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

ANNA CHRISTINA DE ALMEIDA PORRÉCA

AMBIÊNCIA INTRAHOSPITALAR PARA O PARTO E NASCIMENTO: Infográficos facilitadores para a Sistematização da Assistência de Enfermagem

NITERÓI
2019

ANNA CHRISTINA DE ALMEIDA PORRÉCA

AMBIÊNCIA INTRAHOSPITALAR 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. 117p. Dissertação (Mestrado em Ensino) – Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2019.

AMBIÊNCIA INTRAHOSPITALAR 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:

.....

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

.....

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

.....

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

.....

Profa. Dra. Maysa Luduvice Gomes (1ª Suplente)
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

.....

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

Niterói

2019

Dedico esta obra a todas as mulheres da minha vida
na esperança que ela contribua para um mundo
melhor para elas e suas famílias.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente à Deus que me guiou 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 a 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.

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, Alessandra, Lili, Eveline, Marcella, Michele Quaresma, Lucas, meus colegas de turma e toda a equipe docente do MPES. Homenagem especial merece a minha mãe, que com sua vida complicada cheia de provações e na privação de viver o ato sublime de parir me ensinou muitas coisas.

As minhas colegas/parceiras/irmãs/companheiras de todas as horas enfermeiras obstétricas plantonistas, professoras do DEMI/UFRJ, os acadêmicos de enfermagem, os aprimorandos e as 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.

As 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 autores que participaram dessa construção, publicando seu conhecimento.

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 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 estabeleceu-se: Elaborar infográficos facilitadores da Sistematização da Assistência de Enfermagem relacionados a ambiência favorável a 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 a 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 a parturiente em determinada maternidade pública da zona oeste do Rio de Janeiro, pertencente à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Em relação a concepção sobre ambiência favorável ao parto e nascimento fisiológico, os participantes na formação não foram apresentados a temática; reconhecem ações que contribuem para essa ambiência, porém essas se encontram assistemática. Muito embora Florence Nigthtingale, 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 as boas práticas assistenciais invocando o espaço social na interação dos seres humanos e, as dificuldades relacionadas a ambiência, apresenta-se então 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 warm, resolute and human attention. In this perspective, obstetric nurses attending parturients should also be supportive of decision-making regarding the favorable ambience for birth of a physiological evolution. The aim of study is the systematization of obstetric nursing care related to the in-hospital environment of the parturient in humanized care, in the prepartum, delivery and postpartum (PDP) model.. As the objectives are To elaborate infographics facilitating the Nursing Care Systematization related to the environment favorable to parturient in childbirth and physiological birth; to raise the dynamizing essential aspects of the systematization of the favorable environment, in-hospital, for the parturient in childbirth and birth of physiological evolution; describe the perception of obstetric nurses about the favorable environment for the physiological evolution of childbirth and birth; identify the actions developed by the obstetric nurse on the favorable environment in the prepartum, delivery and postpartum (PPP) model and correlate the perceptions and actions of obstetric nurses that promote the environment favorable to the parturient and allow the triggering of childbirth and birth physiological. It was decided to use the action research as a method and a descriptive, exploratory and qualitative study was designed. The participants were 20 obstetric nurses, who answered the online questionnaire and were involved in the care of parturient women in a certain public maternity hospital. from the west of Rio de Janeiro, belonging to the Municipal Health Secretariat of Rio de Janeiro. Regarding the conception of a favorable environment for delivery and physiological birth, the participants in the training were not presented the theme; recognize actions that contribute to this ambience, but they are unsystematic. Even though Florence Nigthtingale, with her environmentalist theory, is grounded in this systematization, other theorists can be used as well. 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, present the unpreparedness of the professionals, the absence of material and human inputs and the context. current political 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. 18
1.3 OBJETIVOS, p. 18
1.4 RELEVÂNCIA, p. 19
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. 41
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DO ESTUDO, p. 51
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO, p. 67
4.1 CARCTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES, p. 67
4.2 COMPREENDENDO AMBIÊNCIA FAVORÁVEL COMO CUIDADO À PARTURIENTE, p. 70
4.2.1 A concepção e a composição de ambiência, p. 72
4.2.2 A construção da ambiência favorável, p. 77
4.2.3 Dificuldades da Sistematização da ambiência, p. 80
4.3 SISTEMATIZANDO A AMBIÊNCIA NO CUIDADO A PARTURIENTE, p.85
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS, p. 102
6 REFERÊNCIAS, p. 104
7 APÊNDICES P.113
7.1 QUESTIONÁRIO PARA AS PARTICIPANTES P.113
ANUENCIA DA UNIDADE P.116
7.3 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDOP.117

LISTA DE QUADROS

1 Relativo à pesquisa na literatura, p. 23

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

Na formação profissional da área da saúde estuda-se sobre o cuidado relativo aos grupos sociais e suas respectivas demandas. Uma delas refere-se a saúde sexual e reprodutiva na qual destaca-se, para esse estudo, as mulheres no ciclo grávido-puerperal, o parto fisiológico e suas circunstâncias. Contudo, muito das 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, auto piedade, conflitos situacionais, dúvidas e inseguranças, distrações, falta de privacidade, vergonha, excesso de toques vaginais, expectativas, internação precoce, preocupações, conversas excessivas (incluindo perguntas), ambiente muito iluminado, barulhento. Sobre esse aspecto emerge a temática referente a implicação da ambiência como cuidado à parturiente para o trabalho de parto, parto e nascimento (BALASKAS, 2016).

Portanto, no que se refere a formação de especialistas, na atenção obstétrica, tal aspecto fica valorizado, 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 tem 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 que favorecerá o trabalho de parto. Para 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 o que demanda produção de leite; o hormônio adreno – corticotrófico (ACTH) em reposta 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 a 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, durantes as consultas com os profissionais pré-natalistas. Guerra (2016) ao estudar narrativas das mulheres sobre o cuidado pré-natal diz que elas informaram haver descontinuidade da atenção pré-natal, por ausência de articulação entre os diversos profissionais envolvidos nessa assistência e, outros profissionais envolvidos no acolhimento intra-hospitalar das maternidades (GUERRA, at 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, 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 que nenhum indivíduo está acabado. Ele deve estudar e acompanhar o movimento dinamizador da assistência que levam às tecnologias de 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. Isso ocorre de maneira assistemática, em conformidade com cada atuação pessoal, profissional e de processo de trabalho institucional (GUERRA, at al 2016).

Porém, o nascimento de um filho é um evento impar na história de qualquer família. Mesmo famílias nas quais existem vários filhos, eles 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 podem 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 colocara Dick-Read (2013). Tal subjetividade e singularidade necessita ser reconhecida pelos profissionais que prestam assistência ao parto e nascimento, que devem ter um olhar diferenciado para esta ambiência na qual imergimos, abruptamente, a parturiente e sua família.

Em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) já falava que os serviços de saúde deviam proporcionar conforto, respeito e ambiência acolhedora, sendo esta, a criação de espaços saudáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas. Entretanto, a definição do conceito ambiência na saúde é publicada em 2004 e 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.

A semântica da palavra ambiência tem sua origem, 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 as peculiaridades culturais, sociais e religiosas etc. (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. Então, implica em 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 privilegia 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 que 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 na atuação dos profissionais.

Tal perspectiva considerada como diretriz na PNH, ampliada no HUMANIZASUS (BRASIL, 2006) posto que 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, etc. Importante também é 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, na 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, a 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 358/2009 o COFEN afirma-se que o Processo de Enfermagem deve estar baseado 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 na avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.

Então, tem-se como pressuposto que a sistematização do cuidado – ambiência favorável – para a parturiente no parto e nascimento fisiológico tem sido observado de maneira assistemática e assíncrona na prestação da assistência. Parte-se de observação empírica do cenário assistencial, na qual emerge que a concepção de ambiência não está adotada, em sua plenitude, pelos enfermeiros, mormente pelos que atuam em maternidades e isso 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 hoje desenvolve teorias relacionadas entre si, descrevendo, explicando, e predizendo suas necessidades. Desta forma, a assistência da enfermagem obstétrica, apesar se concretizar na

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 facilitadores da Sistematização da Assistência de Enfermagem relacionados a ambiência favorável a 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 desenvolvida 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 esvidando 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 e, muitas das vezes promovendo más escolhas das mulheres relacionadas a saúde, que as acolhem como verdade.

Assim é que desde 1996 a 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 com o 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 território nacional regulamentando ações que favorecem a atenção humanizada ao 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-se que aqueles que tem 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 mesmo com evidências científicas

sólidas que apontam alguns procedimentos como inadequados ou ineficazes, ainda os partos atendidos com “procedimentos de rotina” favorecem iatrogênicas e desfechos desfavoráveis.

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

Este estudo pretende 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 norteada pelo modelo tradicional, biologicista, hospitalocêntrico e médico-centrado cuja prática especializada traduz-se em exercícios profissionais que fragmentam o cuidado em saúde (CECCIM at 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.

A proposta fala da adequação de espaço, promovendo o desenvolvimento dos mecanismos fisiológicos para o parto e o nascimento, o acolhimento às gestantes e a condução da assistência ao parto e nascimento, que garantam os direitos da mulher e da criança e atendam às políticas e legislações vigentes. A adequação da ambiência nos espaços físicos das maternidades/hospitais refere-se às reformas e às ampliações 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, com a implementação do acolhimento, da classificação de risco, dos quartos PPP e dos alojamentos conjuntos garantindo conforto e privacidade para mãe, acompanhante e bebê.

As experiências para 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 at 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 ambiência próprio da enfermagem obstétrica. A articulação de saberes das tecnologias leves de cuidado e a ambiência 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, sendo assim, há 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 vinculo e se dá de forma direta a cliente. Soma-se a isso a recomendação do Ministério da Saúde que coloca que 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).

Na construção de 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 (http://www.rio.rj.gov.br/web/sms, 2019). Mas, sua missão é assistência obstétrica humanizada sem o perfil de ensino-assistencial. Contudo, hoje, as enfermeiras obstétricas que atuam no Centro de Parto Normal Intra-hospitalar desenvolvem preceptoria para futuros especialistas em enfermagem obstétrica do PRONAENF.

A preceptoria caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos profissionais de saúde residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, exercida 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 a população e ao mesmo tempo fornecer condições de formação com princípios científicos atrelados as 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 em sistematizar a ambiência para a parturiente e família e, ao mesmo tempo, formar profissionais especialistas com tal conteúdo técnico- científico.

No universo de trabalho da unidade cenário do estudo, apesar dos profissionais entenderem sobre quais exercícios de mobilidade corporal favorecem o parto, oferecerem liberdade de movimento e aplicam terapias complementares para alívio da dor e promoção de conforto a parturiente. Mas, muitos outros, não observam quais elementos da ambiência fazem parte desse modelo assistencial, sendo fundamentais para 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.

