

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC
CENTRO DE ARTES – CEART
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESIGN – PPGDESIGN**

MARIANA COLIN STELZNER

**AVALIAÇÃO DA INFLUÊNCIA DOS ASPECTOS FÍSICOS E SUBJETIVOS
DO AMBIENTE DE PARTO NO GRAU DE SATISFAÇÃO DA PARTURIENTE NA
EXPERIÊNCIA DE PARTO NATURAL**

**FLORIANÓPOLIS
2022**

MARIANA COLIN STELZNER

**AVALIAÇÃO DA INFLUÊNCIA DOS ASPECTOS FÍSICOS E SUBJETIVOS
DO AMBIENTE DE PARTO NO GRAU DE SATISFAÇÃO DA PARTURIENTE NA
EXPERIÊNCIA DE PARTO NATURAL**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Design, da Universidade do Estado de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Design.

Orientador: Prof. Dr. Milton José Cinelli

FLORIANÓPOLIS

2022

**Ficha catalográfica elaborada pelo programa de geração automática da
Biblioteca Central/UDESC,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

Stelzner, Mariana Colin
AVALIAÇÃO DA INFLUÊNCIA DOS ASPECTOS FÍSICOS
E SUBJETIVOS DO AMBIENTE DE PARTO NO GRAU DE
SATISFAÇÃO DA PARTURIENTE NA EXPERIÊNCIA DE
PARTO NATURAL / Mariana Colin Stelzner. -- 2023.
160 p.

Orientador: Milton José Cinelli
Dissertação (mestrado) -- Universidade do Estado de
Santa Catarina, Centro de Artes, Design e Moda, Programa
de Pós-Graduação em Design, Florianópolis, 2023.

1. Ergonomia. 2. Conforto Ambiental. 3. Ambiente de
Parto. 4. Experiência de Parto. 5. Psicologia Ambiental. I.
Cinelli , Milton José . II. Universidade do Estado de Santa
Catarina, Centro de Artes, Design e Moda, Programa de
Pós-Graduação em Design. III. Título.

MARIANA COLIN STELZNER

**AVALIAÇÃO DA INFLUÊNCIA DOS ASPECTOS FÍSICOS E SUBJETIVOS DO
AMBIENTE DE PARTO NO GRAU DE SATISFAÇÃO DA PARTURIENTE NA
EXPERIÊNCIA DE PARTO NATURAL**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Design, da Universidade do Estado de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Design.

Orientador: Prof. Dr. Milton José Cinelli

BANCA EXAMINADORA

Membros:

Professor Doutor, Milton José Cinelli
Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC)

Professora Doutora, Giselle Schmidt Alves Diaz Merino
Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC)

Professora Doutora, Maíra Longhinotti Felippe
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Florianópolis, 07 de dezembro de 2022.

Às mulheres!

AGRADECIMENTOS

Concluir esta etapa, significa mais que uma conclusão de mestrado. O processo todo, desde a inscrição no processo seletivo, foi uma escolha de retomada da minha vida, do que acredito, e de querer compartilhar, partilhar e contribuir com o meu trabalho e estudo para com as demais pessoas.

Sou muito grata à todos que percorreram esse caminho comigo, e me acompanharam nas decisões, incertezas, momentos felizes, e de celebração. À minha mãe, pai, e irmão, sou grata por sempre me apoiarem e incentivarem, independente das minhas escolhas.

Agradeço às mulheres, amigas gestantes, que frente aos desafios de parir, me despertaram a curiosidade em querer pesquisar sobre como auxiliá-las no momento do parto. Agradeço às participantes dessa pesquisa, ex parturientes pelo compartilhar de suas experiências e percepções.

Agradeço ao meu orientador por aceitar conduzir o meu trabalho de pesquisa, que mesmo sendo um tema desafiador na perspectiva de um homem, soube me orientar e acolher. A todos os meus professores do curso de da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC, à própria estrutura da Universidade e seus servidores, pela ensinamentos compartilhados, mesmo à distância numa época tão difícil em plena Pandemia de Covid-19, com tantos desafios. À CAPES e UDESC pela bolsa de mestrado.

Aos professores colaboradores, Alina Gonçalves Santiago e Renato Tibiriça Saboya, por me apoiarem a percorrer o Mestrado, bem como a professora Maíra Longhinotti Felippe, por quem comecei a conhecer a Psicologia Ambiental.

Sou grata as instituições, onde foram realizadas as pesquisas, e seus representantes, que me acolheram e informaram tudo que eu precisava.

Agradeço imensamente aos meus amigos e amigas, que me trouxeram alegria e parceria, escuta e movimento, em todo esse processo.

Às práticas de esportes e meditação, que mantiveram minha saúde mental e física, um autocuidado necessário para manter o foco e a presença.

Sou muito grata à todo o processo, e todas as pessoas que dele fizeram parte. Com certeza, uma das travessias mais importantes dessa vida.

“Acredito que as coisas podem ser feitas de outra maneira, e que vale a pena tentar.”

(ZAHIA HADID)

RESUMO

Design, com um foco nos Fatores Humanos, tem grande influência na relação dos seres humanos com sua experiência de satisfação e conforto. A percepção de desconforto (experiência negativa) é uma indicação de que há fatores que podem ser aperfeiçoados com os estudos em Ergonomia visando a satisfação (experiência positiva). Debruçando-se nos conceitos da ergonomia, psicologia ambiental e cognitiva, sobre a percepção do ser humano, entende-se que o medo da dor e ansiedade são aspectos cognitivos subjetivos, e que são influenciados por diversos aspectos, como os ambientes físicos, que podem interferir na experiência de interação e percepção dos usuários. A hipótese formulada é: com as recomendações do ambiente físico do Ministério da Saúde (Brasil), se ofertados elementos subjetivos que promovam o acolhimento atendidas, conforto, segurança e privacidade nos ambientes de parto então há um maior grau de satisfação da experiência de parto, consequentemente, o medo do parto, medo da dor, ansiedade, serão menos percebidos pela parturiente. Esta pesquisa tem como objetivo avaliar da influência do ambiente de parto na experiência de parto da parturiente diante do medo da dor e ansiedade no parto. Para este estudo realizou-se o levantamento de dados qualitativos e quantitativos, com a aplicação de questionários com ex-parturientes após a experiência de parto, convidadas a participarem da pesquisa através de um grupo de gestantes. Além disso, fotos e levantamentos relacionados ao conforto ambiental dos ambientes de parto de duas maternidades diferentes, afim de relacionar as diversas variáveis. Como resultado da pesquisa, verifica-se que os ambientes de parto analisados tiveram variações entre si, muitos não estavam dentro dos requisitos mínimos recomendados pelo Ministério da Saúde do Brasil, e conforme as experiências das ex-parturientes questionadas, os aspectos de conforto ambiental considerados na pesquisa, demonstraram consideráveis impactos na experiência de parto dessas parturientes.

Palavras-chave: Ergonomia; Conforto Ambiental; Ambiente de Parto; Experiência de Parto; Psicologia Ambiental;

ABSTRACT

Design, with a focus on Human Factors, has a great influence on the relationship of human beings with their experience of satisfaction and comfort. The perception of discomfort (negative experience) is an indication that there are factors that can be improved with studies in Ergonomics aimed at satisfaction (positive experience). Focusing on the concepts of ergonomics, environmental and cognitive psychology, on the perception of the human being, it is understood that fear of pain and anxiety are subjective cognitive aspects, and that are influenced by several aspects, such as physical environments, which can interfere with the interaction experience and perception of users. The hypothesis formulated is: with the recommendations of the physical environment of the Ministry of Health (Brazil), if subjective elements are offered that promote the reception, comfort, safety and privacy in the delivery environments, then there is a greater degree of satisfaction with the delivery experience, consequently, fear of childbirth, fear of pain, anxiety, will be less perceived by the parturient. This research aims to evaluate the influence of the delivery environment on the parturient's delivery experience in the face of fear of pain and anxiety in childbirth. For this study, a survey of qualitative and quantitative data was carried out, with the application of questionnaires with ex-parturients after the childbirth experience, invited to participate in the research through a group of pregnant women. In addition, photos and surveys related to the environmental comfort of the birth environments of two different maternity hospitals, in order to relate the various variables. As a result of the research, it appears that the analyzed delivery environments had variations among themselves, many were not within the minimum requirements recommended by the Brazilian Ministry of Health, and according to the experiences of the former parturients questioned, the aspects of environmental comfort considered in the research, demonstrated considerable impacts on the delivery experience of these parturients.

