

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**

**FACULDADE DE MEDICINA**

**MARIANNE SANDIM NACHMANOWICZ**

**IMPLANTAÇÃO DE QUARTOS DE PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS- PARTO EM UM  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: PERCEPÇÕES ACERCA DO PROCESSO E DA  
ASSISTÊNCIA PRESTADA À MULHER E AO RECÉM-NASCIDO**

**UBERLÂNDIA**

**2023**

**MARIANNE SANDIM NACHMANOWICZ**

**IMPLANTAÇÃO DE QUARTOS DE PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS- PARTO EM UM  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: PERCEPÇÕES ACERCA DO PROCESSO E DA  
ASSISTÊNCIA PRESTADA À MULHER E AO RECÉM-NASCIDO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do título de bacharelado e licenciatura em Enfermagem.

Orientadora: Professora Doutora Efigênia Aparecida Maciel de Freitas.

Coorientadora: Enfermeira Mestre Karen Magalhães Arantes.

**UBERLÂNDIA**

**2023**

**MARIANNE SANDIM NACHMANOWICZ**

**IMPLANTAÇÃO DE QUARTOS DE PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS- PARTO EM UM  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: PERCEPÇÕES ACERCA DO PROCESSO E DA  
ASSISTÊNCIA PRESTADA À MULHER E AO RECÉM-NASCIDO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade  
Medicina da Universidade Federal de Uberlândia como requisito  
parcial para obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Uberlândia, data 21 de junho de 2023.

Banca Examinadora:

---

Efigênia Aparecida Maciel de Freitas – Doutora (FAMED)

---

Luana Araújo Macedo Scalia – Doutora (FAMED)

---

Bárbara Dias Rezende Gontijo – Mestre (ESTES)

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A gestação, o parto e o nascimento marcam algumas das mais importantes vivências na vida da mulher e sua família. Foi instituída em 2011 a Rede Cegonha, em que compõem as estratégias de boas práticas a adequação da ambiência das salas de parto e maternidades. Ela normatiza e destaca a importância do ambiente como local acolhedor, resolutivo e humano na atenção à saúde, como uma das formas de garantir a humanização da assistência. Os quartos de Pré-Parto, Parto e Pós-Parto (PPP) são recomendados como ambientes ideais pela maior parte das normativas do Ministério da Saúde, onde a assistência prestada durante todos os períodos clínicos ocorre no mesmo ambiente da internação à alta, com ambiência adequada. **OBJETIVO:** Analisar o processo de implantação dos quartos PPP no Hospital de Clínicas de Uberlândia, por meio das percepções da equipe assistencial que vivenciaram a alteração do ambiente de atendimento ao parto. **MÉTODOS:** Estudo de abordagem qualitativa, em que os dados serão coletados a partir de grupos focais. **RESULTADOS:** Através da análise foram resultadas quatro categorias temáticas: “Ambiência”, “Processo de Trabalho”, “Preparo para o parto” e “Modelo Anterior”. Na categoria temática “Ambiência” é discutido tanto a infraestrutura como fatores acolhedores e de conforto no ambiente, em que foram destacadas, pelos profissionais, aspectos positivos da mudança e problemas pendentes a serem adereçados. Na categoria temática “Processo de trabalho” são discutidos o dimensionamento da equipe de enfermagem, a coesão entre as equipes multidisciplinares e o excesso de pessoas presentes na atenção ao período expulsivo. Na categoria temática “Preparo para o parto” é observado falas referentes ao despreparo da gestante e do acompanhante durante a gestação para a vivência do parto e infere-se o despreparo da equipe. Na categoria temática “Modelo Anterior” é discutida a ambiência e atribuições da equipe anteriores à implementação dos quartos PPP, em que as falas remetem dificuldade e prejuízo ao cuidado da mulher e recém-nascido. **CONCLUSÃO:** Houve alteração do espaço físico, com garantia de maior privacidade e conforto, com ampliação do cuidado centrado à mulher pela equipe. Os profissionais entrevistados foram capazes de observar impacto positivo para as famílias através da mudança de ambiência.

**PALAVRAS-CHAVE:** Parto Humanizado; Humanização da Assistência; Inovação organizacional.

## ABSTRACT

**BACKGROUND:** Pregnancy, labor and childbirth are some of the most important experiences in women's and their families' lives. The Rede Cegonha was established in 2011, which among the proposals that make up Rede Cegonha's good practice strategies, there is the adequacy of the ambience of delivery rooms and maternity wards. It regulates and highlights the importance of the environment as a welcoming, resolving and humane place in health care, as one of the ways to guarantee the humanization of care. Pre-delivery, delivery and post-partum (PPP) rooms are recommended as ideal environments by most of the Ministry of Health regulations, where the care provided during all clinical periods takes place in the same environment from hospitalization to discharge, with a proper ambience. **OBJECTIVE:** To analyze the implementation process of the PPP rooms at the Hospital de Clínicas de Uberlândia, through the perceptions of the care team that experienced the change in the delivery care environment. **METHODS:** Qualitative approach study, in which data will be collected from focus groups. **RESULTS:** The analysis resulted in four thematic categories: "Ambience", "Work Process", "Preparation for childbirth" and "Previous Model". In the thematic category "Ambience", both the infrastructure and the welcoming and comfort factors in the environment are discussed, in which the professionals highlighted the positive aspects of the change and pending problems to be addressed. In the thematic category "Work process", the dimensioning of the nursing team, the cohesion between multidisciplinary teams and the excess of people present in the care during the second stage are discussed. In the thematic category "Preparation for childbirth", speeches are observed referring to the unpreparedness of the pregnant woman and the companion during pregnancy for the experience of childbirth and it is inferred that the team is unprepared. In the thematic category "Previous Model", the ambience and attributions of the team prior to the implementation of the PPP rooms are discussed, in which the statements refer to difficulty and damage to the care of women and newborns. **CONCLUSION:** There was a change in the physical space, with a guarantee of greater privacy and comfort, with an increase in the care centered on women by the team. The professionals interviewed were able to observe a positive impact on the families through the change in ambience.

**KEYWORDS:** Humanizing Delivery; Humanization of Assistance; Organizational Innovation.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>07</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>10</b>
<b>3. MÉTODOS</b> .....	<b>10</b>
<b>4. RESULTADOS</b> .....	<b>13</b>
<b>4.1 AMBIÊNCIA</b> .....	<b>14</b>
<b>4.2 PROCESSO DE TRABALHO</b> .....	<b>15</b>
<b>4.3 PREPARO PARA O PARTO</b> .....	<b>17</b>
<b>4.4 MODELO ANTERIOR</b> .....	<b>17</b>
<b>4 ANÁLISE LEXICAL: NUVEM DE PALAVRAS</b> .....	<b>19</b>
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	<b>19</b>
<b>6. CONCLUSÃO</b> .....	<b>25</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>26</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A gestação, o parto e o nascimento marcam algumas das mais importantes vivências na vida da mulher e sua família. Desse modo, a satisfação e os significados adotados possuem potencial transformador e enriquecedor para essas mulheres. Entretanto, o modelo assistencial empregado atualmente no Brasil é tecnocrático, em que ocorre a despersonalização, perda da autonomia e do protagonismo da mulher, impulsionando implicações negativas na experiência desse evento singular (SILVA, 2018; SILVA *et al.*, 2017; SOUSA *et al.*, 2016).

O modelo tecnocrático considera o parto e o nascimento como processos patológicos e de risco, os quais devem ser tratados em ambiente hospitalar. Em decorrência a esse pressuposto, ele é reconhecido pelo uso indiscriminado e acrítico de tecnologias, intervenções e medicalização na atenção obstétrica e neonatal, distante da assistência ideal baseada em evidências científicas. Tal cenário resulta em altas taxas de cesárea e maior mortalidade materna, além de não reconhecer as violências exercidas contra a mulher (SILVA *et al.*, 2017; SOUSA *et al.*, 2016).

