

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

PAULA FARIA DIAS

AMBIÊNCIA PARA O TRABALHO DE PARTO E PARTO NORMAL
INSTITUCIONALIZADO: IDENTIFICAÇÃO DO CONCEITO

Alfenas/ MG
2017

PAULA FARIA DIAS

AMBIÊNCIA PARA O TRABALHO DE PARTO E PARTO NORMAL
INSTITUCIONALIZADO: IDENTIFICAÇÃO DO CONCEITO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração Enfermagem

Orientadora Prof^a. Dr^a. Maria Angélica Mendes

Co-orientadora Prof^a. Dr^a. Soraia Matilde Marques Buchhorn

Linha de Pesquisa Gestão em Serviços de Saúde

Alfenas/MG

2017

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal de Alfenas

Dias, Paula Faria.

Ambiência para o trabalho de parto e parto normal
institucionalizado: identificação do conceito / Paula Faria Dias. --
Alfenas-MG, 2017.
129 f.

Orientadora: Maria Angélica Mendes.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal
de Alfenas, 2017.
Bibliografia.

1. Obstetrícia. 2. Parto Normal. 3. Parto Humanizado .
4. Formação de Conceito. I. Mendes, Maria Angélica. II. Título.

CDD-610.73678



Paula Faria Dias

"Ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado: identificação do conceito"

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovado em: 07/02/17

Profa. Dra. Maria Angélica Mendes
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG - UNIFAL-MG

Assinatura:

Profa. Dra. Zélia Maria Rodrigues Resck
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG - UNIFAL-MG

Assinatura:

Profa. Dra. Marcelle Zveiler
Universidade Estadual do Rio de Janeiro -
UERJ

Assinatura:

Apresentação

O interesse em estudar o conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal surgiu frente ao anseio de uma assistência mais qualificada e humanizada à mulher, desde o pré-parto até o puerpério. Anseio esse derivado da prática profissional como residente da Enfermagem Obstétrica. Especificamente, muito me inquietava a assistência oferecida de forma padronizada, fundamentada em tradições e rotinas, com pouca ênfase nas necessidades e nos desejos da mulher.

Tendo em vista que a maternidade pode trazer consigo a plenitude do ser mulher, o parto é um momento de transformação; representando assim um marco na sua vida. Tal transformação advém desde o início da gestação, quando a mulher desperta para a maternidade com a espera do filho e com as modificações no seu corpo. Esse processo culmina com o parto e com a chegada do novo membro, iniciando uma nova fase àquela família, com a concretização dos sonhos alimentados na gestação. Nesse momento, novos papéis sociais são gerados na vida das pessoas que cercam o novo ser. A mulher, ao tornar-se mãe, traz consigo novos sentimentos e percepções, além de modificar suas prioridades e rotinas. A vida passa a ser liderada pelo novo papel que assume diante do filho, de si mesmo e de todos. O pai assume também papel de destaque no processo de nascimento, mesmo que, por ventura, não seja o pai biológico, mas o companheiro da mulher. Dentre suas funções, inclui o estabelecimento de um vínculo de suporte e de confiança com a mulher e filho, além da sua inserção de forma ativa nos cuidados com eles. Da mesma forma, outros membros da família assumem novos papéis e são inseridos no processo; como irmãos, avós, tios ou outras pessoas que estejam próximas à mulher nessa fase, contribuindo de forma significativa no nascimento do bebê (SOUSA, 2014 p. 19).

Essa complexa percepção me levou a buscar maiores conhecimentos acerca da assistência de enfermagem centrada na pessoalidade do binômio mãe-filho, que privilegia suas condições de saúde, suas necessidades, suas aspirações; diferenciando-se expressivamente de acordo com a cultura, com as crenças, com a história e a trajetória de vida de cada binômio.

Ao iniciar o curso de Mestrado em Enfermagem, vi a oportunidade de aprofundar meus estudos na Obstetrícia e aperfeiçoar meus saberes sobre a assistência humanizada. Entretanto, não estava definido qual seria o ponto de partida, nem mesmo qual o caminho a ser percorrido; porém estava claro que gostaria de contribuir com uma assistência mais próxima daquela centrada no binômio mãe-filho. Nas discussões com a orientadora sobre o objeto de estudo do projeto de pesquisa da dissertação e, não perdendo de vista a inquietação com a assistência humanizada, surgiu a ideia de estudarmos o conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto. Tal objeto de estudo foi tomando forma nas conversas e questionamentos com colegas e até mesmo com docentes, quando me questionavam sobre o que seria ambiência para o trabalho de parto e parto? E de forma rápida, eu tentava esclarecê-los, contudo pareciam surgir mais dúvidas, visto que na maioria das vezes entendiam que a ambiência restringia-se às estruturas físicas do local de parto. Percebi, então, o quanto o conhecimento e a apropriação de tal conceito pelos profissionais apresentam-se fragilizados, devendo ainda avançar. Logo, tive a certeza de que esse era o caminho a seguir, assumindo o desafio de ao mesmo tempo aprofundar meu conhecimento sobre o tema e de contribuir para a elaboração do conceito, ou seja, de identificar na literatura os atributos ou características do conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado.

De acordo com Montenegro e Filho (2011 p. 203), o parto está incluído no trabalho de parto, que por sua vez é dividido em períodos, a saber:

- a) Primeiro período: dilatação e esvaecimento do colo uterino;
- b) Segundo período: expulsão do feto;
- c) Terceiro período: secundamento, ou seja, descolamento, descida e expulsão da placenta;
- d) Quarto período, também chamado Greenberg: primeira hora após a saída da placenta.

Entretanto, com o intuito de destacar as particularidades do trabalho de parto e do parto, de forma específica, neste estudo a terminologia “trabalho de parto” corresponde ao primeiro período, que compreende a dilatação e o esvaecimento do colo uterino. Já o “parto” se caracteriza pelo período expulsivo do feto. Ainda em relação às

terminologias, no decorrer do texto será empregado parto normal e parto natural como intercambiáveis; considerando que ambos concernem ao parto sem intervenções desnecessárias, respeitando a fisiologia do processo natural de parturição.

Também, neste estudo, Instituição de Saúde se refere aos Hospitais que oferecem assistência obstétrica e aos Centros de Parto Normal (CPN). A criação recente do CPN representou grande avanço na assistência obstétrica e no estímulo ao parto fisiológico, sendo uma Instituição voltada à assistência ao parto normal sem distócia; atuando complementarmente às Unidades de Saúde existentes. O CPN pode funcionar de maneira intra, peri ou extra-hospitalar, sendo este último comumente chamado de Casa de Parto; que prioriza um Modelo Assistencial menos intervencionista e em ambientes que se assemelham ao domicílio (RIESCO et al., 2009 p. 1298).

Enfim, tal estudo se constitui da primeira etapa do desenvolvimento do conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado, ou seja, a identificação dos atributos indicativos do referido conceito; o que pode se caracterizar como uma limitação do estudo. Considerando a complexidade das demais etapas, essas serão realizadas oportunamente. Ao iniciar a busca na literatura, constatei que não havia Descritores específicos que contemplassem a ambiência em saúde; dessa forma empreguei Descritores que, em conjunto, permeiam a humanização e a ambiência para o trabalho de parto e parto institucionalizado. Ademais, de todos os estudos identificados, nenhum abordava diretamente a ambiência, sendo assim, mais uma limitação deste estudo juntamente com a inexistência dos Descritores, todavia, expressa também a relevância do mesmo. Também como limitação e ao mesmo tempo expressando a relevância do estudo, destaca-se a escassa literatura encontrada para descrever os atributos do conceito, sejam eles antecedentes, atributos definidores ou consequentes; naturalmente em decorrência da novidade do conceito de ambiência na prática.

Este estudo está estruturado, inicialmente, com uma breve introdução contextualizando sobre a assistência humanizada e sobre um dos pilares, ou seja, a ambiência no trabalho de parto e parto; seguido pelo objetivo e delimitação do objeto de estudo. Posteriormente, está apresentada a relevância fundamentada nas Políticas de Saúde Brasileiras e na Teoria do Cuidado Humano (WATSON, 2007). Já o capítulo do Referencial Metodológico traz o Método de Análise do Conceito (MORSE et al., 1996) e

o Interacionismo Simbólico (CHARON, 2010), que subsidiou a análise das categorias, e juntos nortearam o percurso metodológico. Após tal embasamento, é descrito o delineamento do estudo, as estratégias empregadas na busca bibliográfica nas Bases de Dados, bem como os critérios de seleção das referências e a extração e análise dos dados. Por fim, são descritos os elementos constituintes do conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado e a proposição teórica.

Desejo-lhe boa leitura!

Aos meus pais, Célia Regina e Elio, pelo incentivo e apoio incondicional durante minha caminhada e por serem o alicerce de minha vida.

À minha família e amigos pelas orações e torcida para que eu pudesse chegar até aqui.

Ao meu noivo Diego, por me apoiar em todas as decisões e entender, sempre com carinho e amor, minhas ausências.

AGRADECIMENTO

À Deus, por ser agraciada com tantas bênçãos em minha vida e por sempre me amparar, principalmente nos momentos mais difíceis.

À orientadora prof^a. Dr^a. Maria Angélica Mendes, por partilhar seus conhecimentos e sabedoria, com tanto carinho e paciência e pela amizade construída ao longo deste período. Com certeza a caminhada foi mais prazerosa ao seu lado!

À co-orientadora prof^a. Dr^a. Soraia Matilde Marques Buchhorn, pela disponibilidade e auxílio sempre que precisei.

Aos membros da banca, pela disponibilidade e prontidão em contribuir para a realização desta dissertação.

Ao colega Raul, pela amizade construída e por me auxiliar tantas vezes.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UNIFAL - MG, por todos os conhecimentos compartilhados e por contribuírem com a minha formação não apenas profissional como também pessoal.

Aos funcionários da Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL - MG, pela atenção dispensada quando solicitada.

Às colegas do mestrado, pelo companheirismo, apoio e amizade, tornando esta caminhada mais leve e feliz.

À Residência em Enfermagem Obstétrica da UNIFAL - MG, na qual tanto aprendi e me apaixonei pela Obstetrícia.

Aos graduandos em Enfermagem da UNIFAL - MG, por contribuírem com minha formação no estágio docente.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa Tecnologias e Inovações em Saúde, pelas

agradáveis companhias nas reuniões, sempre compartilhando conhecimentos.

À CAPES e à FAPEMIG (Processo APQ 01273/16) pelo apoio financeiro.

A todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte da minha formação, obrigada.

”...se os conceitos e as noções teóricas são fracas, medida alguma, não importa quão precisa, fará avançar uma ciência explicativa. Em outros termos, pode ser desapontador tentar medir aquilo que não se compreende”.

D. B. Moore (1979)

RESUMO

O estudo evidencia o conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado; visto que tanto o espaço físico como o social influi na qualidade da assistência ao binômio mãe-filho. Ambiência em saúde se caracteriza como um conjunto de ações que compreendem o espaço físico, o profissional e as relações interpessoais; que integradas constroem um projeto de saúde voltado à atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2010). Também, no contexto da Obstetrícia, as ações vão além da organização físico-funcional; buscando a qualificação da assistência ao parto humanizado (BRASIL, 2012). Nessa perspectiva, emergiu a pergunta norteadora do estudo; o que é ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado? Teve como objetivo identificar, na literatura, os antecedentes, os atributos definidores e os consequentes do conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado. Este estudo corresponde à primeira etapa da Metodologia Qualitativa de Análise de Conceito (MORSE et al., 1996 p. 263) fundamentado nas Diretrizes e Premissas da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2013) e do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2002). A exploração teórica foi realizada nas Bases de Dados: PsycInfo, COCHRANE, CINAHL, LILACS e PubMed. Resultaram 57 referências, que explicitaram ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado como um processo coletivo de interação simbólica da parturiente com o *self*, com a equipe e com o contexto, incluindo o acompanhante. Caracteriza-se por uma série de eventos de interação, sequenciais e inter-relacionadas entre si, no alcance do empoderamento e protagonismo do trabalho de parto e parto pela parturiente. Os atributos definidores do conceito descrevem o processo de interação assistencial e o uso das Tecnologias Não Invasivas. Já, os antecedentes permeiam o contexto comum e social do conceito de ambiência e se constituem de elementos referentes à parturiente e à qualificação do espaço social e físico. Por fim, os consequentes são elementos resultantes da aplicação do conceito e estão relacionados principalmente ao desfecho para o parto normal, ao alívio e conforto da dor e à satisfação e bem-estar da parturiente. Também como resultado foi elaborada uma

proposição teórica inédita para o conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado. O estudo oferece subsídios para gestores e profissionais da Obstetrícia alavancarem transformações na assistência, tendo em vista a excelência obstétrica.

Palavras-chave: Obstetrícia. Parto normal. Humanização da Assistência ao Parto. Formação de conceito.

ABSTRACT

The study evidences the concept of ambience for labor and normal institutionalized delivery; since both physical and social space influences the quality of care to the mother-child binomial. Ambience in health is characterized as a set of actions that comprise the physical space, the professional and the interpersonal relations; which integrated construct a health project focused on welcoming, resolute and human attention (BRAZIL, 2010). Also, in the context of Obstetrics, the actions go beyond the physical-functional organization; Seeking the qualification of humanized childbirth care (BRAZIL, 2012). From this perspective, the guiding question of the study emerged; what is ambience for normal labor and institutionalized delivery? It aimed to identify, in the literature, the antecedents, defining attributes and the consequent of the concept of ambience for labor and normal institutionalized delivery. This study correspond to the first stage of the Qualitative Methodology of Concept Analysis (MORSE et al., 1996 p. 263) based on the guidelines and premises of the national of humanization politics (BRAZIL, 2013) and the humanization program on prenatal and birth (BRAZIL, 2002). The theoretical exploration was performed in the data bases: PsycInfo, COCHRANE, CINAHL, LILACS and PubMed. Resulted 57 references, that explained an ambience for normal labor and institutionalized delivery as a collective process of symbolic interaction between the parturient and the *self*, with the team and with the context, including the companion. Characterized by a series of sequential interaction events and interrelated with each other, in the achievement of empowerment and protagonism of labor and delivery by the parturient. The defining attributes of the concept describe the process of assistance interaction and the use of Non-Invasive Technologies. Already, the antecedents permeate the common and social context of the concept of ambience and are constituted of elements referring to the parturient and the qualification of the social and physical space. Finally, the consequent are elements resulting from the application of the concept and are mainly related to the outcome for normal delivery, pain relief and comfort, and parturient satisfaction and well-being. Also as a result, an unprecedented theoretical proposition was elaborated for the concept of ambience for labor and normal

institutionalized delivery. The study offers subsidies for managers and professionals of Obstetrics to leverage transformations, in view of the excellence of obstetric care.

Keywords: Obstetrics. Normal childbirth. Humanization of Childbirth Assistance. Concept formation.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|-----|
| Figura 01 - Diagrama Ilustrativo da Exploração Teórica nas Bases de Dados. Alfenas, 2017..... | 46 |
| Figura 02 - Modelo Teórico de Interação da Parturiente no Contexto da Ambiência para o Trabalho de Parto e Parto Normal Institucionalizado. Alfenas, 2017..... | 101 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 01 - Caracterização dos estudos quanto autor, País de origem, Fator de Impacto, foco e tipo de estudo. Alfenas, 2017..... | 52 |
| Quadro 02 - Síntese das categorias e subcategorias de análise dos antecedentes, atributos definidores e consequentes da ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado. Alfenas, 2017..... | 55 |
| Quadro 03 - Categorias e subcategorias de análise dos atributos definidores da ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado. Alfenas, 2017..... | 57 |
| Quadro 04 - Categorias e subcategorias de análise dos antecedentes da ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado. Alfenas, 2017..... | 69 |
| Quadro 05 - Categorias e subcategorias de análise dos consequentes da ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado. Alfenas, 2017..... | 78 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------------|---|
| CINAHL | - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature |
| COCHRANE | - Cochrane Colaboration |
| CPN | - Centro de Parto Normal |
| DLE | - Decúbito lateral esquerdo |
| LILACS | - Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde |
| PHPN | - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento |
| PNH | - Política Nacional de Humanização |
| PsycInfo | - American Psychological Association |
| PubMed | - National Center for Biotechnology Information U. S. National Library of Medicine |
| RDC | - Resolução da Diretoria Colegiada |
| TNI | - Tecnologias Não Invasivas |
| TP | - Trabalho de parto |

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|---|-----------|
| 1 | A INTRODUÇÃO..... | 20 |
| 2 | O OBJETO DE ESTUDO E OBJETIVO | 25 |
| 2.1 | A DEFINIÇÃO E DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.... | 26 |
| 2.2 | O OBJETIVO..... | 29 |
| 3 | A RELEVÂNCIA..... | 30 |
| 4 | A METODOLOGIA..... | 34 |
| 4.1 | O REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO..... | 38 |
| 4.2 | OS REFERENCIAIS TEÓRICOS..... | 38 |
| 4.3 | A BUSCA BIBLIOGRÁFICA NAS BASES DE DADOS..... | 45 |
| 4.3.1 | Os Critérios de Inclusão..... | 47 |
| 4.3.2 | A Seleção das Referências..... | 47 |
| 4.4 | A EXTRAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS..... | 48 |
| 5 | A IDENTIFICAÇÃO DO CONCEITO..... | 50 |
| 5.1 | OS ATRIBUTOS DEFINIDORES DO CONCEITO DE AMBIÊNCIA PARA O TRABALHO DE PARTO E PARTO NORMAL INSTITUCIONALIZADO..... | 56 |
| 5.2 | OS ANTECEDENTES DO CONCEITO DE AMBIÊNCIA PARA O TRABALHO DE PARTO E PARTO NORMAL INSTITUCIONALIZADO..... | 67 |
| 5.3 | OS CONSEQUENTES DO CONCEITO DE AMBIÊNCIA PARA O TRABALHO DE PARTO E PARTO NORMAL INSTITUCIONALIZADO..... | 77 |
| 5.4 | A PROPOSIÇÃO TEÓRICA DO CONCEITO DE AMBIÊNCIA PARA O TRABALHO DE PARTO E PARTO NORMAL INSTITUCIONALIZADO..... | 89 |
| 6 | O CONCEITO DE AMBIÊNCIA PARA O TRABALHO DE PARTO E PARTO NORMAL INSTITUCIONALIZADO E O INTERACIONISMO SIMBÓLICO..... | 91 |

| | | |
|-----|--|-----|
| 6.1 | A COMPREENSÃO DO CONCEITO DE AMBIÊNCIA PARA O TRABALHO DE PARTO E PARTO NORMAL INSTITUCIONALIZADO..... | 92 |
| 6.2 | A AMBIÊNCIA PARA O TRABALHO DE PARTO E PARTO NORMAL INSTITUCIONALIZADO E O INTERACIONISMO SIMBÓLICO..... | 98 |
| 7 | AS CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 105 |
| 8 | AS IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA..... | 110 |
| | REFERÊNCIAS..... | 112 |

A INTRODUÇÃO

1 A INTRODUÇÃO

Este estudo evidencia o conceito de ambiência para o trabalho de parto (TP) e parto normal institucionalizado; visto que o espaço social e físico influem, de maneira significativa, na qualidade da assistência ao binômio mãe-filho.

O conceito ambiência emerge com a Política Nacional de Humanização (PNH), instituída em 2003 (BRASIL, 2013), a qual prevê a construção de processos coletivos entre gestores, trabalhadores e usuários que atuam na promoção de ações; contribuindo à assistência em saúde. Diretrizes da PNH compreendem o Acolhimento, a Gestão Participativa e Cogestão, a Clínica Ampliada e Compartilhada, a Valorização do Trabalhador, a Defesa dos Direitos dos Usuários e por fim a Ambiência - foco deste estudo.

Ambiência em saúde se caracteriza como um conjunto de ações que compreendem o espaço físico, o profissional e as relações interpessoais que integradas constroem um projeto de saúde voltado à atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2010 p. 05). Essas ações vão além da organização físico-funcional; com o intuito de contribuir à qualificação do processo de trabalho como estratégia na promoção de boas práticas, em particular, da assistência ao parto humanizado no contexto da Obstetrícia (BRASIL, 2012 p. 20).

A palavra ambiência tem origem do francês “*ambiance*”, que significa meio material ou moral onde se vive. Ou ainda o espaço, arquitetonicamente organizado e animado, que constitui um meio físico e, ao mesmo tempo, meio estético ou psicológico, especialmente preparado para exercício de atividades humanas (MICHAELIS, 2015). Na ambiência é fundamental o equilíbrio dos elementos que compõem os espaços construídos coletivamente, incluindo as diferentes culturas e valores; pois considera fatores que permitem e estimulam a participação dos sujeitos e o protagonismo (BESTETTI, 2014 p. 602).

Nos últimos anos, algumas Instituições de assistência ao parto têm reunido esforços no sentido de estabelecer a ambiência, com propósitos de garantir a segurança do binômio mãe-filho e do acompanhante, o acolhimento e conforto, a preservação da

privacidade; além de minimizar situações de estresse, como àquela causada pela percepção de um ambiente hostil e de sofrimento compartilhado entre as mulheres, o que pode interferir na evolução do trabalho de parto (BRASIL, 2008 p. 33). No alcance desses propósitos, intervenções têm sido implementadas, mesmo que de forma tímida, como a protagonização da mulher e respeito as suas necessidades; a presença de acompanhante significativo a ela; o estímulo à movimentação, a deambulação; e a liberdade de escolha da posição durante o pré-parto e parto; o oferecimento de dieta leve; o não emprego de práticas tradicionais como amniotomia, tricotomia, enema, manobra de Kristeller, episiotomia de rotina; e por fim, o uso de Tecnologias Não Invasivas (TNI) como bola suíça, massagem lombar e perineal, aromaterapia, musicoterapia, hidroterapia e outras (BRASIL, 2012 p. 20).

Ademais, cientes da influência que o meio exerce sobre o comportamento afetivo da pessoa; qualificações no espaço físico também são pertinentes, tais como a cor, o cheiro, a luz, o som, as formas e volume, as artes, entre outras, atuando como catalisadores de melhor percepção do ambiente (PESSATTI, 2012 p. 11) tanto físico como social. A adequação da ambiência nesses locais visa qualificá-los de modo a favorecer a assistência de acordo com as boas práticas e com a humanização da atenção ao parto, principalmente a implementação do acolhimento, da classificação de risco e dos alojamentos conjuntos; buscando promover conforto e privacidade à mãe, ao bebê e seus acompanhantes, conforme preconizado pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 30 (BRASIL, 2012 p. 20).

A humanização acontece a partir da valorização, da autonomia e da corresponsabilidade dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, sendo eles profissionais, gestores e usuários (BRASIL, 2010 p. 3). Já no contexto do parto, a humanização deve priorizar a protagonização da mulher, valorizando seu corpo e sua função social (BRASIL, 2008 p. 145).

Assim, a humanização do parto tem sido bastante discutida e incentivada. Nessa perspectiva, particularmente emergem algumas dúvidas: Como humanizar o parto? Interagir de forma educada, carinhosamente e com abraço, por si só, concorreria para o parto humanizado? Usar diminutivos na comunicação interacional como mãezinha, filhinho, dorzinha, remedinho faz parte da humanização da assistência?

Como possibilitar que a parturiente seja protagonista do seu trabalho de parto e parto? Qual o real significado do parto humanizado? Será que o conceito de Parto Humanizado tem sido aplicado na assistência sem que haja, de fato, a apropriação de seus atributos definidores, por parte dos profissionais? Numa realidade de desconhecimento aparente acerca dos fundamentos da humanização e, conseqüentemente do verdadeiro significado de ambiência para o trabalho de parto e parto, visto que cada profissional entende ambiência de forma diferente; soma-se uma tendência em correlacionar ambiência com ambiente, restringindo assim o conceito às estruturas físicas em detrimento das intervenções profissionais e das relações interpessoais.

Por se tratar de um conceito novo, iniciam-se discussões a esse respeito entre gestores, profissionais de saúde e formadores; na tentativa de incorporá-lo à prática obstétrica. É comum a importação de um conceito de outras áreas de conhecimento, adaptando suas definições e significados, entretanto isso pode gerar confusão e ambigüidade no momento da aplicação do mesmo (RODGERS; KNALF, 2000 p. 119). Dessa forma, conceitos de interesse à assistência à saúde, também, precisam ser estudados por meio de um processo de clarificação e desenvolvimento conceitual a fim de determinar seus atributos, mesmo àqueles aplicados a outras Disciplinas (RODGERS; KNALF, 2000 p. 120). Assim, conceitos aplicados à Saúde vêm sendo investigados e analisados, frente à necessidade de serem melhor entendidos e adaptados ao contexto tanto da Ciência como da prática; além do esclarecimento e compreensão de seus fenômenos e significados, visto que muitos dos seus termos centrais contêm imprecisões e ambigüidades (BOUSSO; POLES; CRUZ, 2014 p. 146).

Conceito pode ser entendido como “representações cognitivas” de uma realidade percebida, a partir de experiências, diretas ou indiretas, que podem ser baseadas em situações, acontecimentos ou comportamentos reais (MORSE, 1995 p. 33). Para tal, é imprescindível que o conceito esteja inserido em um contexto, para que seu significado e aplicação sejam possíveis, contribuindo para o avanço do conhecimento e ao mesmo tempo para o aprimoramento da prática (BOUSSO; POLES; CRUZ, 2014 p. 145). De tal modo, a análise e o desenvolvimento de um conceito, como o da ambiência para o trabalho de parto e parto, pode ser caracterizado como estratégia para qualificar a prática obstétrica.

No Brasil, pesquisas sobre o estudo de conceitos têm crescido gradativamente nas diversas áreas do conhecimento, como o dos protocolos de enfermagem (ALVES et al., 2014 p. 178), do papel clínico do enfermeiro (MENDES; CRUZ; ANGELO, 2014 p. 319), da promoção da saúde (LOPES et al., 2010 p. 462), da tecnologia na enfermagem (AQUINO et al., 2010, p. 691), da morte digna na criança (POLES; BOUSSO, 2009 p. 216), da fadiga (MOTA; CRUZ; PIMENTA, 2005 p. 286), entre outros.

Nessa direção, refletindo sobre o conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto, surgem questões norteadoras que me estimularam, enquanto pesquisadora, a elaboração do estudo:

- a) O que é ambiência para o trabalho de parto e parto normal?
- b) O que a literatura traz sobre esse conceito?
- c) Em que contexto ocorre a ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado?
- d) Quais as implicações imediatas, para a parturiente, da ambiência para o trabalho de parto e parto?
- e) Como profissionais de saúde poderiam intervir junto à parturiente na promoção da ambiência no trabalho de parto e parto?

Dessa forma, este estudo está centrado na formação do conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado, a fim de buscar respostas às questões norteadoras apresentadas acima, ou seja, identificar os atributos do referido conceito.

O OBJETO DE ESTUDO E OBJETIVO

2 O OBJETO DE ESTUDO E OBJETIVO

Neste capítulo apresentarei o objeto e o objetivo deste estudo.

2.1 A DEFINIÇÃO E DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Ambiência, enquanto Diretriz da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2013), preconiza que a assistência à saúde, no momento do parto, será efetiva com a inclusão, participação e protagonização dos sujeitos que se inter-relacionam no processo de produção de espaços saudáveis e acolhedores; sendo esses os usuários, os profissionais e os gestores (PESSATTI, 2012 p. 2).

O conceito de ambiência segue três eixos definidores indissociáveis na composição da mesma. Tais eixos são referentes ao espaço físico, ao espaço social como facilitador das interações e ao espaço social como produtor de subjetividades. Por conseguinte, esses espaços ou ambientes vão além da arquitetura projetada exclusivamente para o emprego de alta tecnologia, devem sim ser funcionais tanto quanto prazerosos (BRASIL, 2010 p. 6), sendo eles:

- a) O **espaço físico** que promove a confortabilidade, focado na privacidade e individualidade dos atores envolvidos e valoriza elementos do ambiente buscando harmonizar a interação com os usuários e profissionais e garantir o conforto aos profissionais, usuários e sua rede social. Entre tais elementos estão a *morfologia* do espaço, com formas, dimensões e volumes que configuram e criam os espaços; a *iluminação*, seja natural ou artificial, caracterizada pela incidência, quantidade e qualidade; o *cheiro*, considerando os odores que podem compor o ambiente; o *som*, com o uso de música ambiente em espaços como o quarto, a enfermaria ou a sala de espera e, ainda, considerando a necessidade de proteção acústica que garanta a privacidade da parturiente; a *sinestesia*, relacionada à percepção

do espaço, pelos movimentos e também pelas superfícies e texturas; a *arte*, como forma de expressão das sensações humanas; a *cor*, no estímulo aos sentidos e ao relaxamento; a *privacidade*, para proteção da intimidade da pessoa, por meio do uso de divisórias ou cortinas que permitam, ao mesmo, tempo, integração e privacidade, facilitando o processo de trabalho e aumentando a interação dela com a equipe e; a *individualidade*, pois cada pessoa é única, a qual veio de um cotidiano e espaço social específico;

b)O **espaço social**, que possibilita encontro entre os sujeitos e a produção de subjetividades, facilita e potencializa a ação e a reflexão acerca dos processos de trabalho e dos atores envolvidos nesses processos; podendo transformar os paradigmas dos sujeitos envolvidos. A composição do espaço, no alcance da ambiência, deve promover o processo reflexivo à construção de ações. A esse processo de reflexão, incluem-se as práticas e os modos de operar naquele espaço, que levam à criação de novas situações. Nessa perspectiva, os sujeitos envolvidos usam a ambiência como dispositivo para transformar seus paradigmas; e conseqüentemente, o espaço torna-se mais funcional e mais prazeroso. A qualificação do espaço deve incluir todos os profissionais, principalmente aqueles que atuam na ponta do serviço; pois conhecem a realidade prática da assistência e as necessidades e expectativas da pessoa;

c)O **espaço social interacional** usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho funcional que favorece a otimização de recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo. A implementação da ambiência, por si só, não é capaz de transformar o processo de trabalho; já que este é relacionado também à postura e ao entendimento do processo pelos profissionais e gestores da Instituição. Enquanto ferramenta facilitadora do processo de trabalho, a ambiência pode ser usada como instrumento na construção do espaço almejado pelos sujeitos envolvidos, garantindo a qualidade e a segurança da assistência em um ambiente que vai além da estrutura física e tecnológica.