Keywords: Ergonomics; Environmental comfort; Birthing environment; Childbirth Experience; Environmental Psychology;

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 - Relações entre temas | 26 |
| Figura 2 - Estruturação das fases da pesquisa..... | 27 |
| Figura 3 - A inserção multilateral de diferentes sub-áreas de disciplinas no campo de Estudos Pessoa-Ambiente..... | 31 |
| Figura 4 - Recomendações Centro de Parto Normal 3 quartos PPP | 55 |
| Figura 5 - Recomendações Centro de Parto Normal 5 quartos PPP | 56 |
| Figura 6 - Exemplo de disposição layout e objetos e móveis para quarto PPP com banheira.Fonte: Orientações para Área Técnica de Saúde da Mulher da Rede Cegonha, Ministério da Saúde (2013)..... | 58 |
| Figura 7 - Planta de referência de um Centro de Parto Normal (CPN) | 59 |
| Figura 8 - Orientação para Fluxo da parturiente..... | 61 |
| Figura 9- Modelo de Atributos de Produtos/Serviços aplicado à Satisfação no uso da informação | 63 |
| Figura 10 - Tradução do Questionário Wijma Delivery Expectance / Experience Questionnaire (W-DEQ) versão B..... | 70 |
| Figura 11 - Client Service Questionnaire - CSQ-8..... | 73 |
| Figura 12 - Tradução do Client Satisfaction Questionnaire 8 (QSQ-8), Questionário de Satisfação do Cliente 8 | 73 |
| Figura 13 - Tradução Escala de Avaliação Ambiental (EAA) proposto por Lohr e Pearson-Mims (2000) disponível em Felippe (2014) | 74 |
| Figura 14 - equipamentos utilizados na coleta de dados <i>in loco</i> | 78 |
| Figura 15 – Escalas das Emoções das parturientes na investigação do Medo da dor no Parto | 81 |
| Figura 16 - Gráfico visita aos ambientes de parto | 83 |
| Figura 17 - Gráfico sobre satisfação na experiência de parto | 84 |
| Figura 18 - Gráfico sobre satisfação em relação ao ambiente de parto..... | 85 |
| Figura 19 - Avaliação Iluminação pelas ex-parturientes | 86 |
| Figura 20 – avaliação da iluminação natural e aberturas | 87 |
| Figura 21 - avaliação da iluminação artificial..... | 87 |
| Figura 22 – nível de controle e autonomia na iluminação | 88 |
| Figura 23 - Nível de ruídos nos ambientes de parto avaliados | 88 |
| Figura 24 - Nível de isolamento acústico nos ambientes de parto avaliados..... | 89 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Figura 25 - nível de satisfação em relação à temperatura do ambiente..... | 90 |
| Figura 26 - nível de satisfação em relação às aberturas (janelas e portas) | 90 |
| Figura 27 - Gráfico sensação de autonomia no parto | 91 |
| Figura 28 - Gráfico sensação de segurança no parto | 92 |
| Figura 29 – Esquema planta baixa maternidade A e os possíveis percursos da parturiente | 97 |
| Figura 30 – Esquema planta baixa maternidade B e os possíveis percursos das parturientes | 97 |
| Figura 31 - Ambiente de Parto Maternidade A. | 103 |
| Figura 32 - Ambiente de Parto Maternidade B. | 103 |
| Figura 33 - Imagem Maternidade B, ar-condicionado e janelas, recursos para controle da temperatura no Ambiente de Parto Natural | 104 |
| Figura 34 - Ambiente de Parto Maternidade A, ar condicionado, recurso para controle da temperatura. | 104 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabela 1 - Atributos físicos associados a <i>outcomes</i> | 39 |
| Tabela 2 – Etapas, técnicas e dimensões aplicadas na Metodologia aplicada..... | 66 |
| Tabela 3 - Descrição do Questionário aplicado..... | 67 |
| Tabela 4 - partos por local de parto..... | 80 |
| Tabela 5 - quadro comparativo Ansiedade..... | 82 |
| Tabela 6 - Quadro comparativo Medo da dor no parto..... | 83 |
| Tabela 7 - Descrição do que as parturientes sentiram falta na hora do parto..... | 92 |
| Tabela 8 - Significados Ambientais pela Escala de Avaliação Ambiental (EAA) dos Ambientes de parto avaliados..... | 95 |
| Tabela 9 – descrição e classificação dos ambientes..... | 99 |
| Tabela 10 - Tabela comparativa dos principais ambientes do parto | 101 |
| Tabela 11 - Tabela comparativa dos principais ambientes do parto – banheiros ... | 102 |
| Tabela 12 - Medições da iluminação dos ambientes de parto | 105 |
| Tabela 13 - Medições iluminação banheiros de parto | 106 |
| Tabela 14 - Ruídos nos ambientes de parto..... | 107 |
| Tabela 15 - Ruídos nos banheiros de parto | 108 |
| Tabela 16 - medições temperatura ambientes de parto e banheiros | 109 |
| Tabela 17 - Avaliação do atendimento às recomendações do Ministério da Saúde | 110 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-------|----------------------------------------------|
| ABNT | Associação Brasileira de Normas Técnicas |
| EAA | Escala de Avaliação Ambiental |
| MS | Ministério da Saúde |
| NBR | Normas Técnicas Brasileiras |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PPP | Pré-parto, Parto e Pós-Parto |
| QMPP | Questionário sobre o Medo Percebido no Parto |
| QPN | Quarto de Parto Normal |
| UDESC | Universidade do Estado de Santa Catarina |
| WHO | World Health Organization |

SUMÁRIO

| | | |
|-----------|-----------------------------------------------------------------|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 15 |
| 1.1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS | 15 |
| 1.2 | PROBLEMATIZAÇÃO | 19 |
| 1.3 | HIPÓTESE..... | 20 |
| 1.4 | VARIÁVEIS..... | 21 |
| 1.4.1 | Variável Independente (ambiente) | 21 |
| 1.4.2 | Variáveis Dependente (ex-parturiente) | 21 |
| 1.4.3 | Variáveis De Controle..... | 21 |
| 1.4.4 | Variável Moderadora | 21 |
| 1.4.5 | Variáveis Antecedentes | 22 |
| 1.5 | OBJETIVOS..... | 22 |
| 1.5.1 | Objetivo geral..... | 22 |
| 1.5.2 | Objetivo específico..... | 22 |
| 1.6 | JUSTIFICATIVA..... | 22 |
| 1.7 | DELIMITAÇÃO DA PESQUISA..... | 25 |
| 1.8 | CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO | 26 |
| 2 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 28 |
| 2.1 | ERGONOMIA, AMBIENTE CONSTRUÍDO E PERCEPÇÃO AMBIENTAL 28 | |
| 2.1.1 | Ergonomia | 28 |
| 2.1.2 | Ergonomia cognitiva e percepção | 29 |
| 2.1.3 | Ergonomia do Ambiente Construído | 30 |
| 2.1.4 | Psicologia Ambiental | 30 |
| 2.1.4.1 | <i>Ambiência</i> | 32 |
| 2.1.4.2 | <i>Ambientes Restauradores</i> | 34 |
| 2.1.4.2.1 | Teoria da Recuperação Psicofisiológica ao Estresse..... | 34 |
| 2.1.5 | Significados Ambientais | 35 |
| 2.1.6 | Design baseado em Evidência | 37 |
| 2.2 | O PARTO (HISTÓRIA, CARACTERIZAÇÃO, ETAPAS, VIAS, EMOÇÕES) 40 | |
| 2.2.1 | Gestação, trabalho de parto e parto | 41 |
| 2.2.1.1 | <i>Parto natural</i> | 42 |