Compreender a implicação da ambiência no evento fisiológico parir/nascer acredita-se que 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 menos 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 pode servir de base para atividades educativas para o preparo desta mulher ao longo da gestação.

O presente estudo também contribuirá para os profissionais que atendem ao parto e nascimento, dentro de uma perspectiva humanizada, estejam mais atentos às necessidades subjetivas de cada parturiente, visto que a sistematização do cuidado relativo à ambiência adequada favorece as relações entre os sujeitos participes do processo, aumentando a sensação de segurança e autonomia da mulher durante seu processo de parir e ao desencadear da 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 experiência do nascimento seja positiva para ela e 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 uns anos, opressor e limitante. Não fui informada do que iria acontecer-me durante a hospitalização e nem pude compartilhar decisões em relação aos procedimentos que foram realizados no meu corpo. O ambiente era hostil, semelhante ao de um “centro cirúrgico”: poucas palavras, solidão, um universo não familiar, ninguém para mediar meus medos, causando-me insegurança e, a postura dos profissionais, do que estava instituído na instituição como processo de trabalho, corroborou para manutenção desses sentimentos.

Anos após esta experiência e com formação profissional, na qualidade de enfermeira, fiz 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.

Durante a vida profissional, na assistência obstétrica, inseri-me como preceptora de residentes de enfermagem, agora como preceptora. Tal atividade faz-me refletir sobre a formação pedagógica fornecida ao grupo de especialistas implicado na qualificação de enfermeiros para a atenção obstétrica. Muitas das vezes, os profissionais estão tão focados na atuação com habilidades de saber-fazer e não atentam aos aspectos da ambiência, tais como: luminosidade, sons e silêncios, temperatura ambiental, elementos assustadores (sons e rangidos de rodas de macas) expostos no ambiente hospitalar que é comum e familiar ao profissional. Contudo, incomum, não reconhecido e assustador aos demais que ali vão uma única vez – a mulher para parir e a família para apoiá-la e, isto pode repercutir negativamente no estado emocional da gestante, seu acompanhante e família.

Em pesquisa preliminar em bases científicas, após consulta aos descritores do DECS, identifica-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 serem 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 sinótico acerca das produções obtidas, ressaltando que foram excluídas as obras que demandavam custo, estavam repetidas e não aderente a temática ou aos objetivos propostos, sendo o período temporal da busca em dezembro de 2018.

1- Quadro relativo a pesquisa na literatura

Resultados da busca de artigos nas bases de dados eletrônicas								
Descritores	BVS Salud						Scielo	total
	Medline	Lilacs	Bdenf	Ibecs	Colecio 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 a ambiência obstétrica nas obras. Portanto, sentiu-se necessidade de estudar tal temática tendo em vista que a atenção obstétrica vem se modificando e no que se refere a parturientes ela é fundamental para 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 formação profissional em ensino na saúde, desenvolvendo métodos pedagógicos e tecnológicos inovadores com aplicação no ensino na saúde. Assim, o processo do cuidar a partir do uso de tecnologias que gerem produção de conhecimento e promoção da saúde são adquiridos. Com este estudo pretende-se assistência digna para a sociedade, melhorando a relação profissional-cliente no que se refere à saúde da mulher e a 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 ao 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 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 RESIGNIFICAÇÃO DOS MODELOS ASSISTENCIAIS E A FORMAÇÃO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NO RIO DE JANEIRO

Parir e nascer são eventos intrínsecos a reprodução da espécie humana. Nas ciências da saúde seu estudo foi incorporado em um campo da medicina, a obstetrícia, que se propõe 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 a 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 a saúde.

Tornquist (2002) diz 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 preocupados em minimizar as dores do parto e transformá-lo em um evento mais prazeroso, propondo para isso o uso de técnicas comportamentalistas de controle da dor. Alguns exemplos para a autora são obstetras como Fredérick Leboyer, Michel Odent, e Moysés Paciornik que desenvolveram experiências concretas de preparação para o parto e atenção a parturiente que incorporam essas ideias, divulgando-as a um público composto sobretudo por classes médias intelectualizadas, pelo menos no caso do Brasil.

O Ministério da Saúde (MS) do Brasil, 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, passou a gerenciar todos os assuntos pertinentes a saúde humana no país. Assim, esse órgão começou a estruturar os programas para atendimento as condições específicas das necessidades da população, entre elas o parto e nascimento. E o Ministério da Educação e Cultura a organização das disciplinas que configuram a formação de profissionais, quer de nível médio quer de nível superior.

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, sobre o 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).

Isso significou 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 socias 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 titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz. Segundo esta lei, cabe a 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.

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 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 necessidade de atenção a diferentes aspectos (BRASIL, 2011).

Contudo, muito embora tenha sido um avanço no espaço de atenção à saúde da mulher o PAISM (1984) não deu conta de melhorar o cenário obstétrico e começaram a tomar corpo outros movimentos feministas que visavam mostrar os riscos à saúde de mães e bebês das

práticas obstétricas, inadequadamente intervencionistas. Foi, então, necessário resgatar o nascimento como evento existencial e sociocultural crítico, com profundas e amplas repercussões pessoais e retorna-se 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 a 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. 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, o modelo assistencial era intervencionista, a assistência era de medicalização e o cenário era predominante 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 influenciada pelas experiências da residência médica no país. A primeira formação de enfermeiros nessa modalidade foi em 1961, no Hospital Infantil do Morumbi em São Paulo, se expandindo pra outros programas na década de 1970.

Perante a trajetória socio política e cultural da compreensão de que parir é um processo natural, surge um desafio para a práxis da enfermagem obstétrica: articular os saberes tão distintos, multifacetados e com implicações culturais diversas, nos quais, no movimento de formação pessoal e profissional vem se apropriando ao expandir seu capital intelectual e tecnológico com a prática baseada em evidências, de forma a traduzir em sua prática assistencial os saberes apropriados através das teorias de enfermagem, escolas de medicina e tradições culturais de assistência ao parto.

O conceito de humanização adotado pelo movimento feminista é o de uma 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, vêm incentivar as mulheres a aumentar sua autonomia e poder de decisão sobre seus corpos e seus partos; 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 não era prioritário naquele momento. OMS e o Governo Federal estavam mais focados em 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 3 anos depois a Lei 9.263/1996 que trata do planejamento familiar. No mesmo ano a OMS publica recomendações baseadas em evidencias científicas, traduzido pelas autoridades do MS em 2000 e, publicado como "Assistência ao Parto Normal: um guia prático".

Em 2009 Mouta apresenta como resultado da Eco 1992 a criação da REHUNA afirmando que tal movimento se torna prioritário, para a SMS/RJ na qualificação para a assistência obstétrica com respeito a fisiologia da mulher. Neste contexto, em 1994, foi implantado o Projeto Curicica, posteriormente ganhando 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 ofereça conforto e acolhimento, remetendo a um espaço domiciliar, com cores relacionadas na cromoterapia, chuveiros dentro do pré-parto, banheira para hidroterapia e para parto na água e equipamentos para o parto vertical; em segundo lugar, permitia 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.

Outra grande conquista da enfermagem obstétrica carioca foi a 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.

Contudo, a crescente taxa de cesárias e a falta de adequação ao modelo humanizado almejado não se tornou meta política prioritária, naquele momento. A OMS e o Governo Federal estavam mais focados em 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 3 anos depois a Lei 9.263/1996 que trata do planejamento familiar. No mesmo ano a OMS publicou recomendações baseadas em evidencias 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) e 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 estas 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, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não-intervencionistas.

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 a rede suplementar temos a Lei 9961/2000 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, prazo de duração indeterminado e atuação em todo

o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde, entre elas a obstétrica.

Em 2001 o Ministério publicou documentos normativos de atenção obstétrica, entre eles o "Parto, aborto e puerpério, assistência humanizada a mulher", que versa sobre recomendações assistências 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 na prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Ela envolve todo o processo assistencial a 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).

Em Brasil (2001) em relação ao fato que 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, devem 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 é um evento de construção familiar em nível social e uma transição significativa de ser mulher para mãe a 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 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[14] 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 dá destaque para questões de cidadania e direitos reprodutivos das mulheres.

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. Finalmente, submeteu a referida Política à apreciação da Comissão Intersetorial da Mulher, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Consequentemente em 2003, foi lançada 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.

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.

A proposta elenca que para atender aos princípios de humanização e da qualidade da atenção deve-se levar 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 contra referência 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, com participação da clientela;
> – estabelecimento de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação continuada das ações e serviços de saúde, com 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 em 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)

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 com o objetivo de efetivar o Pacto em questão.

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 corresponsabilidade, entre eles, 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, são obrigados a permitir à gestante o direito a 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.

Este direito, merece um olhar diferenciado por parte de quem cuida, colocando a serviço da família os conhecimentos tecnológicos. Enquanto cliente indireto da assistência a parturiente, cada profissional deve ter sensibilidade para abordar as necessidades biopsicossociais deste acompanhante denotando sensibilidade humana no sentido de ações de cuidado.

Neste período também foi lançado o Projeto Maternidade Segura vinculado ao MS, 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.

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 a assistência obstétrica nacional, como exemplo temos taxas de cesariana de 80 a 90% na rede suplementar e 40 a 50% no SUS, prevalecendo no território nacional.

Com base nisso, 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 e ao parto e pós-parto.

Este Programa, como definido por essa Secretaria, é uma proposta de atenção à gestante que perpassa todo o ciclo gravídico puerperal da mulher, expandindo-se como Rede Cegonha, com base na iniciativa do Governo Federal. O PCC, que teve como base 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.art°7 II) (GRIFO NOSSO).

No sentido de ressignificar e normatizar a constituição ou alteração dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), a Portaria GM n° 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 PCDT vigentes.

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 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 conquiste pela sujeição a formas de ação nem a uma forma-mulher prescrita. A publicação deste caderno apresenta um compilado de aspectos filosófico assistências 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, obstetrizes, educadores perinatais, psicólogos, e doulas, entre outros, na equipe assistencial deve ser promovida, proporcionado uma assistência integral, de acordo com as necessidades da mulher e de sua família.

Nele, está 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.

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 clinico 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.

Carneiro (2015) aponta que por parto humanizado entende-se aquele com 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 pode-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 um plano de ação para erradicar a pobreza, proteger o planeta e garantir que as pessoas alcancem a paz e a prosperidade: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável publicou 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Dentro deles o 3° objetivo, de forma mais específica, refere que até 2030 se deve 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.