Nessa perspectiva o propósito da promoção da ambiência na Obstetrícia

consiste na garantia da assistência humanizada no pré-parto, parto e puerpério por meio de boas práticas (BRASIL, 2012 p. 20). E o objeto deste estudo corresponde ao conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado. Contudo, nesta pesquisa de formação de conceito a ambiência está delimitada à assistência no período do pré-parto e do parto, uma vez que juntos compõem o processo de trabalho de parto.

No cotidiano de uma Instituição Obstétrica, é possível observar que o espaço físico, mesmo sendo estrutural, se modifica constantemente em detrimento da ação humana e das intervenções que são adotadas (PETEAN; COSTA; RIBEIRO, 2014 p. 616). Assim, a composição da ambiência em um espaço deve ser pensada ajustando todos os componentes existentes, em um sistema complexo e inter-relacionado, no qual são considerados os aspectos compositivos e programáticos. Também, as condições ambientais percebidas pela parturiente precisam ser analisadas, pois ela é capaz de logo interagir com o ambiente por meios dos seus sentidos. Os parâmetros de orientação, de conforto e de qualidade ambiental são responsáveis pelo estabelecimento do protagonismo e da participação ativa dos atores envolvidos. Para o alcance do conforto da parturiente suas necessidades devem ser atendidas, não somente pelos critérios físicos, mas também pelo acréscimo de emoção e prazer; visto que o ambiente é abrigo para o corpo e para a alma. De tal modo, a ambiência para o trabalho de parto e parto normal deve considerar a parturiente de maneira individual e única, pois o bem-estar é algo pessoal (BESTETTI, 2014 p. 602).

A ambiência tem como um dos seus princípios fundamentais a valorização da percepção dos atores envolvidos, neste caso, a parturiente em especial. Sua percepção é entendida como a tradução dos estímulos ambientais que normalmente é refletida no seu comportamento; depende de fatores subjetivos, como as experiências vividas, os valores culturais do seu grupo social e a interpretação da realidade percebida, o que contribui à construção da sua realidade. O sentido perceptivo da parturiente está relacionado aos sentidos de visão, de audição, de olfato, de paladar e de tato e, são usados conforme os estímulos recebidos. Tais sentidos provocam a percepção das mudanças ambientais, além de garantir a interpretação responsável pelo seu bem-estar (BESTETTI, 2014 p. 604) ou não.

Portanto, a valorização dos elementos, que compõe a ambiência no espaço

de assistência à parturiente, facilita e permite melhor desempenho dos sujeitos envolvidos. E, compreender tais elementos e suas variáveis fundamenta as especificidades que delimitam os sentidos de bem-estar (BESTETTI, 2014 p. 609), no contexto do trabalho de parto e parto normal institucionalizado.

2.2 O OBJETIVO

Identificar, na literatura, os atributos do conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado.

A RELEVÂNCIA

3 A RELEVÂNCIA

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2002 p. 05) baseia-se na premissa de que a humanização é fundamental para o acompanhamento apropriado ao parto. Nessa perspectiva, a humanização compreende dois aspectos básicos; o primeiro pontua o dever da Instituição em receber, com dignidade, a mulher, seus familiares e o recém-nascido, criando ambiente acolhedor com rompimento do tradicional isolamento imposto a ela. O segundo aspecto recomenda a adoção de práticas e procedimentos benéficos ao parto e nascimento, na evitação de práticas intervencionistas desnecessárias, que possam gerar riscos ao binômio mãe-filho, como o jejum e o uso rotineiro de medicações para a indução do trabalho de parto. Dessa forma, o PHPN (BRASIL, 2002 p. 05) visa assegurar o acesso, a cobertura e a qualidade da assistência à mulher segundo os direitos da cidadania.

Ao longo dos últimos anos, a assistência à saúde vem sendo construída sob o olhar da humanização, reforçando sentidos do existir do ser humano. Frente à necessidade de transformações e de novos paradigmas assistenciais, a Teoria do Cuidado Humano (WATSON, 2007 p. 130) surgiu da necessidade de trazer novos significados à assistência, além de fornecer uma base filosófica e ética às dimensões da mesma; constituindo-se como alicerce ao aprimoramento das práticas do cuidado (MATHIAS; ZAGONEL; LACERDA, 2006 p. 334). A Teoria, proposta por Jean Watson, tem como foco o ser humano em sua integralidade, abordando corpo, mente e espírito em um processo de interação transpessoal (BRAGA; SILVA, 2016 p. 330; MATHIAS; ZAGONEL; LACERDA, 2006 p. 333). Dessa forma, o cuidado transpessoal vai além da tecnologia que visa somente a cura, mas integra a ideia de priorizar a pessoa; considerando também suas necessidades psicossocioespirituais (SILVA et al., 2010, p. 550).

Watson (MATHIAS; ZAGONEL; LACERDA, 2006 p. 336; SILVA et al., 2010 p. 550) propõe dez fatores de cuidado que estruturam sua Teoria, a saber; (1) Prática de valores humanísticos altruístas; (2) Estímulo da fé e esperança; (3) Cultivo da sensibilidade para si e para os outros; (4) Relacionamento de ajuda e confiança no

cuidado autêntico; (5) Promoção e incentivo de sentimentos positivos; (6) Uso sistemático do Método Científico de solução de problemas à tomada de decisões; (7) Promoção do ensino-aprendizagem; (8) Ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual sustentador, protetor e corretivo; (9) Assistência com gratificação das necessidades humanas e, por último a (10) Aceitação das forças existencial-fenomenológicas. A partir da aplicação desses dez fatores de cuidado, espera-se que seja alcançado o compromisso verdadeiro em expandir a consciência e as ações do cuidado para consigo, para com os outros, para com o ambiente e com o universo.

Ainda, de acordo com a estrutura da Teoria do Cuidado Humano, Watson (SALES; PAIXÃO; CASTRO, 2011 p. 228) destaca que o cuidado pode ser demonstrado e praticado somente quando há uma relação interpessoal, o que confirma a premissa da PNH (BRASIL, 2013 p. 01) acerca da construção de processos de interações coletivas entre gestores, profissionais da assistência e, mãe e filho, no caso específico deste estudo. Portanto, os processos de interação coletiva são componentes fundantes da ambiência para o trabalho de parto e parto normal.

A Teoria de Watson (SALES; PAIXÃO; CASTRO, 2011 p. 228) também se relaciona com o conceito ambiência concernente ao ambiente sustentador, protetor e corretivo, no qual acontece a assistência; tendo em vista a promoção da saúde. Desta forma, o pressuposto do Cuidado Humano referente ao ambiente, seja ele físico, social ou mental é elemento fundamental à composição da ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado. Pois as qualificações do espaço físico e social influem, de maneira significativa, na construção e no favorecimento das relações interpessoais possibilitando a adoção da ambiência.

Nessa direção, este estudo tem o objetivo de identificar o conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal realizado em Instituição, seja uma Maternidade ou um Centro de Parto Normal. Para identificar um conceito, é necessário conhecer seus atributos; ou seja, seus antecedentes, seus atributos definidores e seus consequentes (WALKER; AVANT, 1995 p. 45). De tal modo, os antecedentes do conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado são as ações e condições que preparam e proporcionam a ambiência na assistência, como a

disponibilidade de recursos materiais e humanos, o conhecimento e a experiência dos profissionais combinado às relações interpessoais. Os atributos por sua vez, são entendidos como características definidoras do conceito em si de ambiência para o trabalho de parto e parto, como a presença do acompanhante de escolha da parturiente; o uso de Tecnologias Não Invasivas para o alívio da dor; o oferecimento de dieta leve; a liberdade de posição durante o parto; a promoção do contato pele a pele entre mãe e filho. Já os consequentes são percebidos como resultados da aplicação de tal conceito, isto é, os efeitos causados pela ambiência no trabalho de parto e parto normal institucionalizado, como o próprio desfecho do parto normal associado a outras experiências positivas.

Dessa forma, a implementação da ambiência no Serviço de Atendimento ao Parto poderá contribuir à reflexão sobre o Modelo de Atenção à Saúde da Mulher, já que favorece a abordagem centrada na pessoa e a integralidade da assistência (BRASIL, 2010 p. 17). Assim, conhecer os atributos que definem ambiência, os fatores que a determinam bem como suas consequências poderão favorecer, ao profissional de saúde, à apropriação de tal conhecimento com verdadeiro valor e real significado; bem como poderão prontamente planejar e intervir de forma efetiva junto à mulher e à família no alcance de boas práticas. Enfim, dada a importância desse conceito à humanização da assistência, esta pesquisa poderá oportunizar melhor identificação e compreensão de estratégias aplicadas à promoção da ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado.

A seguir será apresentada, de forma detalhada, a trajetória metodológica empregada no alcance da formação desse conceito.

A METODOLOGIA

4 A METODOLOGIA

Tendo em vista a análise do conceito ambiência para o trabalho de parto e parto institucionalizado, neste capítulo apresento a Metodologia com o Referencial Teórico-Metodológico e os Referenciais Teóricos, seguido do processo realizado de exploração teórica nas Bases de Dados, com a exposição dos critérios de inclusão das referências e a atividade de seleção das mesmas. Da mesma forma, evidencio a dinâmica que permitiu a extração e análise dos dados. Por fim, estão expostos resultados do estudo, com o escopo das publicações que originaram a identificação do conceito ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado.

Conceitos constituem a fundamentação de uma Disciplina e a essência da base filosófica que guia a profissão. Um conceito pode ser considerado como uma unidade que determina as perguntas bem como as respostas obtidas (SARTORI, 1984 apud MORSE, 1995 p. 45). Ademais, no contexto da Saúde, a construção e a descrição de um conceito e sua aplicação no ambiente clínico depende da análise desse conceito na Disciplina (MORSE et al., 1996 p. 272) profissional. Assim, em uma Disciplina, deve ser dada prioridade às pesquisas que envolvem seus conceitos (MORSE, 1995 p. 45), pois esses podem ser elementos-chave para o desenvolvimento de determinado conhecimento (MORSE et al., 1996 p. 266). Alguns conceitos, comumente usados, são complexos e multifacetados (HUPCEY et al., 2001 p. 283) e podem ter significados implícitos ainda não reconhecidos; porquanto fazem-se premente que sejam clarificados (MORSE et al., 1996 p. 254). O conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal, além de ser inovador e ainda pouco discutido nas Ciências da Saúde, também é carregado por grande complexidade; visto que está fundamentado em três eixos (BRASIL, 2010 p. 06), como já explicitado anteriormente. Faz-se necessária ampla revisão e diferenciação do conceito ambiência para o trabalho de parto e parto normal com o intuito de permitir seu melhor entendimento e sua consequente utilidade pragmática, ou seja, seu uso na prática clínica. Pois, esse conceito surge de uma multiplicidade de situações, influenciado por fatores intrínsecos e extrínsecos que o ampliam, refinam e caracterizam-no, adquirindo significados reais por meio de sua

aplicação na prática (FREITAS; MENDES, 2004 p.130; MORSE et al., 1996 p. 266).

Distintas Abordagens Metodológicas (MORSE et al., 1996) estão propostas para o estudo de conceitos, com o intuito de identificar lacunas do conhecimento bem como necessidades de aperfeiçoar determinado conceito que não está claro ou que possui múltiplos significados e, de avaliar a adequação de um conceito e a coerência entre a definição do mesmo e a forma como foi operacionalizado e sua aplicação clínica (MORSE et al., 1996 p. 256). Dentre as Abordagens destaca-se a Metodologia Qualitativa de Análise de Conceito (MORSE et al., 1996 p. 261). Essa, surgiu recentemente e tem o propósito de instrumentalizar a pesquisa para o desenvolvimento, delineamento, comparação, clarificação, correção ou identificação de um conceito (MORSE et al., 1996 p. 253; MORSE, 1995 p. 37). Para o processo de desenvolvimento de um conceito consideram-se três etapas (MORSE, 1995 p. 37):

1ª etapa - Identificação dos atributos indicativos do conceito;

2ª etapa - Verificação dos atributos em situações ou em populações nas quais o conceito aparece ou é usado;

3ª etapa - Identificação das manifestações do conceito, quando são comparados os atributos identificados na primeira etapa com aqueles verificados na segunda etapa.

Este estudo corresponde à primeira etapa da Metodologia Qualitativa de Análise de Conceito, na qual empregou o Método da Análise Crítica da Literatura (MORSE et al., 1996 p. 263) com o objetivo de identificar os atributos conceituais da ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado. Tal Método permite investigar as diferentes percepções de um conceito, os contextos em que ele está sendo empregado e informações sobre seus atributos implícitos e explícitos, contribuindo, assim, para avaliar sua coerência lógica (MORSE, 2000 p. 334) bem como implicações da adoção do conceito na prática. Os atributos podem ser obtidos por meio de variadas formas, como a observação participante, entrevistas, vídeos ou ainda pelo uso da literatura como fonte de dados (MORSE, 1995 p. 36). Neste estudo eles foram identificados por meio da literatura científica.

Em função de sua natureza abstrata, o significado de um conceito não pode

ser observado diretamente; todavia seus atributos ou características permanecem reconhecíveis nas diversas formas ou nos diferentes contextos em que ele se manifeste (MORSE et al., 1996 p. 255). Assim sendo, um conceito é verificado pela determinação de seus componentes, podendo ser referidos como elementos constituintes, propriedades, características, atributos, aspectos essenciais ou definidores e também como critérios (MORSE, 1995 p. 33). Neste estudo, os elementos constituintes do conceito ambiência para o trabalho de parto e parto normal são caracterizados como atributos. Portanto, para compreender um conceito devem-se investigar seus atributos identificados como antecedentes, atributos definidores e consequentes (COWLES, 2000 p. 119). Atributos definidores são palavras e/ou expressões usadas para definir as propriedades que compõem o conceito de interesse, diferenciando-o de outros conceitos análogos ou afins (WALKER; AVANT, 2005 p. 68). Suas características delimitam o conceito dentro de um contexto, sendo um atributo definidor, portanto, abstrato e universal (MORSE, 1995 p. 37). Já, os antecedentes e consequentes do conceito são descritos pelas situações, eventos ou incidentes que acontecem *a priori* e *a posteriori* do fenômeno de interesse, respectivamente (WALKER; AVANT, 1995 p. 45). Os antecedentes auxiliam no entendimento do contexto social do conceito em estudo, no caso - ambiência para o trabalho de parto e parto normal. Esses permitem identificar as premissas subjacentes ao referido conceito e refinar seus atributos definidores. Assim, os antecedentes são usados para identificar os pressupostos teóricos sobre o conceito em estudo. Os consequentes, por sua vez, são acontecimentos ou incidentes que decorrem da aplicação do conceito, ou seja, pode ser entendidos como resultados da ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado. Além dos consequentes serem úteis para determinar ideias, variáveis ou relações por vezes negligenciadas, podem levar a uma nova forma de compreender o conceito, a partir de sua identificação. Por fim, os antecedentes e os consequentes de um determinado conceito podem coincidir ou não com seus atributos definidores (WALKER; AVANT, 2005 p. 73).

4.1 O REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

O Referencial Teórico-Metodológico empregado no estudo foi a Análise de Conceitos (WILSON, 2005), que é uma técnica coerente de pensamento, criada há cerca de cinquenta anos. Essa vem alcançando importantes avanços a fim de responder a diversas e importantes questões conceituais propostas em diferentes contextos; estruturando e objetivando com clareza a reflexão racional e qualificando a comunicação dessas questões. Especificamente, tal técnica foi projetada para estudar e ampliar o entendimento de um conceito, de modo a torná-lo aplicável entre àqueles que o utilizam e favorecer o intercâmbio dos saberes entre as diferentes Disciplinas. Dessa forma, a análise conceitual é um “saber especializado”, com metodologias próprias e efetivas, que nos permitem abordar claramente conceitos (WILSON, 2005).

4.2 OS REFERENCIAIS TEÓRICOS

Os Referenciais Teóricos empregados neste estudo foram a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2013), o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2002) e o Interacionismo Simbólico (CHARON, 2010). A PNH e o PHPN foram discutidos anteriormente tanto na Introdução como na Relevância. Portanto, nesse momento, me atendo a abordar mais detalhadamente o Referencial Teórico do Interacionismo Simbólico (CHARON, 2010), que será aplicado na compreensão interacional da parturiente consigo mesma, com a equipe assistencial, com o acompanhante e com o contexto obstétrico.

O Interacionismo Simbólico é empregado para interpretar percepções, bem como os significados e os sentidos que a pessoa atribui a determinado fenômeno ou estratégia, relacionando-o com sua experiência (CHARON, 2010 p. 33). Enquanto Perspectiva Teórica, o Interacionismo Simbólico fortemente preocupada com a construção social e simbólica da experiência de interação, foi desenvolvida para o

estudo sistemático do comportamento social humano, com o intuito de aprimorar conhecimentos sobre a elaboração de ações e de estratégias que envolvem o relacionamento entre pessoas; pois essas são construídas e reconstruídas a partir dos significados atribuídos e, portanto, são definidas pelo contexto social ao qual pertencem (LOPES; JORGE, 2005 p. 107). Dessa forma, o Interacionismo pode ser entendido como Perspectiva Teórica que possibilita a compreensão do modo como um indivíduo interpreta sua interação com objetos e pessoas e como esse processo influencia seu comportamento em situações específicas (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010 p. 147).

O Interacionismo Simbólico teve origem no final do século XIX, na Escola de Chicago, advindo das obras de clássicos como Charles Cooley, John Dewey, William Thomas e, principalmente, George Mead, este considerado o maior precursor e inspirador do movimento (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010 p. 148). Por influência de Mead, o sociólogo Herbert Blumer, em 1937, atribuiu à Abordagem Teórica a denominação “Interacionismo Simbólico” (CHARON, 2010 p. 26). De acordo com Blumer, o Interacionismo Simbólico apresenta três premissas básicas, a saber (BLUMER, 1969 p. 2; CARTER; FULLER, 2015 p. 3):

- a) A pessoa age em relação às coisas, sejam elas objetos, instituições, ideias, atividades, situações do cotidiano ou ainda outros seres humanos; baseando-se no significado que tais coisas têm para ela. Este influencia a formação do comportamento, logo conhecer tal significado permite compreender a ação do sujeito e sua relação social;
- b) O significado tem origem na interação social que a pessoa tem com aqueles que ela se relaciona. Portanto, a interação é o elemento que fundamenta e fornece ao sujeito os significados para a construção do objeto. Assim, o objeto é entendido como uma coisa que poderá ser indicada ou referida e, seu sentido surge da maneira como eles é entendido por outra pessoa que com ela interage, compondo o meio circundante. Para compreender a ação da pessoa, o seu mundo de objetos precisa ser identificado; além disso, tais objetos são criações sociais em seus sentidos, sendo formados a partir do processo de definição e interpretação da interação humana. Todavia, somente quando o indivíduo considera um

objeto conscientemente, refletindo sobre ele ou interpretando-o é que este terá um significado para a pessoa. Dessa forma, acredita-se que na Perspectiva Interacionista a vida de um grupo humano representa um grande processo de formação, sustentação e transformação de objetos;

c) Por meio do processo interpretativo, os significados podem ser manipulados e modificados, para que a pessoa possa lidar com as coisas que ela interage no cotidiano. A interpretação pode ser considerada um processo formativo no qual os significados são usados e revisados como instrumentos, com o objetivo de formar e guiar as ações e comportamentos pessoais.

Mesmo que de forma breve e tendo em vista o contexto da assistência obstétrica, é necessário que alguns conceitos centrais do Interacionismo Simbólico sejam compreendidos. São eles, símbolos, *self*, mente, ação humana, sociedade, interação humana:

Símbolo é aquilo que a pessoa vê e como o interpreta. A interação simbólica é responsável por atribuir significados às coisas e direcionar as ações. Nesse sentido, a realidade simbólica torna possível a vida em grupo e até mesmo a existência humana, pois permite a compreensão dos símbolos e dos seus significados e valores; os quais fazem parte da cultura do grupo (CHARON, 2010 p. 35). Por meio de processos mentais, a pessoa faz uso dos símbolos em sua comunicação compartilhando seus significados (LITTLEJOHN, 1992 p. 69). Portanto, o Interacionismo Simbólico é fundado na ideia de que a pessoa usa os símbolos para comunicar-se com o outro e sua atenção está voltada à interpretação dos significados subjetivos dos símbolos do outro (CARTER; FULLER, 2015 p. 1).

Já o **self**, representado pelo ego ou pela própria pessoa, é algo que para os interacionistas toda pessoa tem; está relacionado ao processo de interação dela em relação a si mesma, como a identidade, a percepção, o autojulgamento, o pensamento, entre outros, assim a pessoa autointeragindo pode ser objeto de sua própria ação. Então, *self* é entendido como objeto social, no qual a pessoa pode agir voltada para seu ambiente interno ou para o externo. Como surge na interação experienciada, ele pode

sofrer mudanças ou permanecer estável. Apropriar-se do *self* é o mesmo que tomar posse de um mecanismo de controle, de manipulação e de direção de suas interações sociais (CHARON, 2010 p. 78; HAGUETTE, 2003 p. 28). O *self* apresenta duas faces, o Eu e o Mim. O Eu representa as tendências não direcionais do indivíduo, ou seja, é a sua resposta impulsiva, espontânea e desorganizada frente às atitudes do outro. Já o Mim é elaborado pela organização das atitudes, das definições, das compreensões e das expectativas exibidas pelo grupo; assim, um ato tende a se iniciar na forma do Eu e evoluir para a forma do Mim (HAGUETTE, 2003 p. 30).

A **mente** é entendida como processo que acontece quando a pessoa interage consigo mesma, por meio dos símbolos que comunicam com o *self*. Portanto, pode ser considerada também social, em origem e função, tendo em vista seu surgimento em razão do processo social de comunicação (HAGUETTE, 2003 p. 32). A mente favorece a pessoa desenvolver atividade mental que atribui significados aos estímulos, interpretando-os e dando sentido às coisas. Sendo assim, o comportamento humano é uma resposta que surge da interpretação que o indivíduo faz às intenções do outro; que são transmitidas por gestos simbólicos. Pode-se dizer então que o processo mental consiste na interação simbólica do organismo com o *self*, dentro das relações sociais (CHARON, 2010 p. 91).

Por sua vez, a **ação humana** caracteriza-se como o resultado da autointeração, isto é, das indicações que a pessoa faz a si mesma. É alcançada por meio da identificação da meta estabelecida e posterior observação e interpretação das ações dos outros, dimensionamento da situação, mapeamento de uma linha de comportamento e elaboração do que se deve fazer. Desta maneira, a pessoa estabelece uma interação com o outro e com o *self*; que a leva a tomar decisões que direcionam o curso das ações (CHARON, 2010 p. 116).

Ainda, sob a Perspectiva Interacionista, **sociedade** é considerada toda atividade grupal que tem por ideal o comportamento cooperativo, no qual o comportamento da pessoa responde às intenções do outro (HAGUETTE, 2003, p. 27). Dessa forma, interação social e sociedade são noções que se relacionam entre si, ou seja, a sociedade constitui-se de pessoas que estão inseridas em um processo de interação social. Entretanto, dois conceitos devem ser considerados na sociedade: o de

cultura e o de estrutura social. A cultura é o costume, a tradição, a norma, o valor ou a regra que deriva a ação da pessoa. A estrutura social é a interação cooperativa que produz cultura constantemente, ou seja, é o conhecimento, a linguagem, as concordâncias, as divergências e outras que condicionam a ação (CHARON, 2010, p. 159).

A **interação social**, portanto, é definida pelos conceitos descritos. A pessoa é compreendida como ator, que comunica com o outro, o interpreta e relaciona com ele. A pessoa se torna objeto social ao usar símbolos, direcionar o *self*, engajar-se em ação mental, tomar decisões, alterar sentidos, compartilhar perspectivas, definir situações e realidades. Com isso, o ator na interação social e simbólica, intencionalmente se comunica quando age e, o outro interpreta o que ele faz. Para entender a interação, deve-se reconhecer a existência de todas essas atividades. O Modelo característico da interação é simbólico ao procurar entender e interpretar o significado de uma ação (CHARON, 2010, p. 139).

Considerando aspectos que permeiam o conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado, o Interacionismo Simbólico permite compreender aspectos fundamentais à promoção da ambiência na prática clínica obstétrica. Assim, tal Referencial é pertinente para a assistência centrada na parturiente, na qual ela desempenha o papel de protagonista do processo de parto.

A partir das premissas básicas do Interacionismo Simbólico (CHARON, 2010) e de seus conceitos centrais, pode-se fazer uma relação com o contexto da parturiente no trabalho de parto e parto normal institucionalizado:

- a) a parturiente age de acordo com o significado que o parto tem para ela, ou seja, suas atitudes e comportamento no trabalho de parto e parto estão fundamentados e são influenciados pelos significados que o evento tem para ela. Tais significados são fundados nas circunstâncias em que a gestação acontece na vida dela e do companheiro; se foi planejada, se foi aceita e esperada, levando em conta todas as mudanças que a chegada do filho irá acarretar em suas vidas. Assim, o significado da gestação para a parturiente está intimamente ligado ao seu estilo de vida, ao seu contexto social e principalmente na sua interação social com o companheiro, com a

família e com os amigos; pois esses fornecerão elementos à construção dos significados do parto para ela. Em virtude disso, cabe à equipe que acolhe a parturiente e seu acompanhante, identificar tais significados, seus símbolos particulares e interpretá-los, com o intuito de implementar intervenções de saúde baseadas nas necessidades e anseios da parturiente;

- b) por meio da interação simbólica, a parturiente dá sentidos aos significados das coisas; em particular ao trabalho de parto, e conseqüentemente ela poderá optar por conduzi-lo e como conduzi-lo, incluindo, por exemplo, o uso das Tecnologias Não Invasivas para o alívio da dor e, ainda lançar mão ou não do seu acompanhante como estratégia efetiva no alcance da evolução natural do trabalho de parto;
- c) o *self* por sua vez, é representado pela interação que a parturiente tem com ela mesma e como se vê diante das mudanças que a maternidade acarreta. Sua interação com o *self* permite que ela alcance resultados; como se preparar para o processo de parturição, além de alcançar o empoderamento e a protagonização essenciais no trabalho de parto e parto, entre outros;
- d) na interação simbólica da parturiente em ambiente institucional, ela interage com a equipe de profissionais, se caracterizando como uma interação coletiva. Da mesma forma interage com o contexto, representado pelo ambiente de trabalho de parto e pelo seu acompanhante. E, por fim, ela autointerage com o seu *self* na definição de suas ações;
- e) já a mente, é a interação da parturiente com seu *self* em resposta aos estímulos da equipe e do contexto como o ambiente ou do acompanhante e aos estímulos do trabalho de parto e parto. Tal resposta pode ser exemplificada pelo acolhimento afetivo e resolutivo da parturiente pela equipe na admissão institucional; que naturalmente autorizará um comportamento mais favorável da mesma ao trabalho de parto e parto, bem como um ambiente propício ao trabalho de parto certamente influenciará os sentimentos e ações da parturiente. Assim, as atitudes e os

comportamentos da parturiente no trabalho de parto são resultados da interpretação da sua mente frente aos significados elaborados por ela após a interação com a equipe, com o contexto e com o *self*;

- f) após a interação simbólica que a parturiente elabora com ela mesma, ou seja, com o *self* e com a mente; ela se torna capaz, ao longo do processo de parto, de escolher seus comportamentos e ações que irá adotar no alcance de resultados esperados; como a evolução para o parto normal, o gerenciamento da dor, sua satisfação e bem-estar com o parto e com o bebê. Então, suas atitudes, comportamentos e ações estarão sempre voltados para o melhor enfrentamento do trabalho de parto e parto;
- g) assim, no contexto do trabalho de parto e parto, a parturiente, seu acompanhante e a equipe compõem uma sociedade que, juntos, estabelecem um processo de interação social. Entretanto, é primordial que uma estrutura social seja instituída, na relação entre equipe e parturiente, por intermédio do diálogo, das orientações e da cooperação, entre outros. Tal processo conta com a colaboração de todos os envolvidos, na performance de comportamentos cooperativos em respostas às intenções do outro; como o atendimento pela parturiente às orientações e aos estímulos da equipe, e vice versa, a colaboração da equipe em relação às expectativas e aspirações da parturiente. Ainda, para o alcance da interação simbólica, é necessário que a cultura da parturiente seja respeitada, como sua fé e práticas de cuidado;
- h) na interação simbólica, equipe, acompanhante e parturiente são entendidos como os atores que interagem entre si no processo de parto. Contudo, a parturiente destaca-se com o papel de protagonista, em detrimento de sua transformação em objeto social, lhe é permitido interagir consigo mesma e com os demais, analisar situações do seu trabalho de parto, tomar decisões sobre o que é melhor para si naquele momento e fazer escolhas necessárias para participar ativamente do parto.