| | | |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.2.1.2 | <i>Parto normal</i> | 43 |
| 2.2.1.3 | <i>Parto cesárea</i> | 43 |
| 2.2.2 | A dor, o medo, a ansiedade e o parto | 43 |
| 2.2.2.1 | <i>A dor e a dor do parto</i> | 44 |
| 2.2.2.2 | <i>Medo da dor no parto</i> | 45 |
| 2.2.2.3 | <i>Ansiedade em relação ao parto</i> | 46 |
| 2.2.2.4 | <i>Medo do parto (Fear of Childbirth)</i> | 46 |
| 2.2.3 | Autonomia e consciência da mulher grávida, educação e preparo .. | 47 |
| 2.2.4 | Evolução dos programas de assistência à mulher-gravida no Brasil | 47 |
| 2.2.5 | Recomendações nacionais e internacionais sobre a dor no parto ... | 48 |
| 2.2.6 | Preparo pré-parto e Grupos de apoio..... | 49 |
| 2.2.6.1 | <i>Grupo de Gestantes</i> | 49 |
| 2.2.6.1.1 | O Grupo de Gestantes e a Pandemia de Covid-19 | 50 |
| 2.3 | AMBIENTE DE PARTO E AS RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS E NACIONAIS | 50 |
| 2.3.1 | Organização Mundial da Saúde (1985 e 2018 e 2022) | 51 |
| 2.3.2 | Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), Ministério da Saúde do Brasil (2000) | 52 |
| 2.3.3 | Cartilha da Ambiência do Programa de Humanização do Ministério da Saúde do Brasil (2010) | 52 |
| 2.3.4 | Rede Cegonha (2011) | 53 |
| 2.3.4.1 | <i>“Orientações para Elaboração de Projetos: Centros de Parto Normal (CPN); Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP); Adequação da Ambiência; Unidade Neonatal e Banco de Leite Humano” (2013)</i> | 53 |
| 2.3.5 | Centro de Parto Normal (CPN), Ministério da Saúde do Brasil (2015) | 59 |
| 2.3.6 | Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal Ministério da Saúde do Brasil (2017) | 60 |
| 2.3.7 | Orientações para Projetos Arquitetônicos do Ministério da Saúde (2018) | 60 |
| 2.3.8 | Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI) (2022) | 61 |
| 2.4 | EXPERIÊNCIA POSITIVA E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO | 62 |
| 2.4.1 | Experiência positiva durante o parto..... | 62 |
| 2.4.2 | Satisfação do usuário | 62 |

| | | | |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------|
| 2.4.2.1 | <i>Satisfação do usuário em serviços de saúde</i> | <i>Indicador</i> | <i>não definido.</i> |
| 3 | MATERIAIS E MÉTODOS | | 65 |
| 3.1 | ASPECTOS ÉTICOS..... | | 65 |
| 3.2 | POPULAÇÃO | | 66 |
| 3.3 | PROCEDIMENTOS | | 66 |
| 3.4 | INSTRUMENTOS | | 68 |
| 3.4.1 | Questionário..... | | 68 |
| 3.4.1.1 | Questionário sócio-demográfico | | 68 |
| 3.4.1.2 | Questionários sobre a percepção e experiência de parto relacionados ao medo da dor, ansiedade e medo do parto..... | | 68 |
| 3.4.1.2.1 | Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) ou Questionário sobre o Medo Percebido do Parto (QMPP) (W-DEQ) | | 69 |
| 3.4.1.3 | Questionários sobre Satisfação do usuário..... | | 71 |
| 3.4.1.3.1 | Métodos de avaliação e medição escala de avaliação da satisfação dos usuários com os serviços de saúde | | 72 |
| 3.4.1.3.2 | Escala de Perceção do Usuário ou “Perception of Change Scale” (EMP) ou Escala de Mudança Percebida | | 72 |
| 3.4.1.3.3 | Questionário de Satisfação do Serviço (CSQ-8) ou “Client satisfaction questionnaire-8” | | 72 |
| 3.4.1.3.4 | The Birth Satisfaction Scale-Revised Indicator (BSS-RI) ou Escala de Satisfação do Nascimento | | 74 |
| 3.4.1.4 | Questionários sobre a percepção, experiência e significado ambiental... .. | | 74 |
| 3.4.1.4.1 | Escala de Avaliação Ambiental (EAA)..... | | 74 |
| 3.4.1.4.2 | AEDET (Achieving Excellence Design Evaluation Toolkit)..... | | 75 |
| 3.4.1.4.3 | ASPECT (A Staff and Patient Environment Calibration Toolkit)..... | | 76 |
| 3.4.1.4.4 | MAVQAHM (Método de Avaliação de Qualidade e Humanização para Maternidades) | | 76 |
| 3.4.2 | Observação direta do ambiente construído, consulta a plantas arquitetônicas e registro fotográfico | | 77 |
| 3.4.3 | Medições das variáveis de conforto ambiental: iluminância, ruídos e temperatura | | 77 |
| 4 | RESULTADOS | | 79 |

| | | |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 4.1 | RESULTADOS DA EXPERIÊNCIA DE GRAVIDEZ E PARTO, E GRAU DE SATISFAÇÃO NO PARTO | 79 |
| 4.1.1 | Caracterização geral da amostra (ex-parturientes) | 79 |
| 4.1.2 | Estado de saúde físico e mental: avaliação do preparo pré-parto, descrição do medo e ansiedade em relação ao parto | 80 |
| 4.1.3 | Grau de Satisfação | 84 |
| 4.2 | RESULTADOS DA PERCEPÇÃO EM RELAÇÃO AO AMBIENTE DE PARTO | 85 |
| 4.2.1 | Percepções das ex-parturientes em relação ao ambiente construído, e as variáveis de Iluminação, Ruídos e Temperatura | 86 |
| 4.2.2 | Resultados da percepção ambiental x significado ambiental..... | 93 |
| 4.3 | RESULTADOS ANÁLISE DOS AMBIENTES DE PARTO | 96 |
| 4.3.1 | Caracterização geral das maternidades da amostra..... | 96 |
| 4.3.2 | Caracterização dos ambientes de parto (principais e secundários) – percurso da parturiente | 96 |
| 4.3.3 | Descrição geral e avaliação dos ambientes principais de parto (iluminação, temperatura e ruído)..... | 99 |
| 4.3.4 | Avaliação dos Cenários | 105 |
| 5 | DISCUSSÃO | 110 |
| 5.1 | CORROBORAÇÃO DA HIPÓTESE DE PESQUISA..... | 110 |
| 5.1.1 | Recomendações OMS, MS e Cartilha: Ambiente de parto, medo da dor, experiência positiva. | 112 |
| 6 | CONCLUSÃO..... | 114 |
| 6.1 | LIMITAÇÕES DO ESTUDO..... | 118 |
| 6.1.1 | Articulação entre Comitês de Ética | 118 |
| 6.1.2 | Participantes do Estudo..... | 119 |
| 6.1.3 | Ambientes de parto | 119 |
| 6.2 | ESTUDOS FUTUROS | 119 |
| | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 122 |
| | ANEXOS..... | 132 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O parto é um acontecimento de relevância na vida da mulher. As sensações que a parturiente vivencia durante o trabalho de parto exercem grande influência sobre a experiência tanto da mãe como do bebê. O nível de estresse experimentado pela mulher durante o nascer pode interferir diretamente na percepção do parto como uma experiência segura e gratificante para a mãe. (SILVA, 2018)

Considerando o último século, mudanças significativas ocorreram em relação à gestação e ao parto. A gestação foi ressignificada, passando de evento privado e feminino para evento público e médico. (DAVIS-FLOYD, 2003)

Segundo a Organização Mundial da Saúde no documento “Cuidados durante o parto para uma experiência positiva de parto”, no mundo nas últimas duas décadas, as mulheres foram incentivadas a dar à luz em unidades de saúde para garantir o acesso a profissionais de saúde qualificados e o encaminhamento oportuno caso houvesse necessidade de cuidados especiais. No entanto, o acesso à assistência ao parto nas unidades de saúde pode não garantir uma assistência de boa qualidade e o cuidado desrespeitoso e indigno é prevalente em muitas instalações de saúde, especialmente para as populações desfavorecidas, e isso não apenas viola seus direitos humanos, mas também uma barreira significativa para o acesso aos serviços de cuidado durante o parto. Além disso, o modelo de cuidado existente em muitas partes do mundo, permite ao profissional de saúde controlar o processo de parto, o que pode expor gestantes aparentemente saudáveis a intervenções médicas desnecessárias que interferem no processo fisiológico do parto. Estudos têm mostrado que uma proporção substancial de mulheres grávidas saudáveis é submetida a pelo menos uma intervenção clínica durante o trabalho de parto. (WHO, 2018)

No Brasil, a partir do ano de 1992, o Ministério da Saúde iniciou uma importante reorganização da atenção ao parto e ao nascimento. Em 2000, instituiu o Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento, considerando as recomendações feitas pela Organização Mundial de Saúde – OMS (Santos-

Neto et al., 2008, apud (Tostes e Seidel, 2016), que considera, desde 1985, que a taxa ideal de cesárea é entre 10% e 15% (OMS, 2015).

