ser que se trata de uma experiência “muito forte” (notas de campo, 2008-2010). Seja como for, a partolândia quase não apareceu em uma leitura negativa. Em geral, despontou como um estado satisfatório, bem vivido e bem recebido, ainda que tivessem dificuldades de descrevê-la em menores. Nela, ao que tudo indica, pode-se romper com padrões sociais, com tabus e com interdições, o corpo nu é exposto sem pudores, palavras e sons podem vir a ser proferidos sem filtro social, grita-se e geme-se e odores e fluídos corporais têm espaço assim como qualquer posição corporal, por mais estranha, a princípio, que possa parecer (CARNEIRO, 2015, p. 203 e 204)

Balaskas (2017) aponta que é muito importante não tirar a mulher deste estado, que emerge com secreção adequada de endorfinas e ocitocina, contribuindo para o alívio da dor. Para isso manter silêncio e presença discreta é aconselhável, evitando conversar com ela, fazer perguntas desnecessárias. À luz de Rogers, tem-se que homem e ambiente são matéria e energia em intercâmbio contínuo, uma com a outra; nesse sentido, Newman diz que humanos são sistemas de energia abertos em contato contínuo com o universo de sistemas abertos; Para Parse, um dos princípios é configurar padrões rítmicos de relacionamento entre revelar- esconder e possibilitar- limitar do conectar –separar. Com base na compreensão desses conceitos, o fazer ou o não fazer algo ganha sentido, fazendo-se, muitas vezes, necessário saber muito para não fazer nada diante de uma situação, neste caso, a alteração de consciência da parturiente.

Por outro lado, o comentário de uma delas ganha destaque, tendo em vista o não pertencimento aos princípios teóricos e filosóficos da enfermagem, como se fosse uma repetição do mero fazer, o cuidador como tarefeiro, reproduzindo um mesmo padrão para diferentes necessidades sem a devida aplicação do know-how relacionado a atividade:

*El “Não lembro de nenhum dado coletado nesse primeiro momento que eu possa elencar como promotor da Ambiência. Vejo orientações serem feitas, como a livre movimentação, mas não com base em dados coletados.”*

#### 4.3.4 Categoria: Diagnósticos de enfermagem na construção de ambiência favorável

Cuidar requer sentido e escolha de um modelo teórico ainda que pessoal a ser seguido pelo profissional. A Resolução COFEN 358/2009 Art. 4º determina que ao enfermeiro, incumbe a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, e isto está previsto em sua Formação.

Cabe-lhe ainda, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, em face dessas respostas.

Devido a esta atividade de realizar diagnósticos de enfermagem, foi questionado ao grupo quais diagnósticos para os quais se espera impacto positivo com o cuidado ambiência. Do grupo de 20 enfermeiros, 7 responderam abertamente que não sabiam quais diagnósticos citar. O que pode ser considerado como um dado que leva a duas hipóteses: Ou esses enfermeiros estão desabitados de nomear seus diagnósticos (ou utilizar taxonomia que os nomeiem), ou não conseguiram relacionar seus diagnósticos com um plano de atividades que contemple a ambiência. Dadas as demais respostas desses participantes, a primeira hipótese parece mais coerente.

Outro dado digno de nota foram as duas respostas evasivas através dos termos: todos, vários de acordo com a necessidade específica de cada cliente. Eles abrem margem para diferentes interpretações, inclusive se esse profissional reconhece sua capacidade de formular esses diagnósticos ou identificar estas necessidades. Dada a nossa proximidade com as participantes, acreditamos que seja devido a uma maior insegurança em relação a apresentar uma resposta formal à questão apresentada, inclusive uma das participantes afirmou pesquisar no portal Google antes de preencher o questionário para ter certeza de que responderia certo.

De acordo com McEwen (2016), as grandes teorias podem ser divididas em 3 (três) categorias de acordo com as bases filosóficas que as dão base. São elas: Grandes Teorias baseadas nas Necessidades humanas básicas, baseadas no processo unitário e baseadas no processo unitário. No quadro abaixo, sintetizou-se a perspectiva do grupo na sistematização a respeito dos diagnósticos de enfermagem que teriam impacto positivo no cuidado ambiência e a relação destes diagnósticos com as diferentes categorias de teóricas de enfermagem.

Quadro 5 -Relativo aos diagnósticos de enfermagem

Diagnóstico de Enfermagem		Nº de unidade de registro
Não sei		7
Diversos		1
Todos		1
De acordo com a necessidade específica de cada cliente.		1
Grandes Teorias baseadas no processo interativo	Disposição para manutenção da saúde aumentada	1
	Disposição para conforto aumentado	1
	Disposição para processo de dar à luz melhorada	1
	Disposição para relacionamento melhorado	1
Grandes Teorias baseadas nas Necessidades humanas básicas	Dor aguda	3
	Ansiedade	3
	Medo	1
	Mobilidade física prejudicada	1
	Risco de Hemorragia Pós-Parto	1
	Autocuidado prejudicado	1
	Integridade cutânea prejudicada	1
	Nutrição desequilibrada	1
	Padrão de sono prejudicado	1
	Privação do sono	1
	Risco de quedas	1
Grandes Teorias baseadas no processo unitário	Medo do parto/trabalho de parto	3
	Enfrentamento ineficaz durante o trabalho de parto	1
	Maternidade/paternidade prejudicadas	1
Compatíveis com teorias de diferentes bases filosóficas.	Comunicação prejudicada	2
	Trabalhos de parto prolongados	1
	Conforto prejudicado	3
	Amamentação exclusiva prejudicada	1

Fonte: elaborado pela autora, 2019

Conta-se com um total de 32 diagnósticos apontados, com apenas 8 repetições. Observa-se grande variabilidade em relação aos diagnósticos apresentados, dos quais alguns se apresentam padronizados como nas taxonomias conhecidas e outros não. Prevalecem diagnósticos relacionados às necessidades humanas básicas. Há uma tendência do grupo para a valorização de aspectos emocionais, o que é congruente com as bases filosóficas para assistência humanizada ao parto, respeitando sua fisiologia. Michel Odent (2003) faz uma analogia entre cair no sono e cair no trabalho de parto que ilustra a necessidade deste olhar sobre a parturiente.

A melhor forma de redescobrir as necessidades básicas de uma parturiente é começar com uma comparação. Tanto o processo de adormecer quanto o de “entrar no trabalho de parto” representam mudanças em estados de consciência. Os dois implicam numa redução da atividade no neocórtex. As condições necessárias para o “cérebro do intelecto” assumir um papel secundário são bem compreendidas quando se tenta dormir. E são esquecidas quando se trata de parir.” (Michel Odent, 2003, p.109)

Para BRASIL (2014), resgatar o humano na atenção ao parto é um desafio que deve ser enfrentado por todos os profissionais de saúde e gestores envolvidos nesse processo. Para tanto, faz-se necessário compreender o processo de nascimento como algo inerente à natureza humana, permeado por sentimentos, expectativas e medos. Ao analisar os desafios apresentados para a construção da ambiência e os diagnósticos apresentados, percebemos que o grupo aceitou este desafio e que está devidamente sensibilizado para a humanização das práticas.

#### 4.3.5 Categoria: A construção do cuidado ambiência para parturiente: Plano de cuidado e avaliação de ambiência favorável

Para acurar a análise perguntou-se quais das intervenções (cuidados) praticadas impactam na ambiência do parto e nascimento para a parturiente. Esses cuidados foram agrupados de acordo com o principal resultado esperado em nossa visão, para as ações listadas. Descrição no quadro abaixo:

Quadro 6- Relativo aos cuidados de enfermagem

Resultados Esperados	Cuidados de Enfermagem	Nº de UR
Redução de estímulo ao Neocórtex	Penumbra	6
	Privacidade	6
	Respeito	2
	Silêncio	2
	Posição dentro da sala de parto	1
	Controle /Redução de ruídos	4
	Liberdade de expressão	1
Processos interativos nas relações de cuidado, favorecendo estabelecimento de confiança, autoconfiança,	Estimular a autonomia da parturiente	1
	Acolhimento	1
	Escuta ativa	7
	Vínculo enfermagem cliente	1
	Oferta de tecnologias não invasivas de alívio da dor	10
	Orientação sobre rotinas do setor/ instituição	2
	Esclarecer dúvidas sobre trabalho de parto/parto/pós-parto	1

autocuidado, cuidado compartilhado.	Assegurar direito à acompanhante de escolha da Mulher	2
	Esclarecer dúvidas dos acompanhantes	1
	Esclarecer dúvidas	6
	Empatia	2
	Frequência nas avaliações durante o trabalho de parto	1
	Orientações a equipe de enfermagem	1
Favorecer progressão e alívio da dor	Liberdade de Movimento	4
	Liberdade de Posição	5
	Banqueta	1
	Bola	1
Favorecer conforto e relaxamento e alívio da dor	Ajuste de iluminação	1
	Música	2
	Aromaterapia	6
	Banho Morno	3
	Massagem	2
Atender a necessidades metabólicas do processo	Ajuste de temperatura	3
	Alimentação e ingestão hídrica	1

Fonte: elaborado pela autora, 2019

O primeiro aspecto que se evidencia nas atividades descritas é o cumprimento às recomendações das seguintes boas práticas publicadas pela OMS em 2018: Cuidados maternos respeitosos quanto à dignidade, privacidade e confidencialidade garantem a liberdade de maus-tratos, e permite escolhas informadas e apoio contínuo durante o trabalho de parto e parto; comunicação eficaz entre prestadores de cuidados de maternidade e mulheres em trabalho de parto, usando métodos culturalmente aceitáveis; um acompanhante de escolha para todas as parturientes; uso de técnicas de relaxamento, incluindo massagem, relaxamento muscular progressivo, respiração, música, atenção plena e outras técnicas são recomendadas para gestantes saudáveis que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto, dependendo das preferências de uma mulher; para mulheres de baixo risco, recomenda-se a ingestão de líquidos orais e alimentos durante o trabalho de parto; encorajar a adoção da mobilidade e uma postura verticalizada durante o parto em mulheres de baixo risco.