De tal modo, o Referencial do Interacionismo Simbólico oportuniza melhor

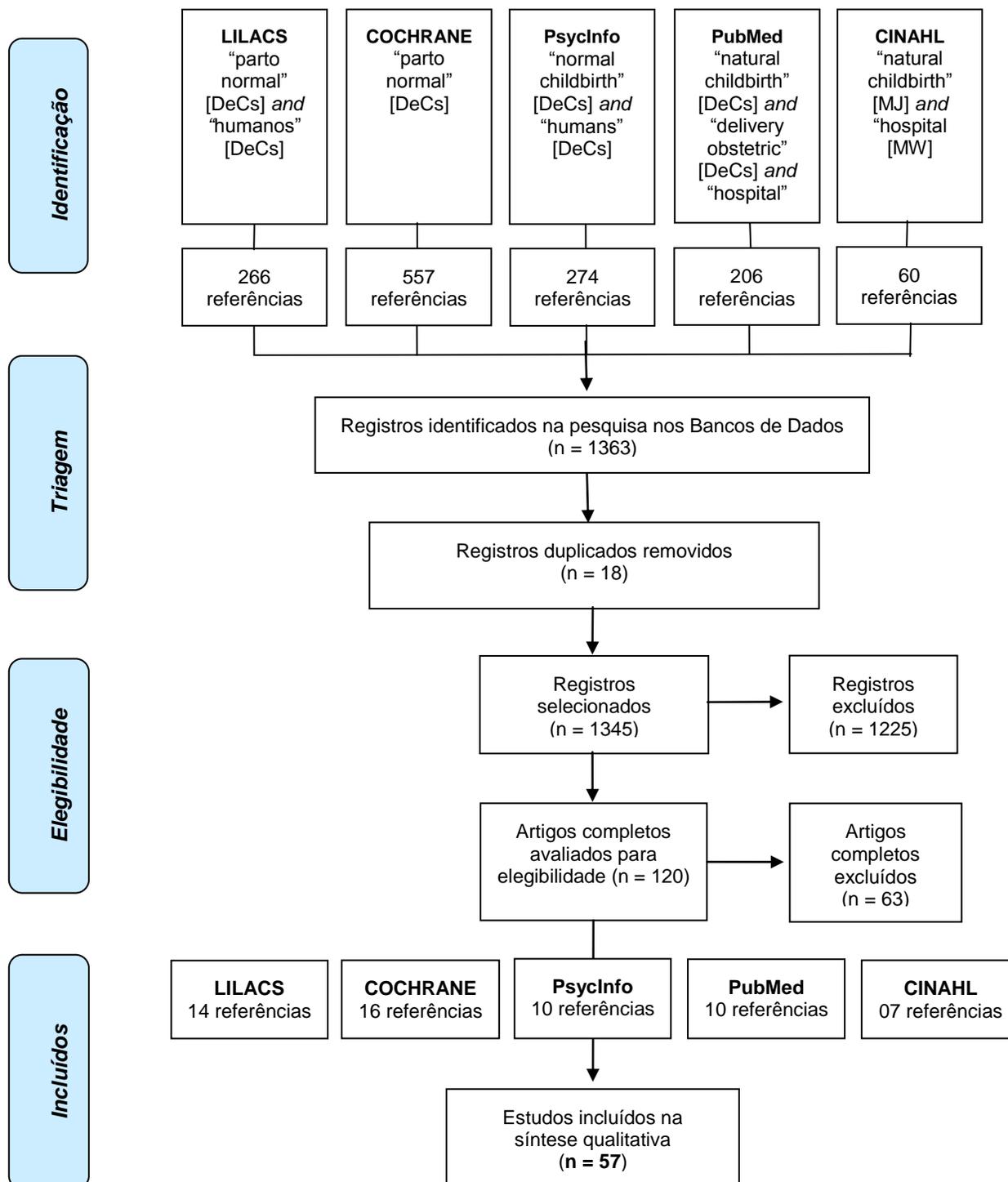
compreensão do conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado.

4.3 A BUSCA BIBLIOGRÁFICA NAS BASES DE DADOS

A exploração teórica de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado foi realizada entre os meses de abril a junho de 2015, empregando os Descritores da Biblioteca Virtual em Saúde. As estratégias de busca aplicadas com as respectivas Bases de Dados, Descritores e resultados alcançados estão apresentados a seguir e ilustrados na Figura 1:

- a) **American Psychological Association (PsycInfo)** com os descritores “normal childbirth” [Any Field] *and* “humans” [Any field], o que originou 274 citações;
- b) **Cochrane Colaboration (COCHRANE)** com o descritor “parto normal” derivando 557 citações, sendo elas 15 resumos de Revisões Sistemáticas com Qualidade Avaliada, 372 Registros de Ensaio Clínicos e 170 Revisões Sistemáticas Completas;
- c) **Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)** com os descritores “natural childbirth” [MJ] *and* “hospital” [MW] que resultou 60 citações;
- d) **Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)** com os descritores “parto normal” [Descriptor de assunto] *and* “humanos” [Descriptor de assunto] resultando em 266 citações;
- e) **National Center for Biotechnology Information U. S. National Library of Medicine (PubMed)** com os descritores “natural childbirth” [All fields] *and* “delivery obstetric” [All fields] *and* “hospital” [All fields] decorrendo 206 citações.

Figura 1 – Diagrama ilustrativo da exploração teórica nas Bases de Dados. Alfenas, 2017.



Fonte: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(6): e1000097.doi:101371/journal.pmed1000097. Adaptado pela autora.

4.3.1 Os Critérios de Inclusão

Foram incluídas as publicações que apresentavam possíveis elementos definidores do conceito ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado, ou seja, informações que poderiam constituir um antecedente, um atributo definidor ou um conseqüente do conceito. Ademais, foram selecionados os estudos publicados em português, inglês ou espanhol, a partir do ano 2000. Essa data se justifica por se aproximar do ano da criação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2002), o qual fundamenta a premissa da humanização no parto e, conseqüentemente, a ambiência para o trabalho de parto e parto normal. A busca bibliográfica foi realizada pela autora (PFD) e validada pela orientadora (MAM), sendo ambas enfermeiras obstétricas.

4.3.2 A Seleção das Referências

Inicialmente, a busca bibliográfica resultou em um total de 1363 referências. Os títulos e os resumos, quando presentes, foram lidos a fim de selecionar àquelas pertinentes ao objetivo do estudo. Em caso de dúvidas, ou se somente o resumo não permitiu essa definição, a publicação foi mantida para a fase seguinte de leitura dos textos completos. Nessa fase, foram identificadas 208 referências para leitura dos textos completos. Logo na fase subsequente, as referências selecionadas foram lidas, na íntegra e de forma analítica, com o intuito de distinguir àquelas que traziam contribuições ao estudo de ambiência para o trabalho de parto e parto normal. Demais referências foram excluídas por não contemplarem o objeto deste estudo. Essas, em geral, estavam relacionadas ao parto cirúrgico; ao uso de medicações; às patologias específicas; ao pré-natal; ao parto não institucionalizado; às técnicas privativas de uma determinada categoria profissional; ao puerpério tardio e remoto; ao aborto; ao recém-nascido após a alta hospitalar. E ainda foram excluídas aquelas que não se tratavam de um estudo

científico ou apresentavam resultados inconclusivos. Assim, ocorreu uma nova triagem, que determinou o total de referências a serem analisadas. Também, foram excluídas àquelas que se encontravam duplicadas nas Bases de Dados pesquisadas. Essas, totalizaram 18 referências, sendo uma Revisão Sistemática e três Ensaio Controlados da Cochrane, seis referências da PsycInfo, seis da PubMed e duas da Lilacs.

4.4 A EXTRAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A Metodologia Qualitativa para Análise de Conceito tem como principal finalidade a organização e consolidação dos dados em categorias. Já a classificação categórica tem o propósito de identificar os atributos definidores, com os antecedentes e os consequentes (MORSE et al., 1996 p. 261), neste caso, de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado.

A análise foi desempenhada pela autora (PFD) e validada pela orientadora (MAM), na realização de leitura compreensiva com análise crítica dos conteúdos das publicações apontadas na busca bibliográfica. Partes dos textos que poderiam oferecer subsídios ao estudo do conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal foram destacadas. Esses pequenos escritos foram então analisados, ponderando seus argumentos e considerando seus contextos, e assim recebiam um nome representativo daquele conteúdo, constituindo um código. Em seguida buscava-se identificar de quais elementos se tratava o código, se era um atributo definidor, um antecedente ou um consequente. Por vezes, na ocorrência de imprecisões sobre a identificação de tais elementos, foi necessária maior reflexão (PFD e MAM) para então definir de qual atributo se tratava; sendo feitas várias mudanças até sua identificação definitiva. Ademais, um mesmo elemento poderia se apresentar como antecedente, como atributo definidor ou como consequente (WALKER; AVANT, 2005 p. 73). Também, para sanar alguns impasses em relação a essa identificação, foram consultados outros profissionais especializados na assistência obstétrica, que contribuíram quando solicitados. Para o auxílio de tal processo de análise, empregou-se a Microsoft Excel 2010 atribuindo

códigos aos textos extraídos, para facilitar o resgate dos mesmos, se necessário.

Na sequência, a análise crítica foi realizada por meio do processo comparativo constante, com o propósito de identificar as fronteiras conceituais de ambiência para o trabalho de parto e parto normal (MORSE et al., 1996 p. 261), isto é, suas características que o distinguem de outros conceitos, como o de humanização ou o de acolhimento, tornando o conceito estudado mais claramente definido (MORSE et al., 1996 p. 269). Destaca-se que, para a construção das categorias, a análise realizada na identificação dos atributos do conceito foi fundamentada nas premissas do PNH e do PHPN e, o Referencial Teórico do Interacionismo Simbólico (CHARON, 2010) foi empregado para subsidiar a análise e compreensão das categorias. Assim, primeiramente os códigos foram comparados, agrupando-os em função da semelhança dos seus significados e, indutivamente, foram estabelecidos nomes para os agrupamentos gerados. A partir da avaliação e comparação constante das semelhanças e das variações entre os agrupamentos, foram criadas categorias e subcategorias de análise (MORSE et al., 1996 p. 264). Como os códigos foram organizados em atributos definidores, antecedentes e consequentes, as categorias formadas mantiveram essa organização. Os conteúdos das categorias recém-formadas foram comparados entre si com o intuito de verificar a adequação dos mesmos. As categorias que se referiam a um mesmo atributo da ambiência, seja um antecedente, um definidor ou um consequente, foram fundidas, a fim de aperfeiçoar a construção das mesmas. Por fim, as categorias foram nomeadas a partir da interpretação dos significados dos atributos nelas contidos; por vezes, seus nomes foram alterados na busca de uma denominação representativa adequada ao significado dos atributos por elas representados, quando então, passaram a ser definitivas.

No próximo capítulo apresento os resultados alcançados segundo a Metodologia empregada.

A IDENTIFICAÇÃO DO CONCEITO

5 A IDENTIFICAÇÃO DO CONCEITO

Neste capítulo delinheiro o resultado da busca bibliográfica, bem como características das publicações elegidas para este estudo. Em seguida ilustro as categorias e subcategorias construídas em um quadro-síntese e, por fim, apresento quadros específicos de atributos definidores, antecedentes e consequentes, com suas respectivas descrições. Além disso, ao final deste capítulo, também como resultado exponho uma proposição teórica conceitual de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado.

A busca e seleção bibliográfica resultaram em 57 publicações potenciais para a identificação do conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado. As principais características dessas publicações estão relacionadas no Quadro 1, quais são: autoria, País de origem do estudo, fator de impacto do Periódico, foco e tipo de estudo. Alguns estudos não exibiam seu fator de impacto, sendo esses representados por um asterisco (*) nesses casos.

Das 57 publicações incluídas para a identificação do conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado, 41 dessas se tratam de estudos empíricos e 16 teóricos. Sendo assim, a maior parte das publicações foi constituída por estudos práticos que comprovam cientificamente a qualidade dos atributos, dos antecedentes e dos consequentes analisados. Em relação ao local de origem dos estudos, a maioria foi realizada no Brasil, ou seja, 19 estudos. Assim, 56% dos estudos estão concentrados na América, 21% na Europa, 14% na Ásia, 7% na Oceania e 2% na África. Dessa forma, observa-se que a realização dos estudos sobre assistência ao parto e, conseqüentemente sobre ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado concentra-se, em sua maioria, na América e mais especificamente no Brasil; o que vem ao encontro, mais uma vez, da relevância deste estudo de formação de conceito.

Quadro 01 - Caracterização dos estudos quanto à autoria, País de origem, fator de impacto do Periódico, foco e tipo de estudo. Alfenas, 2017.

(continua)

| Autoria/Ano | País de Origem | Fator de Impacto | Foco | Tipo de Estudo |
|--|----------------|------------------|--|----------------|
| HOTIMSKY et al., 2002 | Brasil | 0,976 | Representações de gestantes sobre o processo de gestação e parto e suas expectativas em relação ao próximo parto. | Empírico |
| DINIZ et al., 2014 | Brasil | 0,976 | Presença e tipo de acompanhante durante o parto e pós-parto e associação com fatores maternos, institucionais e da ambiência. | Empírico |
| HAMMOND; FOUREUR; HOMER, 2014 | Austrália | 1,573 | Impactos físicos e estéticos do projeto de salas de parto hospitalares. | Empírico |
| LIU et al., 2014 | China | 2,19 | Resultados maternos e neonatais de mulheres que se submeteram à imersão em água durante a 1ª fase do TP. | Empírico |
| NUTTER et al., 2014 | EUA | 1.04 | Evidências sobre os resultados maternos e neonatais do parto na água. | Teórico |
| ONDECK, 2014 | EUA | * | Liberdade de movimentos durante o TP. | Teórico |
| AGUILAR; ROMERO; GARCIA, 2013 | México | * | Comparação obstétrica e dos resultados perinatais entre a posição supina e ereta em TP. | Empírico |
| HODNETT et al., 2013 | Canadá | 5.94 | Efeitos do apoio contínuo intraparto. | Teórico |
| JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 | Brasil | 0,976 | Experiências relativas ao parto de mulheres que receberam assistência em CPN. | Empírico |
| KARLSDOTTIR; HALLDORSDDOTTIR; LUNDGREN, 2013 | Islândia | 0.89 | Experiências das mulheres em relação à dor do TP. | Empírico |
| LAWRENCE et al., 2013 | Austrália | 5.94 | Efeitos da posição vertical para mulheres no 1º período do TP em relação à duração do TP, tipo de parto e resultados maternos e neonatais. | Teórico |
| MAPUTLE; HISS, 2013 | África do Sul | 0,1429 | Crítérios para facilitar a implementação de cuidados centrados na mulher em Unidades de Parto. | Teórico |
| PIMENTA; RESSEL; STUMM, 2013 | Brasil | 0,212 | Significado do parto para a mulher frente aos seus saberes e práticas. | Empírico |
| SELLÉS; SEGALÉS; TRICAS, 2013 | Espanha | 1.88 | Perfil das enfermeiras obstétricas que prestam cuidados para o parto natural em CPN. | Empírico |
| SIMMONDS et al., 2013 | Canadá | 1,2 | Percepção das responsabilidades morais das enfermeiras com as mulheres em trabalho de parto. | Empírico |
| BURNS et al., 2012 | Reino Unido | 2.05 | Características e resultados das mulheres que usaram piscina no parto. | Empírico |
| GUPTA; HOFMEYR; SHEHMAR, 2012 | Reino Unido | 5.94 | Benefícios e riscos de diferentes posições durante o 2º período do TP. | Teórico |
| HODNETT; DOWNE; WALSH, 2012 | Canadá | 5.94 | Efeitos do nascimento em ambiente alternativo. | Teórico |
| KETTLE; DOWSWELL; ISMAIL, 2012 | Reino Unido | 5.94 | Métodos de sutura vaginal contínua x sutura interrompida na reparação de episiotomias. | Teórico |
| SALGE et al., 2012 | Brasil | 2,4253 | Prática da episiotomia e fatores maternos e neonatais relacionados com sua ocorrência. | Empírico |
| CHEUNG et al., 2011a | China | 1,573 | Resultados clínicos dos primeiros seis meses de funcionamento de uma Unidade de Parto Normal. | Empírico |
| CLUETT; BURNS, 2011 | EUA | 5.94 | Imersão em água durante o TP e parto e resultados maternos e neonatais. | Teórico |
| NILSEN; SABATINO; LOPES, 2011 | Brasil | 2,0657 | Dor e comportamento de mulheres em diferentes posições no trabalho de parto e parto. | Empírico |
| SCHIRMER; FUSTINONI; BASILE, 2011 | Brasil | 3,2791 | Resultados perineais em relação à posição do parto. | Empírico |
| SCOTLAND et al., 2011 | Reino Unido | 2,05 | Preferências e valores das mulheres para alguns aspectos da gestão do TP. | Empírico |
| SILVA et al., 2011 | Brasil | 3,2791 | Uso da bola suíça na assistência ao trabalho de parto por enfermeiras. | Empírico |
| CHEUNG et al., 2010b | China | 1,573 | Opinião de mulheres e profissionais de saúde sobre a primeira Unidade de Parto Normal na China. | Empírico |
| CORTES; BASRA; KELLEHER, 2011 | Reino Unido | 1,974 | Trauma perineal e função do assoalho pélvico no parto na água comparado ao parto convencional. | Empírico |

Quadro 01 - Caracterização dos estudos quanto à autoria, País de origem, fator de impacto do Periódico, foco e tipo de estudo. Alfenas, 2017. (conclusão)

| Autoria/Ano | País de Origem | Fator de Impacto | Foco | Tipo de Estudo |
|---------------------------------------|----------------|------------------|--|----------------|
| LIU; CHANG; CHHEN, 2010 | Taiwan | 1.23 | Musicoterapia sobre a reação da dor e ansiedade durante o parto. | Empírico |
| BARACHO et al., 2009 | Brasil | 0,4259 | Associação entre parto vaginal, resultados perineais e posição do parto. | Empírico |
| CARROLI; MIGNINI, 2009 | Argentina | 5.94 | Episiotomia restritiva contra a de rotina; episiotomia mediana em comparação com a médio-lateral. | Teórico |
| CHAICHIAN et al., 2009 | Irã | 1,108 | Controvérsias que cercam o nascimento na água. | Empírico |
| MELCHIORI, 2009 | Brasil | * | Preferências, temores e justificativas para o tipo de parto escolhido por mulheres. | Empírico |
| RIESCO et al., 2009 | Brasil | 2,0861 | Processo assistencial e resultados maternos e perinatais em CPN. | Teórico |
| SILVA; OLIVEIRA; NOBRE, 2009 | Brasil | 1,573 | Banho de imersão no trabalho de parto para alívio da dor. | Empírico |
| ALMEIDA; RIESCO, 2008 | Brasil | 3,6006 | Cicatrização e dor perineal com o uso das técnicas de sutura contínua e separada. | Empírico |
| DAVIM et al., 2008 | Brasil | 2,4253 | Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes. | Empírico |
| ROMANO; LOTHIAN, 2008 | EUA | 1,2 | Práticas assistenciais que promovem, protegem e apoiam o parto normal. | Teórico |
| SANDIN-BOJÖ; KVIST, 2009 | Suécia | 2.05 | Nascimento na Suécia segundo o Índice de Bolonha. | Empírico |
| SANDIN-BOJÖ; LARSSON; HALL-LORD, 2008 | Suécia | 1.23 | Percepção das mulheres sobre os cuidados no intraparto e no parto normal. | Empírico |
| STARK; RUDELL; HAUS, 2008 | EUA | 1.2 | Posições e movimentos de mulheres que escolheram a banheira durante a 1ª fase do TP. | Empírico |
| GUNGOR; BEJI, 2007 | Turquia | 0,97 | Efeitos da presença dos pais durante o trabalho de parto e parto na experiência da mulher. | Empírico |
| LUNDGREN; BERG, 2007 | Suécia | 0.89 | Relacionamento entre mulher e enfermeira na gestação, parto e pós-parto. | Teórico |
| WALSH, 2007 | Reino Unido | 1.88 | Cultura, crenças, valores, costumes e práticas no processo de nascimento no CPN. | Empírico |
| BEZERRA; CARDOSO, 2006 | Brasil | 3,6006 | Fatores culturais que interferem nas experiências vividas pelas parturientes. | Empírico |
| BIO; BITTAR; ZUGAIB, 2006 | Brasil | * | Influência da mobilidade da parturiente na evolução da fase ativa do TP. | Empírico |
| SIMPSON; JAMES; KNOX, 2006 | EUA | 1,2 | Comunicação entre profissionais durante o parto e sua relação com o trabalho em equipe e segurança da parturiente. | Empírico |
| MOUSLEY, 2005 | Reino Unido | * | Eficácia clínica, satisfação materna e necessidade de treinamento pessoal acerca do uso da aromaterapia. | Empírico |
| HOGA, 2004 | Brasil | 2,6736 | Motivação das enfermeiras obstétricas para atuar em Casa de Parto. | Empírico |
| LAUZON; HODNETT, 2004 | Canadá | 5.94 | Programas de avaliação de mulheres em TP. | Teórico |
| PINTO; HOGA, 2004 | Brasil | * | Experiência dos profissionais na implantação de Projeto de Inserção do Acompanhante no Parto. | Empírico |
| YILDIRIM; SAHIN, 2004 | Turquia | 1,52 | Técnicas de massagem e respiração na percepção da dor da parturiente. | Empírico |
| LOPES; MADEIRA; COELHO, 2003 | Brasil | 2,6736 | Promoção do uso da bola suíça e resultados maternos. | Empírico |
| BEGGS; STANTON, 2002 | Austrália | * | Ingesta oral durante o trabalho de parto. | Teórico |
| HODNETT, 2002 | Canadá | 5.94 | Apoio contínuo durante o TP. | Teórico |
| STAMP; KRUZINS; CROWTHER, 2001 | Austrália | 14.09 | Efeitos da massagem perineal. | Empírico |
| KHASHOLIAN et al., 2000 | Líbano | 2,89 | Experiência do parto, satisfação com o atendimento recebido e consciencialização sobre escolhas alternativas. | Empírico |

Fonte: A autora.

O fator de impacto dos Periódicos que publicaram os estudos incluídos também foi considerado e, do total de 57 publicações, apenas sete não o forneceram. Sendo que o fator de impacto, da maioria dos estudos, apresentados é de alto valor, evidenciando qualidade de tais estudos. Outra característica desafiadora, foi o fato de que a busca realizada não contemplou nenhum estudo específico que abordasse diretamente a ambiência em saúde ou no contexto da Obstetrícia. Dessa forma, foi necessário que a busca acontecesse de forma indireta, ou seja, as publicações que permaneceram foram àquelas que se relacionavam aos elementos constituintes do conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado, quais são, entre outros: Tecnologias Não Invasivas, como a presença e apoio do acompanhante de escolha da parturiente, o banho, o uso da bola suíça, a liberdade de posição no trabalho de parto e parto; relações interpessoais, fundamentada na proximidade, na confiança, na afetividade terapêutica e igualitária entre equipe e parturiente; protagonismo da parturiente no trabalho de parto, associado à satisfação, bem-estar e segurança e; espaço físico e social qualificado.

Enfim, a Análise Crítica da Literatura possibilitou a construção de categorias que explicitam os elementos que constituem o conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado, sendo eles atributos definidores, antecedentes e consequentes. Com o intuito de oferecer uma visão geral das categorias, essas estão sintetizadas no Quadro 2. Os atributos definidores são constituídos de duas categorias; os antecedentes também possuem duas categorias, sendo que a segunda apresenta ainda quatro subcategorias e, finalmente os consequentes que possuem quatro categorias, porém apenas a primeira não se divide em subcategorias. Por sua vez, as subcategorias tem o propósito de explicitar melhor elementos que constituem as categorias.

Quadro 2 - Síntese das categorias e subcategorias de análise dos antecedentes, atributos definidores e consequentes do conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado. Alfenas, 2017.

| ATRIBUTOS DEFINIDORES | |
|---|--|
| ● | Processo assistencial centrado na parturiente, iniciado pelo seu acolhimento e empoderamento no estímulo da mesma à protagonização, sequenciado pela avaliação clínica e por intervenções pautadas na evidência de alterações na dinâmica natural do trabalho de parto e parto, no uso criterioso da ocitocina, da amniotomia, da episiotomia e na promoção precoce do contato pele a pele |
| ● | Uso de Tecnologias Não Invasivas como presença do acompanhante, técnicas de relaxamento, deambulação, banho, bola suíça, massagens, compressas, exercícios ventilatórios, ingesta leve de alimentos e liberdade de posição no trabalho de parto e parto |
| ANTECEDENTES | |
| ● | Significado atribuído à maternidade pela parturiente somado à autoestima e confiança no seu corpo, no processo de parto e nos profissionais de saúde além da preferência e disposição à entrega ao trabalho de parto e parto com boas expectativas em relação à Instituição |
| ● Espaço físico e social qualificado | - Espaço físico qualificado |
| | - Equipe capacitada com experiência informada, autonomia clínica, pensamento crítico, autocontrole emocional com doação de cada um dos seus profissionais |
| | - Relação de proximidade, de confiança, de afetividade terapêutica e igualitária com a parturiente baseada no reconhecimento da sua singularidade e da sua capacidade para o parto normal |
| | - Processo de trabalho em time fundamentado na confiança da competência clínica entre os profissionais garantindo a segurança da parturiente, o Programa de Avaliação Clínica Admissional, a possibilidade do início espontâneo do trabalho de parto, a escolha do acompanhante pela parturiente, a ingesta leve de alimentos e a posição no trabalho de parto e parto pela mesma |
| CONSEQUENTES | |
| ● Promoção do trabalho de parto com desfecho para o parto normal | - Evolução natural do trabalho de parto - Desfecho do parto normal |
| ● Evitação do internamento precoce com efetividade no atendimento das necessidades da parturiente, somado a sua entrega e protagonismo no trabalho de parto, satisfação, bem-estar e segurança, com sensação de relaxamento e alívio da ansiedade | - Protagonismo |
| | - Segurança |
| | - Satisfação e bem-estar |
| | - Sensação de relaxamento e alívio da ansiedade |
| ● Uso reduzido de ocitocina, da analgesia epidural e de analgésicos com minimização da ocorrência de episiotomia e favorecimento da integridade perineal, apoiados na comunicação terapêutica e na satisfação da equipe | - Comunicação terapêutica |
| | - Uso reduzido da ocitocina |
| | - Parto normal sem analgesia epidural |
| | - Uso reduzido de analgésicos |
| | - Minimização da ocorrência de episiotomia |
| ● Gerenciamento, alívio e conforto da dor | - Satisfação da equipe |

FONTE: A autora.

5.1 OS ATRIBUTOS DEFINIDORES DO CONCEITO DE AMBIÊNCIA PARA O TRABALHO DE PARTO E PARTO NORMAL INSTITUCIONALIZADO

Atributos referem-se às características definidoras, explícitas ou implícitas, que apontam para um determinado conceito em si (WALKER; AVANT, 2005 p. 68). Neste estudo, os atributos delineiam as peculiaridades do conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado. Essas peculiaridades se restringem ao processo de interação assistencial como um todo e especificamente sobre o uso das Tecnologias Não Invasivas, que são:

- a) **Processo assistencial** centrado na parturiente desencadeado pelo acolhimento e empoderamento à protagonização do trabalho de parto e parto, sequenciado pela avaliação clínica e por intervenções pautadas na evidência de alterações na dinâmica natural do trabalho de parto e parto, no uso criterioso da ocitocina, da amniotomia e da episiotomia e na promoção precoce do contato pele a pele;
- b) Uso das **Tecnologias Não Invasivas** como a presença e apoio contínuo do acompanhante, o ambiente favorável ao relaxamento, a acupuntura, a deambulação, o banho, a bola suíça, as massagens, as compressas, os exercícios ventilatórios, a ingestão leve de alimentos e a liberdade de posição no trabalho de parto e parto.

Tais atributos estão apresentados no Quadro 3, acompanhados de suas respectivas referências e inseridos nas categorias e subcategorias de análise. Da mesma forma, estão descritos a seguir com os atributos em destaque.

Ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado se estabelece a partir de um processo interacional coletivo que envolve parturiente, equipe de assistência e acompanhante. Sendo que a **assistência está pautada na permanência contínua dos profissionais no ambiente do parto e está centrada na parturiente**, mas ao mesmo tempo, a própria parturiente é a

Quadro 3 - Categorias e subcategorias de análise dos atributos definidores da ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado. Alfenas, 2017.