Em 2003, o Ministério da Saúde institui a Política Nacional de Humanização, na qual considera que a humanização envolve a valorização dos diferentes sujeitos participantes da promoção de saúde (gestores, trabalhadores e usuários) por meio da sua autonomia e protagonismo. O documento pressupõe mudanças nos modelos de atenção e de gestão, que devem ter como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde. (Rattner, 2009) Além disso, o documento lança o conceito de ambiência, através da Cartilha de Ambiência, como uma diretriz para a discussão, concepção e execução de projetos arquitetônicos para os estabelecimentos de saúde, estabelecendo através deste conceito o uso de diversos atributos a serem considerados na discussão e implementação dos projetos. Estes atributos correspondem a questões relativas à dimensão formal, tangível, perceptível, tais como cor, luz, som, por exemplo, e outros aspectos ligados à necessidade de discussão dos projetos por todos os usuários, considerando que seus conhecimentos, experiências e vivências possam contribuir para a qualificação destes espaços. A definição de ambiência do MS também considera aspectos como a apropriação – se o usuário participa das decisões, se ele toma o espaço como seu, se é de acordo com suas expectativas, e que lhe traga sensação de pertencimento e responsabilidade. (SILVA, 2019), características estas que estão na essência do design.

Segundo Tostes e Seidel (2016) a assistência pré-natal no Brasil atende as gestantes somente em sua dimensão fisiológica, portanto, proporciona atenção parcial às necessidades de mulheres grávidas, deixando-as desassistidas em relação a outros aspectos e fatores, relacionados ao conforto e processo individuais. Por isso, as autoras consideram imprescindível ter uma melhor compreensão dos aspectos sociais, psicológicos e emocionais que podem influenciar nas expectativas sobre o parto, a preparação para esse momento durante a gestação e as experiências da parturição pelas mulheres.

A hospitalização reúne um conjunto de situações — a perda da noção de tempo e do controle sobre a própria vida; a dor; o afastamento de casa e da família; os espaços confinados, estranhos e complexos — que podem ser percebidas pelos pacientes como uma ameaça, e gerar estresse. (SAID I.,

SALLEH S. Z., BAKAR M. S., MOHAMAD I., 2005.) Segundo Philippe (2015), alguns aspectos na relação pessoa-ambiente podem promover o estresse dentro de um ambiente hospitalar como: a falta de conforto físico, a dificuldade de orientação em um espaço desconhecido, a percepção de perda de controle e o significado ambiental.

Cada local tem e caracteriza-se por uma ambiência própria, a qual é determinada por fatores visíveis e invisíveis, que se articulam constantemente, definindo sua identidade, seu “clima” e as sensações que ocasiona nos seus usuários. Esta ambiência se constitui por “aspectos físicos, culturais, sociais, de uso e de temporalidade, dentre outros, muitos dos quais operam de modo inconsciente” (ELALI, 2009). Segundo Silva (2019), estes fatores juntos determinam a ambiência de cada local e influenciam diretamente a experiência destes indivíduos, o seu comportamento, a sua relação, bem como sua experiência com os ambientes.

A dor do parto normal é considerada cultural e historicamente como uma experiência intrínseca ao processo de parto, associada à ideia de sofrimento. Com a chegada da obstetrícia como ciência, o parto normal deixou de ser um evento privativo para ser um evento institucionalizado. Essa mudança gerou na mulher a crença de que as intervenções tecnológicas beneficiariam totalmente o processo de parto, até mesmo abolindo a dor. O desenvolvimento da medicina e da tecnologia influenciou a forma predominante com que a sociedade moderna passou a significar o parto normal e, consequentemente, a dor do parto, passando a apontar o parto cirúrgico como uma das soluções para o problema da dor do parto normal, com base na ideia de que a mulher não é a culpada pela dor, mas sim vítima de sua própria natureza. (Almeida; Medeiros; Souza, 2009).

No mundo, o Brasil ocupa o segundo lugar no ranking mundial de número de cesáreas com 55,5% do número total de partos no SUS, segundo estudo divulgado na revista The Lancet (Boerma et al., 2018). Segundo os dados disponíveis no DATASUS, em Santa Catarina, 57,3% dos total de partos realizados no sistema público de saúde foram por meio de cesárea em 2018. Estes dados, comparados às taxas ideais de parto normal indicadas pela OMS, estão muito além das recomendações, o que reforça a atenção para o assunto.

Segundo a Teoria Psicoevolucionista (ULRICH R. S. et al., 1991), uma das teorias no estudo de ambientes restauradores, a restauração pode acontecer quando um lugar suscita interesse, aprazibilidade e calma. Essa reação depende inicialmente de características visuais do ambiente, que podem instantaneamente evocar uma resposta emocional positiva, consentindo aos sistemas psicofisiológicos alterados pelo estresse, encontrar um equilíbrio, e limitar pensamentos negativos. (HARTIG T., 2011)

A restauração é importante nos ambientes hospitalares, espaços para a recuperação da saúde nos quais os pacientes experimentam situações de estresse causado pela doença e por experiências traumáticas.

Observa-se que é recente a discussão sobre a autonomia da parturiente diante do seu trabalho de parto, levando-se em consideração sua preparação para o parto, sendo informada sobre as etapas de parto, sobre as alterações no seu corpo, sobre os recursos e direitos disponíveis, sobre o ambiente de parto, afim de torna-la mais consciente e autônoma do seu processo de parto. Os ambientes de parto podem ser pensados através da ergonomia e psicologia ambiental para o encorajamento da mulher ao parto natural e normal, o que torna necessário estudar outras perspectivas dos contextos da gestação e parturição que com o intuito de compreender melhor alguns fatores envolvidos nessa relação mulher-grávida, parturiente, consciência corporal, experiência de parto e as interfaces físicas e subjetivas que influenciam essa experiência.

Embora se reconheça o crescente interesse em transformar a imagem dos hospitais através da criação de ambientes mais amigáveis e atentos às exigências dos pacientes, ou seja, mais humanizados, faltam pesquisas dedicadas a identificar a correspondência entre atributos físicos hospitalares e as percepções ambientais, com o intuito de promover espaços que contribuam para uma experiência mais positiva. Identificar a capacidade acolhedora/restauradora dos ambientes de parto e dos seus elementos constituintes, criaria condições favoráveis ao planejamento espacial e permitiria promover experiências ambientais desejadas.

Vários são os questionamentos da pesquisa: O que poderia ser feito para melhorar a experiência positiva da mulher-grávida no parto? O ambiente de parto tem influência na experiência de parto? Conhecer o ambiente de parto antes,

influencia na experiência da mulher? Um ambiente confortável e acolhedor contribui para o medo em relação ao parto? O preparo pré-parto auxilia a mulher a reconhecer o ambiente/local de parto? As recomendações do Ministério da Saúde fazem diferença na experiência da mulher no parto? O que caracteriza um ambiente confortável e acolhedor? O que caracteriza um bom ambiente de parto? Quais os aspectos físicos e subjetivos influenciam na experiência da mulher no trabalho de parto?

Tendo em vista os dados apresentados, a presente pesquisa tem como tema de estudo: O ambiente de parto e a influência dos seus aspectos físicos e subjetivos na experiência de parto diante do medo do parto.

1.2 PROBLEMATIZAÇÃO

Percebe-se que apesar dos estudos e esforços já realizados sobre esse assunto, pelas altas taxas de cesárea no Brasil tanto nos hospitais públicos quanto particulares, muito ainda precisa ser discutido e estudado sobre as influências que interferem na experiência de parto da mulher, como por exemplo o ambiente de parto, levando em consideração suas percepções, identificando o que precisa ser aperfeiçoado, reformulado ou criado no processo e local de parto, para incentivar partos mais conscientes, respeitando a individualidade e autonomia de cada parturiente.

Observa-se em (HENRIQUE et al., 2020) que a discussão gira em torno de como assistências externas são importantes para a mulher na hora do parto, como acompanhantes, enfermeiras, estruturas de apoio, acolhimento, mas pouco discute-se sobre a autonomia da mulher durante o trabalho de parto, e da sua apropriação diante ambientes de parto.