Dessa maneira, pode destacar aqui algumas das intervenções frequentemente utilizadas de modo inapropriado ou não recomendado, tais como a amniotomia precoce e de rotina, administração de ocitocina sintética, hidratação endovenosa, episiotomia, o puxo dirigido, a imposição de posições não verticalizadas com restrição de movimentação e a manobra de *Kristeler*. Esses procedimentos são empregados com o intuito de controlar ou até mesmo acelerar o trabalho de parto, não respeitando o processo fisiológico da parturição e os desejos da mulher, uma vez que, geralmente, as decisões não são compartilhadas com as gestantes (CARVALHO *et al.*, 2019; SOUSA *et al.*, 2016; MEDEIROS *et al.*, 2016).

Em contrapartida, testemunha-se um movimento transicional de mudança na atenção à parturiente, com aproximação ao modelo humanizado. Nesse sentido, foi instituída em 2011 a Rede Cegonha, a qual assegura o direito à atenção humanizada durante a gravidez, o parto e o puerpério, assim como o direito ao nascimento seguro, com preconização de adoções de práticas baseadas em evidências científicas. Esse modelo assistencial pressupõe abordagem em que seja respeitada a fisiologia do parto e a mulher assuma o protagonismo do seu processo de parturição, com o objetivo de reconquistar sua autonomia e valorização (PORFÍRIO; PROGIANTI; SOUZA, 2010; SOUSA *et al.*, 2016; BRASIL, 2011).

Dentro das propostas que compõem as estratégias de boas práticas da Rede Cegonha, está a adequação da ambiência das salas de parto e maternidades, descritas em conformidade com a Resolução da Diretoria Colegiada no 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Esta resolução normatiza e destaca a importância do ambiente como local acolhedor, resolutivo e humano na atenção à saúde, como uma das formas de garantir a humanização da assistência durante o trabalho de parto, parto e pós-parto (BRASIL, 2011; BRASIL, 2008).

Desse modo, os quartos de Pré-Parto, Parto e Pós-Parto (PPP) são recomendados como ambientes ideais em diferentes normativas do Ministério da Saúde. Como exemplo, o quarto PPP é definido pela Portaria número 11 de 2015 do MS como:

“espaço destinado ao pré-parto, parto e puerpério, privativo para cada mulher e seu acompanhante, onde a atenção aos períodos clínicos do parto e do nascimento ocorre no mesmo ambiente da internação à alta, com ambiência adequada (...)”.

A portaria também traz orientações acerca do projeto e estrutura física necessária para construção e funcionamento (BRASIL, 2015; BRASIL, 2011; SILVA, 2018).

O quarto deve possuir cadeiras, armários acessíveis contendo materiais e equipamentos de uso da equipe, além de ferramentas que devem estar disponíveis para o uso da mulher no decorrer de seu trabalho de parto caso sejam de seu desejo, como bola suíça, banqueta de parto, corda e óleo para massagem. A cama deve ser retrátil e posicionada na periferia do quarto, a fim de retirar a concepção de seu papel central durante o parto. É necessário haver em anexo um banheiro privativo com capacidade de acomodar duas ou mais pessoas, sendo recomendado a instalação de um ou dois chuveiros, barras de segurança e piso antiderrapante (SILVA, 2018; BRASIL, 2008).

Nesse sentido, o quarto PPP tem como finalidade proporcionar um ambiente que remeta a uma atmosfera residencial, em que as mulheres se sintam seguras, confortáveis e relaxadas, com a possibilidade de receber familiares e amigos, e que garanta sua privacidade, liberdade e papel como protagonista do seu processo de parturição (SILVA, 2018; JENKINSON; JOSEY; KRUSK, 2014).

De acordo com JENKINSON; JOSEY; KRUSK (2014) o ambiente com redução de causadores de estresse favorece a fisiologia do parto, uma vez que, reduz a liberação de adrenalina, responsável por diminuir o ritmo das contrações e tornar o trabalho de parto mais prolongado ou até cessá-lo. Outra influência desta catecolamina é a redução do suprimento sanguíneo para o feto, contribuindo potencialmente para o sofrimento fetal. Portanto, esses são alguns exemplos que impulsionam uma cascata de intervenções médicas durante o parto, e, o fato de ter uma ambiência adequada pode contribuir na redução dessas intervenções.



Nesse *continuum*, as intervenções, por sua vez, relacionam-se com risco aumentado de experiências negativas e traumáticas no parto e de transtornos psiquiátricos no pós-parto, os quais geram consequências negativas na vida e bem-estar de mulheres e de sua família. Estudos evidenciaram que locais que respeitam a fisiologia do parto, como os que acontecem em quartos de PPP, possuem menores taxas de uso de intervenção, como a ocitocina sintética, analgesia de parto, episiotomia e parto instrumental. Ademais, associa-se com melhores resultados de cuidado tanto para as mulheres quanto para os recém-nascidos, como maior probabilidade de parto natural e de amamentação, sem efeitos negativos no Apgar de quinto minuto, admissão em UTI neonatal ou morte perinatal. Gestantes devem ser informadas sobre tais indicadores a fim de realizarem escolhas informadas e conscientes (JENKINSON; JOSEY; KRUSK, 2014; HODNETT; DOWNE; WALSH, 2012).

Associado ao ambiente adequado, a utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto é destacado a fim de garantir atenção humanizada à mulher, os quais auxiliam na diminuição da percepção dolorosa, mesmo que ela seja vivenciada de forma individual e subjetiva por cada parturiente. Além de favorecer a sensação de relaxamento, conforto, de suporte físico e emocional necessários para condução natural do trabalho de parto. Deste modo, possui, como consequência, a menor necessidade e uso de medicalização e intervenções invasivas (SOUSA *et al.*, 2016; PORFÍRIO; PROGIANTI; SOUZA, 2010).

Dentre os métodos mais comumente utilizados para o alívio da dor e relaxamento são o uso do banho de aspersão, a massagem e a orientação de técnicas de respiração. Podem ainda ser realizados de forma isolada ou em conjunto, porém ocorre associação de dois ou mais métodos pela maior parte das parturientes. Ademais, há diversas técnicas não invasivas que são estimuladas para auxiliar na progressão fetal e do trabalho de parto, como o estímulo a deambulação, a liberdade de movimentação, o uso de bola suíça, a realização de exercícios pélvicos, o agachamento e o uso da banqueta. É importante ressaltar que o ambiente adequado favorece o uso desses métodos, já que é necessária privacidade e espaço para removê-los (PORFÍRIO; PROGIANTI; SOUZA, 2010; SOUSA *et al.*, 2016; MEDEIROS *et al.*, 2016; SILVA, 2018).

Com propósito de aproximação à atenção humanizada, a direção do Hospital de Clínicas de Uberlândia formalizou adesão ao Projeto Parto Adequado (PPA), em junho de 2015. O Projeto Parto Adequado (PPA), é desenvolvido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), pelo Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e pelo *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), com parceria do Ministério da Saúde. Seu objetivo primário é intervir e

promover nos setores de atenção ao parto e nascimento a valorização do parto normal e a redução do percentual de cesarianas sem indicação clínica, de modo a garantir qualidade e a segurança da assistência. Esse propósito implica na implementação de ações baseadas em evidências científicas (ANS, 2018).

Nesse sentido, com o objetivo de atender as recomendações da Rede Cegonha, bem como proporcionar ambiência adequada as mulheres atendidas durante o parto e nascimento, em 2018, o HCU-UFU inaugurou três quartos de PPP. De acordo com dados disponibilizados pelo setor de estatística deste hospital, foram realizados nos últimos 10 anos em média, 850 partos normais e 1.633 cirurgias cesarianas por ano.