O 5° 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 de

assistência a sua saúde sexual e reprodutiva, que é onde encontramos um hiato no sistema de saúde separando a do controle de seu corpo e de suas decisões.

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.

Era então necessário aprimorar os já enfermeiros obstétricos 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 e respeitando os direitos reprodutivos da mulher. O modelo de atenção obstétrica precisava mudar. 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 celebrado entre o Fundo Nacional de Saúde/Secretaria Executiva/Ministério da Saúde., nessa proposta o quesito ambiência ganha destaque e as instituições envolvidas se predispõe a alterar o modelo assistencial da atenção obstétrica.

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 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.

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 obstetriz 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 a ambiência, a diretriz é clara em relação a vantagem de mudar a estrutura física impactando no fluxo de atendimento a 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, com 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 promoção de boas práticas e redução de cesarianas e intervenções obstétricas desnecessárias.

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 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.

A segunda fase do PPA em 8 de março de 2017, com a ampliação de unidades pactuadas ao projeto e uma proposta operacional para até maio de 2019. Foram selecionadas 136 maternidades e 68 operadoras de planos de saúde. Em abril de 2018 a ANS anuncia resultados parciais com os seguintes avanços: Participam do Projeto 127 hospitais e 62 operadoras de planos de saúde, os dados apurados nesta fase (que levam em conta os 90 hospitais que estão cumprindo com todas as atividades obrigatórias do Projeto), apontam que a média de partos normais na população alvo do Projeto é de 47%, o que representa um aumento de 6,3% no período de 12 meses (janeiro a dezembro de 2017). Considerando apenas os 63 hospitais que aderiram ao Projeto na Fase 2, os dados apontam uma média de 50% de realização de partos normais, o que representa um crescimento de 8% no período analisado. 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 manutenção do modelo humanizado de assistência ao parto e nascimento.

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.

As autoridades brasileiras, propõe mais uma iniciativa governamental, em 2018, lançando o projeto Apice On - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia é uma iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com a EBSERH, ABRAHUE, MEC e IFF/ FIOCRUZ, tendo a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) como instituição executora, que se define como uma estratégia de indução e articulação de ações para promover a qualificação de serviços, com foco em hospitais com atividades de Ensino, os tornando 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.

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 cientifico inspirou as gerações seguintes e contribuiu para 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 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 consolidação de práticas relacionadas as 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 são 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 METODO 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 na qualificação do processo assistencial.

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.

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 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 na organização da assistência mas não contempla sozinho, a amplitude gerencial que a sistematização requer. O COREN-BA (2016) apresenta fluxograma para exemplificar os elementos essenciais para estruturação da SAE, dividindo os em 3 eixos a serem observados:

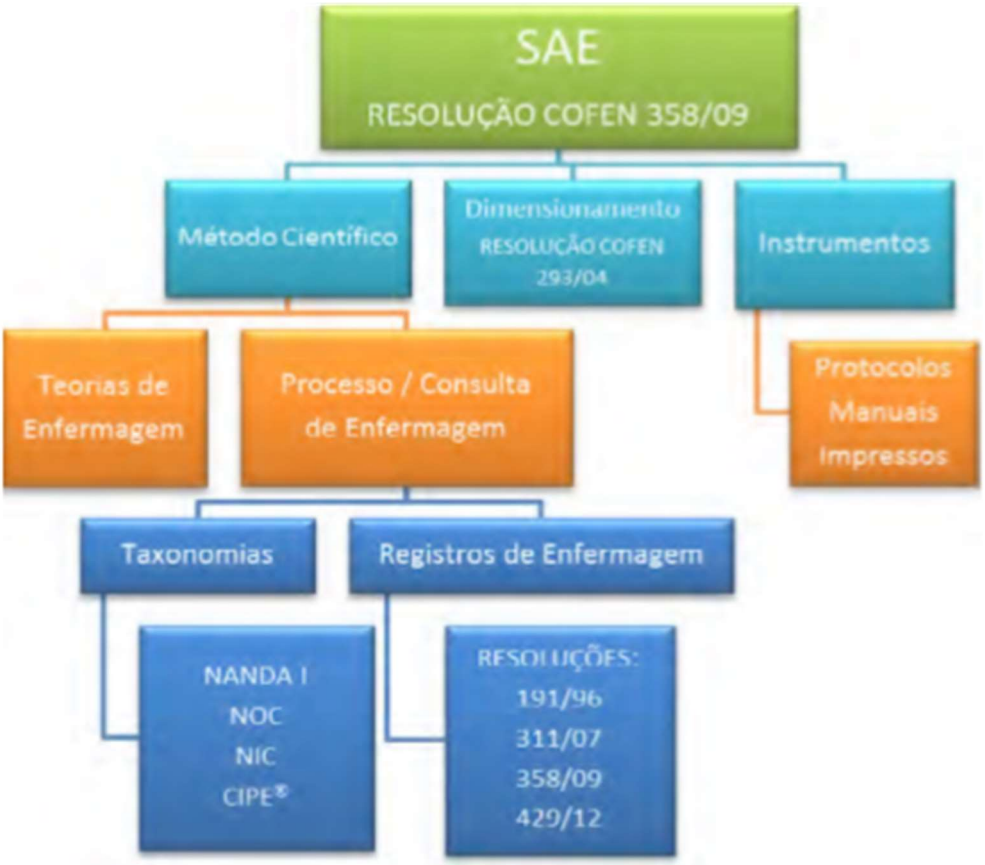


Figura 01: A SAE conforme definição da Resolução[5] COFEN 358/2009.

O que está demonstrado acima, aponta que para a SAE funcionar como se espera há 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, que foi revogada pela resolução COFEN 543/2017, traçou-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 execução das ações de enfermagem. Tais parâmetros incluem o quantitativo de enfermeiros obstétricos previstos para atendimento adequado a clientela, mas as instituições não trabalham com atendimento a essa normativa revista e elaborada em 2019.

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.

Para 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, sensibilizar toda a equipe para a implementação da SAE, definir a missão, filosofia e objetivos do serviço de enfermagem da instituição, preparo intelectual (teórico) da equipe de enfermagem, definir 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. Pode-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 é hierárquica	A tecno medicina é contrabalançada	Autoridade e responsabilidade inerente 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 ênfases 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
Se vê a morte como fracasso	A morte como uma possibilidade aceitável	Morte como uma etapa do processo
Acredita se na hegemonia tecno-médica	São mais conservadores e mantêm a mente aberta à conexão mente-corpo	Foco 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 a sujeito, dando-lhe direito a 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 está 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. No caso da enfermagem é o conjunto dos quatro conceitos principais usados que fundamentam sua prática: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem.

Sendo estes os elementos básicos para 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 e sim 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 teoristas, posições filosóficas, posturas e condutas que dão sentido às ações e cuidados de enfermagem, sistematizando a assistência.

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

- Florence coloca 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 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 presenta os aspectos energéticos, nos quais os seres humanos são unitários e indivisíveis. Sob esta perspectiva, homem e ambiente são matéria e energia em intercambio continuo 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, 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, ele lida com os ritmos da pessoa à medida

que vivem 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, refere ser as ações deliberadas as que irão suprir a ajuda solicitada pelos clientes. Já Horta, fundamentada nas necessidades humanas de Maslow, traz as ações para a satisfação de necessidades bio-psico-socio-culturais 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 a 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 a continuar a vida, o crescimento, o desenvolvimento e a manutenção da integridade humana. Para tanto, faz-se necessário que o indivíduo mantenho o controle de fatores humanos e ambientais. Quando isso não acontece, 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 arcabouço teórico para sustentar as práticas tanto humanísticas quanto holística, de acordo com a necessidade do cuidado prestado, a Teoria de Enfermagem Ambientalista de Florence Nigthtingale é a que mais se adéqua ao objetivo proposto - cuidado relacionado a ambiência à parturiente no parto e nascimento.

As ações mais comuns desenhadas em protocolos assistenciais para o enfermeiro obstétrico são aquelas 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 confortabilidade 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 predição de baixa luminosidade para assegurar conforto a parturiente no momento do parto e nascimento.

No que se refere as boas práticas de manter o 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, podem 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 para todos os tipos de parto apresentou-se acima de todos os limites recomendados pelas normas e organizações nacionais e internacionais decorrentes de: conversa da equipe dentro da sala, os diálogos estabelecidos entre os profissionais, no corredor do centro obstétrico, os 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 a atenção que tiveram 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 relativas ao ambiente físico, que aquando 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 a singularidade do cliente "é essencial" na prevenção de doenças (LEOPARDI, 1999, p. 71).

Na pesquisa acerca das tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica fundamentas pela teoria ambientalista de Florence Nightingale (MACEDO et al., 2008) apresentam a correlação dos pressupostos da teórica, relacionados ao empoderamento feminino, o respeito a 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 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.

Ao longo dos últimos anos a enfermagem obstétrica vêm 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 a 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 as enfermeiras obstétricas e tem-se como proposta a ambiência favorável à mulher e família.

No Manual de Orientações para Elaboração de Propostas da Rede Cegonha (2012) encontra-se um capítulo inteiro destinado a 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 a 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, disponibilizar bolas de Bobat, escadinhas de Ling, cavalinho, banheira e /ou chuveiro com água quente, entre outros.

Com isso, a assistência deixa de ser tão 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 acesso facilitado as 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) diz que é 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 das vezes mediam o processo de cuidar para humanização da assistência ao parto, como ações promotoras da ambiência favorável a 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 do durante o trabalho de parto. Sistematizar essas ações é papel do enfermeiro obstétrico.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DO ESTUDO

Este estudo encontra-se 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 com a concordância e anuência dos dirigentes da unidade conseguimos coletar os dados.

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. Apresentamos 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[4-6].

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 Hospital Maternidade Mariska Ribeiro que a sistematização do cuidado para a parturiente relacionada a ambiência adequada é observada timidamente pelos profissionais enfermeiros que assistem a parturiente e família no parto e nascimento fisiológico, embora alguns recursos de planta física e insumos estruturais sejam existentes, o processo de cuidado implica-se nessa desatenção.