Segundo Silva (2019), o projeto de ambientes de saúde é geralmente executado de forma extremamente direcionada pelas diversas legislações pertinentes à tipologia de serviços prestados nestes locais, bem como à cultura de relações extremamente hierarquizadas historicamente, seja pela própria relação do saber médico em relação ao cuidado, colocando estes profissionais em posição de destaque na área da saúde. Isso reforça a necessidade de através da Ergonomia e Psicologia Ambiental, mostrar novas perspectivas que

considerem a paciente como foco central na elaboração dos projetos de ambientes de saúde.

O problema principal, que tenta ser respondido por esta pesquisa é identificar quais os principais aspectos físicos e subjetivos relativos à ambiência possíveis de serem considerados e percebidos nos ambientes de parto pelas parturientes, levando-se em conta a complexidade envolvida tanto na análise destes espaços, quanto as singularidades inerentes ao parto e nascimento e ao processo perceptivo das mulheres grávidas na hora do trabalho de parto, a fim de que os resultados possam ser sistematizados e aplicados na qualificação de projetos arquitetônicos.

Espera-se com esta pesquisa verificar a influência do ambiente de parto na experiência da parturiente, enaltecendo a importância das percepções nas diversas interfaces que envolvem o processo de nascimento, contribuindo para a produção de conhecimento nas relações corpo-consciência com aspectos ambientais do ambiente de parto, e autonomia-apropriação do espaço em relação ao medo do parto, visando promover organizações focadas no parto humanizado e o estímulo à redução de cesarianas desnecessárias no Brasil.

Considerando os altos índices de partos por cesárea nos hospitais públicos do Brasil, a atual demanda pela discussão e implementação do parto mais humanizado nas instituições, e a lacuna de conhecimento nos estudos acadêmicos que investiguem o ambiente de parto, a experiência da mulher-grávida diante do medo do parto, e suas relações com as percepções do próprio corpo, autonomia em relação ao ambiente, organização, e processo de parto.

Este estudo pretende responder ao seguinte problema de pesquisa: **O ambiente de parto tem influência no grau de satisfação das parturientes na experiência de parto nas maternidades da Ilha Florianópolis/SC?**

1.3 HIPÓTESE

Atendidas as recomendações do ambiente físico do Ministério da Saúde, se ofertados elementos subjetivos que promovam o acolhimento, conforto, segurança e privacidade nos ambientes de parto (quarto PPP e banheiro) então há um maior grau de satisfação da experiência de parto, consequentemente, o

medo do parto, medo da dor, ansiedade, serão menos percebidos pela parturiente.

1.4 VARIÁVEIS

1.4.1 Variável Independente (ambiente)

Ambientes para trabalho de parto e parto (vias natural e normal).

1.4.2 Variáveis Dependente (ex-parturiente)

- Satisfação com a experiência de parto (modo geral)
- Medo do parto
- Medo da dor
- Ansiedade
- Estresse
- Satisfação com os ambientes de parto (diversos critérios)
- Satisfação com o preparo pré-parto (geral)
- Observação dos ambientes de parto (considerando aspectos do conforto ambiental – térmico, acústico e luminoso, ventilação bem como estético e visual)

1.4.3 Variáveis De Controle

- Grau de escolaridade
- Classe sócio-econômica
- Idade

1.4.4 Variável Moderadora

- Visita aos locais de parto
- Realização de preparo pré-parto;

1.4.5 Variáveis Antecedentes

- Recomendações para projetos de ambientes de parto do Ministério da Saúde
- Mulheres-grávidas que não tenham transtornos de ansiedade diagnosticados anteriormente a gravidez;

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo geral

Avaliar a experiência e grau de satisfação da ex-parturiente no trabalho de parto, com o intuito de identificar fatores ambientais que possam interferir na sua percepção e autonomia, sinalizando características físicas e subjetivas dos ambientes de parto e possíveis propostas e elementos projetuais interessantes para melhoria dos ambientes e serviços relacionados ao parto.

1.5.2 Objetivo específico

- Verificar a influência do ambiente físico e dos serviços na experiência de parto;
- Analisar se as recomendações estabelecidas pelos documentos: Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, Cartilha de Ambiência quanto ao ambiente de parto estão atendidas;
- Verificar se o ambiente de parto interfere na percepção da mulher parturiente sobre o medo do parto durante o parto;
- Verificar se existe associação entre o grau de satisfação das mulheres grávidas com o grupo de preparo e com sua experiência de parto;
- Identificar elementos projetuais físicos e subjetivos que possam contribuir para promover ambientes restauradores e melhorar a experiência de parto.

1.6 JUSTIFICATIVA

Segundo Silva (2019), atualmente podem ser encontrados diversos estudos relacionados ao conceito de ambiência, em campos diversos tais como

a psicologia ambiental, a antropologia e a arquitetura, nos os quais foram já identificados vários elementos que interferem diretamente nas sensações de apropriação, segurança, controle, privacidade, identidade, dentre outros que modificam e direcionam as experiências, a vivência e a qualificação pessoal de cada indivíduo aos ambientes. Mesmo assim, os ambientes destinados ao parto e nascimento, em sua configuração formal e física estabelecida para os Centros de Parto Normal intra-hospitalares, ainda não conseguem suprir as necessidades de seus usuários, no que se refere a propiciar ambiências nas quais sejam considerados estes elementos que influenciam a percepção dos espaços e os aspectos subjetivos que influenciam seus usuários.

O parto é um processo, um evento o qual ocorria no domicílio da mulher, que geralmente era acompanhada por uma parteira de sua confiança. Nessa proposta, a mulher podia expressar livremente seus sentimentos e anseios em um ambiente caloroso no seio familiar. No contexto mundial, a institucionalização do parto está relacionada ao fim da Segunda Guerra Mundial, quando os governos perceberam a necessidade de diminuir as altas taxas de mortalidade materna e infantil. Sendo assim no Brasil e no mundo, a parturiente passa a ser afastada de seus familiares no processo de parturião, permanecendo isolada em ambientes de parto, com pouca ou nenhuma privacidade. Com o decorrer da história, o parto tornou-se um evento hospitalocêntrico, promovido por intensa medicalização e rotinas cirúrgicas, tirando o domínio da mãe durante esse processo do parto. (Matos et al., 2013)

Em 2015, de acordo com o DATASUS (2018), na pesquisa do SINASC (2017), do total de 3.017.668 mil (100%) nascimentos de bebês vivos no Brasil, cerca de 1.339.673 (44,5%) mil foram por partos vaginais, 1.674.058 (55,5%) mil por partos cesáreos. E conforme pesquisa do SIP/ANS (2016) do total de 569.188 mil partos realizados em 2015 por operadoras de planos de saúde, cerca de 481.571 destes, foram partos cesáreos, o que corresponde a 84,6% do total de partos por operadoras. Já pelo SUS, do total de 2.448.480 mil partos (subtraindo deste número os partos não informados que correspondem a cerca de 0,16%), cerca de 1.252.056 mil foram vaginais, o que corresponde a cerca de 51,1%, e 1.192.487 partos foram cesáreos, o que corresponde a cerca de 48,7% do total de partos públicos. (SINASC, 2017).

De acordo com Simelela (2018), as vezes a arquitetura dos hospitais maternos acaba oferecendo para pacientes e servidores ambientes excessivamente climatizados e iluminados artificialmente, que inibem os sentidos naturais inerentes do ser humano, e que anulam os estímulos orgânicos, que são naturais e importantes para o melhor desenvolvimento do parto vaginal, forma de parto recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Segundo Bestetti (2014), é relevante uma análise das condições do ambiente percebidas pelos usuários, além dos aspectos relativos programação e à composição, considerando que estes são capazes de “interagir com o ambiente imediato por meio dos sentidos”. A percepção espacial se torna fundamental na formulação de parâmetros que orientem, proporcionem qualidade dos ambientes e conforto, estimulando o protagonismo dos sujeitos na interação com os espaços.

A falta de ambientes acolhedores, seguros, confortáveis, aliados a falta de informação, consciência corporal e podem acarretar em experiências negativas de parto.

Sob o ponto de vista dos Fatores Humanos e Ergonomia, identifica-se a importância de explorar esta relação parturiente e ambiente de parto, a fim de contribuir para a discussão dos aspectos físicos e subjetivos que tem influência no evento complexo que é o parto, com o intuito firmar a atenção para o bem-estar da mulher como centro na dinâmica do parto, fortalecer uma cultura que opte por métodos menos invasivos, e mais naturais e fisiológicos para a experiência do parto, avançando-se assim para a recomendação da Organização Mundial de Saúde OMS para a diminuição entre 10 a 15% de partos por cesárea.