*E12 “Ações baseadas no conhecimento científico sobre o que contribui para estimular ocitocina endógena; Ações baseadas no que a mulher mostra ser benéfico para ela.”*

Um terceiro aspecto é que mais uma vez se expressa na intenção do cuidado elementos

pertinentes ao conceito ambiência na saúde apresentado na PNH. Para Gomes (2010), no cenário de assistência ao parto, o objetivo da assistência da enfermagem obstétrica é acompanhar e assistir as parturientes durante o processo, respeitando sua fisiologia, estimulando a autonomia da mulher neste momento e o exercício da cidadania feminina.

*E14 “Promoção do conforto físico e psicológico”*

*E 19 “Disponer a equipe multiprofissional a disposição da cliente, oferecer a parte que inclui hotelaria e parte física da instituição como banho, tecnologias não farmacológicas...”*

O último aspecto que emergiu da foi a convergência das tecnologias leves de cuidado da enfermagem obstétrica descritas pelos autores e a produção do cuidado ambiência para a parturiente. Dentro dos processos interativos neste espaço, a enfermeira instrumentaliza a parturiente para viver o que Balaskas (2017) descreve como parto ativo, que seria dar à luz de modo instintivo, natural e espontâneo, por meio de sua própria vontade e determinação, com liberdade para pleno uso de seu corpo e suas solicitações.

Desta forma, o conhecimento da ciência é posto a serviço das necessidades da mulher, que se evidenciará por todas as formas que ela expressar. Macedo ET AL(2008) articula as ações da enfermagem obstétrica com a teoria de Florence e aponta que, ao utilizar tecnologias de cuidados, a enfermeira precisa reconhecer o que é manifestação do processo fisiológico e o que é expressão do processo sociocultural, para tanto, deve conhecer as suas clientes, manter a cliente/família orientada, esclarecida, livre de medos e mitos para, assim, possibilitar que ela conquiste o empoderamento.

*E 20 “Escuta ativa, privacidade, tecnologias não farmacológicas para alívio da dor, livre movimentação, estímulo à autonomia da parturiente.”*

Vale ressaltar que escuta ativa aparece no resultado 7 (sete) vezes e que consiste numa ferramenta comum a todas as profissões de saúde. Maçou (2001) descreve no quadro abaixo etapas a serem cumpridas que se aproximam consideravelmente da técnica de escuta ativa, diferenciando apenas pela não valorização da comunicação não verbal.

Segundo Vargens (2017) o uso frequente das tecnologias não invasivas de cuidado leva a concluir de que as enfermeiras obstétricas estão rompendo com o modelo medicalizado em um processo de transformação de sua prática em direção a uma atuação menos intervencionista. Isso contribui para o alcance dos objetivos propostos pela OMS para a redução de cesarianas e intervenções na assistência

ao parto, privilegiando o processo natural. Contudo, o que se expressa no número de cuidados apontados não reflete a prática do grupo, pois a equipe faz uso das práticas apontadas com muito mais frequência do que foi apontado no estudo. Acredita-se que esse fato esteja relacionado com a desarticulação de algumas práticas apontadas com o cuidado ambiência para algumas das participantes. No gráfico abaixo, ilustramos o que prevalece associado à promoção da ambiência na visão do grupo.

### Frequencia com que os cuidados foram citados

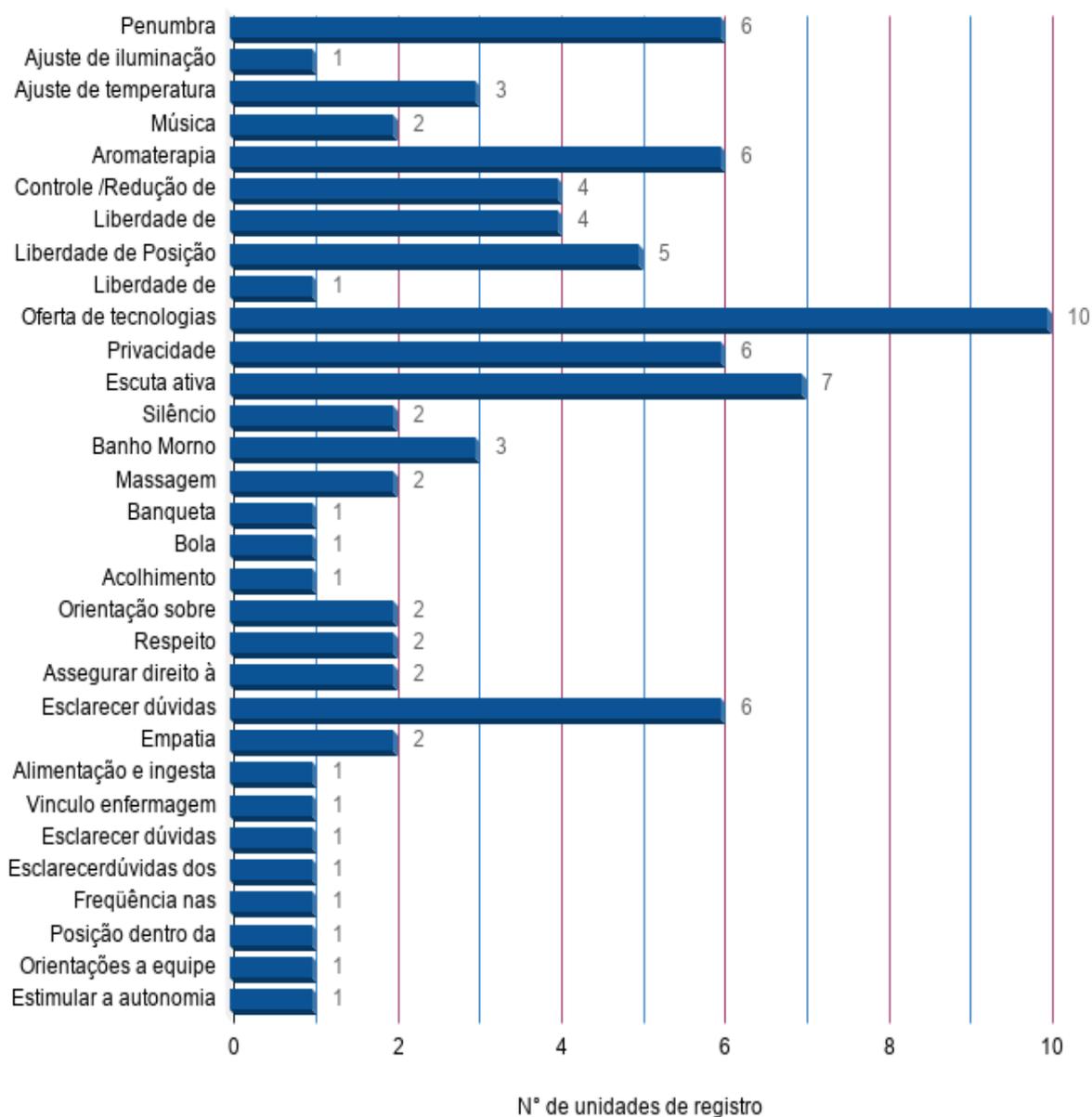


Gráfico - 6

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Outro aspecto investigado foram as principais atividades promotoras de ambiência para o parto descritas na literatura consultada e aplicadas ao cuidado pelo grupo. A fim de confluir fatores que agregassem ações promotoras de ambiência, listaram-se fatores em uma escala de Likert para a determinação da implementação de tais ações. No quadro abaixo temos o que foi levantado.