(continua)

| ATRIBUTOS | |
|--|--|
| Processo assistencial centrado na parturiente desencadeado pelo acolhimento e empoderamento à protagonização do trabalho de parto e parto, sequenciado pela avaliação clínica e por intervenções pautadas na evidência de alterações na dinâmica natural do trabalho de parto e parto, no uso criterioso da ocitocina, da amniotomia e da episiotomia e na promoção precoce do contato pele a pele. | |
| Assistência centrada na parturiente com atenção continuada (LUNDGREN; BERG, 2007 p. 223; SANDIN-BOJÖ; LARSSON; HALL-LORD, 2008 p. 2996; JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2441); Consciencialização da parturiente sobre a assistência continuada e centrada nela (LUNDGREN; BERG, 2007 p. 223); Acolhimento resolutivo (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2440); Avaliação clínica (LAUZON; HODNETT, 2004 p. 3; WALSH, 2007 p. 225; SANDIN-BOJÖ; LARSSON; HALL-LORD, 2008 p. 2996); Priorização dos atendimentos de urgência (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2440); Orientações sobre o trabalho de parto e parto (MELCHIORI et al., 2009 p. 19; JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2442; SIMMONDS, 2013 p. 153; LUNDGREN; BERG, 2007 p. 223); Empoderamento à protagonização da parturiente para o trabalho de parto e parto (SIMMONDS et al., 2013 p. 153; LUNDGREN; BERG, 2007 p. 223); Escuta ativa (LUNDGREN; BERG, 2007 p. 223; MAPUTLE, HISS, 2013 p. 4); Intervenções na evidência de alterações na dinâmica natural do TP e parto (LUNDGREN; BERG, 2007 p. 222; ROMANO; LOTHIAN, 2008 p. 95); Uso criterioso da infusão de ocitocina, da amniotomia e da episiotomia (RIESCO et al., 2009 p. 1300; SALGE et al., 2012 p. 779; CARROLI; MIGNINI, 2009 p. 1; ALMEIDA; RIESCO, 2008 p. 4; KETTLE; DOWSWELL; ISMAIL, 2012 p. 1); Promoção precoce do contato pele a pele (SANDIN-BOJÖ; LARSSON; HALL-LORD, 2008 p. 2996); Laqueadura oportuna do cordão umbilical (HOGA, 2004 p. 372). | |
| Uso das Tecnologias Não Invasivas como a presença e apoio contínuo do acompanhante, o ambiente favorável ao relaxamento, a acupuntura, a deambulação, o banho, a bola suíça, as massagens, as compressas, os exercícios ventilatórios, a ingesta leve de alimentos e a liberdade de posição no trabalho de parto e parto. | |
| Subcategorias | Códigos e referências |
| 2.1 Presença e apoio contínuo do acompanhante de escolha da parturiente | Presença do acompanhante de escolha da parturiente (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2441; MELCHIORI et al., 2009 p. 19; GUNGOR, BEJI, 2007 p. 223; HODNETT, 2002 p. 2; HODNETT et al., 2013 p. 4; KARLSDOTTIR; HALLDORSDOTTIR; LUNDGREN, 2013 p. 8; KHASHOLIAN et al., 2000 p. 110; DINIZ et al., 2014 p. 143; CHEUNG et al., 2011a p. 585); Apoio contínuo do acompanhante (HODNETT, 2002 p. 2; HODNETT et al., 2013 p. 4; ROMANO; LOTHIAN, 2008 p. 95). |
| 2.2 Técnicas de relaxamento | Técnicas de relaxamento (LUNDGREN; BERG, 2007 p. 222; ONDECK, 2014 p. 190; MOUSLEY, 2005 p. 205; CHEUNG et al., 2011a p. 585; LIU; CHANG; CHEN, 2010 p. 1068; KARLSDOTTIR; HALLDORSDOTTIR; LUNDGREN, 2013 p. 7). |
| 2.3 Deambulação | Deambulação (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2440; PIMENTA; RESSEL; STUMM, 2013 p. 594; RIESCO et al., 2009 p. 1300; KARLSDOTTIR; HALLDORSDOTTIR; LUNDGREN, 2013 p. 7). |
| 2.4 Banho | Banhos de aspersão e de imersão (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2440; SILVA et al., 2011 p. 658; DAVIM et al., 2008 p. 606; RIESCO et al., 2009 p. 1300; SILVA; OLIVEIRA; NOBRE, 2009 p. 286; CLUETT; BURNS, 2011 p. 10; KARLSDOTTIR; HALLDORSDOTTIR; LUNDGREN, 2013 p. 7; STARK; RUDELL; HAUS, 2008 p. 119; CHAICHIAN et al., 2009 p. 469; BURNS et al., 2012 p. 4; NUTTER et al., 2014 p. 287; LIU et al., 2014 p. 3; CORTES; BASRA; KELLEHER, 2011 p. 28). |
| 2.5 Bola suíça | Uso da bola suíça (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2440; SILVA et al., 2011 p. 658; ONDECK, 2014 p. 191; LOPES; MADEIRA; COELHO, 2003 p. 137). |
| 2.6 Massagem | Massagem (KARLSDOTTIR; HALLDORSDOTTIR; LUNDGREN, 2013 p. 7; RIESCO et al., 2009 p. 1300; YLDRIM; SAHIN, 2004 p. 2; STAMP; KRUZINS; CROWTHER, 2001 p. 1277). |
| 2.7 Compressas | Compressas quentes ou frias (KARLSDOTTIR; HALLDORSDOTTIR; |

Quadro 3 - Categorias e subcategorias de análise dos atributos definidores da ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado. Alfenas, 2017. (conclusão)

| | |
|--|---|
| | LUNDGREN, 2013 p. 7). |
| 2.8 Exercícios ventilatórios | Exercícios ventilatórios (YLDRIM; SAHIN, 2004 p. 2). |
| 2.9 Ingesta leve de alimentos | Oferecimento de dieta leve no trabalho de parto (RIESCO et al., 2009 p. 1300; BEGGS; STANTON, 2002 p. 8). |
| 2.10 Liberdade de posição no trabalho de parto e parto | Liberdade de posição no trabalho de parto e parto (NILSEN; SABATINO; LOPES, 2011 p. 560; BIO; BITTAR; ZUGAIB, 2006 p. 673; YLDRIM; SAHIN, 2004 p. 2; AGUILAR; ROMERO; GARCÍA, 2013 p. 3; KARLSDOTTIR; HALLDORSDDOTTIR; LUNDGREN p. 7, 2013; ROMANO; LOTHIAN, 2008 p. 95; SCOTLAND et al., 2011 p. 39; STARK; RUDELL; HAUS, 2008 p. 119; CHEUNG et al., 2011a p. 585; CHEUNG et al., 2011b p. 844; LAWRENCE et al., 2013 p. 1; GUPTA; HOFMEYR; SHEHMAR, 2012 p. 1; ONDECK, 2014 p. 189; SILVA et al., 2011 p. 658; BARACHO et al., 2009 p. 413). |

FONTE: A autora.

protagonista desse processo assistencial. Para tanto, faz-se necessário a **consciencialização da mesma sobre a assistência obstétrica**, se comprometendo e esclarecendo para ela que a equipe estará disponível com exclusividade durante todo o TP até o término (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2441; LUNDGREN; BERG, 2007 p. 223; SANDIN-BOJÖ; LARSSON; HALL-LORD, 2008 p. 2996); para que assim ela possa se sentir mais cuidada e amparada nesse momento singular de sua vida (SALIM et al., 2012 p. 629).

Tal processo de assistência é desencadeado já no primeiro atendimento da parturiente com o **acolhimento** pela equipe, motivado pelo diálogo, de forma carinhosa, respeitosa e pacienzosa, ética e solidária, porém resolutiva (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2440); inserindo-a no Serviço de Assistência Obstétrica. O acolhimento está alicerçado na recepção da parturiente e no oferecimento de informações necessárias, com prontidão e cortesia, para que a mesma sinta-se valorizada também em relação aos aspectos emocionais próprios da maternidade; entre eles o desconforto, a insegurança e até mesmo o medo (ARMELLINI; LUZ, 2003 p. 207). De tal modo, a assistência obstétrica é seguida pela **avaliação clínica** (LAUZON; HODNETT, 2004 p. 3) inicial, essa compreendendo a geral e a obstétrica (SANDIN-BOJÖ; LARSSON; HALL-LORD, 2008 p. 2996); que assegurará também a avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco (BRASIL, 2013 p. 5) da parturiente no trabalho de parto. Da mesma forma, a avaliação clínica subsidiará a priorização dos atendimentos que demandam urgência e a flexibilidade das intervenções considerando as necessidades da parturiente (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2440; WALSH, 2007 p. 225).

É imprescindível que a equipe ofereça todas as **orientações sobre o**

trabalho de parto e parto que, de alguma forma, contribuirão para que a parturiente se sinta mais tranquila quanto à evolução do parto, às contrações uterinas, aos exercícios físicos e respiratórios, às posições que poderão ser adotadas, entre outras (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2440; LUNDGREN; BERG, 2007 p. 223; MELCHIORI et al., 2009 p.19; SIMMONDS et al., 2013 p. 153). Essas orientações se definem como uma intervenção educativa, que deve usar de detalhamento, clareza e do tempo necessário. Pois a parturiente anseia compreender o que está acontecendo consigo e com o feto, o que já contribui para a sua participação inicial ativa no processo de TP e parto (ARMELLINI; LUZ, 2003 p. 309; FERREIRA et al., 2013 p. 1400).

Considerando a assistência obstétrica centrada na parturiente e buscando valorizar seu corpo e sua função social, a ambiência para o trabalho de parto e parto normal tem como atributo central o **empoderamento da parturiente à protagonização do trabalho de parto e parto**. O que poderá ser favorecido por meio do reconhecimento de sua história de vida, dos seus desejos e de sua autonomia; a partir do apoio a sua força inata e conseqüente incitação à autoconfiança e autoestima, incentivando-a assumir o controle de si mesma e a condução do próprio trabalho de parto (LUNDGREN; BERG, 2007 p. 223; MAMEDE; ALMEIDA; CLAPIS, 2004 p. 295; SALIM et al., 2012 p. 629; SIMMONDS et al., 2013 p. 153) na superação de atitudes e comportamentos passivos da parturiente, historicamente determinados.

Também como forma de empoderá-la e levando em conta as diferentes vivências e significados atribuídos no âmbito da maternidade, a intervenção da **escuta ativa** deve ser preconizada entre profissional e parturiente. Essa visa estabelecer uma relação pautada na abertura e no diálogo com o intuito de favorecer a expressão dos sentimentos, o compartilhamento de dúvidas, de inseguranças e aflições; além de identificar e considerar questões contextuais, preferências, expectativas e necessidades da parturiente (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2442; LUNDGREN; BERG, 2007 p. 223; MAPUTLE; HISS, 2013 p. 4).

Ademais, outro atributo definidor do conceito de ambiência se refere, naturalmente, à implementação de intervenções; todavia **somente na evidência de alterações na dinâmica natural do trabalho de parto e parto**, ou seja, quando o processo fisiológico apresentar sinais de variações ou para atender à parturiente nas

suas necessidades individuais, garantindo assim a completude da integralidade do processo fisiológico natural do trabalho de parto e também do parto (LUNDGREN; BERG, 2007 p. 223; ROMANO; LOTHIAN, 2008 p. 95; SALIM et al., 2012 p. 629); com a adoção, de tal modo do idealizado Modelo de Assistência menos intervencionista. O uso indiscriminado de intervenções poderá influir na dinâmica natural do processo, condicionando outras intervenções; até mesmo a realização de procedimentos cirúrgicos (FOGAÇA; SCHNECK; RIESCO, 2007 p. 297).

Tendo em vista as evidências científicas na evitação de morbidades para a parturiente e para o feto, do mesmo modo o **uso criterioso da infusão de ocitocina, da amniotomia e da episiotomia** se distingue como atributo definidor de intervenções para ambiência no contexto do trabalho de parto e parto (CARROLI; MIGNINI, 2009 p. 1; RIESCO et al., 2009 p. 1300; SALGE et al., 2012 p. 779; SANTOS; SHIMO, 2007 p. 437).

A **infusão de ocitocina** sintética poderá acelerar a dinâmica do trabalho de parto de distintas formas, seja aumentando significativamente o número, a frequência e/ou a intensidade das contrações uterinas; podendo levar a necessidade de analgesia de parto e ao risco de traumas perineais. Ainda, frente ao uso da ocitocina, é necessária monitoração rigorosa da sua infusão intravenosa; o que leva, na maioria das vezes, a parturiente a ficar em repouso no leito e conseqüentemente à restrição de movimentos durante o TP (BARACHO et al., 2009 p. 410; ROOKS, 2009 p. 346). Portanto, no contexto da ambiência, o ocitócito deve ser infundido com indicações específicas para auxiliar a evolução do TP.

A **amniotomia** é realizada com o propósito de estimular o trabalho de parto, quando a cérvix do colo uterino está favorável, porém existem poucas evidências sobre tal efeito isolado. Este procedimento pode retardar o TP quando não é capaz de desencadear o processo e aumentar as chances de infusão de ocitocina sintética e de baixos índices de APGAR do recém-nascido. Ainda, com a amniotomia, a parturiente na maioria das vezes é mantida no leito, na tentativa de prevenir prolapso de cordão; principalmente se a apresentação cefálica não está fixa. Além dessa intervenção expor parturiente e feto à infecções, quando não indicada oportunamente. Logo, tendo em vista a prática da ambiência, a amniotomia precoce deverá ser realizada prioritariamente

na parturiente em TP distócico (FOGAÇA; SCHNECK; RIESCO, 2007 p. 297).

Por sua vez, o **uso criterioso da episiotomia** está fundamentado especialmente, em uma assistência humanizada e menos intervencionista; evitando riscos e prejuízos como a perda sanguínea aumentada, o prolapso uterino, a retocele, a cistocele, a incontinência urinária, a dispareunia, as alterações na função sexual e as infecções, além de não prevenir lacerações graves (SALGE et al., 2012 p. 780). Portanto, a episiotomia deverá ser um procedimento empregado somente na evidência de alterações que possam comprometer a evolução natural do parto (CARROLI; MIGNINI, 2009 p. 5).

Por fim, como atributo de intervenção envolvendo já o recém-nascido (RN), destaca-se a prática da **promoção precoce do contato pele a pele** (SANDIN-BOJÖ; LARSSON; HALL-LORD, 2008 p. 2996), desde que ele apresente boas condições vitais. Considerando a grande superfície corporal do recém-nascido em relação à massa com pouco tecido subcutâneo associado a sua permeabilidade à água, essa intervenção contribui para sua menor perda de calor por meio do mecanismo de condução no manejo imediato, contínuo e prolongado pela mãe-parturiente (SILVA; LIMA, 2014 p. 59). O RN deverá ser colocado em contato pele a pele com a mãe, o mais prematuramente possível, ainda sem roupa e de braços, semelhante à posição fetal; protegido por uma manta seca e aquecida, evitando assim também perda de calor por convecção e evaporação (MATOS et al., 2010 p. 999). Além disso, o contato pele a pele precoce poderá favorecer a amamentação e o consequente fortalecimento do vínculo mãe e filho (SAMPAIO; BOUSQUAT; BARROS, 2016 p. 282).

Também como atributo referente ao recém-nascido, a **laqueadura oportuna do cordão umbilical** deverá ser preconizada na assistência ao parto para o alcance da ambiência. Esse procedimento favorece maior transferência de volume sanguíneo da placenta para o feto e aumento da concentração de hemoglobina, o que diminui riscos de anemia futura pela deficiência de ferro. Dessa forma, o clampeamento oportuno do cordão umbilical consiste em uma intervenção sustentável e de baixo custo; que visa a prevenção da deficiência de ferro e de consequente anemia no seu primeiro ano de vida (HOGA, 2004 p. 372; SILVA; LIMA, 2014 p. 61; VENÂNCIO et al., 2008 p. 324).

A ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado está

caracterizada de forma particular pelo uso das **Tecnologias Não Invasivas (TNI)**. Aplicados pela equipe na assistência obstétrica, TNI são procedimentos, técnicas e conhecimentos, que visam resgatar a essência e a autonomia da parturiente em todo o trabalho de parto e no parto; para que ela possa vivenciar esse momento de acordo com seu instinto e suas convicções, mobilizando e potencializando sua capacidade enquanto protagonista desse processo. Ademais, as TNI favorecem o resgate do parto como evento fisiológico (AZEVEDO; NASCIMENTO, 2014 p. 51; DAVIM et al., 2008 p. 601) em detrimento da sua medicalização. Dessa forma, o uso desse recurso deverá estar pautado nas evidências científicas (AZEVEDO; NASCIMENTO, 2014 p. 51); primeiramente devido a sua novidade na prática e para o reconhecimento das indicações de cada uma das TNI de acordo com a evolução do trabalho de parto. Sendo assim, as TNI são componentes essenciais à promoção da ambiência para o trabalho de parto e parto normal; pois poderá possibilitar à equipe oferecer assistência mais qualificada à parturiente e seu acompanhante. Neste estudo, as TNI apresentadas como atributos definidores do conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto são; presença do acompanhante, técnicas de relaxamento, deambulação frequente, banho, uso da bola suíça, massagens, compressas, exercícios ventilatórios, ingesta leve de alimentos e liberdade de posição no trabalho de parto e parto; conforme descritas a seguir.

Valorizada pela maioria das parturientes (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2440), a **presença do acompanhante de escolha da parturiente**, durante todo o trabalho de parto e parto, tem o propósito de promover tranquilidade e bem-estar à parturiente; por meio da confiança, da intimidade, do apoio emocional, da motivação, de auxílio na realização de exercícios e de técnicas de relaxamento, desempenhando um papel de membro da equipe e facilitando até mesmo, a comunicação entre essa e a parturiente (CHEUNG et al., 2011a p. 585; DINIZ et al., 2014 p. 143; GUNGOR; BEJI, 2007 p. 223; HODNETT, 2013 p. 4; HODNETT, 2002 p. 2; JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2441; KARLSDOTTIR; HALLDORSDDOTTIR; LUNDGREN, 2013 p. 8; KHASHOLIAN et al., 2000 p. 110; MELCHIORI, 2009 p. 19). O acompanhante, presente preferencialmente desde o início do trabalho de parto, alcançará tais resultados se oferecer **apoio contínuo à parturiente**, seja fortalecendo-a ou ajudando-a a lidar com a

dor, entre outras ações. Poderá ser um profissional, uma doula, o companheiro, um membro da família ou ainda um amigo (HODNETT et al., 2013 p. 4; HODNETT, 2002 p. 2; KARLSDOTTIR; HALLDORSDDOTTIR; LUNDGREN, 2013 p. 8; ROMANO; LOTHIAN, 2008 p. 95).

O estabelecimento de ambiente propício à concentração e ao relaxamento da parturiente associado às **técnicas de relaxamento** também se caracterizam como atributos definidores do conceito de ambiência. Inclui ambiente calmo, com iluminação fraca e indireta, uso da aromaterapia, da musicoterapia, da acupuntura, entre outros; que estão descritos a seguir como tecnologias específicas. Esse atributo definidor contribui para a redução do uso de ocitocina sintética e, sobretudo para o estabelecimento da ambiência no trabalho de parto e parto normal (CHEUNG et al., 2011a p. 585; KARLSDOTTIR; HALLDORSDDOTTIR; LUNDGREN, 2013 p. 7; LIU; CHANG; CHHEN, 2010 p. 1068; LUNDGREN; BERG, 2007 p. 223; MOUSLEY, 2005 p. 205; ONDECK, 2014 p. 190).

Da mesma forma, a **deambulação frequente** da parturiente valoriza a sua sensação de controle sobre o trabalho de parto, além de promover o relaxamento e contribuir à progressão do mesmo, por meio do aumento da dilatação do colo uterino e consequente insinuação do feto (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2440; KARLSDOTTIR; HALLDORSDDOTTIR; LUNDGREN, 2013 p. 7; PIMENTA; RESSEL; STUMM, 2013 p. 594; RIESCO et al, 2009 p.1300). Nesse sentido, poderá ser benéfica fisiologicamente à parturiente e ao feto; porquanto as contrações se tornam mais eficazes, o fluxo sanguíneo placentário para o feto se intensifica e a dor suaviza (MAMEDE et al., 2007 p. 467). A deambulação frequente poderá ser incentivada desde o início do trabalho de parto, quando as contrações ainda estão pouco incômodas; sendo indicada até o momento que a parturiente desejar e se sentir disposta para tal, sendo que, o período de sua maior influência na progressão do trabalho de parto é o das três primeiras horas da fase ativa (MAMEDE et al., 2007 p. 470).

A prática do **banho** durante o trabalho de parto bem como a permanência da parturiente na água durante o parto, igualmente é apresentado como atributo definidor do conceito de ambiência. O banho poderá ser de aspersão ou imersão, de acordo com a disponibilidade da Instituição e com a opção da parturiente. No banho de aspersão, a

parturiente deverá ser colocada de pé ou sentada embaixo do chuveiro e deixar a água cair sobre os locais dolorosos. Já no de imersão, poderá ser combinado mais facilmente com as massagens, sendo que a efetividade no alívio da intensidade dolorosa é maior na fase ativa do TP. Em ambos, a temperatura deverá ser cuidadosamente controlada, a fim de evitar o aumento exagerado da temperatura corporal (DAVIM et al., 2008 p. 602; PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010 p. 535). Em especial essa TNI oportuniza relaxamento, alívio e conforto da dor e progressão do TP. Ademais, a permanência na água favorece a mobilidade da parturiente que poderá adotar diferentes posições no TP (BURNS et al., 2012 p. 4; CHAICHIAN et al., 2009 p. 469; CORTES; BASRA; KELLERHER, 2011 p. 28; DAVIM et al., 2008 p. 606; JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2440; KARLSDOTTIR; HALLDORSDOTTIR; LUNDGREN, 2013 p. 7; LIU et al., 2014 p. 3; NUTTER et al., 2014 p. 287; RIESCO et al, 2009 p.1300; SILVA et al., 2011p. 658; STARK; RUDELL; HAUS, 2008 p. 119).

Ainda sobre as técnicas de relaxamento, a prática de exercícios na **bola suíça**, objeto lúdico que traz benefícios psicológicos e de baixo custo financeiro, é responsável por contribuir para a aceleração do trabalho de parto; quando estimula a insinuação e a fixação da apresentação fetal no canal de parto e, ao mesmo tempo, por aliviar a dor da parturiente. Além disso, permite liberdade de movimentos durante seu uso e posições variadas, como a sentada com apoio; o que poderá favorecer os exercícios e relaxamento pélvico, boa postura, estabilização da parturiente e adoção de posições verticais no TP. Tornando-se assim uma opção para àquela que deseja participar do processo do parto de forma ativa, assumindo a posição não supina. Durante o uso da bola, a pressão sobre o períneo permite que a cintura pélvica fique posicionada à frente em relação à coluna espinhal, beneficiando também o posicionamento do feto. Poderá ser usada concomitante a outras técnicas de relaxamento como o banho, as massagens e os exercícios ventilatórios (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2440; LOPES; MADEIRA; COELHO, 2003 p. 137; ONDECK, 2014 p. 191; SILVA et al., 2011 p. 658).

Outra técnica de relaxamento, a **massagem** é uma prática que poderá ser realizada tanto pela equipe como pela própria parturiente ou ainda por seu acompanhante durante o trabalho de parto; com a finalidade de promover não só o

relaxamento, mas também o alívio e conforto da dor (KARLSDOTTIR; HALLDORSOTTIR; LUNDGREN, 2013 p. 7; RIESCO et al, 2009 p.1300). Poderá ser aplicada nas regiões lombar, abdominal, perineal ou em local de escolha da parturiente (STAMP; KRUZINS; CROWTHER, 2001 p. 1277; YILDIRIM; SAHIN, 2004 p. 2); podendo usar de óleos, cremes ou ainda massageadores manuais.

Além disso, as **compressas**, frias ou quentes, da mesma forma são práticas empregadas na promoção do relaxamento muscular, do conforto e alívio da dor, na prevenção de trauma perineal, por meio do favorecimento à flexibilidade dos tecidos (CAMARGO; ARAÚJO; OCHIAI, 2015 p. 15; KARLSDOTTIR; HALLDORSOTTIR; LUNDGREN, 2013 p. 7) e na regressão de edema perineal, no trabalho de parto ou logo após.

Também como técnica de relaxamento, os **exercícios ventilatórios**, com movimentos lentos e profundos durante o TP, poderão aliviar a tensão muscular, favorecer a satisfação com o parto e ajudar a parturiente a lidar com reações negativas. A realização de tais exercícios poderá auxiliar a parturiente a relaxar seu corpo e sua mente, a concentrar-se em si mesma podendo experimentar estados profundos de consciência e entrar em ressonância com o ritmo do seu processo de TP e parto (BÖING; SPERANDIO; SANTOS, 2007 p. 45; YLDRIM; SAHIN, 2004 p. 2). A parturiente deverá ser orientada a realizar os exercícios ventilatórios a cada contração com relaxamento nos intervalos da mesma (MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2006 p. 441).

Já a **ingesta leve de alimentos** e líquidos durante o trabalho de parto poderá ser benéfica, tanto à parturiente como ao feto. Recomendada para todas as gestantes saudáveis ou de baixo risco, ou seja, para àquelas que não apresentam restrições alimentares ou possibilidade de procedimentos cirúrgicos, sendo permitida inclusive na eventualidade de analgesia de parto (BEGGS; STANTON, 2002 p. 8; PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010 p. 531; RIESCO et al., 2009 p. 1300). Entretanto, mesmo àquelas consideradas de alto risco poderão ter ingesta leve de alimentos adequados, visto que não há evidência científica suficiente para a recomendação de jejum, além de prevenir o aparecimento de cetose (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010 p. 530).

Por fim, o atributo definidor **liberdade de posição no trabalho de parto e parto** é uma importante TNI na promoção do processo fisiológico do parto. A variedade

de posições que a parturiente poderá adotar é grande, como a posição de decúbito lateral esquerdo (DLE), a posição litotômica, as **posições verticais** - de pé, andando, sentada, agachada ou ainda de joelhos, também chamada quatro apoios; sendo essas, além de seguras, as que mais contribuem à progressão do trabalho de parto, promovendo maior sensação de relaxamento e alívio da dor. A liberdade de posição possibilita a parturiente adotar outros movimentos que também auxiliam no processo de trabalho de parto e parto, como movimento articular geral, mobilidade pélvica, relaxamento do períneo, coordenação do diafragma e estímulo da propriocepção, ou seja, a capacidade da parturiente em reconhecer a localização espacial do seu corpo (AGUILAR; ROMERO; GARCIA, 2013 p. 3; BIO; BITTAR; ZUGAIB, 2006 p. 673; CHEUNG et al., 2011a p. 585; CHEUNG et al., 2011b p. 844; GUPTA; HOFMEYR; SHEHMAR, 2012 p. 1; KARLSDOTTIR; HALLDORSDDOTTIR; LUNDGREN, 2013 p. 7; LAWRENCE et al., 2013 p. 1; NILSEN; SABATINO; LOPES, 2011 p. 560; ROMANO; LOTHIAN, 2008 p. 95; SCOTLAND et al., 2011 p. 39; STARK; RUDELL; HAUSS, 2008 p. 119; YLDRIM; SAHIN, 2004 p. 2). Já a posição vertical assumida pela parturiente permite melhor circulação uterina, possibilitando as fibras musculares cumprir sua função contrátil eficientemente (MAMEDE et al., 2007 p. 467). A liberdade de posição no trabalho de parto e parto, em especial a posição vertical, poderá atuar como fator protetor da ocorrência de episiotomia desnecessária, ou de rotina, pois esta posição exerce função facilitadora da força da gravidade, e ainda pela dificuldade de se realizar a episiotomia nessa condição. Portanto, essa forma de prevenção da episiotomia desnecessária é viabilizada quando a parturiente tem a liberdade de movimentos no TP, ou seja, quando é autorizada a permanecer na posição vertical (BARACHO et al, 2009 p. 413).

Observa-se que uma TNI pode ser aplicada no alcance de vários propósitos como, por exemplo, o banho que ao mesmo tempo poderá atuar como técnica de relaxamento e, especificamente como estímulo à dilatação do colo uterino e contribuindo à evolução do TP.

Assim, os atributos do conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado foram descritos, minuciosamente, com o intuito de ilustrar os elementos que definem e delimitam o conceito, discorrendo sobre a prática da

assistência e o uso das TNI e dos recursos disponíveis à evolução fisiológica do trabalho de parto e parto.

A seguir, serão apresentados os elementos que precedem o estabelecimento da ambiência, denominados antecedentes do conceito.

5.2 OS ANTECEDENTES DO CONCEITO DE AMBIÊNCIA PARA O TRABALHO DE PARTO E PARTO NORMAL INSTITUCIONALIZADO

Antecedentes são elementos que permeiam o contexto comum e social de aplicação do conceito em estudo, permitindo a identificação de pressupostos, de eventos e de circunstâncias que acontecem antes da ocorrência do conceito. Os antecedentes podem estar associados ou serem condições necessárias para sua concretização (WALKER; AVANT, 2005 p. 73; WALKER; AVANT, 1995 p. 45). Igualmente aos atributos, os antecedentes do conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado estão apresentados no Quadro 4, com suas referências e circunscritos em categorias e subcategorias de análise, quais são:

- a) Significado atribuído à maternidade pela parturiente somado a autoestima e confiança no seu corpo, no processo de parto e nos profissionais de saúde, além da preferência e disposição à entrega ao trabalho de parto e parto com boas expectativas em relação à Instituição;
- b) Espaço físico e social qualificado.

Por sua vez, a categoria Espaço físico e social qualificado apresenta quatro subcategorias:

- a) Espaço físico qualificado;
- b) Equipe capacitada com experiência informada, autonomia clínica, pensamento crítico, autocontrole emocional e doação de cada um dos seus profissionais;
- c) Relação de proximidade, de confiança, de afetividade terapêutica e igualitária

- com a parturiente baseada no reconhecimento de sua singularidade, de sua capacidade para o parto normal e no estímulo à protagonização do parto;
- d) Processo de trabalho em time fundamentado na confiança da competência clínica dos profissionais com garantia da segurança da parturiente, do Programa de Avaliação Clínica Admissional, da possibilidade do início espontâneo do trabalho de parto, da escolha do acompanhante, da ingesta leve de alimentos e da posição no trabalho de parto e parto pela mesma.

Deste modo, os antecedentes estão destacados e descritos a seguir.

Para que a ambiência para o trabalho de parto e parto normal se estabeleça é fundamental que a equipe valorize o **significado atribuído, pela parturiente, à maternidade**. Usualmente, esta é considerada um momento particular, quando ela percebe a transformação do papel de mulher para mãe, independente das condições de saúde e das circunstâncias sociais; apontando para sua fertilidade e ocupando, majoritariamente, não só seu tempo como seu pensamento. Especialmente, o significado de ser mãe é assumido pela parturiente que apresentou alterações na gestação ou que possui patologia de base, o que facilita a reconciliação com ela mesma e com seu feto (LUNDGREN; BERG, 2007, p. 224).

Tendo em vista que a assistência ao TP e parto será centrada na parturiente, e mais ainda, ela será a protagonista; nesse intuito é imperativo promover sua **autoestima e autoconfiança**, por meio de incentivo e apoio da equipe a ela durante todo o processo de TP e parto, consciencializando-a sobre sua capacidade para o parto (LUNDGREN; BERG, 2007 p. 223; SIMMONDS et al., 2013 p. 153). A autoestima e consequente autoconfiança da parturiente poderão ser elevadas, considerando e valorizando sua individualidade, sua história de vida e suas experiências; promovendo não somente integridade física, mas também aspectos emocionais, com minimização das concepções preconcebidas e dos sentimentos negativos (BARROS; SILVA, 2004 p. 380).