Por este motivo aplicando-se as métricas e ferramentas para verificar os aspectos físicos de conforto ambiental, bem como de satisfação com a experiência de parto e ambientes de parto, medo e ansiedade, é possível avaliar a influência do ambiente de parto no grau de satisfação em relação a experiência de parto da parturiente, diante de suas observações em relação a ambientes de parto e seu grau de medo do parto e ansiedade.

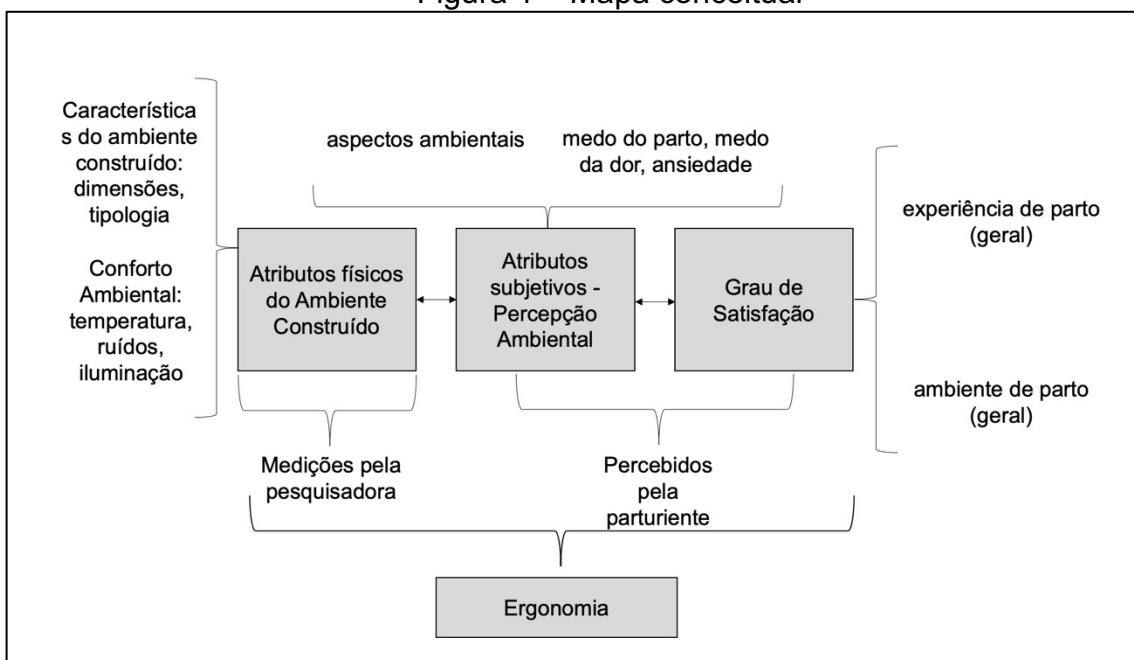
Relacionando-se as áreas de Ergonomia, Psicologia Ambiental e Ambiência dentro do Design e Arquitetura, no pensamento das edificações dos ambientes de nascer, pretende-se identificar atributos subjetivos e sensíveis, que possam ser considerados como intervenientes na percepção das parturientes, relativos a estes ambientes, e que influenciem na experiência dos usuários. Tais atributos aliados ao conjunto de aspectos físicos que determinam as soluções de projeto, podem contribuir para formulação de espaços mais qualificados para as parturientes e seu momento de parto.

1.7 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA

Esta pesquisa tem como delimitação disciplinas e temas relacionados com Ergonomia e Fatores Humanos, como psicologia ambiental, ambiência e satisfação do usuário, como apresentado no Mapa Conceitual,

Figura 1. É importante salientar que Ergonomia e Fatores Humanos é uma disciplina científica que contempla conhecimentos sobre habilidades, limitações, e outras particularidades tanto físicas, organizacionais e cognitivas dos seres humanos, que são relevantes para o design. Para a condução desta pesquisa será utilizado métodos e ferramentas da área da psicologia, arquitetura, ergonomia e design.

Figura 1 – Mapa conceitual



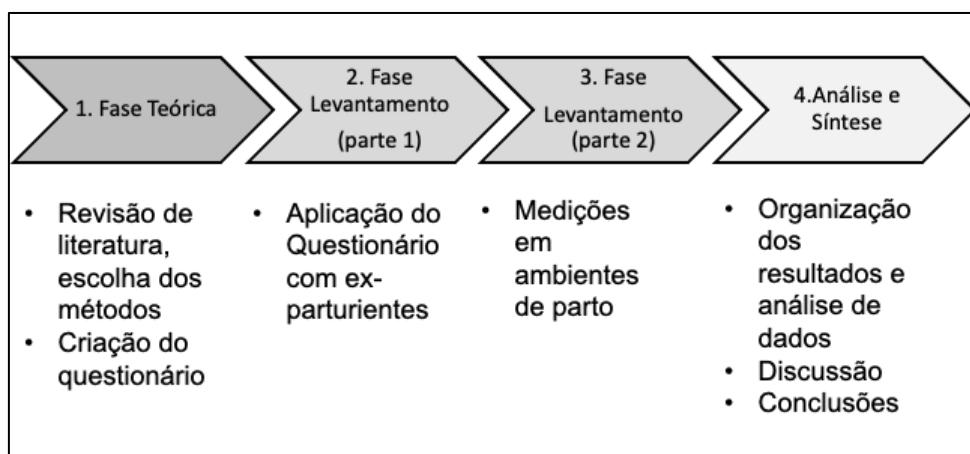
Fonte: elaborado pela autora, 2022.

1.8 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Esta pesquisa caracteriza-se por ser hipotético-dedutiva, um estudo comparativo de amostras comparáveis, no qual os fatores de comparação serão o grau de satisfação relacionados a experiência de parto, ambiente de parto, e preparo pré-parto realizado, bem como medo do parto, medo da dor e ansiedade.

A pesquisa foi estruturada em três fases, e 4 etapas, em uma abordagem sistêmica multi-método, como apresentado na Figura 2. Na primeira fase teórica, foram revisados estudos que tratam sobre o ambiente e a percepção dos usuários, a fim de traçar um plano para a avaliação da influência do ambiente de parto no grau de satisfação da parturiente em sua experiência de parto diante do medo e ansiedade do parto. Nessa fase também foi formulado o questionário, com base em diversas ferramentas encontradas, sobre os temas em questão, com o objetivo de relacionar a variável independente, ambiente de parto, com medições quantitativas do ambiente físico, com as variáveis dependentes, observações das parturientes, como o grau de satisfação do ambiente de parto e experiência de parto, além do medo da dor, ansiedade, a fim de verificar suas relações. As duas etapas da fase de levantamento objetivarão contemplar a pesquisa em diferentes dimensões da interação humano-ambiental, propondo ferramentas centradas ora no ambiente, ora na pessoa. Por último foi realizada a análise de dados e recomendações.

Figura 2 - Estruturação das fases da pesquisa



Fonte: Autora (2021)

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo encontram-se os achados bibliográficos relacionados aos temas da pesquisa, que são resultados de uma revisão de literatura, bem como buscas sistemáticas feitas principalmente em bancos de dados virtuais como *Science Direct*, *Pub Med*, *Google Acadêmico*, *Scielo*, *Scopus*, *Web of Science*, seguindo o Método Systematic Search Flow de Ferenhof e Fernandes (2020) como um guia para auxiliar na elaboração do portfolio bibliográfico, seleção e organização das informações, com o auxílio do organizador *Mendeley*. Serão abordados áreas que tem interesse nas relações recíprocas pessoa e espaço físico, como psicologia ambiental, ambiência, e conceitos que de maneira interdisciplinar conversam com a Ergonomia.

A revisão da literatura deve abordar toda a literatura disponível, objetivando selecionar os conteúdos e pesquisas que se referem à problematização do trabalho, a fim de aperfeiçoar as perspectivas teóricas, para precisar e objetivar o aparelho conceitual. (LAVILLE, 1999)

2.1 ERGONOMIA, AMBIENTE CONSTRUÍDO E PERCEPÇÃO AMBIENTAL

2.1.1 Ergonomia

Entendendo-se a ergonomia como uma disciplina dedicada a relacionar o entendimento das interações entre os seres humanos e outros elementos ou sistemas, busca-se através desta disciplina estudar e avaliar a experiência de parto da parturiente, analisando o ambiente de parto e verificando quais aspectos físicos e subjetivos podem interferir na satisfação da parturiente no processo de parto.