Deste modo, a realização desta pesquisa justifica-se por evidenciar o processo de implantação dos quartos PPP e sua repercussão na assistência, em um cenário atual em que há poucos serviços públicos com essa infraestrutura. Deste modo, com a difusão da informação, é possível incentivar a criação de mais espaços adequados destinados ao parto e nascimento no atendimento obstétrico brasileiro. Ademais, conhecer as percepções dos profissionais que vivenciaram a alteração do ambiente de atendimento ao parto permite promover a visualização de demandas do setor de Centro Obstétrico e o delineamento de propostas e ações por parte da gestão, a fim de promover melhora da qualidade do serviço prestado.

## **2. OBJETIVOS**

2.1 Objetivo geral: Caracterizar o posicionamento dos profissionais acerca da implantação dos quartos PPP.

2.2 Objetivos específicos: Contextualizar historicamente a implementação dos quartos PPP e a transição do processo de trabalho; Descrever as percepções da equipe assistencial que vivenciaram a alteração do ambiente de atendimento ao parto; Analisar a compreensão dos profissionais sobre o impacto da mudança ao cuidado do binômio.

## **3. MÉTODOS**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa em que os dados serão coletados a partir de grupos focais com os profissionais que vivenciaram a mudança de ambiência no atendimento ao parto neste hospital.

A pesquisa foi realizada no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU), o qual oferta serviços de média e alta complexidade para uma população de mais

de dois milhões de habitantes. Com 520 leitos para atendimentos de urgência e emergência, cirúrgicos, de internação e ambulatorial, é reconhecido como o terceiro maior hospital universitário da rede de ensino do Ministério da Educação. Ademais, em Minas Gerais, é o maior prestador de serviços pelo Sistema Único de Saúde. Para atendimento ginecológico e obstétrico, possui quatro salas cirúrgicas, uma sala de parto e três quartos PPP no setor de Centro Obstétrico, possui 37 leitos de internação destinados ao alojamento conjunto e pré-natal de alto risco no setor de Maternidade e possui também Pronto Socorro exclusivo de Ginecologia e Obstetrícia e Ambulatório.

Foram considerados para a pesquisa profissionais da equipe de enfermagem e médica atuantes no mínimo quatro anos, os quais tenham presenciado a transição do ambiente de atendimento ao parto. A população deste estudo compõe-se por 83 profissionais, sendo 31 da equipe de enfermagem e 52 da equipe médica. A amostra foi composta por 11 profissionais, sendo 6 enfermeiros, 2 técnicos de enfermagem e 3 médicos, os quais foram selecionados por conveniência, através da análise da composição da escala de trabalho mensal, e convite à participação na pesquisa face-a-face. Não houve recusa de participação nem perda de participantes durante o estudo. Todos os profissionais possuíam relacionamento profissional anterior a realização da pesquisa.

A estratégia adotada foi a realização de grupos focais semiestruturados. Este método permite que os sujeitos coloquem suas experiências, percepções e posicionamentos acerca de sua realidade de forma guiada, porém com flexibilidade na conversação, além de produzirem novas simbologias e significados através das inter-relações, de modo em que há criação de novas ideias ou aprofundamento daquelas já existentes. (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999)

As sessões foram realizadas em ambiente privado, com a presença somente dos participantes da pesquisa, seguro, confortável e de fácil acesso aos participantes, em que os assentos foram arranjados em formato circular, de modo a minimizar a inibição e interrupções e promover a interação face-a-face. Foram realizados dois grupos focais, com um total de 6 e 5 participantes, respectivamente, durante seu horário de trabalho. Foi realizada uma única sessão por grupo, sem repetição de participantes, a fim de maximizar a expressão de ideias e seu aprofundamento. O encerramento da realização dos grupos foi determinado por saturação amostral, quando, na avaliação dos pesquisadores, as informações obtidas passaram a apresentar repetição. O tempo destinado para cada sessão foi em média 23 minutos (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999).

Na realização dos grupos focais, houve a presença de dois pesquisadores, com funções de coordenação e observação. O primeiro grupo foi coordenado pela Professora Doutora

Efigênia Aparecida Maciel de Freitas e o segundo pela Enfermeira Mestre Karen Magalhães Arantes. Ambos os grupos tiveram na função de observadora a discente de enfermagem Marianne Sandim Nachmanowicz.

A abertura das sessões foi realizada por uma breve apresentação da pesquisa e dos pesquisadores pelo coordenador, seguida da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e preenchimento de questionário de caracterização da amostra. Houve espaço para apresentação dos participantes, o qual precedeu o debate acerca do tema pré-estabelecido a partir das questões norteadoras: 1) Qual sua percepção acerca da assistência prestada às parturientes em trabalho de parto e ao parto/nascimento antes da criação dos quartos PPP? 2) Como foi feita a mudança de espaço? 3) Como foi o período de adaptação ao novo ambiente? 4) Qual a sua percepção acerca da assistência prestada às parturientes em trabalho de parto e ao parto/nascimento depois da criação dos quartos PPP?

Por fim, para o encerramento de cada grupo, foram realizadas a síntese do encontro com os pontos mais destacados. A discussão foi inteiramente mediada pelo coordenador, enquanto, concomitantemente, o observador observou e redigiu expressões não verbais captadas e realizou o controle do tempo. Os áudios das sessões foram gravados, e posteriormente transcritos. A transcrição não foi disponibilizada posteriormente aos participantes.

Para análise dos dados, inicialmente foi realizada análise de frequência simples das variáveis acerca da caracterização dos profissionais participantes dos grupos focais. Em seguida, as próprias pesquisadoras realizaram a Análise de Conteúdo de Bardin, por meio da leitura flutuante das transcrições e categorização semântica das falas. Em seguida, os dados correspondentes aos grupos focais foram tratados de acordo com técnica de análise lexical por meio do *software* Iramuteq. Trata-se de um programa que permite a análise quali-quantitativa de dados textuais tomando como base as leis de distribuição do vocabulário (análises de *cluster*), através de diferentes etapas de segmentação do material discursivo.

O *software* Iramuteq opera através de quatro etapas: A) Leitura do texto e cálculo dos dicionários; B) Cálculo das matrizes de dados e classificação das unidades de contexto elementares (UCE) em função de seus respectivos vocabulários; C) etapa de descrição das classes e das UCE escolhidas; D) etapa de Cálculos Complementares na qual são apresentadas as UCE mais características de cada classe, com as ocorrências do vocabulário de cada uma.

Para a aplicação da técnica de análise lexical no atual estudo, foi realizada adaptação das produções discursivas de cada grupo focal às normas de preparação do corpus de análise do *software* Iramuteq e exclusão das falas da moderadora, adaptando-se trechos de falas dos pesquisados para posterior início da análise.

A fim de garantir rigor metodológico e de descrição do estudo, foram seguidas as diretrizes do *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Uberlândia sob o parecer 5440646, sendo executado somente após a aprovação.

#### 4. RESULTADOS

Conforme demonstrado em tabela 1, entre os onze participantes da pesquisa, a maioria possui entre 40 à 49 anos de idade (n=4/36,4%), é do gênero feminino (n=8/72,7%), se autodeclara de cor branca (n=6/54,5%) e é casado (n=7/63,6%).

Em relação à formação profissional, houve uma equivalência de 3 enfermeiros generalistas, três enfermeiros especialistas e três médicos especialistas, e em minoria 2 técnicos de enfermagem, sendo que o tempo de formado com este título foi em sua maior parte de 10 à 19 anos (n=5/45,4%).

Em relação à atuação profissional, três atuam como auxiliares de enfermagem, três como técnicos de enfermagem, três como médicos especialistas, um como enfermeiro generalista e outro como enfermeiro especialista. Em sua atuação, a maioria possui 20 à 29 e 30 à 39 anos de experiência (n=3/27,3% em ambos), sendo que na área materno-infantil do HCU-UFU a maioria possui de 20 à 29 anos de atuação (n=5/45,4%).