2) **Levantamento dos dados pertinentes**: o tema da pesquisa foi definido a partir de um problema prático e da área de conhecimento a ser abordada. Tênue 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. 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, e 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 definide 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 a 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 responderem questionário *on line* 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, consequentemente, as estratégias de compreensão e intervenção. Esta fase compreende a análise dos dados levantados para a construção de estratégia de ação que promova a adesão dos profissionais no que se refere a sistematização do cuidado com a ambiência para o parto e nascimento em foco. Percebeu-se múltiplas concepções e fragilidades que necessitam ser esclarecidas e alinhadas para posteriormente trabalhar-se uma conduta teórica de enfermagem identificaria 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 a 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, 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, que está 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 as mulheres consideradas de "risco habitual" para partos. A equipe é composta por 18 enfermeiros obstétricos e 18 residentes

de enfermagem obstétrica no total, três por plantão. Nos partos de “alto risco” o plano de cuidados tem construção de forma compartilhada por médicos obstetras e enfermeiros obstétricos, 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 grande impacto no que se refere a **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 da enfermagem obstétrica dos últimos cinco anos deram subsídios para fundamentar como se dá, efetivamente, as práticas relativas ao cuidado “ambiência”. A partir do que emergiu do grupo de participantes se propôs a construção de infográficos instrutivos a clientela e aos profissionais que visem a observância da ambiência como instrumentos que facilitam a sistematização, o planejamento e registro de ações pertinentes ao cuidado adequando da ambiência em conformidade om as necessidades da parturiente. Tais instrumentos serão testados em seus níveis de compreensão e comunicação e validados 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, 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 obstétricos** que atuam ou tenham atuado na assistência ao parto e nascimento na referida unidade. Foram excluídos os profissionais impossibilitados de acessar as mídias digitais, os não localizados e os que a época da coleta de dados estavam em licenças de saúde sem possibilidade de acesso digital.

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

Cabe ressaltar que para este estudo tornou-se indispensável, também, 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 tem-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 a parturiente.

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

> 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.

Para essa autora 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, 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 a escolha de unidades de registro, ou seja, é o recorte que se dará na pesquisa. Uma unidade de registro significa uma unidade a ser codificar, podendo esta ser 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 escolheu-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 que é o alicerce para assegurar ações promotoras de boas condições de parto e nascimento para as mulheres.

Após construção dos dados referentes a composição dos infográficos a criatividade nos 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 à 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 a construção da ambiência levantados no estudo.

Através dos dados identificou-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 Módolo (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.

Destaca-se, também, que 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 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 as desvalorizam ou desrespeitam.
- 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 são estimuladas 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 reflexão desses problemas é a comunicação e o infográfico se constitui numa 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, com de avaliação de experts doutores em enfermagem obstétrica que avaliaram e qualificaram o processo da dissertação, tornou-se possível outros 04 modelos finais que, possivelmente, ainda serão submetidos ao profissional de *web designer* para posterior registro de propriedade autoral.

Infográfico para as parturientes

Seu objetivo é sensibilizá-la ao ser admitida na sala de parto, para facilitar a construção do cuidado compartilhado e no caso de esquecimento de esclarecê-la quanto aos seus direitos, ser instrumento de empoderamento para um parto ativo.

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

Infográfico para os profissionais que atuam em sala de parto

Tem objetivo de lembrar ao enfermeiro obstétrico os itens constitutivos da ambiência. Amarelo foi a cor escolhida por estar associada no senso comum a atenção (usado no semáforo e comércio nesta intenção). Este infográfico vem organizado didaticamente em nove passos, estratégia utilizada com freqüência para a memorização. As imagens são coloridas e lúdicas, todas relacionadas ao conteúdo, mas suavizando seu impacto. Por último inseriu-se uma frase de impacto afetivo para dar significado a essas ações de forma humanizada.

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 aos profissionais que atuam na assistência ao RN sobre suas necessidades em relação a construção do cuidado ambiência.

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

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

Prevalece 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 explicitar à gestante seus direitos, estimular produção do plano de parto, sensibilizar para aspectos pertinentes a construção da ambiência para parturiente, sugere a reflexão sobre utilizar o espaço da visita cegonha para esclarecimentos sobre esses aspectos.

Refinamento de ideias para utilização na assistência junto à parturiente.

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 protege-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 doi 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 da junto: 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 oque há de melhor para ele no mundo, SUA DEDICAÇÃO!!

Mais informações?
Fale com a enfermeira obstétrica ;)

Refinamento de ideias para utilização na assistência junto à enfermeira obstétrica

Refinamento de ideias para utilização na assistência junto à enfermeira obstétrica

Refinamento de ideias para 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, intra-hospitalar, para a parturiente no parto e nascimento de evolução fisiológica, contamos com 25 enfermeiros que se enquadravam nos critérios de inclusão, porém 20 aceitaram, voluntariamente, participar do estudo, apenas 01 era do sexo masculino. A faixa etária variou de 26 a 59 anos, e a prevalente em seis delas tinham 30 anos.

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

Atribuímos este fato ao contexto sócio histórico da profissão nos país que, apesar de engajado para atender o 5° objetivo para um mundo sustentável da OMS que contempla igualdade de gênero, ainda guarda muitas características de patriarcado nas relações sociais e profissionais, afastando os homens deste campo assistencial.

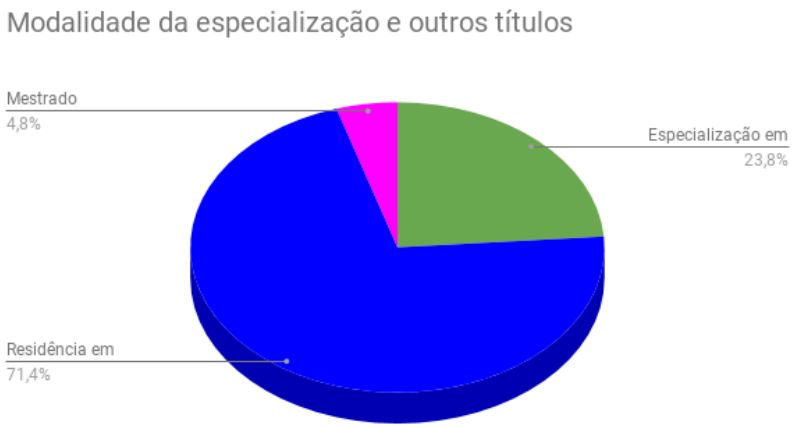
Quanto a formação, todas eram especialistas em enfermagem obstétrica, atuavam no Centro de Parto normal na instituição, sendo 15 delas com formação de pós-graduação na modalidade de residência e 5 por outros modelos de cursos de pós-graduação - especialização. Apenas uma tem mestrado e nenhuma com título 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)

Como a Unidade participou da ampliação dos programas de residência em enfermagem obstétrica isso implicou na 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 pesquisada o que proporcionou um salto qualitativo na atuação destas especialistas, pois o campo favoreceu a aprendizagem significativa, a articulação teórico pratica, o olhar crítico reflexivo sobre os recursos disponíveis e as diferentes forma de aproveita-los nas ações de cuidado. A produção de capital cientifico para a própria instituição e a incorporação da práxis com diferentes exemplos de quem já tem experiência atuando nesta esfera de cuidado.

2 Gráfico



Fonte: Elaborado pela autora, 2019

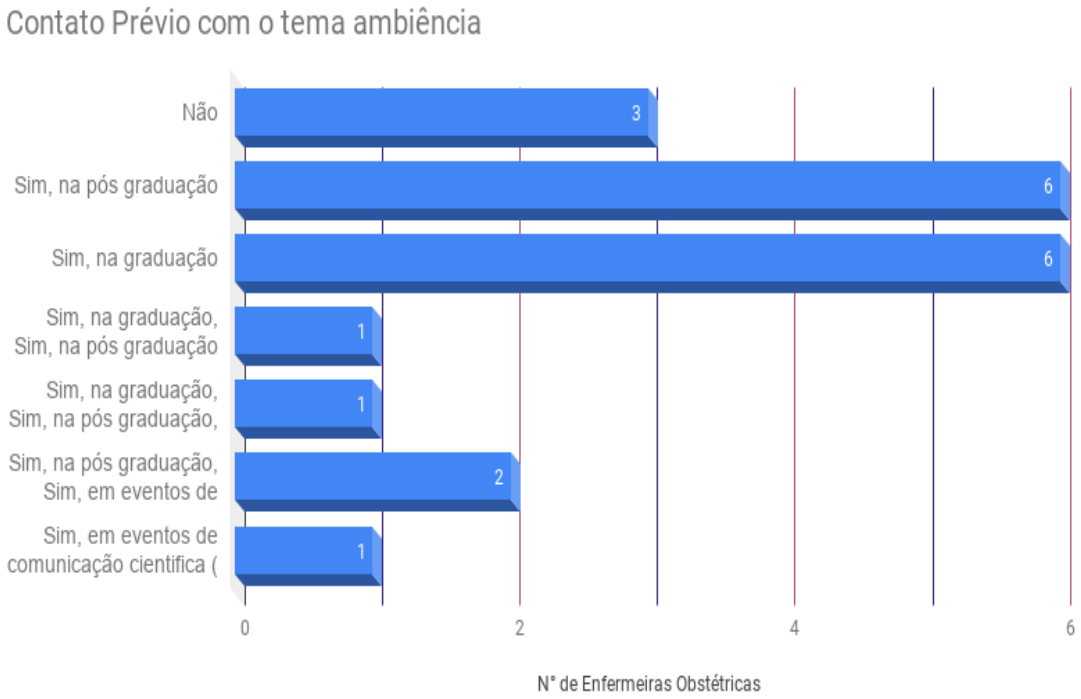
No que se refere à atuação, prevalece no grupo, enfermeiras obstétricas experientes que já possuem a vivência deste tipo de assistência há 5 anos ou mais. As demais têm tempo de atuação variado, mas todos guardam experiência assistência à parturiente no parto e nascimento após a conclusão de sua formação.

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 a parturiente, de risco habitual, apenas por enfermeiras obstétricas. Tal dado nos permite inferir que o grupo tem experiência na atuação e já vivencia de alguma forma ambiência à parturiente e família.

Em relação ao tempo de atuação, 14 delas estão lá há 05 anos, 03 há dois anos 02 há um amo 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



Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Observa-se que 03 referiram nunca ter tido contato 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 cientificas e isso reflete a necessidade de formação continua para melhoria e desenvolvimento do profissional nessa área de conhecimento.

Em relação à temática ambiência na saúde, 08 afirmaram ter sido na graduação e 10 na pós-graduação, as demais em eventos científicos. 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 se, não se tem constructo elaborado que dê sentido às ações de enfermagem que se realiza.

Balaskas (2017) explica 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 AMBIÊNCIA FAVORÁVEL COMO CUIDADO À PARTURIENTE

Ao descrever a percepção dos enfermeiros obstétricos acerca da ambiência favorável para a evolução fisiológica do parto e nascimento, 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 busca nas bases de dados eletrônicos 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 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.

Buscou-se textos com os seguintes descritores: “enfermagem obstétrica”, “serviços de saúde materno-infantil”, “política de saúde”, “cuidado de enfermagem”, “parto humanizado” e, definiu-se como critérios de inclusão: Consonância com o objetivo proposto, textos na língua portuguesa, no período temporal de 2014 a 2019, excluindo-se material não disponível na internet, os repetidos e os que apresentassem custo a pesquisadora.