Para a Associação Brasileira de Ergonomia (ABERGO), bem como a Associação Internacional de Ergonomia (IEA), os Fatores Humanos são uma área de estudo científico relacionada às interações entre os seres humanos e outros elementos, com o propósito do bem estar humano e o seu desempenho diante suas relações.

A definição de Ergonomia e Fatores Humanos, mais atual adotada em 2000 pela IEA trata destes termos como sendo:

[...] “a disciplina científica relacionada ao entendimento das interações entre os seres humanos e outros elementos ou sistemas, e a aplicação de teorias, princípios, dados e métodos a projetos a fim de otimizar o bem estar humano e o desempenho global do sistema.”

2.1.2 Ergonomia cognitiva e percepção

Dentro do campo de estudo da Ergonomia, existe a ergonomia cognitiva, cujo foco está, segundo Hollnagel (1997) na influência recíproca entre trabalho e mente. O autor também comenta que embora a ergonomia cognitiva tenha muito em comum com a psicologia cognitiva, o objetivo desta não é tentar entender a natureza da cognição humana, mas sim descrever como a cognição humana afeta e é afetada pelo trabalho. As áreas temáticas características da ergonomia cognitiva incluem trabalho cooperativo, design de interface de usuário, modelagem de usuários e sistemas, resolução de problemas, aprendizagem e design de sistemas.

Para esta pesquisa, considera-se importante o conceito de Psicologia Cognitiva, que segundo Robert Sternberg (2008) define como “(...) o estudo de como as pessoas percebem, aprendem, lembram-se de algo e pensam as informações.”

Aliado a ergonomia cognitiva, a percepção também é um fator interessante para a pesquisa e de acordo com Preece et al. (2005), percepção refere-se como a informação é adquirida a partir do ambiente pelos órgãos sensitivos e transformada em experiências. As autoras definem como um processo complexo, que envolve diversos processos cognitivos, como a memória, a atenção e a linguagem. Segundo Sternberg (2008) a percepção é o conjunto de processos pelos quais o ser humano reconhece, organiza e entende as sensações recebidas dos estímulos ambientais, e o que é percebido (nos órgãos sensoriais) não é, necessariamente, o que é compreendido (na mente).

2.1.3 Ergonomia do Ambiente Construído

Segundo Villarouco (2007), “a ergonomia extrapola as questões puramente arquitetônicas, focando seu posicionamento na adaptabilidade e conformidade do espaço às tarefas e atividades que neles irão se desenvolver, mediados pelo sentimento e pela percepção do usuário.”

A ergonomia debruça-se não só na relação do homem com o objeto, mas também na relação do homem com o ambiente onde está inserido. Além disso, foca em quem usará, o que será usado, e principalmente onde será usado. “O onde é o ambiente de destinação que deve ser analisado como lugar físico e sociocultural que condiciona a interação entre o homem e o objeto.” (MORAES, 2004)

De acordo com Villarouco e Mont’Alvão (2011, p. 31) na Ergonomia do Ambiente Construído, os elementos que compõe o ambiente que devem ser considerados são aqueles referentes ao conforto ambiental (térmico, lumínico, acústico), à percepção ambiental (aspectos cognitivos), adequação de materiais (acabamentos e revestimentos), cores e texturas, acessibilidade, medidas antropométricas (layout, dimensionamento), e sustentabilidade. “Faz-se necessário uma abordagem sistêmica quando se trata de avaliar o ambiente sob a ótica da ergonomia”. (Ibid p. 30). As autoras também defendem o uso de uma metodologia específica pensada com o objetivo de verificar adequação ergonômica de espaços construídos em duas formas, sendo uma na esfera física do ambiente e outra na identificação da percepção do usuário em relação a este espaço. A autora acredita que as análises e recomendações poderão ser geradas a partir do confronto dos dados obtidos nas duas formas de estudo. (Ibid p.33).

2.1.4 Psicologia Ambiental

Tendo em vista o objeto de estudo desta pesquisa, o ambiente de parto e a experiência da parturiente, considera-se essa interação complexa, portanto, a interdisciplinaridade é importante. Aliado aos conceitos de Ergonomia, visualiza-

se na Psicologia Ambiental, as ferramentas para entender a percepção do usuário em um ambiente.

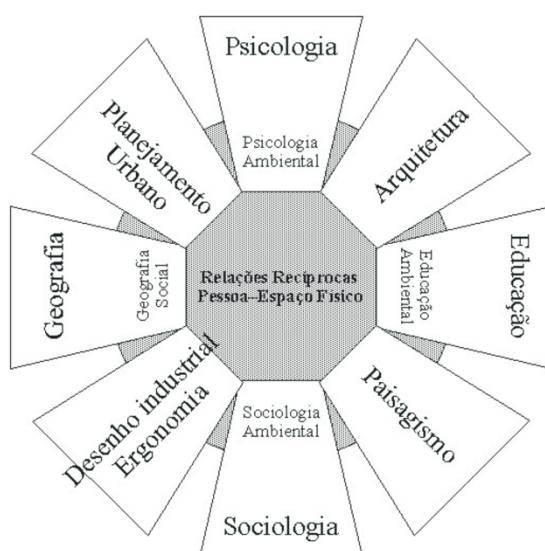
Por definição, a Psicologia Ambiental objetiva compreender os processos psicosociais decorrentes das interrelações entre as pessoas e os seus entornos sóciofísicos (VALERA, 1996).

Wiesenfeld (2005, p. 54) define como: "*a disciplina que estuda as transações entre as pessoas e seus entornos, com vistas a promover uma relação harmônica entre ambos, que redunde no bem-estar humano e na sustentabilidade ambiental*".

O estudo dos processos cognitivos e da percepção é imprescindível para a compreensão das inter-relações entre o usuário e ambiente. De acordo com Elali (2002), a Psicologia Ambiental pode ser definida como o "estudo das transações entre indivíduos e seus ambientes físicos".

Segundo Günther (2003), a Psicologia Ambiental é aquela sub-área da Psicologia que interage com as demais sub-áreas dentro do círculo (Desenho / Ergonomia, Arquitetura, Sociologia Ambiental, Antropologia Aplicada, Geografia Social, Planejamento Urbano, Paisagismo entre outros) o interesse nas relações pessoa-espacó físico recíprocas, conforme ilustra a Figura 3.

Figura 3 - A inserção multilateral de diferentes sub-áreas de disciplinas no campo de Estudos Pessoa-Ambiente.



Fonte: (GÜNTHER, 2003)

Okamoto (2002), reforça o pensamento de McFarling (1978), que diz que “para fins de definição, considera a Psicologia Ambiental como uma disciplina que trata das relações entre o comportamento humano e o ambiente físico do homem”. (OKAMOTO, 2002). Segundo o autor, o comportamento é conduzido por uma resposta à percepção do ambiente por meio de estímulos provocados pelo mesmo, ocorrendo, o processo, da seguinte forma:

“Temos a sensação do ambiente pelos estímulos desse meio, sem se ter consciência disso. Pela mente seletiva, diante do bombardeio de estímulos, são selecionados os aspectos de interesse ou que tenham chamado a atenção, e só aí é que ocorre a percepção (imagem) e a consciência (pensamento, sentimento), resultando em uma resposta que conduz a um comportamento.” (OKAMOTO, 2002 p.27).

Em Psicologia Ambiental os ambientes são considerados como únicos e dotados de qualidades que dependem muito de quem o percebe, e sua subjetividade. Ambientes naturais ou construídos são capazes de proporcionar sentimentos de valência positiva, bem-estar e qualidade de vida, bem como o contrário, sentimentos de valência negativa, como desconforto e estresse. Tendo isso em vista, a Psicologia Ambiental investiga tanto o indivíduo em um ambiente físico, como aspectos físicos e psicológicos envolvidos nessa relação, adotando-se uma estratégia multimétodos para investigar os fenômenos envolvidos nessa relação (CORRAL-VERDUGO, 2005; ELALI, 2007).

2.1.4.1 Ambiência

Segundo Silva 2019, as discussões sobre Ambiência se multiplicam através dos estudos de pesquisadores de áreas tanto de arquitetura como psicologia ambiental desde a década de 1970. Tais pesquisas focam na apreensão dos aspectos relativos à subjetividade dos usuários, nas possibilidades de sua interferência na compreensão e nas reações de interação entre os indivíduos e o espaço construído.