Tabela 1 – Análise de frequência simples das variáveis acerca da caracterização dos profissionais participantes dos grupos focais, HCU-UFU, 2022 (n=11).

Variável	Número	Porcentagem
<b>Idade</b>		
30 – 39	1	9,1%
40 – 49	4	36,4%
50 – 59	3	27,3%
60 – 69	3	27,3%
<b>Gênero</b>		
Feminino	8	72,7%
Masculino	3	27,3%
<b>Cor autodeclarada</b>		
Amarelo(a)	1	9,1%
Branco(a)	6	54,5%
Pardo(a)	3	27,3%
Preto(a)	1	9,1%
<b>Estado civil</b>		
Casado(a)	7	63,6%
Divorciado(a)	1	9,1%
Solteiro(a)	2	18,2%
União estável	1	9,1%
<b>Formação profissional</b>		
Enfermeiro(a) especialista	3	27,3%
Enfermeiro(a) generalista	3	27,3%
Médico(a) especialista	3	27,3%

Técnico(a) de enfermagem	2	18,2%
<b>Tempo de formado</b>		
0 – 9	1	9,1%
10 – 19	5	45,4%
20 – 29	1	9,1%
30 – 39	2	18,2%
40 – 49	1	9,1%
Sem informação	1	9,1%
<b>Atuação profissional</b>		
Auxiliar de enfermagem	3	27,3%
Enfermeiro(a) especialista	1	9,1%
Enfermeiro(a) generalista	1	9,1%
Médico(a) especialista	3	27,3%
Técnico(a) de enfermagem	3	27,3%
<b>Tempo de atuação</b>		
0 – 9	1	9,1%
10 – 19	2	18,2%
20 – 29	3	27,3%
30 – 39	3	27,3%
40 – 49	2	18,2%
<b>Tempo de atuação na área materno-infantil em HCU-UFU</b>		
0 – 9	1	9,1%
10 – 19	3	27,3%
20 – 29	5	45,4%
30 – 39	1	9,1%
40 – 49	1	9,1%

Fonte: Freitas; Magalhães; Nachmanowicz (2022)

Em análise de Bardin, foram inicialmente desenvolvidas onze categorias, as quais foram reagrupadas em quatro grupos: espaço físico, processo de trabalho, pré-natal e obstáculos. Após a realização da análise lexical por meio do *software* Iramuteq, foram por fim reveladas quatro classes temáticas finais, em concordância com análise de Bardin prévia: “Ambiência”, “Processo de Trabalho”, “Preparo para o parto” e “Modelo Anterior”. Durante a análise, a classe “Modelo Anterior” estava isolada das demais, o que pode ser compreendido pelo fato de possuir fragmentos que remetem às outras classes, porém refere-se ao passado.

#### 4.1 AMBIÊNCIA

Na categoria temática “Ambiência” é discutido tanto a infraestrutura como fatores acolhedores e de conforto no ambiente, em que foram destacadas, pelos profissionais, aspectos positivos da mudança e problemas pendentes a serem adereçados.

Em relação aos aspectos positivos da implantação dos quartos PPP, é inferido através dos relatos que houve evolução drástica na ambiência para o atendimento à parturiente, mantendo a mulher em um mesmo ambiente com maior privacidade, conforto, ampliação do espaço para o binômio e família, assistência individualizada e em concordância com as boas práticas, de forma que houve melhora na atenção ao processo de parturição.

“Fica mais, fica além de individualizado, privativo, a assistência melhorou muito porque antigamente eu via as pacientes jogadas, né, não assim 100%, mas era” EO1

“A maior diferença pra mulher foi a questão da privacidade né, e da inovação da assistência, porque trouxe várias técnicas atuais e a equipe abraçou muito a causa junto com, a equipe inteira abraçou a causa pra melhoria dessa assistência, tanto por conta da estrutura nova, tanto por conta das melhorias cientificamente falando, das evidências científicas.” EO2

“Começou correr atrás daquelas camas, depois veio com agachamento, banquetas, bola, começou com bola né primeiro, e assim tá indo né, manteve, só que assim, melhorou bastante né” EO1

“Hoje a gente oferece praticamente todas as medidas não farmacológicas que a gente consegue, porque o hospital é limitado, mas dentro do que a gente consegue a gente oferece tudo e inclusive começa no Pronto Socorro” EO2

“O fato de o bebê ficar no local também delas, as vezes quando você falava assim ó aqui vai ser seu trabalho de parto, seu neném vai nascer aqui e o bebê é recepcionado aqui, elas falavam nossa ele vai ficar aqui? Era uma coisa bem positiva, porque até da parte delas elas falavam.” T4

“Porque antes aí começou a vir aí contato pele a pele, que nunca existiu.” T1

Em relação aos problemas a serem adereçados da ambiência, é inferido através dos relatos que ainda há um espaço pequeno e pouco ventilado, mesmo que individualizado, e que houve dificuldade na equipe de adaptação ao espaço e diminuição de materiais em relação ao que era disponível em sala cirúrgica.

“Agora da transição pro PPP, nós reclamamos muito porque aquilo lá é uns quarto quente, horroroso, não tava nada humanizado pra paciente aquilo lá.”

T3

“E outra coisa, e pra passar com a maca ali naquele estreitinho ali? Toda vez nós tinha que levar uma paciente lá pra dentro, tristeza que era.” T6

“A mudança ela foi improvisada, eu acho o quarto muito pequeno né. O quarto mal dá pra caber a mãe e o berço do bebê. Muito apertado, muito muito apertado.” M2

“Na transição pra mim também foi negativo principalmente porque nós não tínhamos nada completo no pré-parto individual.” M3

## 4.2 PROCESSO DE TRABALHO

Na categoria temática “Processo de trabalho” são discutidos o dimensionamento da equipe de enfermagem, a coesão entre as equipes multidisciplinares e o excesso de pessoas presentes na atenção ao período expulsivo.

Em relação ao dimensionamento, é possível inferir através dos relatos a falta de adequação da equipe para as alterações na infraestrutura e atribuição de trabalho, o que reflete em questionamento acerca da realização de planejamento para a mudança.

“O que aconteceu no começo principalmente é que mudou o individual, mas não tinha quantidade de gente suficiente pra fazer, então falo assim, funciona bom demais, mas desde que a equipe esteja completa.” M3

“Porque uma pessoa olhava quatro, quando foi pra lá aí você pensava como é que eu vou fazer agora se eu tiver três trabalhos de parto ao mesmo tempo, porque você tem que entrar pro quarto, então eu acho que não... não vou dizer que não foi pensado né...” T4

“Mas as meninas (enfermeiras obstétricas) estão falando que não dá para elas assumirem sozinhas, as enfermeiras. Tem que ter a enfermagem junto, porque? Porque aumenta serviço pra nós, as parturientes, pós-parto, indução, uma sozinha não vai ficar lá só com uma paciente.” T3

“É, foi aprendendo como a lidar com os leitos separados. O dimensionamento não mudou, é correria mesmo. Todo mundo se virando pra dar conta.” T4

Em relação à coesão das equipes multidisciplinares, percebe-se que conjuntamente à mudança de espaço, houve também a inserção do trabalho das enfermeiras obstétricas com autonomia, o qual a princípio é acatado com estranheza. É inferido que através da alteração do ambiente a equipe precisou se atualizar, atuando atualmente com maior parceria e coesão. Ademais, questiona-se o papel da doula no serviço, sendo que esse profissional não atua de forma rotineira no serviço.