Além disso, como antecedente do conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal é imperativo que a parturiente traga consigo e se aproprie da **confiança em relação à capacidade natural do seu corpo e também em relação ao**

Quadro 4 - Categorias e subcategorias de análise dos antecedentes da ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado. Alfenas, 2017.

| ANTECEDENTES | |
|--|---|
| Significado atribuído à maternidade pela parturiente somado a autoestima e confiança no seu corpo, no processo de parto e nos profissionais de saúde, além da preferência e disposição à entrega ao trabalho de parto e parto com boas expectativas em relação à Instituição | |
| Significado atribuído à maternidade (LUNDGREN; BERG, 2007 p. 224); Elevada autoestima (SIMMONDS, 2013 p. 153); Autoconfiança (LUNDGREN; BERG, 2007 p. 223; SIMMONDS, 2013 p. 153); Confiança em seu corpo e no processo de parto (KARLSDOTTIR; HALLDORSDDOTTIR; LUNDGREN, 2013 p. 6; LUNDGREN; BERG, 2007 p. 223); Confiança nos profissionais de saúde (LUNDGREN; BERG, 2007 p. 223); Preferência pelo PN (MELCHIORI et al., 2009 p. 18; HOTIMSKY et al., 2002 p. 1305; HODNETT; DOWNE; WALSH, 2012 p. 1; PIMENTA; RESSEL; STUMM, 2013 p. 593); Disposição para a entrega ao processo de TP e parto (LUNDGREN; BERG, 2007 p. 222); Boas expectativas em relação à Instituição (WALSH, 2007 p. 221). | |
| Espaço físico e social qualificado | |
| Subcategorias | Códigos e referências |
| 2.1 Espaço físico qualificado | Configuração física institucional propícia (SANDIN-BOJÖ; LARSSON; HALL-LORD, 2008 p. 2996; HODNETT; DOWNE; WALSH, 2012 p. 1; HAMMOND; FOUREUR; HOMER, 2014 p. 827); Recursos à realização das Tecnologias Não Invasivas (SILVA; OLIVEIRA; NOBRE, 2009 p. 290; SILVA et al., 2011 p. 658); Ambiente favorável ao relaxamento (ONDECK, 2014 p. 190; CHEUNG et al., 2011a p. 585). |
| 2.2 Equipe capacitada com experiência informada, autonomia clínica, pensamento crítico, autocontrole emocional e doação de cada um dos seus profissionais | Equipe capacitada (HOGA, 2004 p. 371; SELLÉS; SEGALÉS; TRICAS, 2013, p. 4); Experiência informada da equipe (LUNDGREN; BERG, 2007 p. 223; SIMPSON; JAMES; KNOX, 2006 p. 551); Apropriação da autonomia clínica (SIMPSON; JAMES; KNOX, 2006 p. 550); Pensamento crítico (LUNDGREN; BERG, 2007 p. 223); Autocontrole emocional (SIMMONDS, 2013 p. 152); Doação de si mesmo enquanto profissional (CHEUNG et al., 2011b p. 845; LUNDGREN; BERG, 2007 p. 223); Crença na assistência ao parto normal (LUNDGREN; BERG, 2007 p. 223). |
| 2.3 Relação de proximidade, de confiança, de afetividade terapêutica e igualitária da equipe com a parturiente baseada no reconhecimento de sua singularidade, de sua capacidade para o parto normal e no estímulo à protagonização do parto | Reconhecimento da singularidade (LUNDGREN; BERG, 2007 p. 224; KHASHOLIAN et al., 2000 p. 108); Crença na capacidade da parturiente (LUNDGREN; BERG, 2007 p. 223); Relação de proximidade (LUNDGREN; BERG, 2007 p. 224; JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2440); Relação de confiança (LUNDGREN; BERG, 2007 p. 223); Relação igualitária (LUNDGREN; BERG, 2007 p. 223); Relação afetiva terapêutica (WALSH, 2007 p. 224; KHASHOLIAN et al., 2000 p. 106); Estímulo à protagonização do parto (NASCIMENTO et al., 2010 p. 456). |
| 2.4 Processo de trabalho em time fundamentado pela confiança da competência clínica dos profissionais com garantia da segurança da parturiente, do Programa de Avaliação Clínica Admissional, da possibilidade do início espontâneo do trabalho de parto, da escolha do acompanhante, da ingesta leve de alimentos e da posição no trabalho de parto e parto pela mesma | Confiança na competência clínica entre os profissionais (SIMPSON; JAMES; KNOX, 2006 p. 551; SIMMONDS, 2013 p. 150); Trabalho em time (SIMMONDS, 2013 p. 150; SIMPSON; JAMES; KNOX, 2006 p. 550); Apresentação à gestante da Instituição de escolha para o TP e parto (WALSH, 2007 p. 223); Segurança da parturiente (SILVA; OLIVEIRA; NOBRE, 2009 p. 290); Garantia da possibilidade do início espontâneo do TP (ROMANO; LOTHIAN, 2008 p. 95); Programa de avaliação clínica admissional (LAUZON; HODNETT, 2004 p. 3; BEZERRA; CARDOSO, 2006 p. 420; PIMENTA; RESSEL; STUMM, 2013 p. 593; MAPUTLE, HISS, 2013 p. 4; HOTIMSKY et al., 2002 p. 1305); Garantia da possibilidade de acompanhante de escolha da parturiente (PINTO; HOGA, 2004 p. 60; SANDIN-BOJÖ; LARSSON; HALL-LORD, 2008 p. 2996; GUNGOR, BEJI, 2004 p. 223); Estímulo à possibilidade do apoio do acompanhante (PINTO; HOGA, 2004 p. 60); Garantia da possibilidade de escolha da parturiente sobre a ingesta leve de alimentos e líquidos (BEGGS; STANTON, 2002 p. 9); Orientações sobre os benefícios das posições verticais no TP e parto (LAWRENCE et al., 2013 p. 1); Garantia de escolha da posição no parto (BARACHO et al., 2009 p. 413); Flexibilidade da equipe em relação às normas e rotinas institucionais (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2440). |

FONTE: A autora.

processo de parto (BARROS; SILVA, 2004 p. 380; LUNDGREN; BERG, 2007 p. 223).

A confiança da parturiente é ilustrada pela sua **disposição à entrega ao processo de trabalho de parto e parto**, rendendo a si mesma, ao seu corpo, ao processo de parto e à assistência oferecida pela equipe, entretanto, ela ainda continua no controle de si mesma e do seu TP; podendo se tornar mais cooperativa quando percebe as contrações e a evolução do TP como benéficas a ela e ao feto (LUNDGREN; BERG, 2007 p. 222).

Na mesma perspectiva, por sua vez destaca-se no contexto da ambiência a **confiança da parturiente nos profissionais de saúde**, sustentada pela crença de que eles farão o melhor possível, com o estabelecimento de uma interação efetiva entre parturiente e equipe; favorecendo deste modo, a gestão do trabalho de parto pela parturiente (KARLSDOTTIR; HALLDORSDDOTTIR; LUNDGREN, 2013 p. 6; LUNDGREN; BERG, 2007 p. 223). O vínculo formado entre parturiente e equipe é demonstrado pela sensibilização desta com o momento vivenciado e pela criação de um ambiente de cuidado e conforto, com maior aproximação à parturiente; além da receptividade e comunicação terapêutica, o que possibilitará a ela se sentir cuidada e protegida (CARRARO et al., 2008 p. 505; JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2441; SALIM et al., 2012 p. 629). A relação de confiança da parturiente com os profissionais durante o TP e parto está diretamente relacionada à capacidade de empatia da equipe profissional (SALIM et al., 2012 p. 6320).

Outro elemento de antecedência da ambiência é a **preferência da parturiente pelo parto normal**. Preferência essa motivada principalmente pela naturalidade do parto, pela rápida recuperação e praticidade, pela possibilidade de ausência de cicatrizes, por conselhos e influências de pessoas próximas, pelo baixo custo e por ser considerado o tipo de parto mais saudável, tanto para a parturiente como para o feto. Também, o parto normal é escolhido pela parturiente que deseja pouca ou nenhuma intervenção durante o TP e parto (HODNETT; DOWNE; WALSH, 2012 p. 1; HOTIMSKY et al., 2002 p. 1305; MELCHIORI, 2009 p. 18; PIMENTA; RESSEL; STUMM, 2013 p. 593).

As **boas expectativas da parturiente e da família em relação à Instituição** somam-se ainda à preferência pelo parto normal. Essas são produzidas a partir de

conversas e relatos de outras pessoas com experiências positivas e, ainda a partir das visitas realizadas durante a gestação à possível Instituição de assistência ao parto (WALSH, 2007 p. 221). Da mesma forma, parturiente e familiares esperam que, sua unicidade, crenças e cultura sejam levadas em consideração pela equipe (PIMENTA; RESSEL; STUMM, 2013 p. 595).

Também como antecedente do conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal destaca-se a qualificação não só do espaço físico, mas também do social da Instituição, compreendendo desde o local e dos profissionais já no primeiro atendimento à parturiente até a completude do processo de parto. A **configuração física Institucional propícia**, seja na reforma de instalações já existentes ou na construção de novas, é elemento contextual à ambiência; consistindo na oferta de instalações adequadas à parturiente, ao acompanhante e à equipe, com aspectos arquitetônicos e mobílias favoráveis à implementação das Tecnologias Não Invasivas. O local ou ambiente de assistência à parturiente deverá ser favorável ao resgate da fisiologia do parto, onde a equipe poderá desenvolver habilidades na promoção do trabalho de parto e parto, com a implementação de uma prática menos intervencionista. Tais instalações podem estar localizadas dentro de uma Instituição hospitalar, ou de forma anexa ou ainda de forma independente de qualquer Instituição (HODNETT; DOWNE; WALSH, 2012 p. 1; SANDIM-BOJÖ; LARSSON; HALL-LORD, 2008 p. 2996; SILVA et al., 2011 p. 657). De forma natural, a estética do ambiente influi diretamente e positivamente nos sentimentos, na afetividade da parturiente e, sobretudo na prática de assistência obstétrica. Estas modificações podem ser entendidas como, por exemplo, uso de cores leves e pálidas nas paredes com imagens e objetos decorativos, além de iluminação adequada (HAMMOND; FOUREUR; HOMER, 2014 p. 827) e ambientes com pouco ruído.

A configuração física-funcional da Instituição abarca também os **recursos à realização das Tecnologias Não Invasivas**. Esses tem o objetivo de valorizar e promover o parto fisiológico e incluem desde modificações no ambiente de assistência, como citado anteriormente, até o uso das Tecnologias Não Invasivas. Podem ser exemplificados pela disponibilização de locais para banho, seja chuveiro ou banheira, com temperatura adequada e segura à parturiente e ao feto; e disponibilização da bola

suíça para uso durante o TP (SILVA et al., 2011 p. 658; SILVA; OLIVEIRA; NOBRE, 2009 p. 290).

Já, em relação ao espaço social qualificado destaca-se o antecedente da **experiência informada da equipe**, que inclui a formação e o conhecimento teórico dos profissionais associados à prática dos profissionais (LUNDGREN; BERG, 2007 p. 223).

Mesmo considerando a experiência informada dos profissionais, a **capacitação da equipe** é fundamental para o estabelecimento da ambiência na assistência ao parto; por esta ser diferenciada, no alcance de resultados, os quais vão além do nascimento do recém-nascido. Tal capacitação poderá ser alcançada por meio de participações em Cursos, Seminários, Aperfeiçoamentos ou mesmo Estágios em Instituições que já trabalham com o conceito de ambiência. Nesses poderão ser resgatados inicialmente a fisiologia do parto e a assistência humanizada com treinamentos para oferecer apoio contínuo à parturiente, para lidar e explorar a presença do acompanhante, para oferecer as terapias posturais, as técnicas de relaxamento e as ventilatórias; para atuar na evitação de intervenções medicamentosas, na promoção do contato pele a pele, na laqueadura oportuna do cordão umbilical e na aplicação de compressas perineais, entre outras (HOGA, 2004 p. 371; SELLÉS; SEGALÉS; TRICAS, 2013 p. 4).

Ainda, a qualificação do espaço social compreende a **apropriação da autonomia clínica** por cada profissional da equipe no exercício da prática obstétrica combinada naturalmente com a confiança, entre eles, na competência clínica de cada um (HOGA, 2004 p. 372; SIMPSON; JAMES; KNOX, 2006 p. 550); facilitando assim a ambiência no processo de trabalho de parto e parto.

Ademais, os profissionais da equipe devem continuamente desenvolver hábitos mentais e habilidades cognitivas de **pensamento crítico** no cotidiano da obstetrícia, quais são; a confiança, a perspectiva contextual, a criatividade, a flexibilidade, a curiosidade, a integridade intelectual, a intuição, a mente aberta, a perseverança, a reflexão e a análise, a aplicação de normas, a discriminação, a busca de informações, o raciocínio lógico, a prevenção, o conhecimento transformador, respectivamente (LUNDGREN; BERG, 2007 p. 223; SCHEFFER; RUBENFELD, 2000 p. 358). O pensamento crítico pode ser promovido por meio de estudos, de reflexões e de

avaliações sobre a prática assistencial obstétrica (HOGA, 2004 p. 371).

Além da experiência informada, da autonomia clínica e do pensamento crítico, o profissional deverá estar habilitado emocionalmente para desempenhar seu papel clínico no processo de trabalho de parto e parto promovendo a ambiência. O **autocontrole emocional** é uma dessas habilidades inerentes ao profissional; que poderá preparar-se por meio das técnicas de respiração, entre outras, para se manter calmo e não ser levado demasiadamente pela emoção (SIMMONDS et al., 2013 p. 152), especialmente em situações dolorosas para a parturiente e difíceis do ponto de vista clínico.

Outro antecedente de ambiência e ainda uma habilidade fundamental relativa à equipe é a **doação de si mesmo enquanto profissional**, ou seja, trabalhar com o coração; lançando mão disso como ferramenta facilitadora da assistência ao trabalho de parto e parto normal (CHEUNG et al., 2011b p. 845; LUNDGREN; BERG, 2007 p. 223).

Por fim, o último antecedente pertinente à equipe e indicativo de ambiência é descrito pela **crença na assistência ao parto normal**, ou seja, a equipe deve acreditar no processo de trabalho de parto como facilitador no alcance do desfecho do parto normal (LUNDGREN; BERG, 2007 p. 223).

Ainda como antecedente do espaço físico e social, a ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado acontece a partir do **reconhecimento da singularidade da parturiente** pela equipe de saúde. Tal reconhecimento implica em estar aberto e flexível para apoiar e advogar seus desejos e suas escolhas, na adoção de TNI referentes ao Modelo de Atenção ao TP e parto normal. Assim sendo, a parturiente deverá ser vista como única, tendo sua cultura, crenças, perspectivas e experiências respeitadas (LUNDGREN; BERG, 2007 p. 224; KHASHOLIAN et al., 2000 p. 108).

A equipe assistencial da mesma forma deverá ter **crença na capacidade da parturiente** em passar pelo processo de trabalho de parto e parto normal (LUNDGREN; BERG, 2007 p. 223) com o desfecho esperado. Desta forma encerram-se os antecedentes de ambiência que caracterizam a equipe.

Já referente aos antecedentes de ambiência que envolvem não só a equipe

mas também a sua relação com a parturiente destaca-se o estabelecimento de uma **relação de proximidade** entre elas. A proximidade da equipe, tanto emocional como física, se configura como fonte de apoio à parturiente; auxiliando no processo de trabalho de parto e parto (LUNDGREN; BERG, 2007 p. 224). Por sua vez, a sensibilidade da equipe é fator central na construção dessa relação; para que as circunstâncias de cada parturiente sejam prontamente identificadas, bem como suas necessidades (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2440).

A proximidade permitirá à equipe estabelecer uma **relação de confiança** com a parturiente; por meio de uma linha de comunicação que libera a compreensão entre ambas, e a partir disso, o trabalho em conjunto (LUNDGREN; BERG, 2007 p. 224). Identificar as crenças da parturiente em relação à assistência ao trabalho de parto e parto e orientá-la assertivamente, sobre qualquer que seja o procedimento, são caracterizadas como intervenções no estabelecimento da relação de confiança com a parturiente (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2442).

Outro antecedente do espaço social de ambiência se refere à **relação igualitária** entre equipe e parturiente, ou seja, participação mútua e partilha nas escolhas e nas tomadas de decisões, como base na assistência centrada na parturiente. Componentes essenciais do relacionamento igualitário abrangem a doação recíproca, o diálogo, a flexibilidade no alcance da responsabilidade compartilhada (LUNDGREN; BERG, 2007 p. 223) e mais.

A **relação afetiva terapêutica** finda os antecedentes das relações entre equipe e parturiente na ambiência para o trabalho de parto e parto normal. Essa relação deverá ser permeada de carinho, gentileza, afetividade e apoio durante a assistência (WALSH, 2007 p. 224).

Os antecedentes do conceito de ambiência são descritos também pelo processo de trabalho desenvolvido pela equipe de assistência obstétrica. Tal processo está fundamentado na **confiança na competência clínica entre os profissionais**, construída no dia-a-dia por meio da interação positiva entre eles. O trabalho em equipe permite que seja oferecido um atendimento integral, com articulação dos saberes comuns e específicos a cada um (FORTUNA et al., 2005 p. 263). Assim, no estabelecimento da ambiência, os profissionais deverão respeitar-se entre si e respeitar

a autonomia clínica de cada um, além de valorizar elementos como a comunicação, a confiança e o papel de cada profissional na assistência à parturiente; para que, juntos, possam alcançar a ambiência na assistência ao trabalho de parto e parto (SIMMONDS et al., 2013 p. 150; SIMPSON; JAMES; KNOX, 2006 p. 551).

Do mesmo modo, como antecedente da ambiência, o **trabalho em time** deverá fazer parte do cotidiano dos profissionais e durante todo o período em que a parturiente estiver sob assistência; pois irá caracterizá-los como uma equipe multiprofissional, além de ser um diferencial na qualidade da assistência (SIMMONDS et al., 2013 p. 150; SIMPSON; JAMES; KNOX, 2006 p. 551).

Outro antecedente que assinala o início do processo de trabalho entre a parturiente e a equipe é a **apresentação à gestante da Instituição de escolha para o trabalho de parto e parto**. Essa apresentação permitirá a ela conhecer as instalações do local de parto bem como os profissionais que lhe acompanharão (WALSH, 2007 p. 223).

No processo de trabalho, o antecedente **segurança da parturiente** deve ser observado com todo o rigor pela equipe e na implementação de todas as intervenções. Como por exemplo, no banho oferecido à parturiente, que requer o ajuste adequado da temperatura da água, para que seja seguro à parturiente e ao feto; considerando ainda o tempo de sua permanência na água (SILVA; OLIVEIRA; NOBRE, 2009 p. 290).

Ainda faz parte, como elemento de antecedência do conceito no contexto do processo de trabalho, a **garantia da possibilidade do início espontâneo do trabalho de parto**. Essa prática é adotada no alcance do processo fisiológico do trabalho de parto, ou seja, permitir que o trabalho de parto comece sem o auxílio ou a indução por meio de medicamentos ou de procedimentos (ROMANO; LOTHIAN, 2008 p. 95).

Ademais, outro antecedente de ambiência é a implementação, pelo Serviço obstétrico, de um **Programa de Avaliação Clínica Admissional** da parturiente. Avaliação essa que deverá considerar, sobretudo, a experiência e as vivências positivas da parturiente, bem como suas referências culturais e familiares adquiridas (BEZERRA; CARDOSO, 2006 p. 420; HOTIMSKY et al., 2002 p. 1305; LAUZON; HODNETT, 2004 p. 3; MAPUTLE; HISS, 2013 p. 4; PIMENTA; RESSEL; STUMM, 2013 p. 593).

Já, como contributo no estabelecimento da ambiência, o antecedente

garantia da possibilidade de acompanhante de escolha da parturiente é assegurado pela Lei de nº 11.108, de 7 de abril de 2005 (BRASIL, 2005) no âmbito do Sistema Único de Saúde durante todo o trabalho de parto e inclusive no parto, independentemente da estrutura física da Instituição ou qualquer outro tipo de obstáculo que possa existir. A presença do acompanhante, se desejado e escolhido pela parturiente, preserva seus direitos básicos e fundamentais à assistência obstétrica de qualidade (GUNGOR; BEJI, 2007 p. 223; PINTO; HOGA, 2004 p. 60; SANDIN-BOJÖ; LARSSON; HALL-LORD, 2008 p. 2996). Assim, a equipe deve valorizar e **estimular à possibilidade do apoio do acompanhante** à parturiente (PINTO; HOGA, 2004 p. 60).

Ainda no processo de trabalho, a **garantia da possibilidade de escolha da parturiente sobre a ingesta leve de alimentos e de líquidos** também se configura como elemento de antecedência da ambiência para o trabalho de parto e parto; respeitando as escolhas da parturiente referentes à alimentação (BEGGS; STANTON, 2002 p. 9). Deste modo, a ingesta leve de alimentos e líquidos deve ser permitida sempre que a parturiente desejar e, até mesmo incentivada na prevenção de náuseas, fraqueza ou alterações dos batimentos cardíacos, causadas por jejum prolongado. Em um estudo de Metanálise concluiu-se que não existem justificativas pertinentes à restrição de alimentos e líquidos durante o trabalho de parto (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010 p. 531).

Também, como elemento de antecedência para a ambiência, deverá ser abordado, com a parturiente e acompanhante, **os benefícios das posições verticais no trabalho de parto e parto**. Assim sendo, eles serão orientados sobre as possibilidades das posições verticais que ela poderá adotar durante o trabalho de parto (LAWRENCE et al., 2013 p. 1). Da mesma forma, deverá ser **garantida à parturiente a escolha da posição no parto** (BARACHO et al., 2009 p. 413). Recomenda-se que protocolos assistenciais contemplem diretrizes que valorizem a liberdade de posição da parturiente no trabalho de parto e parto (SABATINO, 2010 p. 147); no intuito de proporcionar mais liberdade e conforto a ela e, não aos profissionais que irão assisti-la.

Por fim, a **flexibilidade da equipe em relação às normas e rotinas institucionais** se apresenta como último elemento de antecedência da ambiência para o trabalho de parto e parto normal. Para tal, a equipe deverá adotar maleabilidade em

suas tomadas de decisões, naturalmente fundamentada na avaliação clínica da parturiente; priorizando assim a resolução de suas necessidades e expectativas (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2440; WALSH, 2007 p. 225), além da evitação de desconfortos e ansiedade, tanto para a parturiente e seu acompanhante como para os demais membros da equipe (SALES; LIMA; FARIAS, 2007 p. 112). Nesse contexto, um exemplo de flexibilização da equipe no alcance da ambiência acontece quando profissionais permitem que a parturiente, com crenças islâmicas, permaneça com as próprias roupas ao ser admitida, não sendo imposto a ela o uso de vestimentas da Instituição (KHASHOLIAN et al., 2000 p. 108).

Os antecedentes do conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado foram descritos por meio dos elementos específicos da parturiente e do ambiente; incluindo a qualificação do ambiente físico, das relações interpessoais e do processo de trabalho. Entretanto, nota-se que os antecedentes do referido conceito não obedecem a uma sequência lógica de continuidade, porém em conjunto, fundam a ambiência no trabalho de parto e parto.

Por hora, os consequentes do conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal serão apresentados como elementos que definem as consequências de tal conceito, como o próprio nome diz.

5.3 OS CONSEQUENTES DO CONCEITO DE AMBIÊNCIA PARA O TRABALHO DE PARTO E PARTO NORMAL INSTITUCIONALIZADO

Por fim, consequentes são elementos resultantes da aplicação do referido conceito, que podem também auxiliar na sua compreensão, a partir de seu reconhecimento (WALKER; AVANT, 2005 p. 73). A seguir, no Quadro 5, estão descritos os consequentes do conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado, juntamente com seus códigos ou elementos constituintes e referências, delineados por categorias e subcategorias. Deste modo, quatro são os consequentes fundamentais do conceito de ambiência, a saber:

Quadro 5 - Categorias e subcategorias de análise dos consequentes da ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado. Alfenas, 2017.

(continua)

| CONSEQUENTES | |
|---|---|
| Gerenciamento, alívio e conforto da dor | |
| Autoconfiança da parturiente (LUNDGREN; BERG, 2007 p. 223); Acupuntura (KARLSDOTTIR; HALLDORSDDOTTIR; LUNDGREN, 2013 p. 7); Musicoterapia (KARLSDOTTIR; HALLDORSDDOTTIR; LUNDGREN, 2013 p. 7; LIU; CHANG; CHEN, 2010 p. 1069); Aromaterapia (MOUSLEY, 2005 p. 207); Mobilidade da parturiente (CHEUNG et al. 2011b, p. 844; KARLSDOTTIR; HALLDORSDDOTTIR; LUNDGREN, 2013 p. 7); Banho (SELLÉS; SEGALÉS; TRICAS, 2013 p. 4; NUTTER et al., 2014 p. 315; LIU et al., 2014 p. 3; JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2440; DAVIM et al., 2008 p. 606; SILVA; OLIVEIRA; NOBRE, 2009 p. 291; RIESCO et al., 2009 p. 1300; CLUETT; BURNS, 2011 p. 12); Técnicas de relaxamento (SELLÉS; SEGALÉS; TRICAS, 2013 p. 4); Prática de exercícios (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2440; YLDRIM; SAHIN, 2004 p. 3); Massagem favorecendo o gerenciamento da dor (KARLSDOTTIR; HALLDORSDDOTTIR; LUNDGREN, 2013 p. 7; RIESCO et al., 2009 p. 1300); Bola suíça (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2440; SILVA et al., 2011 p. 659; ONDECK, 2014 p. 191); Compressas no períneo (SELLÉS; SEGALÉS; TRICAS, 2013 p. 4; KARLSDOTTIR; HALLDORSDDOTTIR; LUNDGREN, 2013 p. 7); Liberdade de posição no parto (NILSEN; SABATINO; LOPES, 2011 p. 561); Sutura perineal contínua (ALMEIDA; RIESCO, 2008 p. 5). | |
| Promoção da evolução natural do trabalho de parto com desfecho para o parto normal | |
| Evitação de intervenções de rotina (ROMANO; LOTHIAN, 2008 p. 95); Trabalho de parto e parto na água (STARK; RUDELL; HAUS, 2008 p. 119; JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2440; CLUETT; BURNS, 2011 p. 12; CHAICHIAN et al., 2009 p. 469; CORTES; BASRA; KELLEHER, 2011 p. 28); Apoio efetivo do acompanhante (ROMANO; LOTHIAN, 2008 p. 95; HODNETT, 2002 p. 3; HODNETT et al., 2013 p. 10); Apoio contínuo do acompanhante como fator protetor de parto vaginal instrumental (HODNETT et al., 2013 p. 10); Mobilidade da parturiente (ONDECK, 2014 p. 191; BIO; BITTAR; ZUGAIB, 2006 p. 675; CHEUNG et al., 2011b p. 845; JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2441; ROMANO; LOTHIAN, 2008 p. 95); Adoção de posições verticais (ONDECK, 2014 p. 189; AGUILAR; ROMERO; GARCÍA, 2013 p. 6; LAWRENCE et al., 2013 p. 10; GUPTA; HOFMEYR; SHEHMAR, 2012 p. 9; ROMANO; LOTHIAN, 2008 p. 95); Uso da bola suíça promovendo maior permanência da parturiente em postura vertical (LOPES; MADEIRA; COELHO, 2003 p. 137); Uso da bola suíça auxiliando na progressão do trabalho de parto (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2440; SILVA et al., 2011 p. 659); Massagem perineal (STAMP; KRUZINS; CROWTHER, 2001 p. 1279); Desfecho do parto normal (HODNETT; DOWNE; WALSH, 2012 p. 8). | |
| Evitação do internamento precoce com efetividade no atendimento das necessidades da parturiente, somado a sua entrega e protagonismo no trabalho de parto, satisfação, bem-estar e segurança com sensação de relaxamento e alívio da ansiedade | |
| Evitação do internamento precoce (LAUZON; HODNETT, 2004 p. 3); Atendimento efetivo das necessidades da parturiente (WALSH, 2007 p. 225); Entrega ao trabalho de parto (LUNDGREN; BERG, 2007 p. 222); Presença do acompanhante no parto (GUNGOR, BEJI, 2004 p. 223). | |
| Subcategorias | Códigos e referências |
| 3.1 Protagonismo | Aromaterapia (MOUSLEY, 2005 p. 207); Ambiente favorável (HAMMOND; FOUREUR; HOMER, 2014 p. 827). |
| 3.2 Satisfação e bem-estar | Acolhimento carinhoso (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2440); Priorização do atendimento em caso de urgência (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2440); Presença e apoio contínuo do acompanhante (GUNGOR, BEJI, 2004 p. 223; JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2441; KARLSDOTTIR; HALLDORSDDOTTIR; LUNDGREN, 2013 p. 8; MELCHIORI et al., 2009 p. 19; DINIZ et al., 2014 p. 144); Orientações específicas sobre o trabalho de parto e parto (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2442; MELCHIORI et al., 2009 p. 19); Atenção contínua dos profissionais (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2441; KHASHOLIAN et al., 2000 p. 106); Aromaterapia (MOUSLEY, 2005 p. 207); Mobilidade da parturiente (YLDRIM; SAHIN, 2004 p. 3; NILSEN; SABATINO; LOPES, 2011 p. 561); Exercícios ventilatórios (YLDRIM; SAHIN, 2004 p. 3); Banho (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2440); Bola suíça (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2440); Massagens (YLDRIM; SAHIN, 2004 p. 3); Não realização de episiotomia (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2441). |

Quadro 5 - Categorias e subcategorias de análise dos consequentes da ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado. Alfenas, 2017. (conclusão)

| | |
|--|---|
| 3.3 Segurança | Presença do acompanhante (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2441); Atenção contínua dos profissionais (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2441); Relação equipe e parturiente (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2441). |
| 3.4 Relaxamento / alívio da ansiedade | Bola suíça (SILVA et al., 2011 p. 659); Aromaterapia (MOUSLEY, 2005 p. 207); Musicoterapia (CHEUNG et al., 2011a p. 585; LIU; CHANG; CHEN, 2010 p. 1069); Ambiente propício (CHEUNG et al., 2011a p. 585); Presença do acompanhante (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2441). |
| Uso reduzido de ocitocina, de analgesia epidural e de analgésicos com minimização da ocorrência de episiotomia e favorecimento da integridade perineal, apoiados na comunicação terapêutica e na satisfação da equipe | |
| Subcategorias | Códigos e referências |
| 4.1 Comunicação terapêutica | Doação de si mesmo (CHEUNG et al., 2011b p. 845). |
| 4.2 Satisfação da equipe | Gratificação (HOGA, 2004 p. 373); Satisfação (HOGA, 2004 p. 373; HAMMOND; FOUREUR; HOMER, 2014 p. 827); Facilitação da atuação da equipe (HAMMOND; FOUREUR; HOMER, 2014 p. 827). |
| 4.3 Uso reduzido de ocitocina | Avaliação clínica admissional da parturiente (LAUZON; HODNETT, 2004 p. 3); Configuração institucional propícia (HODNETT; DOWNE; WALSH, 2012 p. 8; ONDECK, 2014 p. 191); Apoio contínuo do acompanhante (HODNETT, 2002 p. 3); TP e parto na água (CHAICHIAN et al., 2009 p. 469). |
| 4.4 Parto normal sem analgesia epidural | Avaliação clínica admissional da parturiente (LAUZON; HODNETT, 2004 p. 3); Configuração institucional propícia (HODNETT; DOWNE; WALSH, 2012 p. 8); Apoio contínuo do acompanhante (HODNETT et al., 2013 p. 10); Mobilidade da parturiente (BIO; BITTAR; ZUGAIB, 2006 p. 676); Posição vertical (ONDECK, 2014 p. 189; LAWRENCE et al., 2013 p. 13); Trabalho de parto e parto na água (BURNS et al., 2012 p. 4; NUTTER et al., 2014 p. 314; CLUETT; BURNS, 2011 p. 12; CHAICHIAN et al., 2009 p. 469). |
| 4.5 Uso reduzido de analgésicos | Apoio contínuo do acompanhante (HODNETT, 2002 p. 3); Mobilidade da parturiente (BIO; BITTAR; ZUGAIB, 2006 p. 676); Trabalho de parto e parto na água (CHAICHIAN et al., 2009 p. 469). |
| 4.6 Favorecimento da integridade perineal | Efeito da bola suíça auxiliando no exercício da região perineal (SILVA et al., 2011 p. 659); Posição horizontal lateralizada esquerda minimizando a gravidade das lacerações no parto (SCHIRMER; FUSTINONI; BASILE, 2011 p. 748); Trabalho de parto e parto na água favorecendo a integridade do períneo (BURNS et al., 2012 p. 4; NUTTER et al., 2014 p. 288). |
| 4.7 Minimização da ocorrência de episiotomia | Configuração Institucional propícia (HODNETT; DOWNE; WALSH, 2012 p. 9); Trabalho de parto e parto na água (BURNS et al., 2012 p. 4; NUTTER et al., 2014 p. 288; CHAICHIAN et al., 2009 p. 470); Posição horizontal lateralizada esquerda no parto (SCHIRMER; FUSTINONI; BASILE, 2011 p. 748); Posição vertical (BARACHO et al., 2009 p. 413; GUPTA; HOFMEYR; SHEHMAR, 2012 p. 8); Uso criterioso da episiotomia como fator protetor de morbidades (CARROLI; MIGNINI, 2009 p. 5). |

FONTE: A autora.