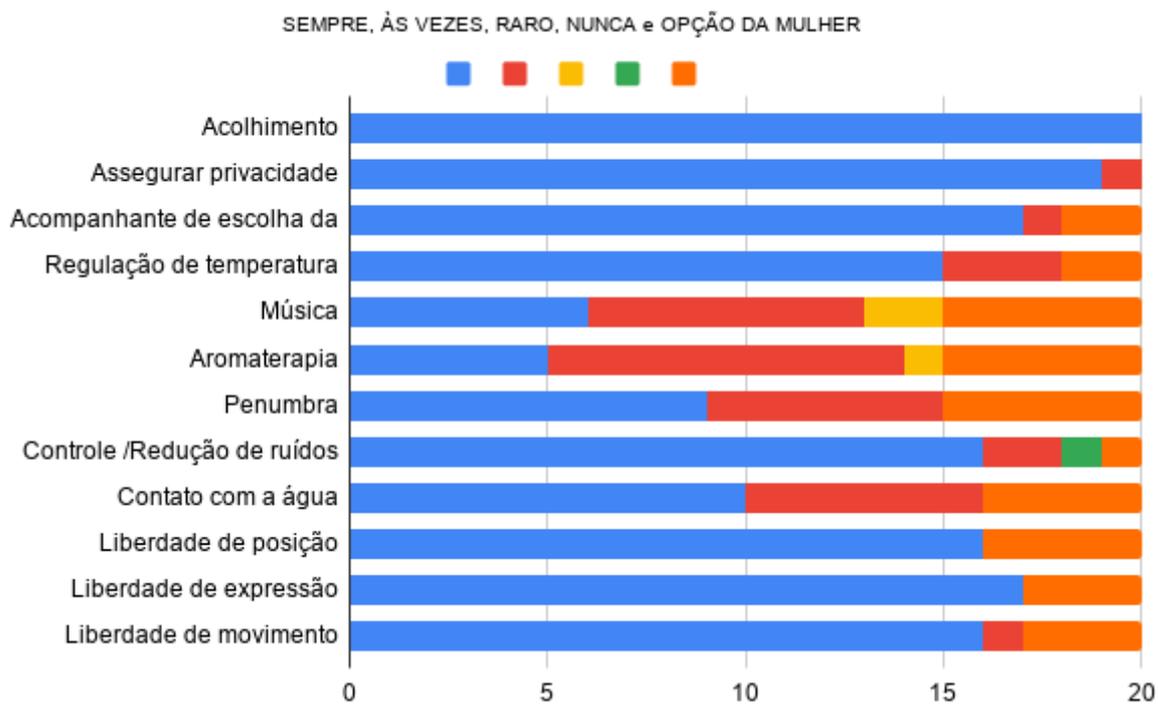
Quadro 7 - Escala de Likert sobre as prescrições de cuidado

CUIDADO PRESCRITO	Nº DE UNIDADES DE REGISTRO				
	SEMPRE	ÀS VEZES	RARO	NUNCA	OPÇÃO DA MULHER
Escuta ativa	20	0	0	0	0
Acolhimento	20	0	0	0	0
Assegurar privacidade	19	1	0	0	0
Acompanhante de escolha da Mulher	17	1	0	0	2
Regulação de temperatura	15	3	0	0	2
Música	6	7	2	0	5
Aromaterapia	5	9	1	0	5
Penumbra	9	6	0	0	5
Controle /Redução de ruídos	16	2	0	1	1
Contato com água	10	6	0	0	4
Liberdade de posição	16	0	0	0	4
Liberdade de expressão	17	0	0	0	3
Liberdade de movimento	16	1	0	0	3

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

O grupo refere aplicar todos os cuidados levantados, é unânime em relação à escuta ativa, o que pode ser eco de treinamento oferecido na unidade no ano passado. Prevalece, ainda, a atenção à privacidade e acolhimento, embora reconheçamos que ambos os termos carecem de definição neste contexto. As menos aplicadas são o uso da música e aromaterapia, para as quais estima-se que a limitação seja demarcada pela demanda de “insumos específicos” para a sua utilização, em decorrência de sua indisponibilidade na unidade neste momento.

Gráfico 7 Frequência de inclusão de cuidados no plano assistencial

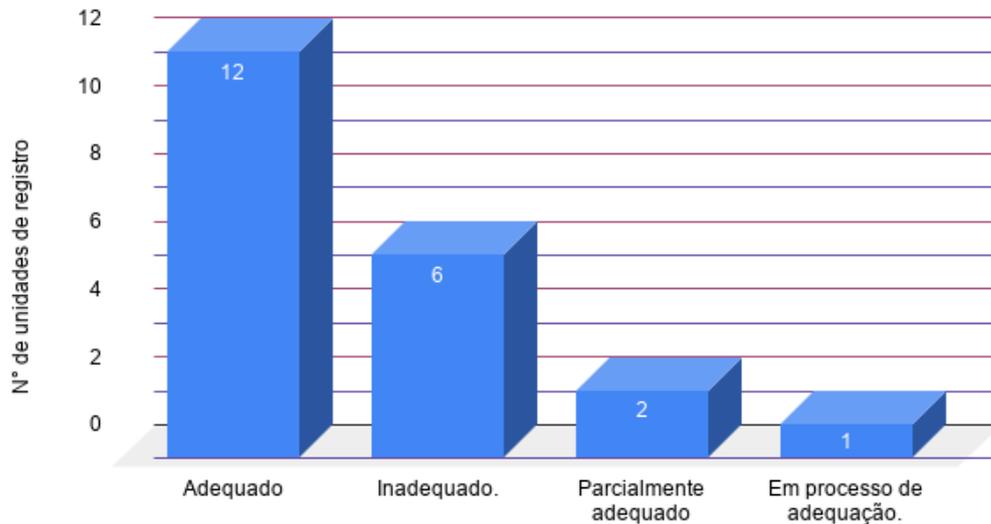


Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Diante disso as participantes foram questionadas acerca do espaço físico da unidade ser adequado ou não para a construção da ambiência.

Gráfico 8

## Adequação do espaço físico ao cuidado ambiência



Fonte: elaborado pela autora, 2019

Dentro da proposta da Rede Cegonha (2011) a implementação de Centros de parto Normal (CPN) visa uma adequação de espaço e ambiência, promovendo o desenvolvimento dos mecanismos fisiológicos para o parto e nascimento, o acolhimento às gestantes e a condução da assistência ao parto em quartos PPP (pré-parto, parto e pós-parto) que garantam os direitos da mulher e da criança. Como podemos ver, a maior parte do grupo considera adequado. A presente unidade foi inaugurada em 2012, contando com uma arquitetura que atendia ao modelo preconizado. Neste espaço há 7 leitos PPP, 6 leitos de observação. Quanto ao porquê das respostas acima, 4 participantes não justificaram suas respostas. O quadro abaixo faz uma síntese dos achados dos demais.

Quadro 9 Fatores a considerar na adequação do espaço

Fatores apontados pelas participantes ao considerar a adequação do espaço físico da unidade	
Adequado	Quartos privativos, presença do acompanhante, acesso ao banheiro individual, tecnologias não farmacológicas. Apresenta elementos importantes para ambiência disponíveis como iluminação, espaço físico satisfatório, aromas disponíveis, possibilidade de regulação da temperatura, dentre outros. Os profissionais que ali estão se propõem a ofertar uma assistência respeitosa a parturiente e família e possibilita realizar a maioria das tecnologias de cuidados
Pode Melhorar	Repasse de verbas inadequado. Nem sempre é possível oferecer penumbra, privacidade, alimentação adequada, redução de interferências externas, entre outros.
Inadequado	É inseguro para a cliente e também lhe traz a imagem de um lugar de intervenção e medicalização. O mobiliário do ambiente hospitalar não se configura como ambiente

	acolhedor. Ele é funcional para os profissionais de saúde, porém não promove o acolhimento à mulher e acompanhante. Alguns recursos estão precisando de manutenção, o que acaba interferindo no conforto da parturiente. Demanda aumentada e nº de profissionais insuficiente para promover essa ambiência
--	--

As características de adequação listadas refletem o que a política de assistência ao parto atual preconiza na hora de estabelecer projetos arquitetônicos. Incluem-se nas orientações para elaboração das propostas da Rede cegonha (2012, p.12) que o CPN deve assegurar o direito à:

- À tecnologia apropriada à assistência: o que inclui a escolha do local e da forma de assistência ao parto, assim como da posição para o parto;
- À livre escolha de acompanhantes;
- À utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor;
- À preservação da integridade corporal de mães e crianças;
- Ao respeito ao parto como experiência estritamente pessoal, cultural, sexual e familiar;
- À assistência com suporte emocional por acompanhante e/ou doula;
- À adoção de práticas de atendimento com reconhecida base científica;
- Ao fortalecimento do protagonismo da parturiente, com sua participação nas decisões de conduta.
- À proteção contra abuso ou negligência.

Todos os itens listados são contemplados na unidade pesquisada. As duas participantes que consideram parcialmente adequado listaram aspectos limitantes como superlotação e restrições para a aplicação de ações dinamizadoras do cuidado ambiência:

*E6 “Parcialmente adequado, pois nem sempre é possível oferecer penumbra, privacidade, alimentação adequada, redução de interferências externas, entre outros.”*

*E17 “Parcialmente adequado. Porque não contempla um espaço físico para toda demanda no momento.”*

Para quem atende em mais de uma instituição, o foco comparativo emergiu e foi apontar aquilo deveria melhorar em cada uma delas, na visão da participante.