“Eu não era favorável, mas também não sou contra a mudanças, e a mudança veio para bem.” M1

“Como tinha um pouco de resistência médica, ficou na segunda-feira inicialmente (atuação da enfermagem obstétrica)” M1

“Mas foi interessante esse caminho que começou na segunda-feira, passou pouquinho tempo, ou hoje não tem não? Hoje não tem não? Cadê elas? Não vai vir não.” M1

“Aí fez sessão da enfermagem obstétrica e melhorou assim, 1000%, porque a assistência foi só ampliando e cada foram recolocando a equipe e ficou hoje acho que a gente chegou num patamar que a gente nem esperava” T1

“E as equipes melhoraram também né” T1

“Também, todo mundo começou a interessar mais” EO1

“Ó, outra coisa é a doula quando vinha, que era o quartão, era uma confusão porque as outras pacientes queria perguntar ela, eles acham errado uma doula por exemplo, eu também acho. Nós aqui numa rede pública, eu tô falando assim a rede pública vir uma pessoa acompanhar o parto receber particular.” M3

“Não, não tem mais doula do serviço não, são todas, todas são pagas.” T4

Em relação ao excesso de pessoas em sala de parto, é realizada crítica negativa tanto para atenção à mulher quanto para os profissionais, sendo destacado como problema a ser adereçado. Infere-se que a má distribuição de atribuições da equipe esteja relacionada à falta de processo de trabalho bem estabelecido, assim como por se tratar de um hospital escola.

“Assim, a única coisa que eu acho que não é muito bom nessa modernidade como nós temos, é ter uma paciente em trabalho de parto e ter vinte olhos olhando pro mesmo lugar.” EO1

“Esses dias tinha uma paciente em trabalho de parto no banheiro, sem brincadeira contei, tinha sete ou oito pessoas dentro do banheiro.” T4

“Então assim, eu acho que a gente tem que melhorar, porque assim vai ter muitos partos gente, não precisa entrar vinte de uma vez, né, vamo dividir. É igual aqui, entra uma cesárea, você não consegue andar, porque entra dois da anestesia, tem dois da GO, dois ou três da pediatria, o berço já é muito grande né, você não consegue ajudar se precisar, então eu acho que essa parte acho que tem que ser bem melhorada. Fora nós (equipe de enfermagem) que também entrando em duas ou três lá.” EO1

“E a gente ainda tem que melhorar essa questão da, do número de pessoas dentro da sala, do PPP, mas a gente entende que é um hospital escola, e que tem que ter um residente da pediatria, tem que ter um R3, R2, R1, que tem que ter estagiário da enfermagem, então isso acaba que a gente não consegue limitar muito, e a gente tem que trabalhar com o que a gente precisa também.



Acho que talvez trabalhar mais com a conscientização, não precisa estar todo mundo olhando pro mesmo lugar né” EO2

“Pode tá melhor distribuído as vezes né, porque aí acaba que a mulher acima tá sem um apoio, enquanto tá todo mundo aguardando só o bebê nascer.” EO2

#### 4.3 PREPARO PARA O PARTO

Na categoria temática “Preparo para o parto” é observado falas referentes ao despreparo da gestante e do acompanhante durante a gestação para a vivência do parto, em que é destacado o papel do acompanhante. Ademais, a partir disso, infere-se o despreparo da equipe, tanto de pré-natal, quanto da atenção ao parto, no suporte contínuo à essa família.

“Eu queria fazer uma crítica assim a antes da paciente chegar aqui. Depois que ela chega aqui junto a onde a gente já tá, aqui dentro do Centro Obstétrico né, até no Pronto Socorro mesmo, ela já tem todo um trajetório, todo um acolhimento, mas as vezes a preparação dessa paciente na rede é que não tá sendo boa.” M1

“Então eu acho que pra que a coisa acaba de funcionar e tem assim um êxito bom, teria que ter uma preparação lá no pré-natal, então os pré-natal estão deixando as vezes a desejar, né. Não é uma crítica aos profissionais, é o sistema, porque quem as vezes tá fazendo o pré-natal, quem inicia o pré-natal é uma enfermeira no postinho, quem colhe o exame, que faz a primeira consulta com a paciente, o bhcg e o exame é uma enfermeira que não é obstetra, que não é treinada né. E depois essas pacientes passam nas UBS pelos médicos que não são obstetras também. Então elas chegam muito é com pouca informação.” M1

“Eu acho assim que o acompanhante também deveria participar (do pré-natal), porque chega aqui sai briga as vezes. Não, eu que vou entrar, não sei o que, não sou eu. O que a lei não fala, é da escolha da grávida, então a pessoa que ela escolher deveria desde o primeiro dia do pré-natal né, acompanhar, saber a evolução, tudo, inclusive ser orientado como eles devem se portar durante o procedimento como acompanhante, que a gente vê aqui cada coisa que até Deus duvida.” EO1

“Não é simplesmente chegar aqui e ver o neném nascer acabou, não, não é assim, que você vê muito despreparo de acompanhante aqui.” EO1

“Ele pegou, ele tava de acompanhante com a mulher dele, ele viu a sangueira que foi, lá o sangue quando a placenta saiu, tudo e ele apelou e ele quase bateu na (técnica de enfermagem).” M3

“Começa a dar palpite onde não tem que dar. Tem muitas coisas, começa paciente, fica falando que paciente tá sofrendo. Tá com dor, mas não é sofrimento, que o parto não tem como ser se não tiver isso.” EO1

“E outra coisa é o seguinte, agora no momento que nós estamos vivendo hoje que tudo é... é o acompanhante as vezes acha errado, a maioria das vezes ele ia achar que é abuso obstétrico né.” M3

“Quando a gente consegue abordar ela antes dessa parte do efetivo no Pronto Socorro, conversar com o acompanhante, a gente percebe o quanto é diferente, do que quando ela já chega com dor e a gente não tem nem oportunidade de explicar, o tanto que o acompanhante colabora mais.” EO2

“Não vem ninguém preparado aí chega aqui, minha esposa vai morrer, minha filha vai não sei, aí começa a pedição de cesárea, e aí gritou ganha. Que a paciente não te escuta gente, dependendo da hora você pode falar o que você quiser pra ela, ela não está te escutando.” EO1

#### 4.4 MODELO ANTERIOR

Na categoria temática “Modelo Anterior” é discutida a ambiência e atribuições da equipe anteriores à implementação dos quartos PPP, em que as falas remetem dificuldade e prejuízo ao cuidado da mulher e recém-nascido.

Em relação a ambiência anterior à implantação dos quartos PPP, é inferido através dos relatos que a mesma era inadequada para o atendimento à parturiente, por meio de relatos de falta de espaço físico, de privacidade, de liberdade de movimentação e posição e separação do binômio.

“A medida que a paciente chegava do pronto socorro ela já entrava num quarto, numa sala com mais três ou quatro pacientes juntas né. E ali todo mundo em trabalho de parto sem o acompanhamento, sem aquela pessoa que ela queria que estivesse junto com ela, o acompanhante.” M1

“Que era os quatro leitos, que eram divididos por cortina e um banheiro só pras quatro pacientes.” T2

“Só que era dividido por cortina, então assim, a paciente não tinha tanta privacidade...” T2

“Tinha que dividir (o banheiro) assim né, uma saia, entrava outra, aí que nojo né gente, vamo falar a verdade.” EO1

“As pacientes durante o trabalho de parto ficavam tudo deitadas.” M2

“No momento em que a gente percebia que ela ia evoluir pro trabalho de parto, pra parte expulsiva do trabalho de parto, era trocado de sala aí sim ia pra uma sala individual.” M1

“Clampeamento oportuno, isso não existia” EO1

“O neném nascia no pré-parto e era separado da mãe, que ia era recepcionado lá na sala cinco. Eu acho que a princípio já perdia esse lado, e fora que era um quartão as vezes tinha quatro pacientes ao mesmo tempo em trabalho de parto, aí uma ganhava, as vezes era aquele parto com muito grito, ali já assustava as outras que estavam ali. Ou as vezes uma tinha uma intercorrência que tinha que indicar cesárea, as vezes as outras também queriam.” T4

Em relação às atribuições, foram destacados pelos relatos pontos anteriores à implementação dos quartos PPP, em que é possível identificar a falta de acompanhamento individualizado à mulher, com foco da atenção voltado ao profissional, ademais de questionamento acerca da equipe responsável por assistir a mulher durante seu trabalho de parto.