Tal intento encontrou 27 produções, que após leitura e análise textual, apenas 10 textos estavam compatíveis com os objetivos e temática proposta desse estudo. Os dados foram compostos em formulário discriminando-se: os autores, os objetivos, as metodologias, os resultados e as conclusões realizadas.

A prevalência dos registros dos autores, nos artigos selecionados, acerca da temática ambiência, aponta: 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". 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 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 conquiste pela sujeição a formas de ação nem a uma forma-mulher prescrita (BRASIL, 2014).

A publicação deste Caderno apresenta um compilado de aspectos filosófico assistências 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, obstetrizes, educadores perinatais, psicólogos, e doulas, entre outros, na equipe assistencial deve ser promovida, proporcionado uma assistência integral, de acordo com as necessidades da mulher e de sua família ((BRASIL, 2014). Nele, está 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, conforme corrobora Carneiro (2015).

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 ao 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 a sua volta, tudo que te 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

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. Mas, o processo de comunicação, as relações de trabalho e a comunicação remete ao eixo do espaço social. Esse último se encontra atrelado a construção de cuidado, conforto, segurança, confiabilidade e respeito às escolhas no processo relacional de cuidado compartilhado.

Esses itens cima citados e acrescido da interação entre sujeitos, elementos energéticos/espirituais, confiabilidade e segurança, nos fala da 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).

Quanto ao espaço físico para atendimento a parturiente, se preconiza 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 tempo-espaço 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 a 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 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 a parturiente.

Horta (1979) aponta como as teorias de enfermagem podem contribuir para a percepção do enfermeiro e instrumentaliza-os 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) 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 as competências e sistematização das ações de enfermagem as teóricas se dedicaram a entender como esse processo interativo implica na manutenção da saúde.

King traz, por exemplo, que o ambiente é o pano de fundo para as interações humanas e que esse ambiente é tanto interno quanto externo ao indivíduo. Levine 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 tem formação especifica para cuidar e, os obstétricos têm outros atributos capazes de perceberem 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 solicito 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. Assim, como n exemplo temos:

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 sobe outra perspectiva.

Orlando (1978) aponta que a situação de enfermagem compreende 3 elementos básicos: Comportamento do paciente, reação do enfermeiro e as ações de enfermagem destinadas ao benefício do paciente. Quando se dá voz a 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, se valendo 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 com 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 dele, 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 grande relevância para atender a proposta de assistência humanizada ao parto, entretanto entendemos 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, de modo que o processo de reparação, instituído pela natureza, Balaskas (2017) recomenda que um ambiente para parto fisiológico deve ser intimo dando a sensação de segurança, de que não está sendo observada, com privacidade, tranquilidade, silêncio, pouca luz para reduzir 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 a necessidade de cada um. Mas inclui percepção do profissional, às vezes privacidade, redução de ruídos, acolhimento, se sentir segura".

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

Os dados apontam diversos elementos que compõe 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. Abaixo apresentamos gráfico acercada ressignificação do espaço nos três eixos da ambiência:

4 Gráfico 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 em eminências 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 solicito 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 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".
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

Ao identificar as ações desenvolvida pelo enfermeiro obstétrico sobre a ambiência favorável no modelo pré-parto, parto e pós-parto (PPP). Ressalta-se que Brasil (2010) traz a definição de 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 e que não sejam intimidadores.

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 cientifico. Quadro 6 Elementos favoráveis à implementação da ambiência.

Dos elementos de qualificação de recursos humanos as boas práticas e a prevenção de iatrogênica prevê uma equipe de trabalho afinada, na qual cada profissional se faz necessário uma 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 o espaço referência, quero dizer, estar em um centro de parto natural, com o acompanhante de sua preferência, tendo a dignidade respeitada e a ambiência que se planejou e desejou para o parto e nascimento faz 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 a importância dos primeiros momentos de vida para o desenvolvimento posterior do neonato, sugere-se o manejo adequado do ambiente, incorporando a perspectiva do cuidado desenvolvi mental ao neonato nas salas de parto.

Tem-se que em na primeira hora de vida após o nascimento, o recém-nascido apresenta o estado comportamental denominado de inatividade alerta, nesse momento, ele está conhecendo e se adaptando a oscilação de temperatura, cheiros, usar os pulmões para respirar, o espaço aéreo propriamente dito e o que é pertinente a ele, inclusive o som.

Oliveira (2011) apresenta 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 do grupo quais fatores são necessários a construção da ambiência à parturiente no parto e nascimento as respostas apresentadas apontam para 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 a clientela em questão, pois a eles é direcionado 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 da ambiência, com forte teor de responsabilização do papel do gestor local o que implica no processo de trabalho e na qualificação adequada dos recursos humanos. Interesse 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, etc.), vontade institucional, insumos, fornecimento de recursos para uma ambiência adequada, treinamentos permanentes sobre a temática para todos profissionais, assim como incentivo continuo 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 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 elemento essencial no espaço social da ambiência.

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

Se estão sensíveis, se reconhecem os elementos da composição e da construção da ambiência quais dificuldades enfrentam que não permitem a sistematização desse cuidado, ao perguntar eles citaram: ausência de financiamento/insumos, gestão de processos de trabalho, ausência de espaço físico adequado, elementos disponíveis para o cuidado, sobrecarga de ações,

4.2.3 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 a 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 os 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 se ter um olhar mais humanizado. Falta de matérias para 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 aconchegada 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 (com vezes a ocorrer 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 a 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) identificaram que os significados culturais relativos ao parto sofreram grandes transformações no decorrer dos séculos e que o parto gradativamente se tornou 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 favoreça 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* trazem 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 numa banalização lesões físicas e psicológicas em nome da assistência e se expressa nas intervenções e práticas que não são seguras ou recomendáveis, mais que foram incorporadas a práxis desses profissionais de forma que, para eles, 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.

Se o 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 propomos uma reflexão sobre como traduzimos na prática da assistência à saúde hoje, 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, elas não integram saberes e nem compreendem o fazer e o papel um dos outros. 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, emerge 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 isso é visto como uma hierarquia dentro do processo assistencial similar a enfermeira aos seus técnicos e auxiliares 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 se inicia um movimento de negociação entre as classes a favor da segurança e bem-estar do paciente, 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.

E1 "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) 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 em 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 podemos 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 flexível e eficiente; 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 vinculo ao trabalhador da assistência, que é quem operacionaliza a produção desses indicadores.

Ressalta-se a colocação 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, no terceiro trimestre de gravidez, e de seu acompanhante, 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

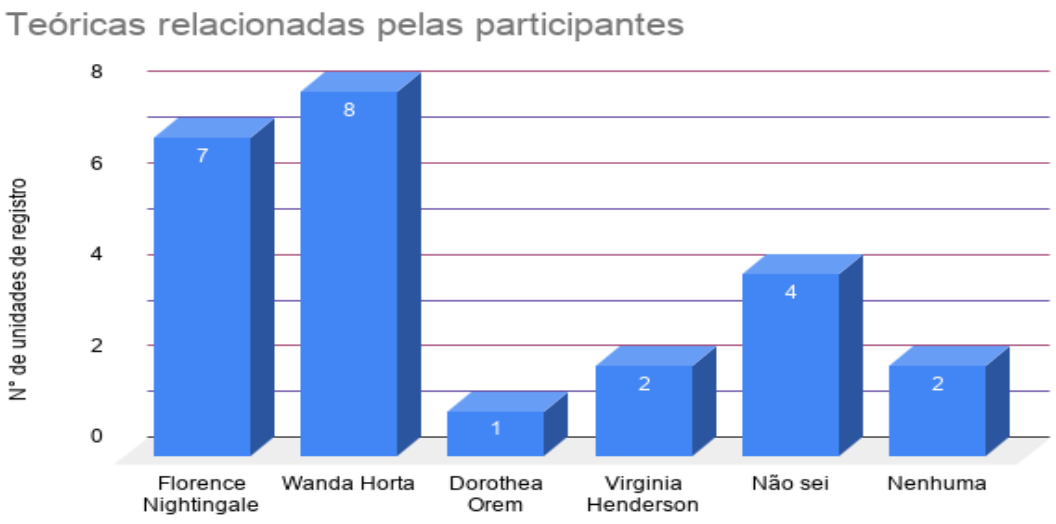
> ambiente em que seu filho irá nascer. A visita também é uma oportunidade de aquisição de informações pelas gestantes sobre quando e em quais situações devem recorrer ao atendimento de emergência da maternidade, o que contribui com a reorganização dessa porta de entrada da atenção secundária. (PROGIANTE, PEREIRA E SÉ, 2014, p.745)

Mouta (2009) aponta que contra a cultura tecnocrática se faz 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 enfermeira obstétrica plantonista no horário da visita para, junto ao grupo, apresentar aspectos essenciais para a população compreender o evento do parto e nascimento, as formas de assistência e 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 é um espaço de vital importância para instrumentalizar a população atendida para compreender aspectos para a construção da ambiência e seu impacto no processo parturitivo.

4.3 SISTEMATIZANDO A AMBIÊNCIA NO CUIDADO A PARTURIENTE

Para correlacionar quais teorias poderiam ser aplicadas na sistematização da ambiência e o que elas oferecem como suporte teórico que orientem: 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



Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Os resultados evidenciam um afastamento de articulação direta entre os enfermeiros e a teorias de enfermagem aplicadas a prática. 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 pra este aspecto do gerenciamento do cuidado. 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 não sabem dizer e 2 referem nenhuma teórica relacionada diretamente a sua prática. Das outras prevalece Wanda Horta, que tem uma teoria mais abrangente e mais operacional seguida por Florence Nightingale, que além da fama por ser figura icônica na história da enfermagem, tem 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 a mulher o protagonismo do parto e autonomia sobre seu corpo e seus processos. Virginia Henderson foi relacionada de forma indireta pois ambas as que mencionaram não usaram o nome da teoria ou dá 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 da construção da ambiência funcionar como ferramenta de trabalho, para otimizar seu uso, a construção da SAE dá 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 as 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.

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 a 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 a 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 tinham grande impacto no processo saúde doença. É quase intuitivo associar ambiência a teoria ambientalista considerando que se vê vários elementos descritos que convergem.

Dessa forma pode-se cuidar aplicando-se uma, duas ou mais teorias. Contudo, o enfermeiro tem que 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 com indicadores que qualifiquem a assistência prestada.