*E7 “Trabalho em duas instituições, ambas pela prefeitura. Em uma considero mais adequado, mas possui necessidade de manutenção e alinhamento de equipes e outras melhorias; na outra, além de equipamentos sem manutenção, não há regulação de temperatura (mantendo absurdamente frio, em torno de 18° C), chuveiro que desarma a todo momento; equipe que não respeita o silêncio, etc.”*

Uma considerou que tem aspectos adequados e outros inadequados a serem observados:

*E12 “adequada às parturientes, porém inadequado no sentido de demanda aumentada e n° de profissionais insuficiente para promover essa ambiência”*

O último questionamento feito ao grupo foi se havia algo na sistematização da ambiência que não foi contemplado no questionário. Das 20 participantes apenas 6 responderam essa questão. Das respostas apresentadas, 3 foram não, 1 tudo foi contemplado, uma “aprendi muito com esse questionário e outra foi sucinta: Ergonomia. Decoração”. Ergonomia é uma preocupação constante dos pesquisadores de riscos ocupacionais nos profissionais de saúde, entretanto, ao cruzar “ergonomia” and “enfermagem obstétrica” no portal BVS salud emergiram 3 publicações, apenas 01 referente ao tema com o título “Back safety for nurses” mas sem resumo e texto disponível para confirmação e acesso aos resultados.

Lima (2018) estudou trabalhadores da Central de Material Estéril, levantando os riscos que estavam expostos. Dos riscos que foram identificados se aplicam ao profissional de enfermagem obstétrica os riscos ergonômicos, prevalecendo as posturas forçadas na realização de atividades; quanto aos físicos, ruídos muito fortes ou perturbadores da execução do trabalho; nos riscos químicos evidenciaram-se gases e aerossóis, entre os riscos biológicos, relataram vulnerabilidade à infecção.

Em relação à decoração podemos afirmar que é alvo de debates constantes quando se fala de espaço físico e o objetivo para a assistência ao parto é que ela remeta a um espaço mais próximo de domiciliar do que centro cirúrgico, visto que quanto mais estéril é o espaço, mais insegurança proporciona por remeter a ideia de doença, dor e morte.

O que, efetivamente, não foi contemplado no instrumento foi a quinta etapa do processo de enfermagem que consiste na avaliação das ações de cuidado. Para entender como ocorre esse processo de forma fidedigna, faz -se necessário acesso aos registros e indicadores da assistência de enfermagem obstétrica na unidade, impossibilitado pela falta de tempo hábil dentro do cronograma desta dissertação para proceder a tal análise.

Contudo, é uníssono afirmar que, na observação da prática destes profissionais, a avaliação é feita a cada contato com a parturiente e família, muitas vezes, de forma compartilhada entre os

enfermeiros do plantão, frequentemente ajustando esse plano após debater o caso. Conta-se no setor com um quadro para comunicação não verbal entre a equipe de enfermagem e multiprofissional e no verso do partograma são registradas as ações de cuidado prestadas a parturiente. E, a cada mudança de conduta o grupo realizou, conjuntamente, registro em prontuário, o que torna possível o levantamento dos dados para posterior análise.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo fez emergir dados valiosos para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem na unidade, no que se refere ao cuidado ambiência, com todos os elementos que a literatura aponta. Para tanto, é necessária a articulação de gestão, assistência, ensino e pesquisa. Acreditamos que este trabalho não se encerra aqui, ele é o piloto de um movimento maior na articulação de teoria e prática em prol da assistência à parturiente mais segura e congruente com suas necessidades, seus anseios e suas expectativas.

No que refere aos aspectos essenciais dinamizadores da sistematização da ambiência favorável, prevaleceram aspectos relacionados ao espaço físico e as subjetividades da parturiente, considerando o movimento ministerial para adequação das maternidades, entendemos que é importante a articulação com profissionais da assistência para otimizar os projetos arquitetônicos, visto que eles se apropriam do entendimento das especificidades e preferências da população regional, e sabem que recursos serão necessários ao cuidado ambiência. No cenário da assistência ao parto e nascimento este constitui uma ferramenta para proteção dos eventos fisiológicos, promoção de bem-estar e favorecendo a progressão, relaxamento e o alívio da dor.

A utilização de um questionário on-line favoreceu o acesso aos profissionais participantes e permitiu que estes revisassem os questionamentos para posterior reflexão. Após o preenchimento do instrumento alguns participantes relataram que foram estudar para compreender melhor se o responderam adequadamente. O fato de a coleta ser não presencial impossibilitou aprofundar a visão dos mesmos em relação ao que foi relatado, assim como esclarecer possíveis dúvidas em relação ao instrumento, mas não houve observações dos participantes neste sentido. Uma das participantes declarou, após emitir sua resposta, que usou o Google durante o preenchimento das respostas porque sentiu-se insegura. Não descartei seus resultados, visto que, mesmo sob consulta, partiu dela a seleção das respostas mais pertinentes ao que estava sendo investigado.

A contribuição das participantes através de sua percepção contribui para a ampliação da concepção de ambiência, indo além de espaço físico, social e laboral, ou seja, para um cuidado construído e amparado, cientificamente, e com potencial de resultados para uma diversidade de necessidades humanas. Ao articularem os diferentes saberes agregados à sua formação, enfermeiras obstétricas têm a percepção de que a ambiência adequada para a evolução fisiológica do parto é a que favorece o conforto físico e psicológico, diminuindo os estímulos do neocórtex. Para as enfermeiras obstétricas que atuam na assistência ao parto intrahospitalar, o estudo ofereceu subsídios teóricos e teórico-prático para o processo de enfermagem, além de sensibilização dos gestores e parceiros da equipe multiprofissional no sentido de buscar e obter maior aproveitamento dos recursos existentes nas unidades de saúde. Abarca, ainda, uma melhor compreensão da ambiência e suas implicações para o cuidado da parturiente e família, favorecendo o ensino. Quanto ao estudo da ambiência como cuidado na humanização da assistência ao parto, emergiu que, apesar das participantes possuírem propriedade intelectual para a construção desse cuidado e reconhecerem sua importância, há falhas quanto à articulação com os profissionais da equipe multiprofissional e com a própria população a ser assistida, o que compromete a aplicabilidade, adesão e os resultados de alguns cuidados pertinentes a esta construção. De forma operacional, este cuidado se traduz em ações como controle de sons e ruídos, ajuste de iluminação, temperatura da sala, uso de óleos essenciais, música, aplicação de massagem, meditação guiada, exercícios respiratórios, promoção de liberdade de expressão, movimento e posição durante o processo, além da garantia de um acompanhante de escolha da mulher. Quanto à postura do profissional que presta assistência, emergiram habilidades para escuta ativa, empatia, disponibilidade, esclarecimentos diversos e comunicação não violenta.

Diante disso, acreditamos que os infográficos desenvolvidos favorecerão a sistematização desse cuidado, incitando o diálogo e discussão sobre a temática entre esses pares e tornando acessível o saber científico sobre a temática. Entretanto, é necessário que estes conhecimentos sejam devidamente contemplados na formação dos profissionais e, para tal, sugerimos que sejam incorporados aos currículos de graduação e pós-graduação. Para a unidade pesquisada, entendemos que há necessidade de realizar um curso na unidade para apresentar o conhecimento levantado aberto a todos os interessados, incluindo convite aos profissionais das unidades básicas que fazem parceria por referência e contrarreferência, para contribuir com os avanços da estruturação da sistematização da assistência de enfermagem na construção da ambiência e compartilhar com outras categorias que façam parte dessa estruturação.

Dada a limitação de tempo para a realização deste estudo, a autora deparou-se com a impossibilidade de aplicação prática dos infográficos, cuja validação foi realizada apenas através de consulta aos participantes da pesquisa, a partir disso, entendemos que apesar de o produto atender ao proposto, para que possa agregar conhecimento, necessita avaliar a percepção de outras populações a que o produto possa atender .

Ao investigar as bases teóricas para a sistematização do cuidado ambiência à parturiente, identifica-se que percepções e conhecimentos, dos quais nos apropriamos na academia, emergem da necessidade cotidiana da prática, mesmo que ignoremos de onde vêm. A cada contato com a parturiente selecionamos em nosso catálogo mental, os ensinamentos das teorias de enfermagem mais relevantes para atender as suas necessidades de cuidado. Para essa construção, necessária ao processo de enfermagem, a enfermeira reúne dados para conhecer a parturiente e família, identificar suas necessidades, criando um plano de ambiência singular a cada atendimento. Nesse processo, o conhecimento das diversas teorias de enfermagem favorece uma compreensão mais integral das necessidades da mulher no parto, o que torna difícil a adoção de apenas uma teórica para basear as práticas obstétricas. Para o grupo, as mais intuitivas para a construção do cuidado ambiência são a teoria Ambientalista e a das necessidades humanas básicas. É, de certa forma compreensível que, diante de um atendimento bastante complexo e subjetivo como o que foi tratado neste estudo, possa ter havido dificuldade de adotar apenas uma teoria que abarcasse tais aspectos, uma vez que as participantes também mostraram a mesma dificuldade. Dessa forma, pode-se considerar que para lidar com a complexidade do ser humano e do evento parto e nascimento, outros estudos que trabalharam com a articulação dos saberes da psicologia, antropologia e sociologia poderão contribuir para subsidiar e enriquecer a compreensão de tais aspectos de forma complementar em relação aos saberes das teorias de enfermagem mais direcionadas para o cuidado humano.