“A enfermagem, a parte técnica da enfermagem, tanto a enfermagem também superior, só tinha contato com essa paciente a partir do momento que ela passava pra dentro do Centro Obstétrico, na parte expulsiva do trabalho de parto. A parte anterior era da enfermagem da enfermaria. Normalmente a parte médica não, a médica tanto o aluno quanto o residente e o médico assistente sempre tava acompanhava nos dois locais, tanto no pré-parto quanto na sala de parto.” M1

“Desde que eu entrei eu achava estranho aquilo né, de não se fazer parte do Centro Obstétrico.” EO1

“E normalmente para nós médicos, os alunos, era como se fosse um acompanhamento meio comunitário né” M1

“A assistência de enfermagem ali, por mais que seja, era uma técnica, mas você tinha uma noção do que acontecia nos quatro leitos, porque era um espaço pequeno.” T2



de forma que a implementação dos quartos PPP refletem diretamente na melhoria do cuidado e bem-estar da parturiente, iniciando atenção baseada nas boas práticas. De forma mais ampliada, a família também se torna o foco de cuidado, quando se acrescenta falas acerca do acompanhante, e é inferido que os enfermeiros são profissionais de grande relevância em proporcionar essa assistência.

Em relação à análise lexical, na categoria temática “Ambiência” é evidenciado por meio das falas dos entrevistados que houve uma evolução positiva drástica na ambiência para o atendimento à parturiente em concordância com as boas práticas, de forma que houve melhora na atenção ao processo de parturição. Em concordância com PORRÉCA (2019), o ambiente foi ressignificado e está sendo utilizado de forma otimizada, a fim de gerar experiência de parto e nascimento mais segura e confortável.

Os grupos foram capazes de realizar conexões acerca do espaço físico dos quartos PPP com a presença de maior acolhimento e apoio às parturientes e recém-nascidos e com a utilização de embasamento científico, os quais são interfaces do conceito ambiência. Diverge do encontrado por PORRÉCA (2019), em que os participantes da pesquisa se limitaram majoritariamente no discurso ao aspecto da infraestrutura, discutindo pouco acerca dos desfechos sociais. Pode-se explicar este fato devido à concomitância da transição do ambiente à realização do Projeto Parto Adequado e a inserção da especialização em enfermagem obstétrica no Hospital em que foi realizada esta pesquisa, uma vez que é colocado em pauta evidências atualizadas para mudança do modelo tecnocrático.

Em relação aos problemas a serem adereçados da ambiência, é demonstrado através dos relatos dos participantes que, mesmo com os diversos avanços, ainda há um espaço pequeno e pouco ventilado nos quartos PPP. Tal afirmação está em concordância com os achados de PORRÉCA (2019), que cita a dificuldade na regulação ideal de temperatura e o espaço físico inadequado como fatores dificultadores ao cuidado. Ademais, nos grupos focais, há relatos de resistência da equipe na adaptação ao novo ambiente e diminuição de materiais em relação ao que era disponível em sala cirúrgica. Tais objeções, na concepção das autoras, podem estar relacionadas à formação dos profissionais em modelo de atenção medicalizado, de modo que concebem o ambiente anterior de parto (a sala cirúrgica) como um espaço mais seguro por estar dotado de materiais, com relutância de assimilar a realização de partos segundo a fisiologia e menos intervencionistas. Tais resultados estão novamente em concordância com PORRÉCA (2019), que relata dificuldade dos profissionais em processar as mudanças na atenção ao parto e nascimento, permanência de espaço que remete assistência medicalizada e ausência de insumos.

O espaço físico pode ser compreendido como facilitador do processo de trabalho resolutivo, eficiente e humanizado, sendo a classe profissional da enfermagem destaque na manutenção de ambiência adequada e individualizada para cada parturiente. Isso advém em decorrência da atividade profissional que permite reconhecer as necessidades da mulher, propondo e implementando desta forma cuidados congruentes, otimizando o ambiente de acordo com a subjetividade da família (PORRÉCA, 2019).

Ainda na classe temática “Ambiência”, foi relatado pelos participantes maior utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, como o uso da banqueta e bola suíça, o que na visão das autoras está relacionado à fala referente ao “Processo de trabalho”, a qual diz que após a inserção da enfermagem obstétrica houve ampliação e melhoria na assistência à mulher, uma vez que seu cuidado proporciona maior conforto e conseqüentemente facilita vivenciar experiências de parto mais positivas. Em sua pesquisa, ALVES *et. al.* (2019) encontra associação significativa em relação a não utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, não preenchimento de partograma, ausência do acompanhante, realização de episiotomia, clampeamento precoce de cordão umbilical e privação de amamentação em primeira hora de vida com partos assistidos sem enfermeiros residentes em obstetrícia.

A classe “Processo de trabalho” também demonstra a falta de coesão das equipes multidisciplinares no Hospital em questão, em que a inserção do trabalho das enfermeiras obstétricas com autonomia foi inicialmente acatada com estranheza, assim como foi questionado o papel da doula no serviço. BACKES *et. al.* (2021) descreve em sua pesquisa que o modelo tecnocrático vigente está diretamente relacionado à supervalorização do profissional médico. Ademais, em concordância, FERREIRA-JÚNIOR *et. al.* (2021) refere que a falta de reconhecimento das competências do enfermeiro, conjuntamente às disputas com as demais classes profissionais, ocasiona carência de cumprimento de normas baseadas em evidências científicas para a vigência da autonomia de trabalho do enfermeiro.

No Brasil existem quatro profissionais distintos que atendem à parturiente e ao parto, sendo estes os médicos ginecologistas obstetras, enfermeiros obstétricos, obstetrizas e parteiras tradicionais. Entretanto, estas classes não integram ou reconhecem os saberes um dos outros, o que é mais evidente entre os profissionais médicos e enfermeiros, uma vez que compartilham o mesmo espaço de atuação. Existe a tendência equivocada do médico em estabelecer a relação com a enfermagem de forma hierárquica em poder e função assistencial, assim como ocorre entre os enfermeiros com técnicos e auxiliares. Entretanto, em consequência, esta realidade acarreta prejuízo à mulher assistida, a qual torna-se objeto na disputa de poder profissional, de

forma a ofuscar seu protagonismo no processo de parturição e a facilitar ainda mais sua perda de autonomia (PORRÉCA, 2019).

Através da alteração na ambiência na implementação dos quartos PPP, por meio dos discursos nos grupos focais, é possível observar que a equipe percebe a necessidade em se atualizar. Em consequência, houve uma transformação nas relações de trabalho para um maior reconhecimento de suas independências profissionais, porém fortalecendo a coesão e trabalho em equipe. As pesquisadoras referem à essa alteração como quebra de paradigmas dentro do ambiente hospitalar, uma vez que foi estabelecida a assistência compartilhada e colaborativa entre os profissionais, com as diferentes atribuições estabelecidas de forma clara, implementando ambiência propícia tanto para o bem-estar profissional quanto para o binômio assistido.