Dando seguimento para as etapas do processo de enfermagem em si, primeiro aspecto é exame físico e anamnese. Não contemplamos o exame físico e obstétrico no questionário por entender que o mesmo é minucioso, rico em detalhes e acarretaria instrumento exaustivo

para o preenchimento, sem prejuízo expressivo para a presente analise. Quanto à composição de um histórico de enfermagem perguntamos 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 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, com o acompanhante, com a gestação, planejamento da gestação, 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 sócio demográfica e exame físico, prevalece uma associação de dados subjetivos para a construção da ambiência.

Corroborando com a visão das participantes temos as grandes teorias de enfermagem baseadas no processo unitário, que dão base 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 terem 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 a 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, concatena 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 descontrole 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 pormenores. 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 alivio da dor. Para isso manter silêncio e presença discreta é aconselhável, evitando conversar com ela, fazer perguntas desnecessárias. A luz de Rogers temos que homem e ambiente são matéria e energia em intercambio continuo, uma com a outra; Newman diz que humanos são sistemas de energia abertos em contato continuo com universo de sistemas abertos; Para Parse um dos princípios é configurar padrões rítmicos de relacionamento entre revelar- esconder e possibilitar- limitar do conectar –separar. Entendendo esses conceitos o fazer ou não fazer algo ganha sentido, muitas vezes sendo 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:

E1 "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."

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 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 que diagnósticos citar. Mais um dado que nos leva a duas hipóteses: Ou esses enfermeiros não estão habituados a 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: 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 identificas estas necessidades. Dada a nossa proximidade com as participantes acreditamos que seja mais insegurança para apresentar uma resposta formal a questão apresentada, inclusive uma das participantes afirmou pesquisar no portal Google antes de preencher o questionário para ter certeza que responderia certo.

De acordo com McEwen (2016) as grandes teorias podem ser divididas em 3 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 sintetizamos a perspectiva do grupo na sistematização a respeito dos diagnósticos de enfermagem que teriam impacto positivo no cuidado ambiência e relacionamos eles as diferentes categorias de teóricas de enfermagem.

Quadro 5 -Relativo aos diagnósticos de enfermagem

Diagnóstico de Enfermagem		N° 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	Dor aguda	3
	Ansiedade	3

Necessidades humanas básicas	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

Temos um total de 32 diagnósticos apontados, com apenas 8 repetições. Observa-se grande variabilidade em relação aos diagnósticos apresentados, alguns se apresentam padronizados como nas taxonomias conhecidas 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, se faz 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, acreditamos que o grupo aceitou este desafio e que está devidamente sensibilizado para humanização das práticas. Para acurar a análise perguntou-se as intervenções (cuidados) praticados que impactam na ambiência a parturiente para o parto e nascimento. 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 diagnósticos de enfermagem

Resultados Esperados	Cuidados de Enfermagem	N° de UR
Redução de estimulo 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, auto-confiança, autocuidado, cuidado compartilhado.	Estimular a autonomia da parturiente	1
	Acolhimento	1
	Escuta ativa	7
	Vinculo enfermagem cliente	1
	Oferta de tecnologias não invasivas de alivio da dor	10
	Orientação sobre rotinas do setor/ instituição	2
	Esclarecer dúvidas sobre trabalho de parto/parto/pós-parto	1
	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 alivio 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 ingesta hídrica	1

Fonte: elaborado pela autora, 2019

O primeiro aspecto que se evidência nas atividades descritas é o cumprimento as recomendações das seguintes boas práticas publicadas pela OMS em 2018: Cuidados maternos respeitosos quanto à dignidade, privacidade e confidencialidade, garante 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 a 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 "Dispor 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 e para assim ela conquistar o empoderamento.

E 20"Escura ativa, privacidade, tecnologias não farmacológicas para alívio da dor, livre movimentação, estímulo a autonomia da parturiente*."*

Vale ressaltar que escuta ativa aparece no resultado 7 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 bastante 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 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. Acreditamos que esse fato se está relacionado a desarticulação de algumas práticas apontadas com o cuidado ambiência para algumas das participantes. No gráfico abaixo, ilustramos o que prevalece associado a promoção da ambiência na visão do grupo.

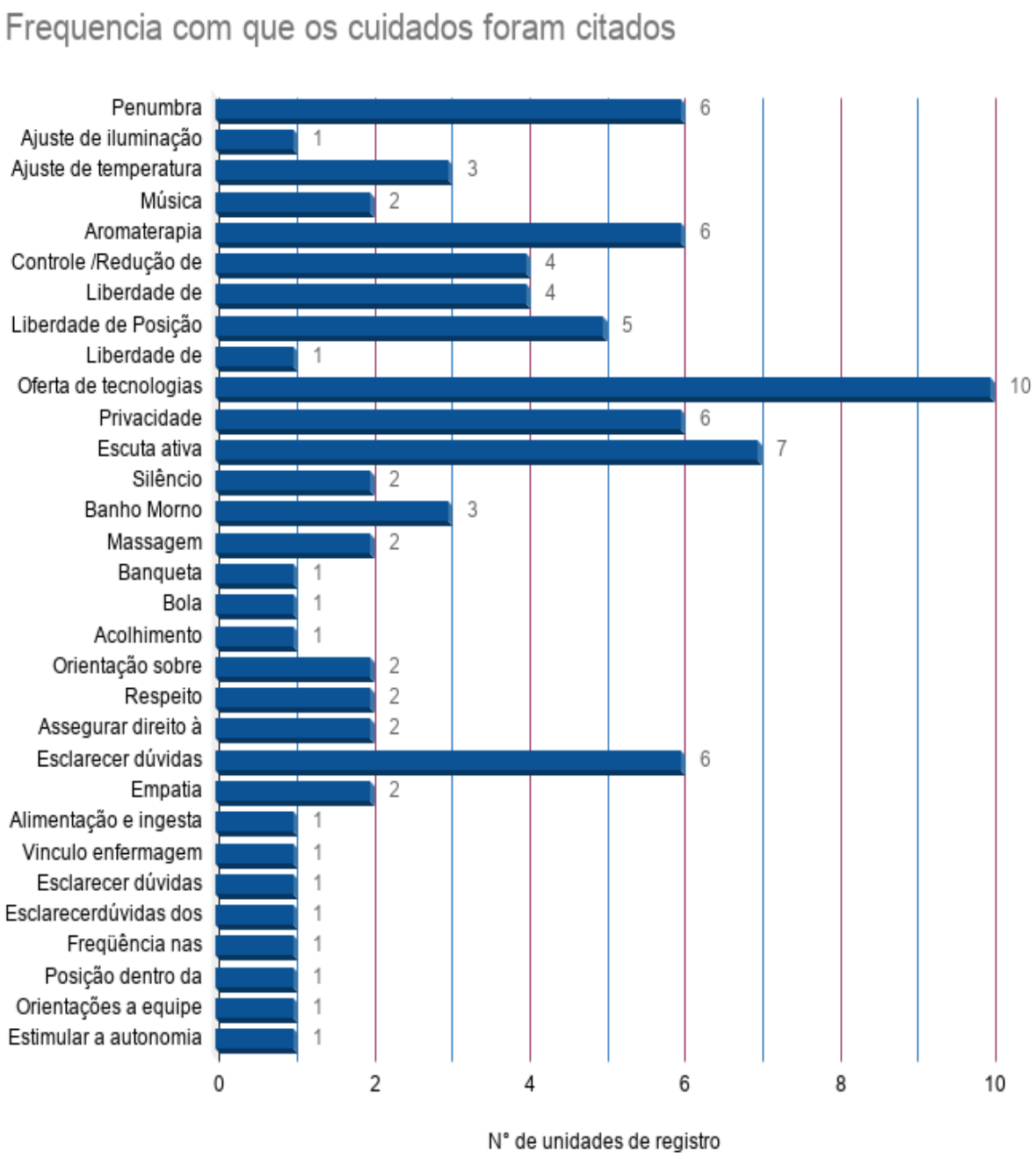


Gráfico - 6

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Outro aspecto investigado foram as principais atividades promotoras de ambiência para o parto descritas na literatura cosultada eram aplicadas ao cuidado pelo grupo. A fim de confluir fatores que agregassem ações promotoras de ambiência, listou-se fatores em uma

escala de Lirkt para determinação da implementação de tais ações. No quadro abaixo temos o que foi levantado.

Quadro 7 - Escala de Lirtk sobre as prescrições de cuidado

	N° DE UNIDADES DE REGISTRO				
CUIDADO PRESCRITO	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 a 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 unanime na escuta ativa o que pode ser eco de treinamento oferecido na unidade no ano passado. Prevalece também a atenção a privacidade e acolhimento, mas compreendemos que ambos os termos carecem de definição neste contexto. As menos aplicadas são o uso da música e aromaterapia, nossa hipótese é a limitação demarcada pela demanda “insumos específicos” para utilização, visto que a unidade não está disponibilizando os mesmos neste momento.

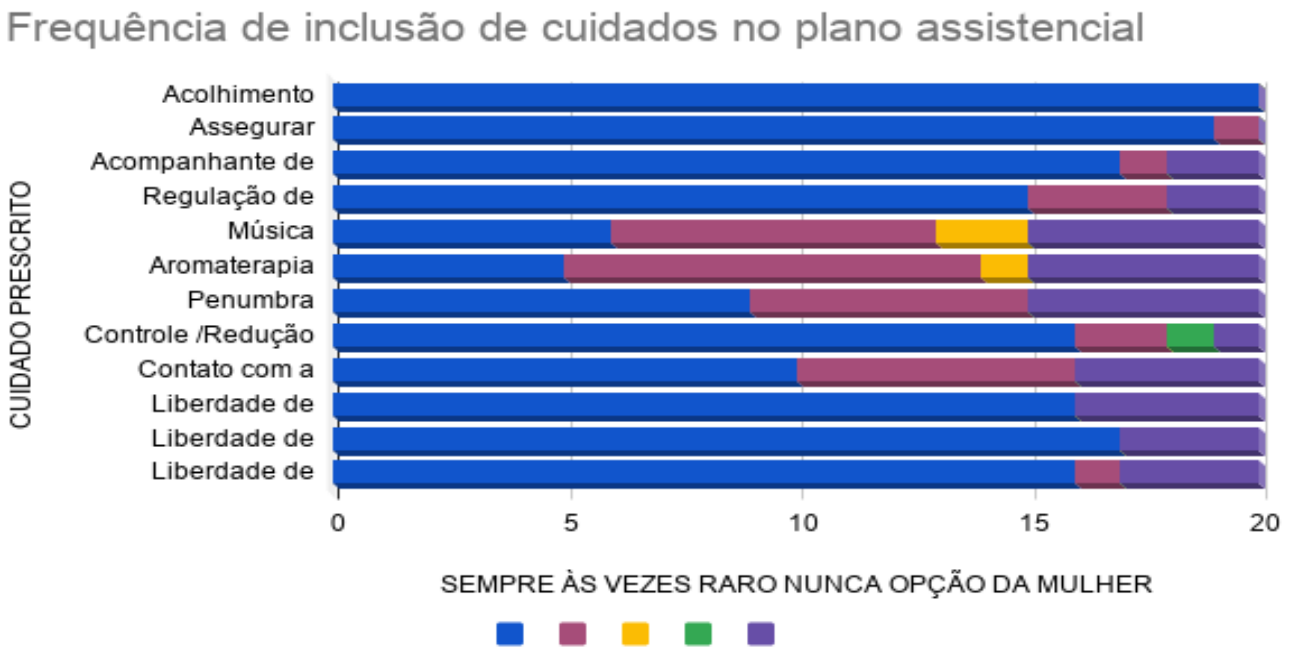


Gráfico 7

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

MACEDO et al. (2008) apresentam a correlação dos pressupostos da teórica Florence Nightingale, relacionados ao empoderamento feminino, o respeito a 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 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. No quadro abaixo sintetizo as 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 fundamentam também 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