## 6 REFERÊNCIAS

ABREU, Hortência de. **Manual de Metodologia da Pesquisa Científica**. 2. ed., 2014.

AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, **Resolução RDC nº 36/2008** que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.

ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). **Resolução Normativa Nº 368/2015** que dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. Diário oficial da União, Brasília, DF, 2015.

ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). **Cartilha nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde** : Projeto Parto Adequado - fase 1 / Agência Nacional de Saúde Suplementar, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein, Institute for Healthcare Improvement. – Rio de Janeiro : ANS, 2016.  
Disponível em [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/w\\_eb\\_total\\_parto\\_adequado.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/w_eb_total_parto_adequado.pdf) acesso em 04/07/19

ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). **Resolução Normativa nº 398/16** que dispõe sobre a Obrigatoriedade de Credenciamento de Enfermeiros Obstétricos e Obstetrizes por Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Hospitais que Constituem suas Redes e sobre a Obrigatoriedade de os Médicos Entregarem a Nota de Orientação à Gestante. . Diário oficial da União, Brasília, DF, 2016a

ANVISA. **Resolução RDC nº 36/2008 ANVISA** – que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e NeoNatal. 2008

ÁVILA, Vivian Carla Maia. **Emprego de tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem nos partos acompanhados por enfermeiras obstétricas em maternidade filantrópica do Médio-Paraíba/RJ**- Rio de Janeiro; s.n; 2014. 80 p. tab.

BALASKAS, Janet. **Parto ativo** : guia prático para o parto natural / Janet Balaskas ; tradução Adailton Salvatore Meira. - 2.ed. - São Paulo : Ground, 2016

BRASIL, **Lei Federal nº 1.920**, de 25 de julho de 1953, Diário oficial da União, Brasília, DF, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática I Ministério da Saude. - Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984

BRASIL, **Decreto-Lei 7.498**, 25 de junho de 1986. Diário oficial da União, Brasília, 1986.

BRASIL, **Decreto-Lei Federal nº 8080**, de 19 de Setembro de 1990. Diário oficial da União, Brasília, DF, 1990.

BRASIL, **Decreto-Lei Federal nº 9.263**, de 12 de janeiro de 1996. Diário oficial da União, Brasília, DF, 1996.

BRASIL. **Manual para operacionalização de ações educativas no SUS**. São Paulo: Secretaria do Estado de São Paulo, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 569**, de 1 de junho de 2000. Diário oficial da União, Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 9961**, de 2861 de janeiro de 2000. Diário oficial da União, Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta de Ottawa**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 3/2001**. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37.

BRASIL. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Programa de Humanização do Parto - **Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HUMANIZASUS**: Política Nacional de Humanização. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.– Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, **Lei Federal nº 11.108**, de 07 de abril de 2005. Diário oficial da União, Brasília, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Portaria nº 3.136**, Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política

Nacional de Humanização. **Ambiência** – 2. ed. – Brasília, DF, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Portaria nº 1.459**, de 24 de junho de 2011 Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS - A Rede cegonha. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Portaria n.º 2351/2011** – que altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde 4, série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF; 2011b.

BRASIL, **Orientações para Elaboração de Propostas da Rede Cegonha** : O que o proponente/gestor deve saber ao elaborar uma proposta da Rede Cegonha Brasília, DF, 2012. Disponível em:  
[http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor\\_assets/attachments/141/MANUAL\\_DE\\_PROPOSTAS\\_REDE\\_CEGONHA.pdf](http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/141/MANUAL_DE_PROPOSTAS_REDE_CEGONHA.pdf)

BRASIL, Ministério da Saúde, **Portaria n.º 2.009**, de 13 de setembro de 2012, que aprova o Regimento Interno da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC). 2012a.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, **Portaria conjunta nº 5**, de 31 de outubro de 2012 Brasília, DF, 2012b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização** – 1. ed. 2 reimpressão – Brasília, DF, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento** (Cadernos HumanizaSUS ;v. 4)– Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015. **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **A experiência da diretriz de Ambiência da Política Nacional de Humanização – PNH** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres Coordenação-Geral

de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Apice On - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia** Brasília/DF, 2017b

BRASIL, Ministério da Saúde, EBSEH, ABRAHUE, MEC e IFF/ FIOCRUZ, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). **APICEON- Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia**, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/o-projeto/>, acessado em 12/12/19.

BOTTENTUITT JÚNIOR, João Batista.; LISBOA, Eliana Santana; COUTINHO, Clara Pereira. O infográfico e as suas potencialidades educacionais. **Quaestio - revista de estudos em educação**, v. 13, n. 2, p. 163-183, nov. 2011.

BUSANELLO, Josefine et al. Parto humanizado de adolescentes: concepção dos trabalhadores da saúde. **Rev. enferm. UERJ**;19(2): 218-223, abr.-jun. 2011.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. **Cenas de Parto e Políticas do Corpo**. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2015.

CARRARO, Telma Elisa, et al. Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. **Texto contexto - enfermagem**. [Internet]. 2006

CARTILHA “**O que nós como profissionais de saúde podemos fazer para promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto**” do Coletivo Feminista e Faculdade de Medicina da USP / edição 2002 /2003. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/65725342/cartilha-parto> acessado em 13/ 03/2012.

CECCIM, Ricardo Burg et al. (Org.). **Formação de Formadores para Residências em Saúde**: corpo docente- assistencial em experiência viva. 1. Ed, Porto Alegre: REDE UNIDA, 2018., 212 p.

COELHO, Maria José et al. Conforto e suas interfaces com o cuidar e os cuidados de enfermagem. **Rev. Enferm. Atual**, Rio de Janeiro, v.5, n.28, p.7-13, jul.-ago. 2005.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 358**, Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos e privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e dá outras providências, 2009.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 516**, Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências, 2016.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 543**, Estabelece os parâmetros mínimos para dimensionar o quantitativo de profissionais das diferentes categorias de enfermagem para os serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem.2017

COREN-BA. SAE - **Sistematização da assistência de enfermagem**: Guia prático / Ieda

Maria Fonseca Santos (Organizadora) [et al.] . \_ Salvador: COREN - BA, 2016.

COSTA, Rafael Ferreira da. **As Práticas educativas na Casa de Parto Davi Capistrano Filho sob a ótica do cuidado cultural**. Dissertação de Mestrado da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2007.

CONITEC, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: Relatório de Recomendações**. Brasília 2016.

DAVIS-FLOYD, Robbie. **Birth as an American Birth of Passage**. Berkeley: University of California Press, 1992.

DICK-READ, Grantly; GASKIN, Ina May. **Childbirth without Fear: THE Principles and Praticce of Natural Childbirth**. Pinter & Martin. E-book (Amazon)2013

DINIZ, Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra, **Dossiê Humanização do Parto**. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – São Paulo, 2002

EUROPEAN ENVIRONMENT AGENCY (EEA). **Good practice guide on noise exposure and potential health effects** [Internet]. Copenhagen; 2010

Figueiredo, Giselle da Silva et al. Ocorrência de episiotomia em partos acompanhados por enfermeiros obstetras em ambiente hospitalar. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.181-185, abr.-jun. 2011.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. **Nascer no Brasil: Sumário Executivo temático da pesquisa**. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/porta-l-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf> acesso em 30/06/19

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. **Nascer no Brasil.Cad. Saúde Pública**, v..30 supl.1 Rio de Janeiro 2014. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=0102-311X20140013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0102-311X20140013&lng=pt&nrm=iso) acesso em 30/06/19

FREITAS, Fernanda Duarte da Silva de et al. Ambiente e humanização: retomada do discurso de nightingale na política nacional de humanização. **Esc. de Enfermagem Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro ,v. 17,n. 4,p. 654- 660, Dec. 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000400654&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400654&lng=en&nrm=iso)>. acesso em 02 July 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20130008>.

GARCIA, Telma Ribeiro (Org.). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE versão 2015**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

GEORGE, Julia B. **Teorias de enfermagem – Fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 338 p.

GOMES, Maysa Ludovice. **Enfermagem obstétrica: diretrizes assistenciais**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de

Janeiro, 2010

GOMES, Maysa Ludovice; MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos. - Modelo humanizado de atenção ao parto no Brasil: evidências na produção científica - **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p. 248-253, abr.-jun. 2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4073>. Acesso em: 14 maio 2019.