Ademais, nas falas dos participantes é criticado o dimensionamento para o setor de Centro Obstétrico no Hospital, uma vez que houve falta de adequação da equipe para as alterações realizadas na infraestrutura e atribuição de trabalho. Houve separação física do local de parturição, o que garantiu maior privacidade e conforto à mulher, entretanto, a escala de trabalho dos técnicos de enfermagem permanece sem alteração e escassa para o atual atendimento individualizado. Além disso, a escala de enfermeiros também foi criticada, uma vez que com a quantidade atual não é possível assumir integralmente o cuidado das pacientes, de forma que há uma desigualdade no cuidado entre as parturientes ou até mesmo o não exercício da enfermagem obstétrica no setor.

De acordo com FERREIRA-JÚNIOR *et. al.* (2021), os enfermeiros possuem inúmeras funções no setor ademais da assistência direta ao paciente, como as responsabilidades gerenciais. Ambos, assistência e gestão, devem ser conectados e não compreendidos de forma dicotômica, entretanto a administração consome grande parte da carga de trabalho, o que priva ainda mais esse profissional do seu atendimento à parturiente, tornando-se necessário a busca pela harmonização. Em concordância, BACKES *et. al.* (2021) possui como resultado de sua pesquisa relato de enfermeiros acerca da inviabilidade de realizar o acompanhamento direto ao trabalho de parto e parto das gestantes, em decorrência de seu acúmulo de funções, o que diminui o suporte e oferta de tecnologias não invasivas à parturiente. Dessa forma, AMORIM *et. al.* (2022), destaca que a alta demanda de atendimento, recursos humanos insuficientes e a sobrecarga de trabalho de enfermeiros em conjunto são contrários ao estabelecimento de resolutividade e qualidade.

O dimensionamento de unidades especiais, tal como Centros Obstétricos, é pouco pesquisado pela comunidade científica. No estudo de LORENZINI, DECKMANN, SILVA

(2015), através do cálculo de dimensionamento de acordo com o sítio funcional, assim como previsto na Resolução COFEN 293/2004, houve quantidade de enfermeiros e de técnicos de enfermagem inferior ao previsto, porém sem diferença estatística entre o calculado e o atual. Entretanto, ressaltam que o cálculo se refere ao quantitativo mínimo, sendo que as instituições podem manter número de profissionais superior ao recomendado para adequar-se aos processos de trabalho. COSTA *et. al.* (2022) relatam que o dimensionamento adequado de profissionais confere qualidade e segurança à assistência. Dessa forma, em sua pesquisa, desenvolvem um protótipo de *software*, o “Nursing Sizing”, o qual permite realizar o cálculo de dimensionamento de forma tecnológica e de fácil visualização através de gráficos, além de gerar outros indicadores de gestão, processo e resultado, tornando-se ferramenta facilitadora e essencial para o gerenciamento de enfermagem e cumprimento de práticas seguras nos serviços obstétricos.

Em consequência ao dimensionamento inadequado, é questionada pelos participantes da pesquisa a realização de planejamento para a implementação dos quartos PPP, o que as autoras relacionam à um processo de trabalho desestruturado. PILER *et. al.* (2019), em sua pesquisa, descreve que a inexistência de protocolos assistenciais pode ocasionar divergência nas ações realizadas por diferentes profissionais, desorganização e falta de respaldo legal. Propõe que a construção de protocolos deve ser compartilhada com toda a equipe envolvida no cuidado, uma vez que gera reflexão e responsabilização, e que deve ocorrer educação continuada para sua implementação. Ademais, afirma que os protocolos elaborados através de evidências científicas encorajam a assistência de qualidade e em concordância com as boas práticas de atenção ao parto e nascimento.

Em concordância, AMORIM *et. al.* (2022) em sua pesquisa na atenção primária, relata que a presença de protocolos clínicos para o atendimento à mulher gestante, treinamento e discussões de evidências científicas com os profissionais foi fundamental para garantir atendimento integral às usuárias e ampliação da prática clínica dos enfermeiros. Em relação à sistematização da assistência em enfermagem, FRAGA *et. al.* (2018) encontram que o processo de enfermagem realizado pelos profissionais entrevistados na atenção obstétrica era realizado de forma fragmentada, incompleta, automatizada e não individualizada. Destacam, entretanto, que o processo de enfermagem bem estabelecido fortalece a satisfação e autonomia dos profissionais, além de gerar aumento do reconhecimento profissional e da enfermagem como ciência.

Por fim, na classe “Processo de trabalho” é criticado o excesso de pessoas em sala de parto, tanto para a qualidade na atenção à mulher, a qual perde suporte contínuo e ambiência de

conforto, tranquilidade e privacidade, quanto para os profissionais que relatam dificuldade em realizar atendimento na condição de lotação. As pesquisadoras compreendem que o descomedimento de profissionais e sua má distribuição de atribuições esteja relacionada à falta de processo de trabalho bem estabelecido como dito anteriormente, mas também por se tratar de um hospital escola, fator descrito como limitação. BACKES *et. al.* (2021) encontra resultado similar, em que foi evidenciado em seu Hospital grande quantidade de alunos presentes no momento de parto, o que gera um descuido com a mulher na garantia da sua privacidade. Nos relatos, alguns entrevistados referem ser fator negativo para o cuidado, entretanto, outros retiram a autonomia e protagonismo da mulher em seu processo de parturição em sua fala de que a mulher se sujeita a passar por essa situação no momento que está internada em um hospital escola. As presentes autoras reiteram que a mulher deveria possuir a tomada de decisão de quem estará presente em seu trabalho de parto e parto.

Na categoria temática “Preparo para o parto” é discutido o despreparo da gestante e do acompanhante durante a gestação para a vivência do parto, o que gera repercussões negativas na assistência ao trabalho de parto, tanto para a família, a qual não se sente segura, quanto para os profissionais, que se sentem impotentes por não possuírem no momento do parto a oportunidade de realizar educação em saúde. Além da impotência diante do despreparo, a equipe está sujeita à comunicação e atos violentos dos acompanhantes alienados acerca do processo, em que é destacado a necessidade deste participar das consultas e encontros no pré-natal. Por fim, infere-se o despreparo da equipe, tanto de pré-natal, quanto da atenção ao parto, no suporte contínuo à essa família, sendo questionado o atendimento por profissionais não especialistas em obstetrícia.

As enfermeiras da atenção primária participantes da pesquisa de AMORIM *et. al.* (2022), referem que durante o pré-natal deve ser incentivado o protagonismo da mulher e o rompimento com o modelo biomédico, realizado o cuidado singular centrado na fisiologia do gestar, parir e nascer, através de cuidados e orientações que promovem uma gestante informada, capaz de tomar decisões, com conforto e segurança. Ademais, relatam falta de comunicação entre as equipes de referência e contrarreferência deste binômio, irregular com o preconizado para as redes de atenção.

Entretanto, GONÇALVES *et. al.* (2017), encontra em sua pesquisa na atenção básica lacuna entre produtividade e qualidade, uma vez que a adequação do acompanhamento foi classificada na maioria dos casos como intermediária e poucas mulheres receberam orientação para o parto, mesmo que a adesão ao pré-natal das gestantes foi satisfatória, o que demonstra insuficiência dos profissionais no atendimento. PORRÉCA (2019), destaca em seu trabalho que



“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”.

Em relação ao papel do acompanhante, HOLANDA *et. al.* (2018), encontram em sua pesquisa que a maioria dos parceiros compareceu a pelo menos duas consultas de pré-natal, e que capacitação do acompanhante para o acompanhamento do parto obteve significância estatística na satisfação da mulher e utilidade do apoio prestado durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. Entretanto, reforçam que caso o acompanhante esteja despreparado para vivenciar o parto, pode-se gerar efeito contrário, estimulando sensações de tensão e desconforto, as quais são barreiras fisiológicas para a progressão do trabalho de parto.