- a) Gerenciamento, alívio e conforto da dor;
- b) Promoção da evolução natural do trabalho de parto com desfecho para o parto normal;
- c) Evitação do internamento precoce com efetividade no atendimento das necessidades da parturiente, somado a sua entrega e protagonismo no

trabalho de parto, satisfação, bem-estar e segurança, com sensação de relaxamento e alívio da ansiedade;

- d) Uso reduzido de ocitocina, de analgesia epidural e de analgésicos com minimização da ocorrência de episiotomia e favorecimento da integridade perineal, apoiados na comunicação terapêutica e na satisfação da equipe.

A seguir, tais consequentes estão destacados e, em particular, descritos com os elementos que foram seus principais motivadores, diferentemente da descrição dos atributos definidores e dos antecedentes.

O consequente **gerenciamento, alívio e conforto da dor** é alcançado por meio da autoconfiança da parturiente em relação ao seu corpo e a sua capacidade natural de parir; contribuindo à apropriação do protagonismo no parto (CECHIN, 2002 p. 445; LUNDGREN; BERG, 2007 p. 223).

Outro elemento que contribui para o gerenciamento, alívio e conforto da dor é a musicoterapia, que corresponde a uma tecnologia com efeitos sobre o corpo e a mente; sendo empregada também como intervenção para auxiliar a parturiente a lidar com a dor. Aclarando essa TNI com uma escrita simples, a música atua substituindo os sinais de dor, causados pelas fibras nervosas, por impulsos desencadeados pelo estímulo auditivo; além de estimular a hipófise à liberação de endorfinas. Com isso, a musicoterapia na assistência obstétrica favorece não só o alívio da dor, mas a diminuição da ansiedade na parturiente e seu relaxamento, especialmente na fase latente do trabalho de parto; embora seu uso seja indicado para todo o processo de parto (KARLSDOTTIR; HALLDORSDDOTTIR; LUNDGREN, 2013 p. 7; LIU; CHANG; CHHEN, 2010 p. 1069).

Além da musicoterapia, o uso da acupuntura, da aromaterapia, da mobilidade da parturiente e de outras intervenções como iluminação fraca e indireta, são reconhecidos como tecnologias de relaxamento e enfrentamento da dor. Essas TNI suavizam a percepção dolorosa da parturiente e estão associadas, principalmente, a menor intensidade da dor no trabalho de parto e parto; favorecendo menor uso de analgésicos, bem como o protagonismo dela no parto. Por fim, as TNI contribuem significativamente para a evolução do trabalho de parto e parto normal (AZEVEDO;

NASCIMENTO, 2014 p. 51; BIO; BITTAR; ZUGAIB, 2006 p. 676; CHEUNG et al., 2011b p. 844; DAVIM et al., 2008 p. 601; KARLSDOTTIR; HALLDORSDDOTTIR; LUNDGREN, 2013 p. 7; MOUSLEY, 2005 p. 205; PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010 p. 535; SELLÉS; SEGALÉS; TRICAS, 2013 p. 4).

O banho, por sua vez, também é uma estratégia útil à parturiente como suporte e alívio a dor no trabalho de parto, especialmente na fase ativa; além de sua efetividade na evolução do trabalho de parto e até mesmo do parto. Seja o banho de aspersão ou de imersão, ambos apontam à satisfação da parturiente, sobretudo quando a hidroterapia se estende ao parto. Quando adotado, isoladamente ou em associação a outra técnica, poderá evitar a analgesia de parto e o uso de outros métodos farmacológicos (CLUETT; BURNS, 2011 p. 12; DAVIM et al., 2008 p. 606; JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2440; LIU et al., 2014 p. 3; NUTTER et al., 2014 p. 315; OLIVEIRA; NOBRE, 2009 p. 291; RIESCO et al., 2009 p. 1300; SILVA; SELLÉS; SEGALÉS; TRICAS, 2013 p. 4).

Também como elemento que motiva o consequente gerenciamento, alívio e conforto da dor; destaca-se o uso da bola suíça que propicia melhora da sensação dolorosa da parturiente, além de outros benefícios como a correção da postura, o relaxamento, o alongamento e o fortalecimento da musculatura perineal. Favorece ainda a liberdade de posição da parturiente, sua protagonização e a evolução fisiológica do trabalho de parto (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2440; ONDECK, 2014 p. 191; SILVA et al., 2011 p. 659).

Assim, a prática de exercícios específicos durante o trabalho de parto poderá auxiliar a parturiente a gerenciar, suportar e aliviar a dor. Ademais, entre tais exercícios distinguem-se os exercícios ventilatórios, a deambulação e a mudança de posição (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2440; YILDIRIM; SAHIN, 2004 p. 3).

As massagens lombar, abdominal, perineal ou no local de escolha da parturiente implementadas isoladamente ou associadas a outros métodos de relaxamento, são corresponsáveis por promover o alívio e conforto da dor no trabalho de parto; e até mesmo após o parto no caso da massagem perineal (KARLSDOTTIR; HALLDORSDDOTTIR; LUNDGREN, 2013 p. 7; RIESCO et al., 2009 p. 1300). Esta se apresenta relacionada à menor incidência de trauma perineal e de episiotomia

(CAMARGO; ARAÚJO; OCHIAI, 2015 p. 22). Já, as compressas aquecidas são indicadas à prevenção de trauma no períneo durante o parto, quando promovem a flexibilização do tecido perineal. Também, são empregadas no intuito de aliviar a dor e diminuir o edema e o desconforto causados pelo trauma perineal; sendo consideradas benéficas pelos profissionais e pelas parturientes na assistência obstétrica (CAMARGO; ARAÚJO; KARLSDOTTIR; HALLDORSOTTIR; LUNDGREN, 2013 p. 7; OCHIAI, 2015 p. 22; SELLÉS; SEGALÉS; TRICAS, 2013 p. 4).

A liberdade de posição no parto também é um elemento que contribui ao gerenciamento, alívio e conforto da dor; pois permite à parturiente escolher qual a posição em que ela se sente mais confortável e segura para o parto. Além do mais, algumas posições frequentemente adotadas no parto, como as verticais, reduzem o risco de episiotomia e traumas perineais e, abreviam o tempo do período expulsivo do parto (CAMARGO; ARAÚJO; NILSEN; SABATINO; LOPES, 2011 p. 561; OCHIAI, 2015 p. 22). Deste modo, a orientação à parturiente e acompanhante sobre as posições verticais colaboram à evolução da fase ativa do trabalho de parto, principalmente quando combinada à livre mobilidade (BIO; BITTAR; ZUGAIB, 2006 p. 677).

A sutura perineal contínua fecha os elementos que favorecem o consequente gerenciamento, alívio e conforto da dor no alcance da ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado. A técnica de reparação perineal, seja para episiorrafia ou para sutura de laceração, é considerada mais eficiente quando realizada com pontos contínuos em comparação à técnica de pontos separados; uma vez que a sutura perineal contínua está relacionada à frequência e intensidade menor de dor à palpação após o parto (ALMEIDA; RIESCO, 2008 p. 5; KETTLE; DOWSWELL; ISMAIL, 2012 p. 10).

Outro consequente do conceito de ambiência é a **promoção da evolução natural do trabalho de parto com desfecho para o parto normal.**

Na evolução natural do trabalho de parto, a evitação de intervenções desnecessárias é elemento essencial para o alcance da ambiência; poupando o processo fisiológico natural do parto de perturbações e potenciais prejuízos à parturiente e feto (ROMANO; LOTHIAN, 2008 p. 95). As chamadas intervenções dispensáveis no trabalho de parto e parto são àquelas realizadas, em sua maioria, segundo as rotinas do

Serviço; sem considerar as necessidades da parturiente nem as Evidências Científicas, denotando efeitos adversos do parto medicalizado (LEAL et al., 2014 p. 22).

Também como elemento que favorece a promoção do trabalho de parto natural, o apoio efetivo do acompanhante de escolha da parturiente oferece suporte contínuo a ela no trabalho de parto e parto. O apoio, quando iniciado precocemente, oportuniza menor duração da primeira fase do trabalho de parto com maiores possibilidades de alcançar o desfecho de um parto normal e, naturalmente menor chance de parto vaginal instrumental e de parto operatório (HODNETT et al., 2013 p. 10; HODNETT, 2002 p. 3; PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010 p. 536; ROMANO, LOTHIAN, 2008 p. 95).

Igualmente, a livre mobilidade da parturiente, como intervenção no alcance do parto normal, possibilita a ela ficar 50% menos tempo no leito durante o trabalho de parto; quando comparada à assistência que não incentiva tal prática. A deambulação facilita a insinuação do feto diminuindo a duração média da fase ativa do trabalho de parto, favorecendo a evolução do mesmo (BIO; BITTAR; ZUGAIB, 2006 p. 675; CHEUNG et al., 2011b p. 845; JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2441; ONDECK, 2014 p. 191; ROMANO, LOTHIAN, 2008 p. 95). Concomitante à mobilidade da parturiente, a adoção de posições verticais colabora para o desfecho do parto fisiológico natural em comparação às posições reclinadas, de decúbito dorsal ou lateral (ROMANO, LOTHIAN, 2008 p. 95); uma vez que possibilita menor duração da primeira e da segunda fase do trabalho de parto contribuindo para menor ocorrência de partos assistidos (GUPTA; HOFMEYR; SHEHMAR, 2012 p. 9). Uma forma efetiva de incentivar a parturiente a permanecer em posição vertical no trabalho de parto é o uso da bola suíça (LOPES; MADEIRA; COELHO, 2003 p. 137); além de auxiliar na insinuação e progressão da apresentação fetal e no favorecimento do trabalho de parto natural (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2440; SILVA et al., 2011 p. 659).

A massagem perineal também contribui para a promoção do trabalho de parto natural; tendo em vista que sua segunda fase, ou seja, o período expulsivo, tende a ser menor nas parturientes que receberam essa intervenção (STAMP; KRUZINS; CROWTHER, 2001 p. 1279). Da mesma forma, o banho contribui à evolução do trabalho de parto, por meio da diminuição da pressão arterial sistêmica; em especial o de imersão

(CLUETT; BURNS, 2011 p. 12). Ademais, a hidroterapia permite que a parturiente adote mais frequentemente posições que estimulam as contrações uterinas; facilitando a descida do feto no canal de parto com menor duração do trabalho de parto e maiores possibilidades do alcance do parto normal. E também, a dequitação é favorecida com o banho (CHAICHIAN et al., 2009 p. 469; CLUETT; BURNS, 2011 p. 12; CORTES; BASRA; KELLEHER, 2011 p. 28; JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2440; STARK; RUDELL; HAUS, 2008 p. 119).

Outro consequente do conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado é a **evitação do internamento precoce com efetividade no atendimento das necessidades da parturiente, somado à sua entrega e protagonismo no trabalho de parto, satisfação, bem-estar e segurança, com sensação de relaxamento e alívio da ansiedade**; que será descrito especificadamente a seguir.

A **evitação do internamento precoce** se caracteriza como consequente do conceito de ambiência. Essa é subsidiada pela avaliação clínica acurada da gestante antes da tomada de decisão sobre sua admissão na Instituição ou não; com o intuito de verificar se a gestante está em trabalho de parto ou se há indicação que justifique sua permanência no Serviço (LAUZON; HODNETT, 2004 p. 3). Além disso, a avaliação fundamenta a flexibilidade dos profissionais em relação às intervenções obstétricas, **no atendimento efetivo das necessidades da parturiente** (WALSH, 2007 p. 225).

Outro consequente é a **entrega da parturiente ao trabalho de parto**, o que favorece sua conquista do protagonismo, inclusive no parto. Para o alcance de tal consequente, é obrigatória a abertura e flexibilidade da equipe à singularidade da parturiente (LUNDGREN; BERG, 2007 p. 222). Ainda, a **presença precoce do acompanhante** durante o trabalho de parto favorece sua permanência no parto (GUNGOR; BEJI, 2007 p. 223), que é um resultado esperado pela equipe e sobretudo pela parturiente.

Para a apropriação do **protagonismo da parturiente no trabalho de parto e parto**, intervenções como a aromaterapia contribuem significativamente, pois promovem o sentido de participação da mesma no processo (MOUSLEY, 2005 p. 207). O ambiente favorável também desempenha esse papel, já que a cor das paredes e mobiliários, a

iluminação, os objetos, entre outros poderão ajudar a parturiente a conduzir de forma ativa o seu próprio parto (HAMMOND; FOUREUR; HOMER, 2014 p. 827).

O conseqüente **satisfação e o bem-estar da parturiente** com o parto dependem de fatores, naturalmente, combinados entre si. O acolhimento, de forma carinhosa pelos profissionais, desde o primeiro atendimento na Instituição, é fonte de satisfação para ela; além da priorização do atendimento em caso que demanda urgência, priorizando o bem-estar materno e fetal (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2440). Do mesmo modo, a presença e o apoio contínuo do acompanhante de escolha da parturiente propiciam a ela uma experiência tranquila e positiva sobre o parto, principalmente quando o acompanhante adotou um papel ativo no processo de parto; de motivador ou membro da equipe (DINIZ et al., 2014 p. 144; GUNGOR; BEJI, 2007 p. 223; JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2441; KARLSDOTTIR; HALLDORSDDOTTIR; LUNGGREN, 2013 p. 8; MELCHIORI, 2009 p. 19).

As orientações específicas sobre o trabalho de parto e parto à parturiente e seu acompanhante, de forma clara e detalhada, são motivos de satisfação, de bem-estar e de tranquilidade. Tais orientações incluem informações sobre a evolução do parto, sua saúde pessoal e a do feto (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2442; MELCHIORI, 2009 p. 19). Além disso, a atenção contínua dos profissionais proporciona satisfação e bem-estar à parturiente. Mesmo na presença da dor, essa atenção traz efeitos de conforto e aconchego (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2441; KHASHOLIAN et al., 2000 p. 106).

Da mesma forma, a aromaterapia é apreciada como intervenção alternativa pela parturiente, sendo fonte de satisfação e bem-estar. A maioria relata que usariam o recurso em trabalhos de parto subseqüentes (MOUSLEY, 2005 p. 207). Já a livre mobilidade da parturiente, quando estimulada, resulta em melhora do comportamento da mesma, tanto no trabalho de parto como no parto, aumentando os sentimentos positivos, de satisfação e bem-estar, sobre o parto e a assistência recebida (NILSEN; SABATINO; LOPES, 2011 p. 561; YILDIRIM; SAHIN, 2004 p. 3). Similarmente, a prática de exercícios ventilatórios gera satisfação na parturiente, provocando sentimentos positivos (YILDIRIM; SAHIN, 2004 p. 3). O banho é uma tecnologia que permite à parturiente assumir o comando do trabalho de parto e parto; com isso, ela mobiliza recursos

próprios na busca do bem-estar e satisfação (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2440; SILVA; OLIVEIRA, 2006 p. 62). Do mesmo modo, o emprego da bola suíça no trabalho de parto proporciona satisfação e bem-estar mediante os movimentos que seu uso possibilita; inclusive, a satisfação é uma dos principais indicativos para seu uso (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2440; OLIVEIRA; BONILHA; TELLES, 2012 p. 578). Já as massagens, promovem satisfação e bem-estar por meio dos sentimentos positivos que proporcionam à parturiente (YLDIRIM; SAHIN, 2004 p. 3). Também, a não realização de episiotomia é motivo de bem-estar e satisfação, pois minimiza incômodos e favorece a movimentação da puérpera logo após o parto (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2441).

A **sensação de segurança** da parturiente durante o trabalho de parto e no parto faz parte dos consequentes da aplicação do conceito de ambiência. A presença do acompanhante provoca essa sensação de segurança e de amparo na parturiente, por meio da força e apoio oferecido por ele (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2441). Ademais, a parturiente se sente mais segura para verbalizar sobre seus sentimentos e expectativas; pois o acompanhante tende a compreender mais facilmente seus anseios (KARLSDOTTIR; HALLDORSOTTIR; LUNDGREN, 2013 p. 8). Também, o estabelecimento da relação entre equipe e parturiente de forma respeitosa, amigável e responsável contribui à sensação de segurança juntamente com a atenção contínua dos profissionais, pois esses devem ser atenciosos e presentes o tempo todo; evitando que a parturiente se sinta sozinha (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2441).

Igualmente, a **sensação de relaxamento e alívio da ansiedade** é consequente da aplicação da ambiência no trabalho de parto e parto na parturiente. Com frequência, o uso da bola suíça está associado à sensação de relaxamento da musculatura pélvica bem como do relaxamento como um todo (SILVA et al., 2011 p. 659). Por sua vez, a aromaterapia promove a sensação de relaxamento e ainda é eficaz no alívio da ansiedade (MOUSLEY, 2005 p. 207). Ademais, a musicoterapia facilita o relaxamento e favorece a diminuição da ansiedade, principalmente na fase latente do trabalho de parto (CHEUNG et al., 2011a p. 585; LIU; CHANG, CHHEN, 2010 p. 1069). O estabelecimento de um ambiente propício, com iluminação fraca e indireta, também contribui para o relaxamento da parturiente (CHEUNG et al., 2011a p. 585). Por fim, a

presença do acompanhante contribui para o alívio da ansiedade; pois a parturiente além de não se sentir sozinha, fica mais tranquila com o apoio recebido, minimizando o medo da dor (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013 p. 2441).

O último conseqüente do conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado é o **uso reduzido de analgésicos com minimização da ocorrência de episiotomia e favorecimento da integridade perineal, apoiados na comunicação terapêutica e na satisfação da equipe.**

A **comunicação terapêutica da equipe** com a parturiente e seu acompanhante é um conseqüente do conceito de ambiência alcançado pelos profissionais; por meio da entrega de si mesmo e a partir do propósito de criar vínculo com a parturiente e de atender suas necessidades (CHEUNG et al., 2011b p. 845).

A **satisfação da equipe** é um conseqüente permeado pela gratificação do profissional com a prática obstétrica; reconhecendo que apesar da responsabilidade, a assistência é prazerosa, especialmente quando o trabalho de parto e parto evolui naturalmente (HOGA, 2004 p. 373). Entretanto, a satisfação também poderá ser alcançada por meio da promoção de ambiente favorável, à equipe e à parturiente, com cores leves, suaves e com confortabilidade; assim, tal ambiente promove o desempenho da equipe e influencia positivamente a assistência ao trabalho de parto e parto normal (HAMMOND; FOUREUR; HOMER, 2014 p. 827).

A **evitação de intervenções medicamentosas**, ou seja, o uso reduzido da ocitocina, o parto normal sem analgesia epidural e o uso reduzido de analgésicos é também um conseqüente do referido conceito. A evitação de medicamentos está subsidiada na avaliação clínica admissional da parturiente quando são avaliadas suas necessidades e suas condições de saúde (LAUZON; HODNETT, 2004 p. 3). Do mesmo modo, a configuração Institucional propícia contribui à redução de induções de parto com ocitocina e de parto sem analgesia epidural; pois o ambiente alternativo de assistência favorece a evolução natural do trabalho de parto e o alívio da dor, poupando assim as infusões medicamentosas (HODNETT; DOWNE; WALSH, 2012 p. 8; ONDECK, 2014 p. 191). Da mesma forma, a presença contínua do acompanhante de escolha da parturiente, está associada a uma probabilidade reduzida do uso de ocitocina e do uso de qualquer tipo de analgesia de parto ou de outros analgésicos no trabalho de parto e

no parto (HODNETT et al., 2013 p. 10; HODNETT, 2002 p. 3). Outra intervenção que colabora à redução do uso da ocitocina, da analgesia de parto e dos analgésicos é a hidroterapia; que favorece a evolução do trabalho de parto e alívio da dor, diminuindo novamente a frequência do uso desses medicamentos (BURNS et al., 2012 p. 4; CHAICHIAN et al., 2009 p. 469; CLUETT; BURNS, 2011 p. 12; NUTTER et al., 2014 p. 314). A livre mobilidade da parturiente também poderá diminuir o uso de analgesia epidural e de analgésicos no trabalho de parto e no parto e, ainda retardar essas intervenções quando elas forem necessárias (BIO; BITTAR; ZUGAIB, 2006 p. 676). A adoção de posições verticais no trabalho de parto e parto também oportuniza diminuição do uso de intervenções medicamentosas (LAWRENCE et al., 2013 p. 13; ONDECK, 2014 p. 189).

Já, o **favorecimento da integridade perineal** é o último conseqüente do conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado. A configuração Institucional propícia, com ambientes alternativos de assistência ao trabalho de parto e parto contribui à evitação da episiotomia; pois favorece à parturiente adotar postura ativa no seu processo de parto (HODNETT; DOWNE; WALSH, 2012 p. 9). Igualmente, o uso da bola suíça é uma Tecnologia Não Invasiva que favorece a integridade perineal, pois está associada ao exercício da musculatura perineal, como citado anteriormente (SILVA et al., 2011 p. 659). E, a posição horizontal lateralizada esquerda favorece a diminuição da gravidade das lacerações perineais. Há maior concentração de lacerações de primeiro grau, ou seja, daquelas que por vezes dispensam sutura quando essa posição é adotada no parto e ainda há minimização da ocorrência de episiotomia (SCHIRMER; FUSTINONI; BASILE, 2011 p. 748). Da mesma forma, as posições verticais no parto, como a de cócoras ou a sentada no banquinho, entre outras, favorecem a diminuição da ocorrência de episiotomia (BARACHO et al., 2009 p. 413). A hidroterapia, tanto no trabalho de parto quanto no parto, também protege a integridade perineal, diminuindo a ocorrência de episiotomia e prevenindo as lacerações graves (BURNS et al., 2012 p. 4; CHAICHIAN et al., 2009 p. 470; NUTTER et al., 2014 p. 288). Por sua vez, o uso criterioso da episiotomia contribui para o alcance do conseqüente favorecimento da integridade perineal. Como fator protetor de morbidades é também uma intervenção que compõe a ambiência para o trabalho de parto e parto

normal institucionalizado; uma vez que seu uso restritivo propicia menor risco de morbidades perineais no período pós-parto, como dor e sangramento aumentado e complicações na sutura perineal (CARROLI; MIGNINI, 2009 p. 5; RIESCO et al., 2011 p. 78).

Sendo assim, os consequentes do conceito proposto foram descritos com seus motivadores, quando pertinentes, e explicitados especificamente em suas categorias e subcategorias. Tais consequentes se referem aos resultados alcançados após a aplicação do conceito ambiência na assistência ao trabalho de parto e parto normal institucionalizado. Os elementos motivadores dos consequentes do conceito de ambiência apresentam-se interrelacionados como em uma rede, uma vez que o mesmo elemento contribui para o alcance de diferentes consequentes ou resultados. De tal modo, a maioria dos elementos que se constituíram como antecedentes e atributos, do conceito de ambiência na prática clínica obstétrica, são validados como consequentes, ou seja, as consequências da implementação da ambiência no trabalho de parto e parto normal revela o alcance dos resultados esperados.

5.4 A PROPOSIÇÃO TEÓRICA DO CONCEITO DE AMBIÊNCIA PARA O TRABALHO DE PARTO E PARTO NORMAL INSTITUCIONALIZADO

A análise dos atributos definidores, dos antecedentes e dos consequentes do conceito em estudo, proposta por meio da Análise Crítica da Literatura (MORSE et al., 1996 p. 263; MORSE, 1995 p. 36), permitiu a elaboração de uma proposição teórica inédita do conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado, apresentada a seguir:

“Ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado é um processo biopsicossocial complexo fundado na interação coletiva da parturiente com seu acompanhante e com a equipe; tendo em vista a assistência obstétrica, desencadeada pelo acolhimento e empoderamento da parturiente à protagonização do trabalho de parto e parto, sequenciada pela avaliação clínica e, por intervenções pautadas na evidência de alterações na dinâmica natural do trabalho de parto e parto,

no uso criterioso da ocitocina, da amniotomia, da episiotomia e na promoção precoce do contato pele a pele integrados ao uso das Tecnologias Não Invasivas como a presença e apoio contínuo do acompanhante, ambiente favorável ao relaxamento, deambulação, banho, bola suíça, massagens, compressas, exercícios ventilatórios, ingesta leve de alimentos e liberdade de posição no trabalho de parto e parto. Os antecedentes são constituídos pelo significado atribuído à maternidade pela parturiente somado a autoestima e a confiança no seu corpo, no processo de parto e nos profissionais de saúde além da preferência e disposição à entrega ao trabalho de parto e parto com boas expectativas em relação à Instituição. Inclui equipe capacitada com experiência informada, autonomia clínica, pensamento crítico, autocontrole emocional e doação de cada um de seus profissionais no estabelecimento de relação de proximidade, de confiança, de afetividade terapêutica e igualitária com a parturiente baseada no reconhecimento de sua singularidade, de sua capacidade para o parto normal e no estímulo à protagonização do parto com desenvolvimento de processo de trabalho em time fundamentado na confiança na competência clínica entre os profissionais com garantia da segurança da parturiente, do Programa de Avaliação Clínica Admissional, da possibilidade do início espontâneo do trabalho de parto, da escolha do acompanhante, da ingesta leve de alimentos e da liberdade de posição no trabalho de parto e parto, contextualizado em um espaço físico qualificado. O gerenciamento, alívio e conforto da dor associado à promoção da evolução natural do trabalho de parto com desfecho para o parto normal, à evitação do internamento precoce com efetividade do atendimento das necessidades da parturiente, somado a sua entrega e protagonismo no trabalho de parto, satisfação, bem-estar e segurança, com sensação de relaxamento e alívio da ansiedade e ainda, o uso reduzido de ocitocina, da analgesia epidural e de analgésicos com minimização da ocorrência de episiotomia e favorecimento da integridade perineal, apoiados na comunicação terapêutica e na satisfação da equipe são consequentes da aplicação do conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado”.

***__O CONCEITO DE AMBIÊNCIA PARA
O TRABALHO DE PARTO E PARTO
NORMAL INSTITUCIONALIZADO E O
INTERACIONISMO SIMBÓLICO***

6 O CONCEITO DE AMBIÊNCIA PARA O TRABALHO DE PARTO E PARTO NORMAL INSTITUCIONALIZADO E O INTERACIONISMO SIMBÓLICO

Este capítulo constitui-se de duas partes, sendo que inicialmente argumento sobre alguns pontos relevantes do conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado; a fim de auxiliar na compreensão do conceito. A seguir, apresento o conceito de ambiência sob a Perspectiva Teórica do Interacionismo Simbólico (CHARON, 2010).

6.1 A COMPREENSÃO DO CONCEITO DE AMBIÊNCIA PARA O TRABALHO DE PARTO E PARTO NORMAL INSTITUCIONALIZADO

Este estudo tem como objetivo identificar, na literatura, os atributos do conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado, com o emprego da Metodologia Qualitativa de Análise de Conceito (MORSE, 1995), a qual permitiu a formulação inédita da proposição teórica de tal conceito.

Por meio da busca na literatura, os dados encontrados levaram à compreensão de que ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado é um processo biopsicossocial complexo, fundado na interação coletiva. A ambiência trata-se de um processo, uma vez que é permeada por várias etapas sequenciadas e inter-relacionadas que ao final constituem o estabelecimento da mesma por meio de um processo considerado biopsicossocial. O prefixo *bio* se refere à natureza biológica do trabalho de parto e parto. Da mesma forma, o prefixo *psico* reporta-se aos fatores psíquicos e emocionais da parturiente inerentes ao trabalho de parto e parto; como suas expectativas, desejos e anseios. Já o *social* se aplica em função das interações desenvolvidas entre os principais atores, ou seja, a parturiente, seu acompanhante e a equipe, com o *self* de cada um e com o contexto do trabalho de parto e parto. A complexidade do processo justifica-se, também pela mobilização e

interação dos diferentes atores envolvidos; desde os gestores institucionais, a equipe de profissionais e, em especial a parturiente e seu acompanhante. Ademais, é parte do processo a interação desses atores com o contexto do trabalho de parto e parto, como com o espaço físico, recursos materiais e tecnologias. Assim, a ambiência está pautada nas interações interpessoais que se estabelecem na permanência da parturiente no local da assistência obstétrica. Tais interações estão fundadas de forma coletiva entre os atores; visto que a parturiente enquanto protagonista se relacionará com ela mesma, com a equipe, com o contexto e com o seu acompanhante em todo o processo de trabalho de parto, desde o início até o desfecho do parto.

Dessa forma, os atributos definidores do conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado, se distinguem em dois eixos, sendo um referente ao processo assistencial e o outro às Tecnologias Não Invasivas (TNI). O processo assistencial no trabalho de parto e parto está centrado e, sobretudo protagonizado pela pessoa da parturiente, evidenciando seu acolhimento e empoderamento, a avaliação clínica continuada, as intervenções pautadas em alterações no trabalho de parto e parto, o uso criterioso da ocitocina, da amniotomia, da episiotomia e a promoção do contato pele a pele. Já o outro eixo, uso das Tecnologias Não Invasivas, caracteriza de forma particular a ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado; pois permite à equipe, à parturiente e ao acompanhante o uso de práticas que fornecem benefícios à parturiente e à evolução do seu trabalho de parto. O uso das TNI implica a associação de técnicas, estratégias, procedimentos e conhecimentos científicos aplicados pela equipe no trabalho de parto e parto normal. Além disso, pode ser entendida como um saber estruturado, com intencionalidade e justificativa que visa as necessidades da parturiente. Tais Tecnologias são consideradas Não Invasivas uma vez que, a partir da apropriação do protagonismo do trabalho de parto e parto pela parturiente, essa passa a eleger as Tecnologias que serão adotadas; portanto, qualquer intervenção que seja implementada, não será percebida pela parturiente como invasão da sua privacidade ou da fisiologia do seu corpo e da mente (NASCIMENTO et al., 2010 p. 456).