GOMES, Maysa Ludovice'. **Um encontro de mulheres - dar à luz**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro. UNI-RIO, EEAP. 1998.

GUERRA, Maria Ivana e JUCA, Vlândia. Narrativas das mulheres sobre o cuidado pré-natal em uma maternidade pública. **Psic., Saúde & Doenças [online]**. 2016, vol.17, n.2, pp.253-264. ISSN 1645-0086. <http://dx.doi.org/10.15309/16psd170211>.

GUIDA, Natasha Faria Barros et al. Conformidade das práticas assistenciais de enfermagem com as recomendações técnicas para o parto normal. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 18, n. 4, p. 543-550, ago. 2017. Disponível em <[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-38522017000400543&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-38522017000400543&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 02 jul. 2019. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000400017>

HAGUETE, Tereza Maria Frota. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 9. ed. Petrópolis: Vozes; 2003

HERMIDA, Patricia Madalena Vieira; ARAUJO, Izilda Esmênia Muglia. Sistematização da Assistência de Enfermagem: subsídios para implantação. **Reben**, Brasília, v.59, n.5, p. 675-679, 2006. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000500015&script=sci\\_abstract&lng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000500015&script=sci_abstract&lng=pt). Acesso em: 03 jul.2019.

KOERICH, Magda Santos et al. Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], Goiânia, v.11, n.3, p.717-23. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a33.htm>. Acesso em: 11 maio 2019.

LEBOYER, Frédérick. **Nascer Sorrindo**. 11.ed. Editora Brasiliense. São Paulo: Éditions du Seuil, 1974.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias de Enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-livros, 1999.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da Pesquisa na saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001.

LINS, Glauce Araújo Ideião, et al. Teoria de Tornar-se Humano na enfermagem ecológica: aplicando o método de avaliação de Meleis. **Texto contexto – enferm.** [Internet], Florianópolis, v.22, n.4, p.1179-1186, dez. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000400037&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400037&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400037>. Acesso em: 21 jun. 2019.

LIMA, Ana Elisa Fernandes et al. Assistência ao parto após a implementação do Programa Cegonha Carioca: a perspectiva da enfermagem. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 16, n. 5, p. 631-638, out. 2015. Disponível em

<[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-38522015000500631&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-38522015000500631&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em: 02 jul. 2019.

MACEDO, Priscila de Oliveira et al. As Tecnologias de Cuidado de Enfermagem Obstétrica Fundamentadas pela Teoria Ambientalista de Florence Nightngale. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery** [Internet], Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.341-347, jun. 2008. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452008000200022](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000200022) . Acesso em: 12 jun.2019.

MAIA, Ana Carolina Mendes Soares Benevenuto. - **Promoção da saúde à mulher na atenção ao parto: comportamentos específicos e atuação da enfermeira no programa cegonha carioca**. 2017. Tese ( Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2017.

MCEWEN, Melanie, Wills, Evelyn M. **Bases teóricas de enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016

MEDEIROS, Renata Marien Knupp et al. Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. *Rev. bras. Enferm*, Brasília, v.69, n.6, p.1091-1098, dez.2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672016000601091&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000601091&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 June 2020.

MICHAELIS. Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. São Paulo: Editora Melhoramentos Ltda, 2019

MOLINA, Ricardo. A pesquisa-ação / investigação-ação no Brasil: mapeamento da produção (1966-2002) e os indicadores internos da pesquisa-ação colaborativa. 2007. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

MONTEIRO-GRILO, Ana, “Ensino de competências comunicacionais em estudantes e profissionais de saúde: situação atual e perspectivas”. *Revista Iberoamericana de Educación Superior (ries)*, México, unam-iiisue/Universia, v. III, n. 7, p. 93-112, 2012. Disponível em <http://ries.universia.net/index.php/ries/article/view/101> . Acesso em 13ago.2019.

MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos; CHAMILCO, Rosilda Alves da Silva Isla; SILVA, Leila Rangel. A teoria transcultural e sua aplicação em algumas pesquisas de enfermagem: uma reflexão. **Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.434-440, 2005. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452005000300012&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452005000300012&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 24 ago.2019.

MOUTA, Ricardo José de Oliveira. Estratégias de luta das enfermeiras da maternidade Leila Diniz para a implantação de um modelo Humanizado de Assistência ao parto. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.18, n.4, p.731-740, out.-dez. 2009. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072009000400015&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072009000400015&script=sci_arttext). Acesso em: 14 set.2019.

NANDA International, Inc. **Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2015-2017**, Tenth Edition. Edited by T. Heather Herdman and Shigemi Kamitsuru. 2014

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA-I: definições e classificação 2018-**

2020 [recurso eletrônico] / [NANDA International]; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros... [et al.]. – 11. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2018.

NEME, Bulssamara. **Obstetrícia Básica**. 3.ed São Paulo: SARVIER, 1915, reimpressão 2005

NORMAN, Armando Henrique; TESSER, Charles Dalcanale. Obstetizes e enfermeiras obstetras no Sistema Único de Saúde e na Atenção Primária à Saúde: por uma incorporação sistêmica e progressiva. **Rev. bras. med. fam. comunidade**, Rio de Janeiro, v.10, n.34, p.1-7, jan./mar.2015. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1106/670>. Acesso em: 18 jun.2019.

ODENT, Michel. **A Cientificação do amor**. 2. ed. Tradução por Marcos de Noronha e Talia Gevard de Souza. Florianópolis: Saint Germain, 2002. 142 p

OLIVEIRA, Fabio André Miranda de. **Avaliação da atenção perinatal em maternidades de risco habitual em município do Sul do Brasil**. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba; s.n; 20140225. 163 p. ilus tab^cgraf.

OLIVEIRA, F.L.C. et al. Nível de ruído em sala de parto. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.20, n.2, p.287-93, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a10v20n2.pdf> Acesso em: 20 ago.2019.

OMS, Organização Mundial de Saúde. **Assistência ao Parto Normal**: um guia prático. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 1996. Tradução de Ministério da Saúde, em 2000.

OMS, Organização Mundial de Saúde (WHO) **recommendações**: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization, 2018.

ONU. **Transformando Nosso Mundo**: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Traduzido pelo Centro de Informação das Nações Unidas para o Brasil (UNIC Rio), última edição em 13 de outubro de 2015. <https://sustainabledevelopment.un.org>. 2015

OPAS. Organização Pan Americana de Saúde, OMS. Organização Mundial de Saúde. **Folha Informativa**: Morte Materna. *Atualizada em agosto de 2018* Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820). Acesso em 09/07/2019.

OSAU, Ruth HiTomi; TANAKA, Ana Cristina d'Andretta. Os paradigmas da enfermagem obstétrica. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 96-108. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/376.pdf>> Acesso em: 03 maio. 2010

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. Atuação da enfermeira obstétrica na política pública de humanização ao parto no Rio de Janeiro. **REME rev. min. enferm**, Belo Horizonte, v.10, n.3, p.233-239, jul.-set. 2006. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/412> Acesso em: 10 jul.2019.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo et a. Assistência materna e neonatal na Casa de Parto David Capistrano Filho, Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**,

Rio de Janeiro, v.4, n.2, abr.-jun.2012. tab. Disponível em:  
<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1659> Acesso em: 11 maio 2019.

PEREIRA, Simone Barbosa et al. Good practices of labor and birth care from the perspective of health professionals. **Rev Bras Enferm** [Internet], Brasília, v.71, supl.3, p.1313-1319, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000901313&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000901313&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 jun. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0661>.

PORTELA, Margareth Crisóstomo et al. Cuidado obstétrico: desafios para a melhoria da qualidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, e00072818, 2018. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2018000500301&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2018000500301&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 24/08/2019.

PROGIANTI, Jane Márcia; COSTA, Rafael Ferreira. A Negociação do cuidado de enfermagem obstétrica através das praticas educativas na Casa de Parto. **Rev. Enferm. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.789-792, dez. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452008000400025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000400025&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000400025>.

PROGIANTI, Jane Márcia; HAUCK, Flávia Terra. - A implantação do modelo humanizado de assistência ao parto na cidade de juiz de fora. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.324-329, jul.-set. 2013. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7469>. Acesso em: 07 maio 2019.

PROGIANTI, Jane Marcia; PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo; SÉ, Carla Coutinho Sento. - A prática das enfermeiras obstétricas nas emergências vinculadas ao Programa Cegonha Carioca. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.792-797, nov.-dez.2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/12888>. Acesso em: 08 jun.2019.

PROGIANTI, Jane Márcia; PRATA, Juliana Amaral; BARBOSA, Pedrita Machado. - A reestruturação produtiva na saúde: os efeitos da flexibilização nas maternidades do Programa Cegonha Carioca. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.164-171, mar.-abr.2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/12540>. Acesso em: 18 mar.2019.