Finalmente, na categoria temática “Modelo Anterior” é discutida a ambiência e atribuições da equipe anteriores à implementação dos quartos PPP, em que as falas remetem dificuldade e prejuízo ao cuidado da mulher e recém-nascido, com destaque a falta de acompanhamento individualizado à mulher, com foco da atenção voltado ao profissional, falta de espaço físico, de privacidade, de liberdade de movimentação e posição e separação do binômio.

BACKES *et. al.* (2021) sintetiza seu estudo constatando a resistência do predomínio do modelo tecnocrático, intervencionista, centrado no profissional, com sobrecarga de trabalho e falta de suporte contínuo, o que favorece violência às mulheres. Finaliza destacando a necessidade do engajamento para a adesão aos princípios da humanização por meio de movimento contra-hegemônico fortalecido pelo movimento feminista.

## 6. CONCLUSÃO

O período de atenção ao parto e nascimento são singulares na vida de uma família, sendo que a satisfação com a experiência possui potencial transformador e enriquecedor para a vida das mulheres, sendo a ambiência adequada uma das formas de garantir a humanização da assistência durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.

Os profissionais foram capazes de compreender o impacto positivo da ambiência na alteração do processo de trabalho e satisfação dos usuários. Foi amplamente destacado o protagonismo da enfermagem obstétrica na implementação de boas práticas e apoio às transformações da experiência de parturição. Por fim, é concluído que houveram estranhamentos iniciais da equipe durante o processo de transição, assim como ainda existem problemas a serem adereçados em relação à ambiência e qualidade da assistência.

## REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Projeto Parto Adequado** [Internet], 2023. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-parto-adequado>> Acesso em: 31 maio 2023.

ALVES, T. C. M. *et. al.* Contribuições da enfermagem obstétrica para as boas práticas no trabalho de parto e parto vaginal. **Enfermagem em Foco**, [S. L.], v. 10, n. 4, p. 54 – 60, 2019. Disponível em: < <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2210>>. Acesso em: 31 maio 2023.

AMORIM, T. S. *et. al.* Gestão do cuidado de Enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde. **Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem**, [S. L.], v. 26, p. e20210300, 2022. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/ean/a/HGs3P75mn7qwvnB8WCH6rVL/?lang=pt>>. Acesso em: 31 maio 2023.

BACKES, M. T. S. *et. al.* A prevalência do modelo tecnocrático na atenção obstétrica na perspectiva dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. L.], v. 74 (Suppl 4), p. e20200689, 2021. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/reben/a/hrZSnrs9vSdvwbVLnhydTmd/?lang=pt>>. Acesso em: 31 maio 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC 36, de 3 de junho de 2008**. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília, DF, 3 jun. 2008. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036\\_03\\_06\\_2008\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html)>. Acesso em: 31 maio 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Portaria N° 1.459/GM, 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Brasília (DF). 2011. Disponível em: < [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 31 maio 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria n° 11, de 7 de janeiro de 2015**. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Brasília; 2015. Disponível em: < [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011\\_07\\_01\\_2015.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html)>. Acesso em: 31 maio 2023.

CARVALHO, E. M. P. *et. al.* Avaliação das boas práticas de atenção ao parto por profissionais dos hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. L.], v. 24, n. 6, p. 2135 – 2145, 2019. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/DjY36fR5cTmZw44PmXvHgyc/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 31 maio 2023.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM [São Paulo] (COREN-SP) Resolução n 293/04. Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados [Internet], 2004. Disponível em: < [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2932004\\_4329.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2932004_4329.html)>. Acesso em: 31 maio 2023.

COSTA, I. A. P. *et. al.* Software Nursing Sizing para dimensionamento de Enfermeiros na Assistência Obstétrica Hospitalar. **Research, Society and Development**, [S. L.], v. 11, n. 11, p. e49111133266, 2022. Disponível em: < <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/33266>>. Acesso em: 31 maio 2023.

DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 5 – 25, 1999. Disponível em: < <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23448/000265360.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 31 maio 2023.

FRAGA, T. F. *et. al.* Processo de enfermagem em centro obstétrico: perspectiva dos enfermeiros. **Texto Contexto Enfermagem**, [S. L.], v. 27, n. 3, p. e4600016, 2018. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/tce/a/TG5tCJBbFXB3hGS3n6bbYLF/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 31 maio 2023.

GONÇALVES, M. F. *et. al.* Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S. L.], v. 38, n. 3, p. e2016 – 0063, 2017. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rgefn/a/WRW56d7RPFZQNRhbYk6J3f/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 31 maio 2023.

FERREIRA-JÚNIOR, A. R. *et. al.* Potencialidades e limitações da atuação do enfermeiro no Centro de Parto Normal. **Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem**, [S. L.], v. 25, n. 2, p. e20200080, 2021. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/ean/a/3qqTn8j7RGWnG4BMkF9s3kw/?lang=pt>>. Acesso em: 31 maio 2023.

HODNETT, E. D.; DOWNE, S.; WALSH, D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. **The Cochrane database of systematic reviews**, [Online], v. 2012, n. 8, p. CD000012, 2012. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7061256/>>. Acesso em: 31 maio 2023.

HOLANDA, S. M. *et al.* Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto. **Texto Contexto Enfermagem**, [S. L.], v. 27, n. 2, p. e3800016, 2018. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/tce/a/bw8qwZ8cJNR8WNqPx8QBF6c/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 31 maio 2023.

JENKINSON, B.; JOSEY, N.; KRUSKE, S. BirthSpace: an evidence-based guide to birth environment design. **Queensland Centre for Mothers & Babies, The University of Queensland**, Brisbane, 2014. Disponível em: < <https://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:339451>>. Acesso em: 31 maio 2023.

LORENZINI, E.; DECKMANN, L. R.; SILVA, E. F. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em centro obstétrico. **Revista de Enfermagem da UFMS**, [S. L.], v. 5, n. 3, p. 661 – 668, 2015. Disponível em: < <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15038>>. Acesso em: 31 maio 2023.

MEDEIROS, R. M. K. *et al.* Humanized Care: insertion of obstetric nurses in a teaching hospital. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [Internet], v. 69, n. 6, p. 1029 – 36, 2016. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/reben/a/NwztcyqVs8kySJfHGdC6Ksr/?lang=en&format=pdf>>. Acesso em: 31 maio 2023.

PILER, A. A. *et al.* Protocolo de boas práticas obstétricas para os cuidados de enfermagem no processo de parturição. **Revista Mineira de Enfermagem**, [S. L.], v. 23, p. e-1254, 2019. Disponível em: < <https://reme.org.br/artigo/detalhes/1225>>. Acesso em: 31 maio 2023.

PORFÍRIO, A. B.; PROGIANTI, J. M.; SOUZA, D. O. M. As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [Internet], v. 12, n. 2, p. 331 – 6, 2010. Disponível em: < <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ree/v12n2/16.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2023.

PORRÉCA, A. C. A. Ambiência intra-hospitalar para o parto e nascimento: infográficos facilitadores para a Sistematização da Assistência de Enfermagem. 2019. Dissertação Mestrado em Ensino – Universidade Federal Fluminense.

SILVA, A. L. A. *et. al.* A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. L.], v. 33, n. 12, p. 1 - 14, 2017. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csp/a/YLYvkzQkpVtP59fJfyJsphf/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 31 maio 2023.

SILVA, C. N. Ergonomia aplicada na qualificação da ambiência do espaço de nascer. **SUSTINERE**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 150 – 174, 2018. Disponível em: < <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/33609/25724>>. Acesso em: 31 maio 2023.

SOUSA, A. M. M. *et. al.* Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem**, [S. L.], v. 20, n. 2, p. 324 – 331, 2016. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/ean/a/xDQqdphRKhRc7K6HRV3TWdF/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 31 maio 2023.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, [S. L.], V. 19, n. 6, p. 349 – 357, 2007. Disponível em: < <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>>. Acesso em: 31 maio 2023.

WHO recommendations: **intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: < <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2023.