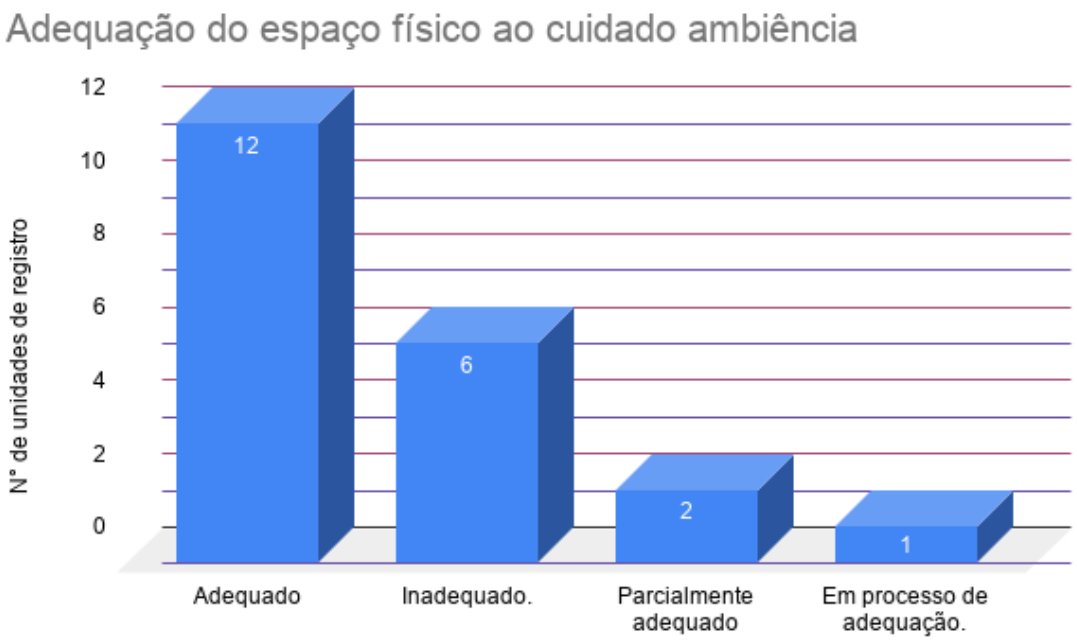
Teórica	Contribuição para compreensão do cuidado no parto
Florence Nightingale	Influência do ambiente no processo saúde doença. Parto carece de ambiência.
Wanda Horta	Com aplicação da pirâmide de Maslow, traz as ações hierarquizadas para a satisfação de necessidades bio-psico-socio-culturais. Parto como 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 que quem é cuidado retorne 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, sendo a enfermagem é um fenômeno essencialmente cultural que envolve o contexto e o processo de ajuda a indivíduos de diferentes orientações culturais. Parto como evento antropológico e Cultural
Martha Rogers	Homem e ambiente são matéria e energia em intercambio continuo nos princípios da homeodinâmica, que ela classificou como ressonância, helicidade e integralidade; Parto como interação energética.
Rosimarie Parse	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, ele lida com os ritmos da pessoa à medida que vivem a experiência. Parto como evento ecológico
Faye G. Abdellah	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. 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 anestesiologistas 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 cientificas para reinventar o cuidar e assistir ao parto, de modo a aproveitar ao máximo os recursos disponíveis para atender as suas necessidades de cuidados. Diante disso questionamos as participantes se consideram o espaço físico da unidade adequado ou não para a construção da ambiência.

Gráfico 8



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, já com arquitetura que atende 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 propõe a ofertar uma assistência respeitosa a parturiente e família 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 cliente e também me 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 e isso 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. Está posto 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 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 18º C), chuveiro que desarma 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 nº de profissionais insuficiente para promover essa ambiência"

O último questionamento 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 CME levantando os riscos que estavam expostos. Dos riscos que foram identificados se aplica 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 a infecção.

Em relação a 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. Entende-se que para um fidedigno processo de como ocorre se faz necessário acesso aos registros e indicadores da assistência de enfermagem obstétrica na unidade, e não haveria tempo hábil para essa analise dentro do cronograma desta dissertação.

Contudo, é uníssono na observação da prática destes profissionais que a avaliação é feita a cada contato com a parturiente e família, muitas vezes de formas compartilhada em os enfermeiros do plantão, frequentemente ajustando esse plano após debater o caso. No setor há um quadro para comunicação não verbal entre a equipe de enfermagem e multiprofissional e no verso do partograma é registrado as ações de cuidado prestadas a parturiente. A cada mudança de conduta o grupo pactuou registro em prontuário, o que torna possível o levantamento dos dados para posterior analise.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo fez emergir dados valiosos para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem com todos os elementos que a literatura aponta na unidade. 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 de assistência a 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.

Em minha leitura, a contribuição das participantes através de sua percepção contribui para a ampliação da concepção de ambiência, indo além de espaço físico, social e laboral para um cuidado construído cientificamente amparado e com potencial de resultados para uma diversidade de necessidades humanas. Ao articularem os diferentes saberes agregados a 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, diminui os estímulos do neocórtex. No cenário da assistência ao parto e nascimento ela se constitui como ferramenta para proteção dos eventos fisiológicos, promoção de bem estar e favorecendo a progressão, relaxamento e o alívio da dor. Considerando a complexidade do ser humano e do evento parto e nascimento, outros estudos articulando os saberes da psicologia, antropologia e sociologia podem enriquecer a compreensão desses aspectos de forma complementar aos saberes das teorias de enfermagem mais direcionadas para o cuidado humano.

Quanto ao estudo da ambiência como cuidado na humanização da assistência ao parto, acreditamos que as participantes tem propriedade intelectual para construção desse cuidado, reconhecem sua importância mas há falha quanto a 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 está 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.

Para essa construção do 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.

Diante disso acreditamos que os infográficos desenvolvidos irão favorecer a sistematização desse cuidado, incitando o dialogo e discussão sobre a temática entre esses pares e tornando acessível o saber cientifico sobre a temática. Entretanto, é necessário que este conhecimento seja devidamente contemplado na formação dos profissionais, sugerimos que sejam incorporados aos currículos de graduação e pós-graduação. Para a unidade pesquisada, entendemos que há a 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 contra-referência, para contribuir com os avanços da estruturação da sistematização da assistência de enfermagem na construção da ambiência e compartilhar com outras categorias que fazem parte dessa estruturação.

.

6 REFERÊNCIAS

ABREU, H. Manual de Metodologia da Pesquisa Científica. 2ª 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). 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. Disponivelhttp://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_total_parto_adequado.pdf acesso em 04/07/19

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 á 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 2004

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.

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

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; 2011..

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.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Politica 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. 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, 2017.

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,2017

BOTTENTUITT JUNIOR, J.; LISBOA, E.; COUTINHO, C. O INFOGRÁFICO E AS SUAS POTENCIALIDADES EDUCACIONAIS. Quaestio - Revista de Estudos em Educação, v. 13, n. 2, p. p. 163-183, 11.

Busanello, Josefine; Kerber, Nalú Pereira da Costa; Lunardi Filho, Wilson Danilo; Lunardi, Valéria Lerch; Mendoza-Sassi, Raul Andrés; Azambuja, Eliana Pinho de. - Parto humanizado de adolescentes: concepção dos trabalhadores da saúde - Parto humanizado de adolescentes: concepción de los trabajadores de la salud - Humanized parturition of adolescents: view of health workers - Rev. enferm. UERJ;19(2): 218-223, abr.-jun. 2011.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. Cenas de Parto e Politicas 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, R. B. [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 MJ, Neves EP, Santos RS, Pereira A, Pereira M, Figueiredo NMA. Conforto e suas interfaces com o cuidar e os cuidados de enfermagem. Rev. Enferm. Atual. 2005 Jul-Ago; 5 (28): 7-13.

COFEN. 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. 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.

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 Pratice 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; Santos, Tathiana Torres Ribeiro; Reis, Carlos Sérgio Corrêa dos; Mouta, Ricardo José Oliveira; Progianti, Jane Márcia; Vargens, Octavio Muniz da Costa. - Ocorrência de episiotomia em partos acompanhados por enfermeiros obstetras em ambiente hospitalar - Ocurrencia de episiotomía en partos asistidos por enfermeros obstétricos en el hospital - Episiotomy occurrences in childbirth assisted by obstetrical nurses in hospital - Rev. enferm. UERJ;19(2): 181-185, abr.-jun. 2011. tab

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

FIOCRUZ, Fundação Osvaldo Cruz. Nascer no BrasilCad. Saúde Pública vol.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 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. Anna Nery, 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>. 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 Luduvice. 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 Luduvice; Moura, Maria Aparecida Vasconcelos. - Modelo humanizado de atenção ao parto no Brasil: evidências na produção científica - Humanized childbirth care model in Brazil: evidence in scientific production - Modelo humanizado de atención al parto en Brasil: evidências en la producción científica - Rev. enferm. UERJ;20(2): 248-253, abr.-jun. 2012.

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

GUERRA, Maria Ivana e JUCA, Vládia. 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>. acessos em02 jul. 2019.http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000400017

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

HERMIDA, Patricia Madalena Vieira e ARAUJO, Izilda Esmênia Muglia. Sistematização da Assistência de Enfermagem: subsídios para implantação. Reben, 2006.

Koerich, Magda Santos et al. Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(3):717-23. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a33.htm.