Por sua vez, os antecedentes, ou seja, os elementos propostos para o alcance da ambiência são referentes à parturiente, à qualificação do espaço físico e da

equipe, à interação dessa equipe, em especial com a parturiente e por fim, referentes ao processo de trabalho. Nesse sentido, todos os atores são corresponsáveis pelo estabelecimento da ambiência para o trabalho de parto e parto, desde os gestores principalmente na qualificação do espaço físico e na garantia dos processos de trabalhos e de seus recursos materiais e humanos, como na composição e capacitação de uma equipe multiprofissional e na implementação das TNI. Naturalmente, é essencial o desempenho dos profissionais e da parturiente protagonista.

Os antecedentes, alusivos à parturiente, estão centrados na sua própria pessoa, em sua história de vida, em sua experiência, em seus sentimentos e expectativas tanto em relação ao trabalho de parto e parto, bem como em relação à equipe e à Instituição. Considerando a natureza desses antecedentes, eles se conformam como determinantes na apropriação do protagonismo do trabalho de parto e do parto pela parturiente.

Na interação simbólica da parturiente com o contexto se destaca a qualificação do espaço físico como antecedente do conceito de ambiência. A configuração institucional favorável e a provisão de recursos às Tecnologias Não Invasivas exemplificam tais elementos de antecedência; visto que a qualidade e a efetividade da prática, certamente são influenciadas pelos papéis que a parturiente juntamente com a equipe desempenham; mas também pela configuração de um ambiente propício ao trabalho de parto e parto (SILVA et al., 2011 p. 657). Da mesma forma, esse antecedente influi na apropriação do protagonismo no processo de parto pela parturiente. Gestores de saúde são os responsáveis pela composição qualificada do ambiente de atenção ao parto, que deverá ser adequado tanto para a parturiente e acompanhante, quanto para a equipe e trabalhadores; facilitando a ambiência na prática clínica (BRASIL, 2010 p. 3). Entretanto, no processo de busca e validação dos elementos de antecedência, dos atributos definidores e dos consequentes do conceito em estudo, não foram encontrados dados referentes à contribuição dos gestores de saúde na promoção da ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado; caracterizando, uma lacuna no conhecimento acerca da performance de tais profissionais na qualificação do atendimento obstétrico idealizado.

Já os antecedentes, do conceito de ambiência em relação à equipe, são

constituídos por elementos como a experiência dos profissionais, a autonomia clínica e pensamento crítico com desenvolvimento de hábitos e habilidades na qualificação da assistência obstétrica. Naturalmente, destaca-se a crença dessa equipe na assistência ao parto normal para assim fundamentar o apoio e a motivação da parturiente no trabalho de parto e no parto. Ademais, é necessário que a equipe de profissionais seja capacitada e atualizada, em especial em relação à uma assistência menos intervencionista, buscando resgatar a fisiologia do parto normal (HOGA, 2004 p. 371) e promover o uso das TNI. Ainda, evidencia-se a competência da equipe no empoderamento da parturiente para assumir o protagonismo no trabalho de parto e parto.

Também, como elemento contextual da ambiência referente à qualificação do espaço social de assistência à parturiente, compreende a interação coletiva entre ela, seu acompanhante e a equipe. Esta quando estabelece um relacionamento interpessoal assertivo, com entendimento recíproco na construção de uma relação terapêutica entre os atores, conquista maior autonomia afetiva que favorece a implementação de práticas no alcance da protagonização da parturiente e na condução resolutiva e com qualidade do trabalho de parto (CARON; SILVA, 2002 p. 486; VIEIRA et al., 2011 p. 260).

Por fim, o último antecedente, do conceito de ambiência referente à qualificação do espaço social, aponta para o processo de trabalho da equipe de assistência obstétrica. Esse processo tem como uma das suas grandes metas a segurança e proteção à parturiente, tanto física quanto emocional (CARON; SILVA, 2002 p. 487). E, deverá garantir uma assistência à parturiente livre de intervenções desnecessárias e com incentivo a sua protagonização no trabalho de parto e parto; com possibilidade do início espontâneo do trabalho de parto, de acompanhante de escolha da parturiente, da ingesta leve de alimentos e de líquidos e da escolha da posição no parto.

Os antecedentes do conceito de ambiência não descrevem de forma explícita o empoderamento da parturiente à protagonização no trabalho de parto e parto. Contudo, a maioria dos elementos de antecedência conduz à preparação e ao apoio à parturiente para assumir o papel da protagonista; o que pode ser observado no incentivo da autoestima da parturiente, na confiança no seu próprio corpo e nos profissionais de

saúde, na preferência pelo parto normal, na disposição à entrega ao trabalho de parto e parto. A configuração institucional propícia e os recursos à realização das Tecnologias Não Invasivas também são elementos que contribuem à protagonização da parturiente, bem como a equipe capacitada, com crença na assistência ao parto normal e na capacidade da parturiente para o parto com reconhecimento da sua singularidade e, na relação igualitária, afetiva-terapêutica e de proximidade estabelecida entre equipe e parturiente. E, por fim, o trabalho em time, a apresentação à gestante da Instituição de escolha para o trabalho de parto e parto, a garantia de segurança à parturiente, da possibilidade do início espontâneo do trabalho de parto, do Programa de Avaliação Clínica Admissional, do acompanhante de escolha da parturiente, da ingesta leve de alimentos e líquidos e da garantia da escolha da posição no parto integrada à flexibilidade da equipe em relação às normas e rotinas institucionais findam os elementos de antecedência que essencialmente contribuem à protagonização da parturiente no trabalho de parto e parto. Naturalmente, cada elemento de antecedência terá uma parcela específica de contribuição à protagonização da parturiente no trabalho de parto e parto de acordo com as características contextuais de cada elemento na Instituição em interação com as características próprias da equipe e com a unicidade da parturiente.

Já, os consequentes relevantes do conceito de ambiência são elementos relacionados à dor do trabalho de parto e parto, ao desfecho para o parto normal e também elementos relacionados à própria parturiente. Os consequentes relacionados à dor na parturiente estão voltados ao processo de gerenciamento e enfrentamento da dor; que usualmente é intensificada pela insegurança ou medo de sentir as tais dores do parto (RODRIGUES; SIQUEIRA, 2008 p. 180) e, também, por não saber ao certo como irão ocorrer todas as fases que antecedem o parto. Nessa perspectiva, a grande vilã do parto normal é a dor das contrações e do parto propriamente dito, sendo a responsável pela maioria das opções das parturientes pelo parto operatório. A aplicação do conceito de ambiência na prática obstétrica não garante a falácia de um “parto sem dor”, mas consegue driblar a dor; porquanto a grande contribuição do estabelecimento da ambiência é que ela oferece recursos, explicitados pelos seus antecedentes e atributos, para que a parturiente protagonista possa gerenciar, enfrentar, interagir e aliviar a dor no

processo de trabalho de parto e parto. Só por isso, o conceito de ambiência já se caracterizaria como uma justificativa para profissionais e gestores da saúde buscarem formas de viabilizar essa prática no cotidiano da obstetrícia. Alguns fatores e intervenções podem minimizar a dor, trazendo sensação de conforto e alívio à parturiente. Tais fatores podem ser referentes à própria parturiente, como sua autoconfiança e empoderamento; entretanto, a que mais contribui ao conforto e alívio da dor é a implementação das TNI. Agem tanto no processo de enfrentamento da dor, resgatando a autonomia da parturiente na escolha da TNI a ser adotada e promovendo sua protagonização e, da mesma forma enquanto estratégias com efeitos fisiológicos podem contribuir à diminuição da dor, como por exemplo, o uso da bola suíça.

O conseqüente do conceito de ambiência promoção da evolução natural do trabalho de parto com desfecho para o parto normal é o destaque entre os elementos de consequência, por se caracterizar como principal meta a ser alcançada no estabelecimento da ambiência na assistência obstétrica. O parto normal representa uma conquista à mulher que se prepara ao longo de toda gestação e mesmo no trabalho de parto. Ela busca forças e recursos que a auxiliem no empoderamento e na protagonização do processo de nascimento do seu filho por meio do parto normal. Mais uma vez, tal conseqüente pode ser alcançado mais facilmente como resultado da assistência centrada na pessoa da parturiente pelo uso das Tecnologias Não Invasivas, com valorização dos seus desejos e expectativas; sobretudo com a sua protagonização no trabalho de parto e parto, como principais motivadores do alcance do desfecho para o parto normal.

Por sua vez, como conseqüente do conceito de ambiência referente à própria parturiente, é evidenciado sua satisfação e bem-estar também alcançados, principalmente, por meio da protagonização no trabalho de parto e no parto. Portanto, o protagonismo da parturiente se caracteriza como principal elemento do conceito de ambiência; uma vez que o alcance de tal elemento, seja como antecedente, como atributo definidor ou como conseqüente, viabiliza o estabelecimento da ambiência no trabalho de parto e parto. A protagonização acontece quando a parturiente assume o controle do seu trabalho de parto e parto, passando a participar ativamente do processo. Essa vem ao encontro da premissa do Programa de Humanização no Pré-natal e

Nascimento no contexto do parto, a qual evidencia a valorização do corpo e da função social da parturiente (BRASIL, 2008 p. 145). Também, tal premissa representa um desafio à equipe na elaboração da assistência centrada na parturiente, livre de intervenções desnecessárias e no alcance do seu empoderamento e protagonização no trabalho de parto e parto.

Por si só a chegada do filho saudável, o término do trabalho de parto e um parto sem complicações podem, certamente, desencadear sensação de contentamento e bem-estar na puérpera (RONCONI et al., 2010 p. 280). Não obstante, a satisfação e o bem-estar da parturiente com seu protagonismo e, igualmente com todo o processo de trabalho de parto e parto são consequentes do conceito de ambiência que também merecem destaque no contexto da obstetrícia. Pois, esse consequente de satisfação e bem-estar se caracteriza como grande meta a ser alcançada com o estabelecimento da ambiência. Ademais, certamente reflete a qualidade da assistência à parturiente, ao seu acompanhante e o papel fundamental da equipe no alcance desse bem-estar. Similarmente no alcance dos consequentes de gerenciamento, alívio e conforto da dor e do desfecho para o parto normal, também as TNI são responsáveis por promover satisfação e bem-estar à parturiente. Juntamente com a equipe, a parturiente escolhe a TNI mais conveniente e confortável para ela no seu trabalho de parto. E, essa autonomia conferida a ela, por meio da interação, corrobora com sua satisfação e sentimentos positivos em relação ao trabalho de parto e parto.

6.2 A AMBIÊNCIA PARA O TRABALHO DE PARTO E PARTO NORMAL INSTITUCIONALIZADO E O INTERACIONISMO SIMBÓLICO

O Interacionismo Simbólico (CHARON, 2010 p. 153), enquanto Perspectiva Teórica, permite identificar a ambiência no processo de interação simbólica da parturiente no trabalho de parto e parto normal institucionalizado. Tal processo se caracteriza por uma série de eventos de interação sequenciais e inter-relacionados entre si, no alcance do empoderamento e consequente protagonismo da parturiente no

trabalho de parto e parto. Tais eventos revelam a interação individual da parturiente consigo mesma ou com o *self* e com o contexto, incluindo o acompanhante. Já com a equipe de profissionais, a parturiente interage de forma coletiva. Esses momentos interacionais são diferenciados, dinâmicos, progressivos e estão interligados por uma linha imperceptível e simbólica que separa o término de um momento e o início do outro. E não possuem duração pré-determinada, já que essa é definida pela interação da parturiente com o *self*, com o contexto e com a equipe. Assim, no contexto da ambiência, a interação simbólica da parturiente no trabalho de parto e parto é composta por três momentos distintos, a saber;

- a) Primeiro momento interacional - *Parturiente empoderando-se para a interação enquanto protagonista do trabalho de parto;*
- b) Segundo momento interacional - *Parturiente interagindo enquanto protagonista do trabalho de parto;*
- c) Terceiro momento interacional - *Puérpera interagindo com o self na avaliação do parto enquanto protagonista.*

O processo de interação simbólica da parturiente no trabalho de parto e parto está esboçado na Figura 2.

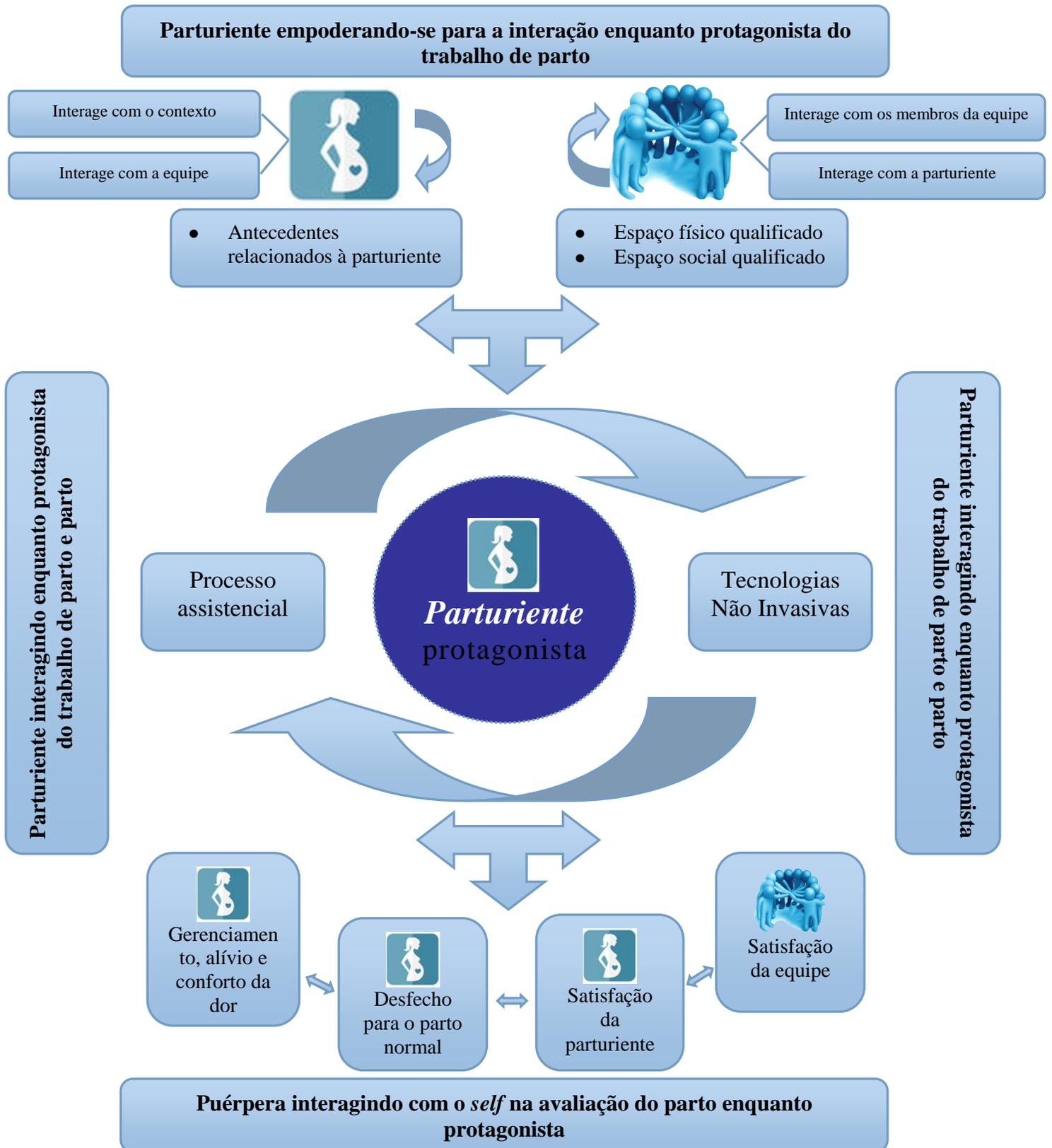
No **primeiro momento interacional**, a interação da parturiente com o *self*, com o acompanhante, com o meio e com a equipe é permeada por estratégias e ações interativas e intencionais; quando a parturiente se prepara para o empoderamento na interação enquanto protagonista do trabalho de parto. Ela entra, no cenário da Instituição de assistência ao trabalho de parto e parto, com sua mente, identidade pessoal, sua cultura, com os símbolos e outros significantes, com suas perspectivas e escolhas, referências e experiências, além de suas habilidades e até mesmo seus medos, entre outros. Assim, esse momento antecede o estabelecimento da ambiência, integrando elementos, eventos ou condições favoráveis a sua implementação. Dentre tais elementos, relacionados à parturiente, destaca-se a autoestima da mesma, a confiança no seu corpo, no processo de parto e nos profissionais de saúde, a preferência pelo parto normal e as boas expectativas referentes à Instituição. Enquanto participante ativa, logo dá início ao processo de interação com o *self*, por meio de

definições dos objetos sociais envolvidos na situação clínica obstétrica que determinará a natureza da ação correspondente e a ocorrência da mesma, ou seja, ela delibera sobre como será seu trabalho de parto e parto. O espaço físico qualificado também antecede o alcance da ambiência no processo de interação da parturiente com o *self*; quando esta, no seu processo de interação silencioso e simbólico considera elementos do contexto clínico, como a configuração física institucional propícia com ambiente agradável e os recursos à prática das Tecnologias Não Invasivas. Assim, a parturiente analisa suas necessidades, seus anseios, os sinais de evolução do trabalho de parto, recursos e tecnologias disponíveis, estabelece suas intenções, preferências e desejos, decide sobre seu acompanhante e sobre as Tecnologias Não Invasivas que adotará e, por fim, ela define seu papel no trabalho de parto e no parto com vistas a sua protagonização. Portanto, no primeiro momento interacional a parturiente busca o empoderamento para a interação enquanto protagonista do seu trabalho de parto e parto.

Ainda nesse primeiro momento de autointeração, visando o estabelecimento da ambiência, em especial, o profissional deve acreditar na assistência ao parto normal, apresentando-se capacitado com bom conhecimento teórico e prático, além do pensamento crítico, com autonomia clínica, possuidor de autocontrole emocional e com disponibilidade para doação de si mesmo enquanto profissional. Essa interação do profissional com o *self* o capacita a interagir na construção de um vínculo de proximidade, de confiança, de afetividade terapêutica e igualitária com a parturiente baseada no reconhecimento da sua singularidade, no respeito a sua cultura e na crença de sua capacidade para o parto normal. Ademais, ocorre a interação do profissional com os pares na equipe obstétrica; desenvolvendo um processo de trabalho em time fundamentado na confiança da competência clínica dos profissionais com garantia da segurança da parturiente, do Programa de Avaliação Clínica Admissional, da possibilidade do início espontâneo do trabalho de parto, da escolha do acompanhante, da ingesta leve de alimentos e da posição no trabalho de parto e parto pela mesma.

Dessa forma, o primeiro momento interacional, intitulado *Parturiente empoderando-se para a interação enquanto protagonista do trabalho de parto*, corresponde à interação individual simbólica da parturiente com ela mesma, com o

Figura 2 – Modelo Teórico de Interação Simbólica da Parturiente no Contexto da Ambiência para o Trabalho de Parto e Parto Normal Institucionalizado. Alfenas, 2017.



FONTE: A autora.

contexto clínico e seu acompanhante e a interação coletiva com a equipe que, por sua vez, também interagiu com o *self* e com a própria equipe. Por fim, parturiente se apropria de empoderamento para desempenhar o papel de a protagonista do seu trabalho de parto e do parto; passando assim, a atuar no segundo momento interacional.

Parturiente interagindo enquanto protagonista do trabalho de parto e parto caracteriza o **segundo momento interacional**, quando a parturiente, já consciencializada e empoderada como protagonista do seu trabalho de parto e parto interage com o *self*, com o contexto e também com os profissionais da equipe. Esses, por sua vez, interagem com a parturiente por meio da implementação de uma assistência obstétrica. Esta não somente centrada nela, no atendimento de suas necessidades e anseios, mas acima de tudo priorizando a protagonização durante todo seu trabalho de parto e parto. Ao mesmo tempo, a parturiente interage simbolicamente consigo mesma e com contexto, por meio da prática das Tecnologias Não Invasivas que compreendem especialmente a interação com o acompanhante, com o ambiente e as técnicas de relaxamento, como a deambulação, o banho, a bola suíça, as massagens, as compressas, os exercícios ventilatórios, a ingesta leve de alimentos no trabalho de parto e a liberdade de posição no trabalho de parto e no parto. A cada interação da parturiente com a prática das TNI, em particular, com a autonomia dada pela equipe a ela na escolha das mesmas, é reafirmado o empoderamento da parturiente; como em um movimento cíclico de promoção continuada do seu protagonismo até no parto, ou seja, a parturiente empodera-se no desempenho da protagonização do seu parto. E assim, com o desfecho do parto normal e nascimento do recém-nascido, encerra-se o segundo momento de interação simbólica da parturiente com ela mesma, com a equipe e com o contexto clínico; finalizando do mesmo modo a sua protagonização no trabalho de parto e parto.

Desta forma, se principia o **terceiro momento interacional** denominado *Puérpera interagindo com o self na avaliação do parto enquanto protagonista*. Pois a parturiente protagonista passa a ser puérpera, dando continuidade de forma instantânea na dinâmica de interação com o *self*. Assim, a puérpera resgata o processo inicial de definições; uma vez que ela volta a interpretar todos os objetos envolvidos no processo de trabalho de parto e no parto, no contexto da ambiência. A puérpera analisa a situação

clínica como um todo, incluindo a si mesma, já que também é um objeto social; logo, ela avalia seu próprio desempenho, as respostas dos atores coadjuvantes e revisa as suas perspectivas. Junto ao *self*, faz julgamentos, analisa recursos, define situações, reafirma ou toma novas decisões e, faz plano subsequente de ação. De tal modo, compreende os resultados alcançados em consequência da sua interação como protagonista no trabalho de parto e parto e da interação com os demais atores, com o contexto e com o seu acompanhante. Tais resultados apontam em particular para o gerenciamento, alívio e conforto da dor; para o desfecho do parto normal; para a satisfação, bem-estar e segurança da parturiente e para o seu próprio protagonismo no trabalho de parto. As interações futuras dependerão do processo atual de reflexão da puérpera, em particular, sobre o seu desempenho enquanto protagonista do trabalho de parto e parto.

O Modelo Teórico de Interação Simbólica da Parturiente no Contexto da Ambiência para o Trabalho de Parto e Parto Normal Institucionalizado descrito apresenta a integração dos elementos relacionados às condições causais, às interações/ações e às consequências como processo central da ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado; por meio da protagonização da parturiente, no alcance do desfecho para o parto normal e da satisfação da parturiente com seu parto.

No cenário clínico do trabalho de parto e parto, a interação da parturiente como protagonista, seja com o *self*, com os demais atores da equipe ou com o contexto, configura-se como o elemento central do conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado visto que, a protagonização é manifestada e legitimada em cada interação, refletindo a sensação de poder da parturiente e de alcance dos resultados esperados, como o desfecho para o parto normal, a satisfação da parturiente com o seu parto e o alívio da dor. Assim, a protagonização da parturiente é o pilar que sustenta sua experiência de ambiência no trabalho de parto e parto como condição causal, como estratégia de interação e ação e como consequência. Em especial, a continuidade da protagonização da parturiente em todo trabalho de parto conduz ao desfecho para o parto normal; o que representa a completude do seu empoderamento e do protagonismo no trabalho de parto e parto, com o alcance de resultados advindos das suas escolhas e a concretização das suas expectativas. De tal forma, o desfecho para o

parto normal torna-se o conseqüente fundamental do conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado, ainda mais quando acrescido da satisfação da parturiente com o seu parto. Portanto, o desfecho para o parto normal, como categoria central, valida a protagonização da parturiente, indicando que a ambiência foi estabelecida na assistência ao trabalho de parto e parto. Assim, o estabelecimento da ambiência na assistência obstétrica é decorrente da garantia e do respeito à protagonização da parturiente em todos os períodos do trabalho de parto e parto. Uma Instituição de assistência obstétrica poderá apresentar carências de recursos materiais à implementação de algumas Tecnologias Não Invasivas, a configuração física poderá não ser a mais propícia, entre outras; todavia o protagonismo da parturiente é condição *sine qua non* à ambiência no trabalho de parto e parto normal.

Por fim, os fatores que envolvem a implementação da ambiência no trabalho de parto e parto, bem como as premissas de uma assistência obstétrica de excelência vem ao encontro do pensamento do médico francês Michel Odent, *“Para mudar o mundo é preciso mudar a forma de nascer”*, descrito em seu livro intitulado *“Gênese do homem ecológico: mudar a vida, mudar o nascimento: o instinto reencontrado”* (ODENT, 1981), já há mais de 35 anos. De tal modo, percebe-se que a essência e os fundamentos de uma assistência transformadora, conforme proposto no conceito de ambiência, já correspondiam aos anseios de Odent, até mesmo antes de se falar em ambiência em saúde. Destaca-se a magnitude da transformação necessária à assistência fundamentada nas necessidades, na singularidade e nas aspirações da parturiente, no alcance do seu empoderamento e protagonização do trabalho de parto e parto.

AS CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 AS CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo identificou os atributos do conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado, com base nos dados da Literatura Científica, que permitiu também elaborar uma proposição teórica inédita para o conceito; representando um avanço teórico conceitual para a Disciplina Obstétrica.

Da mesma forma, a adoção do conceito de ambiência na prática poderá conceber grande melhoria à assistência obstétrica; visto que ele considera situações que são construídas e vivenciadas nas interações por um grupo de pessoas, com valores culturais que influem nas posturas, nas relações interpessoais e nos processos de trabalho da prática. Nessa perspectiva, ambiência é entendida como estratégia de inclusão que valoriza a composição dos saberes; como potencializadora às transformações necessárias para uma nova lógica na organização espacial, seja ela física e/ou social. Deste modo, a produção de subjetividade, a produção do espaço e a produção de saúde são indissociáveis na ambiência. Sua implementação oferece subsídios ao acolhimento das condições físicas e emocionais da parturiente com estímulos ao comportamento dos atores envolvidos, aprimorando suas relações interpessoais. Portanto, ambiência não se restringe a modificar a composição técnica e formal do ambiente. Sua valorização, em particular na Obstetrícia, por meio de projetos e intervenções cogeadas e coproduzidas é fundamental à qualificação da assistência à parturiente. A apropriação do conceito para a ambiência no trabalho de parto e parto normal institucionalizado, certamente, oportunizará tal objetivo, com nova proposta no modo de fazer e produzir espaços voltados à atenção mais acolhedora, mais resolutiva e mais humana no âmbito da Obstetrícia (BESTETTI, 2014 p. 602; BRASIL, 2010 p. 05; PESSATTI, 2012 p. 3).

Ao dar início neste estudo, comecei a pensar sobre o tema e a pesquisar sobre o que de fato se tratava ambiência em saúde; já que na minha formação profissional enquanto enfermeira obstétrica, apesar de aspirar uma assistência mais acurada e assertiva à parturiente, não tinha conhecimento sobre o que era ambiência, nem mesmo tinha ouvido falar sobre o que seria, como implementá-la, tão pouco sobre a

importância da construção de um espaço propício à ambiência obstétrica. Contudo, mesmo após algumas leituras, o conhecimento quanto à ambiência ainda não se apresentava estruturado para mim, sendo que dúvidas em relação ao seu alcance ainda rondavam o meu ser de enfermeira obstétrica. Foi então que, junto ao meu anseio por uma assistência qualificada, dei continuidade ao projeto de pesquisa que, aos poucos, me trouxe uma compreensão clara e sólida sobre o que é a ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado. Pude me apropriar do conceito e entender sua importância à prática clínica obstétrica, o que contribuiu de forma significativa para fazer uma releitura da assistência e qualificar o meu desempenho profissional na assistência ao trabalho de parto e parto; já que anteriormente sentia essa necessidade, mas ainda me faltavam propriedades para me comprometer com tal assistência.

Por fim, o estudo sobre a ambiência me trouxe benefícios também como pessoa, uma vez que o empoderamento e a protagonização da parturiente se apresentaram como elementos centrais do conceito; assim, hoje compreendo a importância de tais elementos para fortalecer as interações da mulher, não só no trabalho de parto, mas na cotidianidade da vida. Em especial, como futura parturiente que almejo ser, começo desde já o processo de empoderamento pessoal para ser protagonista do meu trabalho de parto e parto e naturalmente alcançar a ambiência.

Este estudo corresponde a primeira etapa da Metodologia Qualitativa de Análise de Conceito (MORSE et al., 1996) e, por meio do Método de Análise Crítica da Literatura (MORSE et al., 1996) foram identificados os antecedentes, os atributos definidores e os consequentes do conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado. O conceito delinea os elementos que contribuem ao estabelecimento da ambiência, sejam eles relacionados ao contexto físico-funcional e aos fatores psicossociais dos atores envolvidos no processo interacional; parturiente, equipe e acompanhante. A compreensão do conceito pelos gestores, pelos profissionais de saúde e até mesmo pela parturiente subsidiará sua aplicação e desenvolvimento no ambiente de assistência ao trabalho de parto e parto normal. Ainda, a identificação dos elementos de antecedência, dos atributos definidores e dos elementos de consequência do conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado possibilita a construção de um instrumento específico de medida da ambiência na

assistência obstétrica institucionalizada, seja hospitalar ou em um Centro de Parto Normal.

O conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado, proposto neste estudo a partir da Literatura Científica, poderá ser verificado por meio de pesquisa de campo com profissionais de uma Instituição de assistência obstétrica que segue as premissas do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2002); o que caracterizaria a continuidade da Metodologia Qualitativa de Análise de Conceito (MORSE et al., 1996), descrita anteriormente. A primeira etapa da Metodologia (MORSE et al., 1996) foi realizada, neste estudo, pela identificação dos atributos indicativos do conceito na Literatura; sendo assim, a pesquisa de campo constituiria a segunda etapa, ou seja, a verificação dos atributos indicativos do conceito na prática. Ainda, é possível concluir o desenvolvimento do conceito com a terceira etapa, na qual seriam identificadas as manifestações do conceito, por meio da comparação entre os atributos identificados na primeira etapa e os verificados na segunda etapa, finalizando assim o processo.