RIESCO, M.L.G. Enfermeira obstetra: herança de parteira e herança de enfermeira. *Rev.latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 13-15, abril 1998. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11691998000200003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11691998000200003&script=sci_abstract&tlng=pt)

REIS, Carlos Sérgio Corrêa dos et al. Análise de partos acompanhados por enfermeiras obstétricas na perspectiva da humanização do parto e nascimento. **Rev. pesquis. cuid. fundam.** (Online), Rio de Janeiro, v.8, n.4, p.4972-4979, out.-dez.2016. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3966>. Acesso em: 10 maio 2019.

REIS, Thamiza da Rosa dos Reisa et al. Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.36. n.spe, p. 94-101, 2015. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1983-14472015000500094&lng=es&nrm=1&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-14472015000500094&lng=es&nrm=1&tlng=pt)

RIBEIRO Kátia.Regina.Barros; PRADO Marta.Lenise do. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n.4, p. 161-165, 2013.Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472014000100161&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000100161&lng=en&nrm=iso)>. access on 06 June 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.43731>.

SEIBERT, Sabrina Lins; Barbosa, et al . Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. **Revista de Enfermagem da UERJ [Internet]**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.245-251, maio-ago. 2005. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/pt/lil-413374>. Acesso em: 14 ago 2019.

SILVA, Tânia Maria de Almeida. **Curiosas, obstetrizes, enfermeiras obstétricas : a presença das parteiras na saúde pública brasileira: 1930-1972.**Tese ( Doutorado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz Rio de Janeiro : s.n., 2010.

SILVA, Michelle Gonçalves da. **Influência da iluminação em sala de parto nas manifestações emocionais de parturientes: ensaio clínico randomizado.** 2016. 1 recurso online (105 p.). Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, Campinas, SP. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/330562>>. Acesso em: 01 jun.2019.

SILVA, Marcia Araújo da. - **Sistema de referência para o parto hospitalar do Programa Cegonha Carioca:** perspectiva das puérperas sobre a assistência da enfermeira. 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro; s.n; 2018. 102 p. il. Color.

SILVERTHORN, Dee Unglaub. **Fisiologia humana:** uma abordagem integrada 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SOUSA, Ana Maria Magalhães. **Práticas obstétricas na assistência ao parto e nascimento em uma maternidade de Belo Horizonte.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte; s.n; 2013. 139 p.

SOUZA, Camila Maria de et al. Equipe de enfermagem e os dispositivos de cuidado no trabalho de parto: enfoque na humanização. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**, Rio de Janeiro, v.5, n.4, p.743-754, out.-dez. 2013.

OLIVEIRA, Tamara Cristina da Matta de. - **Avaliação da assistência materna e neonatal em Casa de Parto.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro; s.n; 2017. 90 p.

SÉ, Carla Coutinho Sento; Progianti, Jane Márcia; Pereira, Adriana Lenho de Figueiredo. -

Implantação do módulo acolhimento do Programa Cegonha Carioca no município do Rio de Janeiro. **Rev. pesquis. cuid. fundam. (Online)**, Rio de Janeiro, v. 8, n.1, p. 3935-3944, jan.-mar. 2016.

SÉ, Carla Coutinho Sento. - **Módulo Acolhimento do Programa Cegonha Carioca**: uma prática reiterativa da enfermeira obstétrica. Rio de Janeiro; s.n; 2014. 101 p.

TAVARES, Fernanda Maryneve Menezes; TAVARES, Walter de Souza. Elaboração do instrumento de sistematização da assistência de enfermagem: relato de experiência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, São João del-Rei, v.8, e2015, 2018. Disponível em <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.2015> acesso em 15/07/19

THIOLLENT, Michel. **Pesquisa-ação nas organizações**. São Paulo: Atlas; 1997

TORNQUIST, Carmen Suzana – **Armadilhas da Nova Era**: Natureza e modernidade no ideário da humanização do parto Rev. Estudos Feministas 2/02 pg 438 -492 - Santa Catarina. 2002.

TRIPP, David. **Pesquisa-ação**: uma introdução metodológica. Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005

**Prefeitura do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de saúde.**  
(<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms>, 2019)

## 7 APÊNDICES

### 7.1 QUESTIONÁRIO PARA AS PARTICIPANTES (*ONLINE*)

\*Obrigatório

1. Endereço de e-mail \* \_\_\_\_\_

2. Após a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido você aceita participar da pesquisa\* ( ) Sim ( ) Não

3. Nome: \_\_\_\_\_ 4. Idade \_\_\_\_\_

5. sexo ( ) feminino ( ) Masculino

6. Formação Marque todas que se aplicam.

( ) Especialização em Enfermagem Obstétrica

( ) Residência em Enfermagem Obstétrica

( ) Mestrado

( ) Doutorado

7. Atua/atuou em sala de parto na assistência ao parto e nascimento ? ( ) Sim ( ) Não

8. Por quanto tempo? ( ) 1 ano ( ) 2 anos ( ) 3 anos ( ) 4 anos ( ) 5 anos ou mais

#### Aproximação com o Tema

16. Você teve contato com o tema "ambiência na saúde" em sua formação? Marque todas que se aplicam.

( ) Sim, na graduação

( ) Sim, na pós graduação

( ) Sim, em educação permanente

( ) Sim, em eventos de comunicação científica ( congressos, simpósios...)

( ) Não

( ) Outro: \_\_\_\_\_

17. O que você entende por ambiência ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---



---

18. Na sua opinião, quais são os elementos que compõe esta ambiência?

---



---



---



---

19. De acordo com sua vivência, o que é necessário para a construção desta ambiência para a parturiente no parto e nascimento?

---



---



---



---

20. Quais as principais dificuldades que você enfrenta na construção dessa ambiência?

Sistematizando a ambiência no cuidado a parturiente

21. Que(ais) teoria(s) de enfermagem lhe oferece(m) suporte teórico que oriente: a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem na construção de ambiência favorável a mulher no parto e nascimento?

---



---



---



---

22. Cite 5 dados coletados a partir do histórico de enfermagem que você julga relevantes para construção dessa ambiência.

---



---



---



---

23. Quais diagnósticos de enfermagem a ambiência pode ter impacto positivo

24. Quais intervenções (cuidados) você pratica que impactam na ambiência a parturiente para o parto e nascimento?

---



---



---

25. Marque com um X, nas opções abaixo aquelas que você considera ser ação promotora de ambiência adequada a parturiente:

	Sempre	As vezes	Raramente	Nunca	Opção da mulher
Escuta ativa					
Acolhimento					
Assegurar privacidade					
Acompanhante de escolha					
Regulação de temperatura					
Música					
Aromaterapia					
Penumbra					
Contato com a água					
liberdade de movimento					
Liberdade de posição					
Liberdade de expressão					
Redução de sons e ruídos					

26. Como você considera o espaço físico da sua unidade: adequado ou inadequado a ambiência a parturiente? Por que?

---

27. Gostaria de comentar algo relativo a ambiência adequada para parturientes, não contemplado nesse questionário? Apresente seus comentários

---



---



---

## 7.2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE,  
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA – EEAAC, PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO PROFISSIONAL DE ENSINO NA SAÚDE: FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR PARA O SUS.

**Título da Pesquisa: SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA PARTURIENTES: ESTUDO DESCRITIVO DA AMBIÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO INTRA-HOSPITALAR**

Pesquisador Principal: Anna Christina de Almeida Porréca e-mail: [annaporreca@hotmail.com](mailto:annaporreca@hotmail.com) Tel.: (21 ) 98444-3585  
Orientador: Helen Campos Ferreira e-mail: [helen.campos@gmail.com](mailto:helen.campos@gmail.com) Tel.: (21) 996280921