LEBOYER, Frédérick. Nascer Sorrindo 11°ed. Editora Brasiliense. São Paulo: Êditions 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, Armendaris Marinez Kellermann, Pinho Diana Lúcia Moura, Kamada Ivone, Jesus Cristine Alves Costa de, Reis Paula Elaine Diniz dos. Teoria de Tornar-se Humano na enfermagem ecológica: aplicando o método de avaliação de Meleis. Texto contexto – enferm. [Internet]. 2013 Dec [cited 2019 June 21]; 22(4): 1179-1186. Disponivel em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400037&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400037.

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. 2015Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-38522015000500631&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 jul. 2019. http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2015000500003.

MACEDO, Priscila de Oliveira, QUITETE, Jane Baptista, LIMA, Eneida Coimbra, SANTOS, Iraci dos, VARGENS, Octávio Muniz da Costa. As Tecnologias de Cuidado de Enfermagem Obstétrica Fundamentadas pela Teoria Ambientalista de Florence Nightngale. Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, Junho de 2008.

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 - Promotion of health to women in care of care: specific behaviors and nurse's activities in the stork carioca program - Rio de Janeiro; s.n; dez. 2017. 141 f p. tab, graf.

Manual de Orientações para Elaboração de Propostas da Rede Cegonha. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/141/MANUAL_DE_PROPOSTAS_REDE_CEGONHA.pdf

MCEWEN, Melanie, Wills, Evelyn M. Bases teóricas de enfermagem. 4° Edição- Porto Alegre: Artmed, 2016

Medeiros, Renata Marien Knupp; Teixeira, Renata Cristina; Nicolini, Ana Beatriz; Alvares, Aline Spanevello; Corrêa, Áurea Christina de Paula; Martins, Débora Prado. - Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino - Cuidados humanizados: inserción de enfermeras obstétricas en un hospital de enseñanza - Humanized Care: insertion of obstetric nurses in a teaching hospital - Rev. bras. enferm;69(6): 1091-1098, nov.-dez. 2016. tab

Michaelis. Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. 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.Tese de Doutorado. São Paulo, 2007.

Monteiro-Grilo, Ana, "Ensino de competências comunicacionais em estudantes e profissionais de saúde: situação atual e perspectivas", en Revista Iberoamericana de Educación Superior (ries), México, unam-iisue/Universia, Vol. III, núm. 7, pp. 93-112, 2012. Disponível em http://ries.universia.net/index.php/ries/article/view/101 . Acesso em 13/08/219

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. 2005;9(3):434-440

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, 2009 Out-Dez; 18(4): 731-40.

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. Obstetricia Básica 3°edição. SARVIER: São Paulo,1915, reimpressão 2005

Norman, Armando Henrique; Tesser, Charles Dalcanale. - Obstetrizes e enfermeiras obstetras no Sistema Único de Saúde e na Atenção Primária à Saúde: por uma incorporação sistêmica e progressiva - Midwives and obstetric nurses in the Brazilian Unified Health System and Primary Health Care: for a systemic and progressive incorporation - Las obstetrices y enfermeras obstetras en el Sistema Único de Salud y en la Atención Primaria de Salud: por una incorporación sistémica y progresiva - Rev. bras. med. fam. comunidade;10(34): 1-7, jan./mar. 2015.

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

OMS, Organização Mundial de Saúde. Assistência ao Parto Normal: um guia prático.Traduzido por BRASIL, Ministério da Saúde. Brasília, DF,1996 tradução em 2000

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

Oliveira, Fabio André Miranda de. - Avaliação da atenção perinatal em maternidades de risco habitual em município do Sul do Brasil - Evaluation of perinatal care in maternity hospitals of habitual risk in a municipality in the South of Brazil - Curitiba; s.n; 20140225. 163 p. ilus tab^cgraf.

Oliveira FLC, Kakehashi TY, Tsunemi MH, Pinheiro EM. Nível de ruído em sala de parto.

Texto & Contexto Enferm. 2011;20(2):287-93

OSAUA, Ruth HiTomi; TANAKA, Ana Cristina d´Andretta. Os paradigmas da enfermagem obstétrica. Rev. Esc. Enf. USP, Abr. 1997, v. 31, n.º 1, p. 96-108. .Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/376.pdf> Acesso em: 03 Mai. 2010.

Pereira, Adriana Lenho de Figueiredo. Atuação da enfermeira obstétrica na política pública de humanização ao parto no Rio de Janeiro / The practice of nurse midwives in public health policy in humane delivery care in Rio de Janeiro. REME rev. min. enferm; 10(3): 233-239, jul.-set. 2006.

Pereira, Adriana Lenho de Figueiredo; Azevedo, Leila Gomes Ferreira de; Medina, Edymara Tatagiba; Lima, Tamara Rubia Lino de; Schroeter, Mariana Santana. - Assistência materna e neonatal na Casa de Parto David Capistrano Filho, Rio de Janeiro, Brasil - Asistencia materna e neonatal en la Casa de Parto David Capistrano Filho, Rio de Janeiro, Brasil - Maternal and neonatal care in David Capistrano Filho Birth Center, Rio de Janeiro, Brazil - Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online);4(2)abr.-jun. 2012. tab

Pereira Simone Barbosa et al. Good practices of labor and birth care from the perspective of health professionals. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 3):1313-9. [Thematic Issue: Health of woman and child] DOI: 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 . Disponivel em <http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S0102311X2018000500301&lng=en&nrm=iso>. Accesso em 24/08/2019.

PROGIANTE, Jane Márcia; COSTA, Rafael Ferreira. A Negociação do cuidado de enfermagem obstétrica através das praticas educativas na Casa de Parto. Rev. Enferm Anna Nery, dez. 2008; vol. 12, nº 4, p. 789-92.

Progianti, Jane Márcia; Hauck, Flávia Terra. - A implantação do modelo humanizado de assistência ao parto na cidade de juiz de fora - The implementation of humanized childbirth care model in the city of juiz de fora - La implantación del modelo humanizado de asistencia al parto en la ciudad de juiz de fora - Rev. enferm. UERJ;21(3): 324-329, jul.-set. 2013.

Progianti, Jane Marcia; Pereira, Adriana Lenho de Figueiredo; Sé, Carla Coutinho Sento. - A prática das enfermeiras obstétricas nas emergências vinculadas ao Programa Cegonha Carioca - Obstetric nurses' practice on emergency wards under the Cegonha Carioca Program - La práctica de las enfermeras obstétricas en las emergencias vinculadas al Programa Cigüeña Carioca - Rev. enferm. UERJ;22(6): 792-797, nov.-dez. 2014.

Progianti, Jane Márcia; Prata, Juliana Amaral; Barbosa, Pedrita Machado. - A reestruturação produtiva na saúde: os efeitos da flexibilização nas maternidades do Programa Cegonha Carioca - Healthcare and productive restructuring: effects of increased flexibility on maternity hospitals in the Cegonha Carioca program - La reestructuración productiva en la salud: los efectos de la flexibilización en las maternidades del Programa Cigüeña Carioca - Rev. enferm. UERJ;23(2): 164-171, mar.-abr. 2015. graf

RIESCO, M.L.G. Enfermeira obstetra: herança de parteira e herança de enfermeira. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirªo Preto, v. 6, n. 2, p. 13-15, abril 1998

Reis, Carlos Sérgio Corrêa dos; Souza, Danielle de Oliveira Miranda de; Nogueira, Maria de Fátima Hasek; Progianti, Jane Márcia; Vargens, Octavio Muniz da Costa. - Análise de partos acompanhados por enfermeiras obstétricas na perspectiva da humanização do parto e nascimento - Analysis of births attended by nurse midwives under the perspective of humanization of childbirth - Análisis de partos atendidos por enfermeras obstétricas bajo la perspectiva de la humanización del parto y nacimiento - Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online);8(4): 4972-4979, out.-dez. 2016. tab

Reis, Thamiza da Rosa dos Reisa et al. Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Revista Gaúcha Enfermagem n°36(esp): 94-101 2015

RIBEIRO K.R.B. E PRADO M.L. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(4):161-5.

Seibert, Sabrina Lins; Barbosa, Jéssica Louise da Silva; Santos, Joares Maria dos; Vargens, Octavio Muniz da Costa. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. Revista de Enfermagem da UERJ [Internet]. 2005

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) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, Campinas, SP. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/330562>.

Silva, Marcia Araújo da. - Sistema de referência para o parto hospitalar do Programa Cegonha Carioca: perspectiva das puérperas sobre a assistência da enfermeira - Referral system for hospital childbirth of the Rio Stork Program: perspective of postpartum women on nurse assistance - Rio de Janeiro; s.n; 2018. 102 p. il. Color.

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

Sousa, Ana Maria Magalhães. - Práticas obstétricas na assistência ao parto e nascimento em uma maternidade de Belo Horizonte - Obstetric practices in care delivery and birth in a maternity hospital in Belo Horizonte - Belo Horizonte; s.n; 2013. 139 p.

Souza, Camila Maria de; Ferreira, Cintia Bastos; Barbosa, Nirliane Ribeiro; Marques, Juliana Freitas. - Equipe de enfermagem e os dispositivos de cuidado no trabalho de parto: enfoque na humanização - Equipo de enfermería y los dispositivos de cuidado en el trabajo de parto: enfoque en la humanización - Nursing staff and the care devices in the childbirth process: focus on humanization - Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online);5(4): 743-754, out.-dez. 2013.

Oliveira, Tamara Cristina da Matta de. - Avaliação da assistência materna e neonatal em Casa de Parto - Evaluation of the maternal and neonatal care at a Birth Center - 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 - Despliegue del módulo de acogida del programa Cigüeña Carioca en el municipio de Rio de Janeiro - Implementation of the user embracement module from the Cegonha Carioca program in the city of Rio de Janeiro - Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online);8(1): 3935-3944, jan.-mar. 2016.

Sé, Carla Coutinho Sento. - Módulo Acolhimento do Programa Cegonha Carioca: uma prática reiterativa da enfermeira obstétrica - The user embracement module from the Cegonha Carioca Program: a continuous practice of the obstetrical nurse - Rio de Janeiro; s.n; 2014. 101 p.

Tavares FMM, Tavares WS. Elaboração do instrumento de sistematização da assistência de enfermagem: relato de experiência. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2018;8:e2015. 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 (*ON LINE*)

*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 cientifica (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 ANUÊNCIA DA UNIDADE

RIO PREFEITURA 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

Dra Laura Osthoff
Diretora Geral
HMMR
CRM 52 36030-5

7.3 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERALFLUMINENSE

ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSOMESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA – EEAAC, PROGRAMA DE PÓS-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 Tel.: (21) 98444-3585 Orientador: Helen Campos Ferreira e-mail: 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 familia. 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 ambiencia intra hospitalar. O pesquisador fará a restituição dos dados obtidosaos 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 respotas. 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 obstetrica. 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 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)