Dados obtidos na Literatura apontaram, por meio dos atributos definidores, dos antecedentes e dos consequentes, fronteiras conceituais da “ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado” com a “humanização do atendimento à parturiente e seu acompanhante” e também com o “acolhimento da parturiente e seu acompanhante”. Considerando que a ambiência na assistência ao trabalho de parto e parto se constitui um dos eixos da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2013), de tal modo, a ambiência está diretamente relacionada à humanização do atendimento à parturiente. Há que se ressaltar a necessidade de compreender a humanização e a ambiência como conceitos distintos, porém complementares entre si. Em um contexto de assistência à saúde, principalmente na obstetrícia, na qual tanto se fala em humanização, é imperativo que a ambiência seja um conceito presente no cotidiano da Instituição, para que o parto humanizado seja alcançado em sua completude. Além da humanização, outra fronteira conceitual da ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado refere-se ao acolhimento na assistência obstétrica. Este se apresenta como uma diretriz da humanização em saúde, também segundo a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2013). No conceito de ambiência, o acolhimento

resolutivo e de forma afetiva, emerge como atributo definidor e ainda como consequente; sendo um elemento que promove e ao mesmo tempo é um resultado alcançado da ambiência na prática clínica obstétrica.

Por fim, o conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado oferece subsídios, para gestores e profissionais da Obstetrícia, alavancarem transformações e consequentes avaliações, tendo em vista a excelência da assistência. Não obstante o conceito de ambiência fundamenta e expande a prática obstétrica, mas esta é considerada mais abrangente que o conceito, ou seja, ela é bem mais rica e complexa do que minha possibilidade de falar sobre ela e; seus resultados ou consequentes, alcançados na prática, falam mais alto do que o discurso. Parafraseando o teólogo e filósofo do Século XIII, São Tomás de Aquino (1225-1274), que faz menção ao processo complexo que permeia a Teoria *versus* Prática e observa a dinamicidade em relação à estrutura do conceito; quando diz “*A razão é a imperfeição da inteligência, pois a prática extrapola o conceito*”.

AS IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

8 AS IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

- a) Identificação dos antecedentes, dos atributos definidores e dos consequentes do conceito de ambiência para o trabalho de parto e parto normal institucionalizado;
- b) Formulação de uma proposição teórica inédita sobre o conceito em estudo;
- c) Construção de um Modelo Teórico de Interação Simbólica da Parturiente no Contexto da Ambiência para o Trabalho de Parto e Parto Normal Institucionalizado;
- d) Apresentação de conteúdo programático à capacitação da equipe de assistência ao trabalho de parto e parto, com o propósito de estabelecer a ambiência na Instituição;
- e) Identificação de intervenções e atividades no alcance do empoderamento da parturiente à sua protagonização no trabalho de parto e parto.

AS REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

AGUILAR, O. C.; ROMERO, A. L. F.; GARCIA, V. E. M. Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto em postura vertical *versus* supina. **Ginecol Obstet Mex**, Cidade do México, v. 81, n. 1, p. 1-10, jan. 2013. Disponível em: <<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom131b.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2015.

ALMEIDA, S. F. S.; RIESCO, M. L. G. Randomized controlled clinical trial on two perineal trauma suture techniques in normal delivery. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 272-279, apr. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 ago. 2015.

ALVES, K. Y. A. et al. Análise do conceito “Protocolo de Enfermagem” a partir da visão evolucionário de Rodgers. **Rev Enferm UFPE**, Recife, v. 8, n. 1, p. 177-82, jan. 2014. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4680/8378>>. Acesso em: 10 out. 2015.

AQUINO, P. S. et al. Análise do conceito de tecnologia na enfermagem segundo o método evolucionário. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 690-96, out. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n5/17.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2015.

ARMELLINI, C. L.; LUZ, A. M. H. Acolhimento: a percepção das mulheres na trajetória da parturição. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 24, n. 3, p. 305-15, dez. 2003. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/23513?locale=pt_BR>. Acesso em: 20 set. 2016.

AZEVEDO, L. G. F.; NASCIMENTO, T. S. As Tecnologias Não Invasivas de Enfermagem Obstétrica no Trabalho de Parto e Parto: um Cuidado Singular. In: ZVEITER, M.; PEREIRA, A. L. F. **Curso de Aprimoramento para Enfermeiras Obstétricas, com Enfoque no Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha - Ministério da Saúde**: Caderno do Facilitador. Rio de Janeiro: ABENFO - RJ, 2014, p. 51-58.

BARACHO, S. M. et al. Influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** Recife, v. 9, n. 4, p. 409-414, dez. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292009000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jul. 2015.

BARROS, L. M.; SILVA, R. M. Atuação da enfermeira na assistência à mulher no processo de parturição. **Texto contexto-enferm.**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 369-375, set. 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072004000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 set. 2016.

BEGGS, J.; STANTON, M. Eat, drink, and be labouring? **J Perinat Educ.**, Washington, v. 11, n. 1, p. 1-13, mar. 2002. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1595100/>>. Acesso em: 17 jul. 2015.

BESTETTI, M. L. T. Ambiência: espaço físico e comportamento. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 601-10, jul./set. 2014. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n3/1809-9823-rbgg-17-03-00601.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2016.

BEZERRA, M. G. A.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 414-421, maio/jun. 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 ago. 2015.

BIO, E.; BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, São Paulo, v. 28, n. 11, p. 671-679, nov. 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006001100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jul. 2015.

BLUMER, H. **Symbolic Interacionism: perspective and method**. New Jersey: Prentice-Hall, 1696.

BÖING, I.; SPERANDIO, F. F.; SANTOS, G. M. Uso de técnica respiratória para analgesia no parto. **FEMINA**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 41-46, jan. 2007. Disponível em:

<<http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina351p41-6-1.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2016.

BOUSSO, R. S.; POLES, K.; CRUZ, D. A. L. M. Conceitos e Teorias na Enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 144-48, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/pt_0080-6234-reeusp-48-01-141.pdf>. Acesso em: 04 de novembro de 2015.

BRAGA C. G.; SILVA J. V. **Evidências das Teorias de Enfermagem no Processo de Cuidar**. 2. ed. Curitiba- PR: Prismas, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília – DF, 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 11.108, de 07 de Abril de 2005. Dispõe sobre o Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 24 ago. 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Rio de Janeiro – RJ, 2008. Disponível em: <http://artemis.org.br/wp-content/uploads/2013/11/modelo_atencao_obstetrica.pdf>. Acesso em: 18 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ambiência**. 2 ed. Brasília – DF, 2010. Disponível em: <<http://www.heab.fmrp.usp.br/upload/939/Ambiencia.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para Elaboração de Propostas da Rede Cegonha**. 2012. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=6819&Itemid=82>. Acesso em: 18 set.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília – DF, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folhet_o.pdf>. Acesso em: 22 set. 2015.

BURNS, E. E. et al. Characteristics, Interventions, and Outcomes of Women Who Used a Birthing Pool: A Prospective Observational Study. **Birth**, Malden, v. 39, n. 3, p. 192–202,

set. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23281901>>. Acesso em: 28 ago. 2015.

CAMARGO, J. C. S.; ARAÚJO, N. M.; OCHIAI, A. M. Ensino da prevenção e reparo do trauma perineal nos cursos de especialização em enfermagem obstétrica. In: MORAIS, S. C. R. V.; SOUZA, K. V.; DUARTE, E. D. (org.). **Associação Brasileira de Enfermagem, Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras** PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde Materna e Neonatal: Ciclo 6. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2015. p. 9-28. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/299751019_ENSINO_DA_PREVENCAO_E_REPARO_DO_TRAUMA_PERINEAL_NOS_CURSOS_DE_ESPECIALIZACAO_EM_ENFERMAGEM_OBSTETRICA>. Acesso em: 20 de setembro de 2016.

CARON, O A. F.; SILVA, I. A. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 485-92, jul./ago. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n4/13359.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2016.

CARRARO, T. E. et al. O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puérperas. **Texto contexto-enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 502-509, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 set. 2016.

CARROLI, G.; MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. **Cochrane**, Londres, v. 1, 2009. Disponível em: <http://www.cochrane.org/CD000081/PREG_episiotomy-for-vaginal-birth>. Acesso em: 23 jul. 2015.

CARTER, M. J.; FULLER, C. Symbolic Interactionism. **Sociopedia.isa**. Northridge: ISA; 2015. Disponível em: <<http://www.sagepub.net/isa/resources/pdf/Symbolic%20interactionism.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.

CARVALHO, V. D.; BORGES, L. O.; RÊGO, D. P. Interacionismo Simbólico: Origens, Pressupostos e Contribuições aos Estudos em Psicologia Social. **Psicol., Ciênc. Prof.**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 146-61, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n1/v30n1a11.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2016.

CECHIN, P. L. Reflexões sobre o resgate do parto natural na era da tecnologia. **Rev.**

bras. enferm., Brasília, v. 55, n. 4, p. 444-448, ago. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672002000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jul. 2015.

CHAICHIAN, S. et al. Experience of Water Birth Delivery in Iran. **Arch. Iranian Med.**, Tehran, v. 12, n. 5, p. 468-71, set. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19722768>>. Acesso em: 21 jul. 2015.

CHARON, J. M. **Symbolic Interactionism: an Introduction, an Interpretation, an Integration**. 10. ed. Boston: Prentice Hall, 2010.

CHEUNG, N. F. et al. Clinical outcomes of the first midwife-led normal birth unit in China: a retrospective cohort study. **Midwifery**, New York, v. 27, n. 5, p. 582-87, out. 2011a. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21236528>>. Acesso em: 07 set. 2015.

CHEUNG, N. F. et al. Views of Chinese women and health professionals about midwife-led care in China. **Midwifery**, New York, v. 27, n. 6, p. 842-47, dez. 2011b. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20933311>>. Acesso em: 09 set. 2015.

CLUETT, E. R.; BURNS, E. Immersion in water labour and birth. **Cochrane**, Londres, v. 4, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19370552>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

CORTES, E.; BASRA, R.; KELLEHER, C. J. Waterbirth and pelvic floor injury: a retrospective study and postal survey using ICIQ modular long form questionnaires. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**, Amsterdam, v. 155, n. 1, p. 27-30, mar. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21185644>>. Acesso em: 07 set. 2015.

COWLES, K. V. Grief in a cultural context: expanding concept analysis beyond the professional literature. In: RODGERS, B. L.; KNALF, K. A. **Concept development in nursing: foundations, techniques, and applications**. 2. ed. Philadelphia: Saunders Company, 2000, p. 119-127.

DAVIM, R. M. B. et al. Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 10, n. 3, p. 600-609, 2008. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n3/pdf/v10n3a06.pdf>. Acesso

em: 12 jul. 2015.

DINIZ, C. S. G. et al. Implementation of the presence of companions during hospital admission for childbirth: data from the Birth in Brazil national survey. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 140-153, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2015.

FERREIRA, A. G. N. et al. Humanização do parto e nascimento: acolher a parturiente na perspectiva dialógica de Paulo Freire. **Rev Enf UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 5, p. 1398-1405, maio 2013. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/5642>>. Acesso em: 20 set. 2016.

FOGAÇA, V. D.; SCHNECK, C. A.; RIESCO, M. L. G. Intervenções obstétricas no trabalho de parto em mulheres submetidas à cesariana. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 12, n. 3, p. 296-305, jul./set. 2007. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/10023/6884>>. Acesso em: 20 set. 2016.

FORTUNA, C. M. et al. O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-268, mar./abr. 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2023/2102>>. Acesso em: 26 out. 2016.

FREITAS, M. C.; MENDES, M. M. R. A dimensão do conceito em Deleuze e na enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 128-33, jan./fev. 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1856/1907>>. Acesso em: 05 out. 2015.

GUNGOR, I; BEJI, N. Effects of fathers' attendance to labor and delivery on the experience of childbirth in Turkey. **West J Nurs Res**, Columbia, v. 29, n. 2, p. 213-231, mar. 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17337623>>. Acesso em: 16 jul. 2015.

GUPTA, J. K.; HOFMEYR, G. J.; SHEHMAR, M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. **Cochrane**, Londres, v. 5, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22592681>>. Acesso em: 02 ago. 2015.

HAGUETTE T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 3. ed. Petrópolis: Vozes,

2003.

HAMMOND, A; FOUREUR, M; HOMER, C. E. The hardware and software implications of hospital birth room design: A midwifery perspective. **Midwifery**, New York, v. 30, n. 7, p. 825-830, jul. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23932739>>. Acesso em: 16 jul.2015.

HODNETT, E. D. Caregiver support for women during childbirth. **Cochrane**, Londres, v. 1, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10796179>>. Acesso em: 28 jul. 2015.

HODNETT, E. D.; DOWNE, S.; WALSH, D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. **Cochrane**, Londres, v. 8, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22895914>>. Acesso em: 23 jul. 2015.

HODNETT, E. D. et al. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane**, Londres, v. 2, 2013. Disponível em: <<http://childbirthconnection.org/pdfs/CochraneDatabaseSystRev.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2015.

HOGA, L. A. K. Motivação de enfermeiras obstétricas para o desenvolvimento de seu trabalho em um casa de parto. **Rev. Min. Enf.**, Belo Horizonte, v. 8, n. 3, p. 368-72, jul./set. 2004. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/725>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

HOTIMSKY, S. N. et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1303-1311, set./out. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000500023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 set. 2015.

HUPCEY, J. E. et al. An exploration and advancement of the concept of trust. **J Adv Nurs**, Malden, v. 36, n. 2, p. 282-93, 2001. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/11767461_An_exploration_and_advancement_of_the_concept_of_trust>. Acesso em: 02 dez. 2015.

JAMAS, M. T.; HOGA, L. A. K.; REBERTE, L. M. Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de

Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2436-46, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 jul. 2015.

KARLSDOTTIR, S. I.; HALLDORSOTTIR, S.; LUNDGREN, I. The third paradigm in labour pain preparation and management: the childbearing woman's paradigm. **Scand J Caring Sci**, Estocolmo, v. 28, n. 2, p. 1-13, jul. 2013. Disponível em: <http://www.researchgate.net/publication/244479461_The_third_paradigm_in_labour_pain_preparation_and_management_the_childbearing_woman%27s_paradigm>. Acesso em: 10 ago. 2015.

KETTLE, C.; DOWSWELL, T.; ISMAIL, K. M. K. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second- degree tears. **Cochrane**, Londres, v. 4, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23152204>>. Acesso em: 25 jul. 2015.

KHASHOLIAN, T. K. et al. Women's experiences of maternity care: satisfaction or passivity? **Soc Sci Med**, Nova Iorque, v. 51, n. 1, p. 103-13, jul. 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10817473>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

LAUZON, L.; HODNETT, E. D. Labour assessment programs to delay admission to labour wards. **Cochrane**, Londres, v. 3, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11686969>>. Acesso em: 29 jul. 2015.

LAWRENCE, A. et al. Maternal positions and mobility during first stage labour. **Cochrane**, Londres, v. 2, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19370591>>. Acesso em: 02 ago. 2015.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30 sup, p. 17-32, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2016.

LITTLEJOHN, S. W. **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

LIU, Y. H.; CHANG, M. Y.; CHEN, C. H. Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first-time mothers. **JOCN**, Cambridge, v. 19, n. 7-8, p. 1065-72, abr.

2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20492051>>. Acesso em: 23 jul. 2015.

LIU, Y. et al. A comparison of maternal and neonatal outcomes between water immersion during labor and conventional labor and delivery. **BMC Pregnancy and Childbirth**, Londres, v. 6, n. 14, p. 1-7, maio 2014. Disponível em: <<http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-160>>. Acesso em: 03 set. 2015.

LOPES, T. C.; MADEIRA, L. M.; COELHO, S. O uso da bola do nascimento na promoção da posição vertical em primíparas durante o trabalho de parto. **Rev. Min. Enf.**, Belo Horizonte, v. 7, n. 2, p. 134-9, jul./dez. 2003. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/770>>. Acesso em: 13 jul. 2015.

LOPES, C. H. A. F.; JORGE, M. S. B. Interacionismo Simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 103-108, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a14v39n1.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2016.

LOPES, M. S. V. et al. Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto contexto-enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 461-68, set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a07v19n3.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2015.

LUNDGREN, I.; BERG, M. Central concepts in the midwife–woman relationship. **Scand J Caring Sci**, Estocolmo, v. 21, n. 2, p. 220-228, jun. 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17559441>>. Acesso em: 11 ago. 2015.

MAMEDE, F. V.; ALMEIDA, A. M.; CLAPIS, M. J. Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 2, p. 295-302, 2004. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1580/932>>. Acesso em: 19 set. 2016.

MAMEDE, F. V. et al., Efeito da deambulação na duração da fase ativa do trabalho de parto. **Esc Anna Nery R Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 466-71, set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a11>>. Acesso em: 20 set. 2016.

MAPUTLE, M.; HISS, D. Criteria to facilitate the implementation of woman-centred care

in childbirth units of Limpopo Province, South Africa (Part 2). **Curationis**, Pretoria, v. 36, n. 1, p. 1-7, 2013. Disponível em: <<http://repository.uwc.ac.za/xmlui/handle/10566/1381>>. Acesso em: 16 jul. 2015.

MARQUE, F. C.; DIAS, I. M. V.; AZEVEDO, L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Esc Anna Nery R Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 439-47, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a12>>. Acesso em: 20 set. 2016.

MATHIAS, J. J. S.; ZAGONEL, I. P. S.; LACERDA, M. R. Processo Clinical Caritas: novos rumos para o cuidado de enfermagem transpessoal. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 332-37, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002006000300013&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 03 nov. 2015.

MATOS, T. A. et al. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 998-1004, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2016.

MELCHIORI, L. E. et al. Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 13, n. 1, p. 13-23, out. 2009. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/psicologia/article/view/9858/10482>>. Acesso em: 13 jul. 2015.

MENDES, M. A.; CRUZ, D. A. L. M.; ANGELO, M. Clinical role of the nurse: concept analysis. **JOCN**, Cambridge, v. 24, n. 3-4, p. 318-31, 2014. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12545/abstract>>. Acesso em: 29 set. 2015.

MICHAELIS. Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=ambi%C3%Aancia>>. Acesso em: 1 dez 2016.

MONTENEGRO, C. A. B; FILHO, M. R. **Obstetrícia Fundamental**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

MORSE, J. M. Exploring the theoretical basis of nursing using advanced techniques of

concept analysis. **Adv Nurs Sci.**, Germantown, v. 17, n. 3, p. 31-46, mar. 1995. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7778889>>. Acesso em: 24 abr. 2015.

MORSE, J. M et al. Concept Analysis in Nursing Research: A Critical Appraisal. **Sch Inq Nurs Prac**, Nova Iorque, v. 10, n. 3, p. 253-277, 1996. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9009821>>. Acesso em: 05 maio 2015.

MORSE, J. M. Exploring pragmatic utility: concept analysis by critically appraising the literature. In: RODGERS, B. L.; KNALF, K. A. **Concept development in nursing: foundations, techniques, and applications**. 2. ed. Philadelphia: Saunders Company, 2000, p. 333-352.

MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C. A. M. Fadiga: uma análise do conceito. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 285-93, set. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a09v18n3.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2015.

MOUSLEY, S. Audit of an aromatherapy service in a maternity unit. **Complement Ther Clin Pract**, Amsterdam, v. 11, n. 3, p. 205-210, ago. 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16005838>>. Acesso em: 17 jul. 2015.

NASCIMENTO, N. M. et al. Tecnologias Não Invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 456-61, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a04.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2016.

NILSEN, E.; SABATINO, H.; LOPES, M. H. B. M. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 557-565, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2015.

NUTTER, E. et al. Waterbirth: An Integrative Analysis of Peer-Reviewed Literature. **J Midwifery Women's Health**, Nova Iorque, v. 59, n. 3, p. 286-319, maio/jun. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24850284>>. Acesso em: 02 set. 2015.

ODENT, M. **Gênese do homem ecológico: mudar a vida, mudar o nascimento: o instinto reencontrado**. São Paulo: TAO Editorial, 1981.

OLIVEIRA, L. L.; BONILHA, A. L. L.; TELLES, J. M. Indicações e repercussões do uso da bola obstétrica para mulheres e enfermeiras. **Cienc Cuid Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 573-580, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17657>>. Acesso em: 10 out. 2016.

ONDECK, M. Healthy Birth Practice #2: Walk, Move Around, and Change Positions Throughout Labor. **J Perinat Educ**, Washington, v. 23, n. 4, p. 188-193, out. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25411538>>. Acesso em: 16 jul. 2015.

PESSATI, M. P. Núcleo temático da PNH. **Oficina de Ambiência para o Parto e Nascimento**. 2012. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/rede-cegonha/oficina-ambienta/apresentacoes/ambiencia_parto_e_nascimento_sp_05_2012.pdf>. Acesso em: 07 out. 2015.

PETEAN, E.; COSTA, A. L. R. C.; RIBEIRO, R. L. R. Repercussões da ambiência hospitalar na perspectiva dos trabalhadores de limpeza. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 615-35, set./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n3/1981-7746-tes-12-03-00615.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

PIMENTA, L. F.; RESSEL, L. B.; STUMM, K. E. The cultural construction of the birth process. **J. res.: fundam. care. online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 591-98, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2344>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

PINTO, C. M. S.; HOGA, L. A. K. Implantación del proyecto de inserción del acompañante en el parto: experiencias de los profesionales. **Cienc. enferm.**, Concepción, v. 10, n. 1, jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532004000100007&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 15 jul. 2015.

POLES, K.; BOUSSO, R. S. Morte digna da criança: análise de conceito. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 215-222, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100028>. Acesso em: 04 nov. 2015.

PORTO, A. M. F.; AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. **FEMINA**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 10, p. 527-537, 2010. Disponível em:

<http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/artigo_femina_assistencia_ao_parto_parte_1.pdf>. Acesso em: 19 set. 2016.

RIESCO, M. L. G. et al. Centros de Parto no Brasil: revisão da produção científica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, esp. 2, p. 1297-1302, 2009. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a26v43s2.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2015.

RODRIGUES, A. V.; SIQUEIRA, A. A. F. Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 8, n. 2, p. 179-86, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n2/05.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2016.

RODGERS, B. L.; KNALF, K. A. **Concept development in nursing: foundations, techniques, and applications**. 2. ed. Philadelphia: Saunders Company, 2000.

ROMANO, A. M.; LOTHIAN, J. A. Promoting, Protecting, and Supporting Normal Birth: A Look at the Evidence. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, Filadélfia, v. 37, n. 1, p. 94-105, jan./fev. 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18226163>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

RONCONI, A. P. L. et al. Dor e satisfação durante o trabalho de parto em primigestas: visão da parturiente e do obstetra. **Rev Dor.**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 277-81, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n4/a1647.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2015.

ROOKS, J. P. Oxytocin as a “high alert medication”: a multilayered challenge to the status quo. **Birth**, Malden, v. 36, n. 4, p. 345-8, dez. 2009. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/227721551_Oxytocin_as_a_High_Alert_Medication_A_Multilayered_Challenge_to_the_Status_Quo>. Acesso em: 20 set. 2016.

SABATINO, H. Análise crítica dos benefícios do parto normal em distintas posições. **Rev Tempus Actas Saúde Col.**, Brasília, v. 4, n. 4, 2010. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/841/804>>. Acesso em: 03 out. 2016.

SALES, A. A. R.; LIMA, F. R. F.; FARIAS, F. S. A. B. Refletindo sobre a administração e

negociação de conflitos nas equipes de saúde. **RBPS**, Vitória, v. 20, n. 2, p. 111-115, 2007. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/1011/2172>>. Acesso em: 26 out. 2016.

SALES, L. V. T.; PAIXÃO, M. G.; CASTRO, O. Teoria do Cuidado Transpessoal – Jean Watson. In: BRAGA, C. G.; SILVA, J. V. **Teorias de Enfermagem**. São Paulo: Iátria, 2011.

SALGE, A. K. M. et al. Prática da episiotomia e fatores maternos e neonatais relacionados. **Rev. Eletr. Enf.**, [S.l.], Goiânia, v. 14, n. 4, p. 779-85, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/17538/13341>>. Acesso em: 09 jul. 2015.

SALIM, N. R. et al. Os sentidos do cuidado no parto: um estudo intergeracional. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 17, n. 4, p. 628-34, out./dez. 2012. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/30358>>. Acesso em: 18 set. 2016.

SAMPAIO, A. R. R.; BOUSQUAT, A.; BARROS, C. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 281-90, abr./jun. 2016. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742016000200281&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 set. 2016.

SANDIN-BOJÖ, A. K.; KVIIST, L. J. Care in Labor: A Swedish Survey Using the Bologna Score. **Birth**, Malden, v. 35, n. 4, p. 321-328, jan. 2009. Disponível em: <http://www.researchgate.net/publication/23499858_Care_in_Labor_A_Swedish_Survey_Using_the_Bologna_Score>. Acesso em: 11 ago. 2015.

SANDIN-BOJÖ, A. K.; LARSSON, B. W.; HALL-LORD, M. L. Women's perception of intrapartal care in relation to WHO recommendations. **JOCN**, Cambridge, v. 17, n. 22, p. 2993-3003, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19034989>>. Acesso em: 23 ago. 2015.

SANTOS, J. O.; SHIMO, A. K. K. Discurso do sujeito coletivo das mulheres que sofreram episiotomia. **Reme: Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 11, n. 4, p. 432-38, dez. 2007. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622007000400014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 jul. 2015.

SARTORI, G. Social Science Concepts. Beverly Hills: Calif: Sage, 1984. In: MORSE, J. M. Exploring the theoretical basis of nursing using advanced techniques of concept analysis. **Adv Nurs Sci**, Germantown, v. 17, n. 3, p. 31-46, 1995. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7778889>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

SCHEFFER, B. K.; RUBENFELD, M. G. A Consensus Statement on Critical Thinking in Nursing. **J Nurs Educ**, Thorofare, v. 39, n. 8, p. 352-59, nov. 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11103973>>. Acesso em: 24 out. 2016.

SCHIRMER, J.; FUSTINONI, S. M.; BASILE, A. L. O. Perineal outcomes on the left lateral versus vertical semi-sitting birth positions: a randomized study. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 745-750, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000600002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 jul. 2015.

SCOTLAND, G. S et al. Women's Preferences for Aspects of Labor Management: Results from a Discrete Choice Experiment. **Birth**, Malden, v. 38, n. 1, p. 36-46, mar. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21332773>>. Acesso em: 21 ago. 2015.

SELLÉS, E. M.; SEGALÉS, A. V.; TRICAS, J. G. Use of alternative and complementary therapies in labor and delivery care: a cross-sectional study of midwives' training in Catalan hospitals accredited as centers for normal birth. **BMC Complement Altern Med.**, Londres, v. 15, n. 13, nov. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24238197>>. Acesso em: 27 ago. 2015.

SILVA, F. M. B.; OLIVEIRA, S. M. J. V. O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 57-63, mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342006000100008&script=sci_abstract&lng=eses>. Acesso em: 06 out. 2016.

SILVA, F. M. B.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; NOBRE, M. R. C. A randomized controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. **Midwifery**, Nova Iorque, v. 25, n. 3, p. 286-94, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17655985>>. Acesso em: 22 jul. 2015.

SILVA, C. M. C. et al. A Teoria do Cuidado Transpessoal na Enfermagem: análise segundo Meleis. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 15, n. 3, p. 548-51, jul./set.2010. Disponível em:

<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/18902/12210>>. Acesso em: 04 nov. 2015.

SILVA, L. M. et al . Uso da bola suíça no trabalho de parto. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 656-662, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000500010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jul. 2015.

SILVA, D. P. P.; LIMA, M. B. Práticas baseadas em evidências de enfermagem obstétrica no trabalho de parto e parto: um cuidado singular. In: ZVEITER, M.; PEREIRA, A. L. F. **Curso de Aprimoramento para Enfermeiras Obstétricas, com Enfoque no Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha - Ministério da Saúde: Caderno do Facilitador**. Rio de Janeiro: ABENFO - RJ, 2014, p. 59-70.

SIMMONDS, A. et al. Understanding the Moral Nature of Intrapartum Nursing. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, Filadélfia, v. 42, n. 2, p. 148-156, mar. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23374158>>. Acesso em: 17 jul. 2015.

SIMPSON, K. R.; JAMES, D. C.; KNOX, G. E. Nurse-Physician Communication During Labor and Birth: Implications for Patient Safety. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, Filadélfia, v. 35, n. 4, p. 547-556, jul./ago. 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16882001>>. Acesso em: 23 ago. 2015.

SOUSA, F. L. P. **Formação em humanização do parto e nascimento**. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2014.

STAMP, G.; KRUZINS, G.; CROWTHER, C. Perineal massage in labour and prevention of perinatal trauma: randomised controlled trial. **BMJ**, Londres, v. 322, p. 1277-280, maio 2001. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/11963659_Perineal_massage_in_labour_and_prevention_of_perineal_trauma_Randomised_control_trial>. Acesso em: 17 jul. 2015.

STARK, M. A.; RUDELL, B.; HAUS, G. Observing Position and Movements in Hydrotherapy: A Pilot Study. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, Filadélfia, v. 37, n. 1, p. 116-122, jan./fev. 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18226165>>. Acesso em: 26 ago. 2015.

VENÂNCIO, S. I. et al. Efeitos do clameamento tardio do cordão umbilical sobre os níveis de hemoglobina e ferritina em lactentes aos três meses de vida. **Cad. Saúde**

Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001400017>.
Acesso em: 03 out. 2016.

VIEIRA, S. M. et al. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. **Texto contexto-enferm.**, Florianópolis, v. 20 esp, p. 255-262, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea32.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2016.

WALKER, L. O.; AVANT, K. C. **Strategies for theory construction in nursing**. 3. ed. New Jersey: Prentice Hall, 1995.

WALKER, L. O.; AVANT, K. C. **Strategies for theory construction in nursing**. 4. ed. New Jersey: Prentice Hall, 2005.

WALSH, D. J. A birth centre's encounters with discourses of childbirth: how resistance led to innovation. **Sociol Health & Illn**, Londres, v. 29, n. 2, p. 216-232, mar. 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17381814>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

WATSON, J. Watson's Theory of Human caring and subjective living experiences: carative factor/ caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. **Texto contexto-enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 129-35, 2007. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100016>.
Acesso em: 27 set. 2015.

WILSON, J. **Pensar com Conceitos**. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

YILDIRIM, G.; SAHIN, N. H. The effect of breathing and skin stimulation techniques on labour pain perception of Turkish women. **Pain Res Manage**, Cairo, v. 9, n. 4, p. 183-87, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15605131>>. Acesso em: 20 jul. 2015.