Este documento que o Sr (a) está lendo é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e contém explicações sobre o estudo. Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade), deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo. O Sr (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa intitulado “SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA PARTURIENTES: ESTUDO DESCRITIVO DA AMBIÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO INTRA-HOSPITALAR” que tem como objetivos específicos: Levantar os aspectos essenciais dinamizadores da sistematização da ambiência adequada intra hospitalar para a parturiente e família no parto e nascimento; Identificar como os enfermeiros obstétricos atendem a parturiente no parto e nascimento e percebem a ambiência propícia para a evolução da fisiologia da mulher; Correlacionar as ações promotoras da sistematização da ambiência ao parto e nascimento com as bases teóricas que norteiam a prática dos enfermeiros obstétricos e Elaborar instrumento assistencial que facilite a sistematização do cuidado relativo à ambiência a parturiente no parto e nascimento. A sua escolha para participação na pesquisa deve-se ao fato de o Sr (a) ter (ou ter tido) participação direta na questão da ambiência para o parto da mulher e família. Ao participar desta pesquisa o Sr (a) será convidado a responder um questionário online acerca da temática e contribuir para a construção de um instrumento que facilite a ambiência a parturiente. Sua participação é voluntária e a qualquer momento poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador (a) ou a instituição em que desenvolve suas atividades. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa, inclusive através do telefone do pesquisador e, se necessário, através do telefone do Comitê de Ética do HUAP (21) 26299189). Haverá construção de um instrumento junto aos participantes com fatores que consustituem a ambiência intra hospitalar. O pesquisador fará a restituição dos dados obtidos aos participantes, para validação dos mesmos, e permitirá a continuidade dos debates e reflexões se assim desejarem. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído por um pseudônimo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa. A participação neste estudo não traz complicações legais e os procedimentos adotados obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução Nº. 466/2012 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Os possíveis riscos associados a sua participação, referem-se a sentir algum desconforto emocional durante as respostas. Este desconforto será minimizado, pelo pesquisador responsável, ou orientador, e lhe será assegurado o direito de interromper sua participação ou sugerir pausas a fim de garantir que se sinta confortável na condição de participante da pesquisa. Ao participar desta pesquisa o Sr (a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, a pesquisa traz como benefício, a oportunidade dos participantes realizarem debates e reflexões sobre a prática da ambiência e espera-se impactar, positivamente, nas ações de atenção obstétrica da instituição em questão e no perfil do profissional de enfermagem obstétrica. O pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos em revistas e eventos científicos. O Sr (a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Os participantes desta pesquisa, e comunidade em geral, poderão entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HUAP. Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) são compostos por pessoas que trabalham para que todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos sejam aprovados de acordo com as normas éticas elaboradas pelo Ministério da Saúde. A avaliação dos CEPs leva em consideração os benefícios e riscos, procurando minimizá-los e busca garantir que os participantes tenham acesso a todos os direitos assegurados pelas agências regulatórias. Assim, os CEPs procuram defender a dignidade e os interesses dos participantes, incentivando sua autonomia e participação voluntária. Procure saber se este projeto foi aprovado pelo CEP desta instituição. Em caso de dúvidas, ou querendo outras informações, entre em contato com o Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (CEP FM/UFF), por e-mail ou telefone, de segunda à sexta, das 08:00 às 17:00 horas: E-mail: [etica@vm.uff.br](mailto:etica@vm.uff.br) Tel/fax: (21) 26299189.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito. Niterói, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(nome e assinatura da testemunha 1, quando for o caso)

\_\_\_\_\_  
(nome e assinatura da testemunha 2, quando for o caso)

## 8 ANEXOS

## 8.1 Carta de Anuência da unidade de saúde

**CARTA DE ANUÊNCIA  
UNIDADE DE SAÚDE**

O Hospital da Mulher Mariska Ribeiro da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: A SISTEMATIZAÇÃO DA AMBIÊNCIA NO CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA PARTURIENTES: ESTUDO DESCRITIVO DA ASSISTÊNCIA NO ATENDIMENTO PERINATAL HOSPITALAR sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) Anna Christina de Almeida Porréca, do programa de Mestrado Profissional de Educação na Saúde da Universidade Federal Fluminense, sob Orientação da Professora Doutora em Enfermagem Helen Campos Ferreira.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Co-participante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS/MS nº: 466/2012 e o projeto somente poderá iniciar nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ. Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

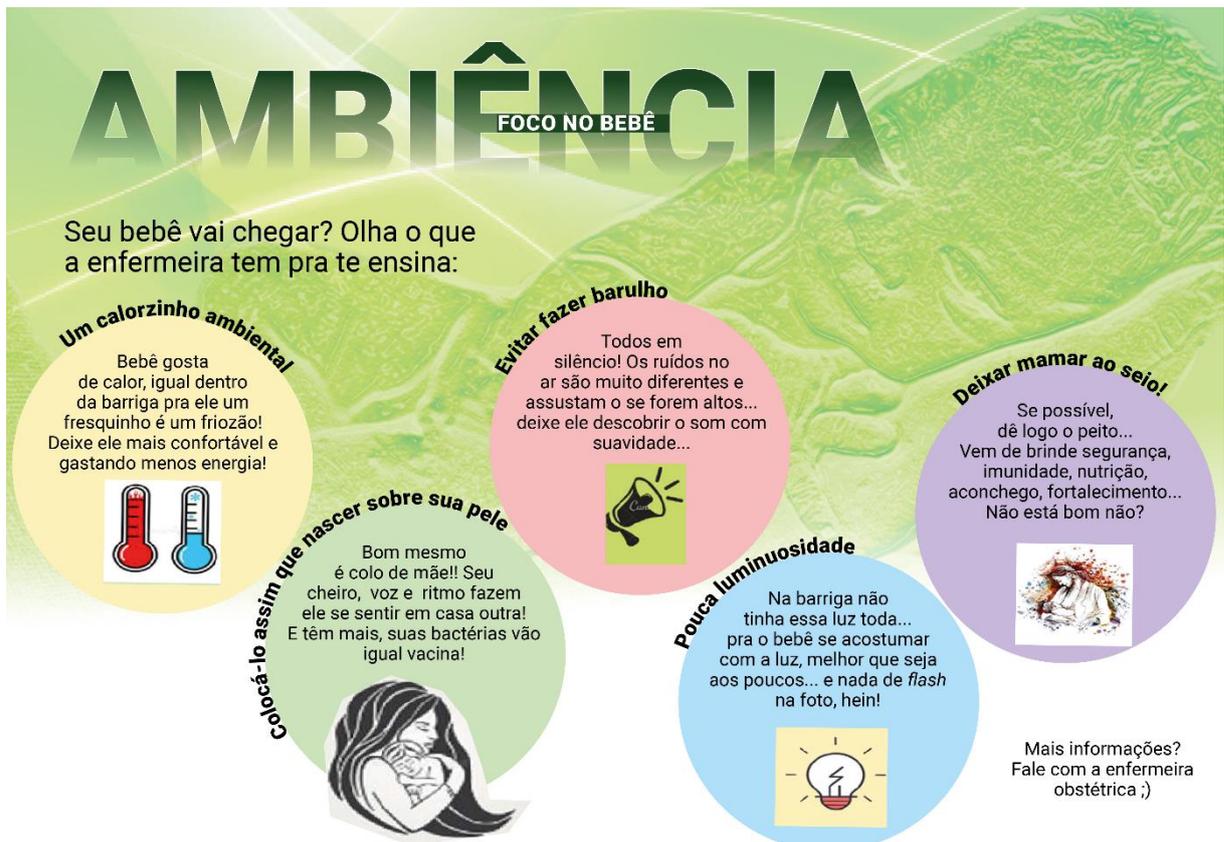
No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Rio de Janeiro, 30/07/2019.

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

**Laura Osthoff**  
Diretora Geral  
HMMR  
CRM 52 36030-5

8.2 Infográficos: versão final da arte após padronização com designer



# AMBIÊNCIA

PARA A PARTURIENTE

Saiba as dicas da enfermeira obstétrica que estão sempre no plano de cuidados pra você ter a melhor ambiência no parto

## Posição e movimento

- Se manter ativa no parto ajuda a ter menos dor e é mais rápido, confie na sabedoria da Natureza deixe seu corpo falar o que ele quer!



## Conforto

- Temperatura da sala, iluminação, temperatura do banho, cavalinho, massagem, bola, banqueta... **Estamos prontos para te atender!**



## Sons e silêncio

- Você pode pedir silêncio a equipe, gritar, cantar, gemer, orar, ouvir música... **Este é o seu momento!**



## Acompanhante

- Toda parturiente tem direito a um acompanhante de sua escolha. **A chegada de seu bebê merece ser compartilhada com quem te dá carinho, apoio e confiança!**



## Conte sempre com a enfermeira obstétrica

- Nós entendemos quão intenso é parir, estudamos para cuidar de você, nos conte suas necessidades e embarque nessa viagem!



# COFEN E A ENFERMAGEM OBSTÉTRICA APRESENTAM:

Sabe o que é necessário para sistematizar a ambiência no plano de cuidado?

## 1 Trabalho em equipe

- Procure saber a missão, filosofia e objetivos da Enfermagem de sua instituição.
- Entenda as potencialidades da sua equipe e do espaço físico do seu setor.
- Utilize os protocolos e impressos usados na SAE em sua instituição.



## 3 Acolhimento e escuta ativa

- Interação empática e sensível nas relações de cuidado, favorecem o estabelecimento de confiança profissional/cliente, auto-confiança e empoderamento da mulher, auto-cuidado, construção compartilhada do plano de cuidados.

## 4 Tecnologias leves para relaxamento e alívio da dor

- Práticas como: contato com a água, massagem, ajuste de temperatura ambiente, luz, aromaterapia, meditação exercícios respiratórios e música tem um resultados positivos no desfecho do parto.

## 5 Disponibilize uma PPP e o que mais for necessário

- Através do registro de seus diagnósticos de enfermagem e seu plano de cuidados toda a equipe vai ficar sabendo do que a parturiente precisa!

## 2 Teoria aplicada a prática!

- Entenda os efeitos de uma ambiência favorável para quem você cuida! Escolha teorias de enfermagem para aplicar no seu processo de enfermagem.



A sistematização oferece sucesso quando o plano de parto e o direito ao acompanhante são respeitados.