*“A Ambiência é o fundo do sensível porque ela associa o ser que percebe com o objeto percebido. Uma ambiência nasce do encontro entre as propriedades físicas circundantes, minha corporeidade com sua capacidade de sentir, se mover e uma tonalidade afetiva. (Jean-François Augoyard. *La construction des atmosphères quotidiennes: l'ordinaire de la culture.* In CULTURE ET RECHERCHE n° 114-115 – citado por COHEN; DUARTE e BRASILEIRO, 2009. p. 241)”*

Nos estudos de ambiência não se considera simplesmente a composição do espaço, mas a inter-relação deste com a experiência sensível que é proporcionada aos sujeitos que o habitam. Esta forma de utilização é decorrente da associação do espaço a várias ambiências, de acordo com as condições físicas, ambientais, psicológicas, temporais, culturais e outras que possam influenciar a subjetividade dos indivíduos, e mudar a percepção em dado momento ou situação. Ainda que uma ambiência seja composta por elementos concretos ou mensuráveis, ainda que não sejam tangíveis (tais como odores ou temperatura), os sentimentos relativos à forma como cada um sente e interpreta irão variar de acordo com os aspectos subjetivos relativos a cada indivíduo (GRAEFF, 2014).

(...) as ambiências representam o espaço, arquitetonicamente organizado e animado, que constitui um meio físico e, ao mesmo tempo, meio estético, ou psicológico, especialmente preparado para o exercício de atividades humanas, derivando do termo em latim “ambire” cujo significado remete aos vocábulos rodear, cercar. (PINHEIRO, 2010. p.3)

O estudo das ambiências encontra pertinência na pesquisa de ergonomia, design, arquitetura, se considerarmos, conforme Thibaud (2012), a necessidade de mudar a visão tradicional que divide sujeito e objeto, uma vez que a ambiência, “definida como uma atmosfera moral e material que circunda um lugar ou uma pessoa” tem o papel de questionar essa divisão, mostrando uma nova forma de pensar, que sugere “como a ambiência tanto precede quanto é indissociável das propriedades materiais do meio ambiente e dos estados afetivos do sujeito sensível”.

É necessário buscar-se novas metodologias de projeto, mais adequadas ao desenvolvimento da arquitetura hospitalar, considerando aspectos técnicos e normativos, sem deixar de observar “os estudos relativos à percepção, expectativas, valores e comportamento dos usuários”. Além disso, devem ser consideradas no processo de projeto necessidades “de caráter psicológico, muito mais sutis e difíceis de serem apreendidas por projetistas” (TOLEDO, 2006, p.96).

2.1.4.2 Ambientes Restauradores

O termo ambientes restauradores surgiu a partir das teorias propostas por Rachel e Stephen Kaplan e Roger Ulrich (R. Kaplan & Kaplan, 1989; S. Kaplan, 1995; Ulrich, 1983, 1984). Nesses estudos, foi definido estresse como o processo pelo qual um indivíduo responde psicofisiologicamente, por meio de comportamentos, a uma situação que desafia ou ameaça seu bem estar (Baum, Fleming, & Singer, 1985), percebida em autorrelatos de emoções negativas. Em oposição à noção de estresse, surge um construto denominado *restoration*, definido como o processo de restauração, recuperação ou restabelecimento dos aspectos físicos, psicológicos ou da capacidade social, perdidos pelo esforço contínuo. (GRESSLER; GÜNTHER, 2013)

Existem duas linhas de pesquisa, conduzidas separadamente, que contribuíram diretamente para a elaboração do conceito de ambientes restauradores. A primeira é relacionada a redução do estresse, proposta por Ulrich (Ulrich, 1983, 1984; Ulrich et al., 1991). E a outra, proposta pelo casal Rachel e Stephen Kaplan (R. Kaplan, 1983, 1984; R. Kaplan & Kaplan, 1989; S. Kaplan, 1987, 1995; S. Kaplan & Kaplan, 1982; S. Kaplan & Talbot, 1983) e está ligado à restauração da capacidade de atenção. (GRESSLER; GÜNTHER, 2013)

2.1.4.2.1 Teoria da Recuperação Psicofisiológica ao Estresse

Roger Ulrich (1983) propôs uma estrutura de redução psicológica do estresse, que embasa sua teoria, conhecida como recuperação psicofisiológica ao estresse (*psychophysiological stress recovery*). Em sua teoria

psicoevolucionista, Ulrich (1983) focou na percepção visual e estética de certos ambientes à resposta afetiva associada. O autor postulou que o ser humano se utiliza de estratégias comportamentais, que requerem decisões afetivas, como aproximação ou repulsão, além de uma mobilização simultânea de recursos fisiológicos para atender a tais estratégias, por uma questão de sobrevivência. A exigência ligada ao excesso de tomada de decisões pode causar estresse, que tem como consequências autorrelatos de emoções negativas e, em um curto período de tempo, mudanças negativas do sistema fisiológico e aumento da atenção automática, ou seja, da vigilância.

As experiências em ambientes físicos, visualmente prazerosos, podem auxiliar na diminuição do estresse, uma vez que estimulam emoções positivas, mantêm o estado de atenção não vigilante, reduzem os pensamentos negativos e possibilitam o retorno à excitação fisiológica (*physiological arousal*). Tudo isso pode levar à suposição de que as respostas restauradoras são imediatas, a partir da visão de aspectos positivos em determinado ambiente (VAN DEN BERG; CUSTERS, 2011).

2.1.5 Significados Ambientais

Segundo Felippe, (2015) o estudo do significado ambiental percorre pela tomada de consciência do processo perceptivo-cognitivo que nos permite conhecer o ambiente em que vivemos, representando-o mentalmente. Cognição, percepção, e representação ambiental são conceitos amplamente difundidos e utilizados nos estudos pessoa-ambiente, algumas vezes denominando processos (processo perceptivo, cognitivo e representacional do ambiente), outras vezes os produtos desses processos (percepções, cognições e representações ambientais).

A autora ainda comenta que a percepção se origina da sensação, que consiste na captação do estímulo físico ambiental pelos aparelhos sensoriais e subsequente pela codificação de tal estimulação em sinais neurais (mecanismo do tipo *bottom-up*), e comprehende o processamento ou a decodificação dessas informações neurais, pela tradução em termos de seleção e interpretação dos dados ambientais captados pelos sentidos (mecanismo *top-down*).

O mecanismo *bottom-up* envolve fatores biofísicos do processo que segundo Higuchi, Kuhnen e Bonfim (2011) são relativos às características inerentes aos sistemas fisiológicos sensoriais e ao ambiente. Enquanto que o mecanismo *top-down* envolve o que as autoras definiram como fatores psicossociais, relativos as reações afetivas, as atividades cognitivas, capacidades e habilidades pessoais, experiências individuais e de grupo.

Para Rapoport (1990), o significado ambiental trabalha como um modelo de comunicação não verbal, comunicação codificada no ambiente físico social e decodificada pelo observador. Ao longo desse processo, a pessoa atribui sentido (significado) às estruturas físicas que fazem parte da sua experiência no mundo e, todas as vezes que essas estruturas se repetem, os mesmos sentidos (significados) ocorrem. Dado que esses códigos são construídos em um determinado contexto ambiental (físico, social, cultural, político e econômico) eles serão em alguma medida socialmente compartilhados, como as palavras de uma língua, e poderão ser utilizados para comunicar mensagens ainda que não verbalmente. Segundo ele, essa seria uma das funções de arquitetos e designers: codificar informações por meio dos elementos físicos ambientais que poderão ser decodificados pelos usuários do lugar.

Esse autor utiliza uma classificação proposta por Hall (1966) para definir as fontes ambientais de significado:

- Elementos de característica fixa são elementos arquitetônicos que se modificam muito lentamente e raramente. São representados pelos aspectos formais e dimensionais do ambiente, pelas aberturas e orientação espacial.
- Elementos de característica semifixa podem ser alterados facilmente e rapidamente, como o tipo e a disposição dos móveis e elementos de decoração, a quantidade e a qualidade da iluminação, as cores, os materiais e o estado de conservação do lugar.

- Elementos de característica não fixa se referem aos comportamentos não verbais dos ocupantes de um lugar e às relações que estes ocupantes estabelecem entre si e com o ambiente.

Com base nessa classificação, Rapoport (1990) discute as estratégias metodológicas para o estudo do significado ambiental: (a) observação dos elementos de característica fixa, semifixa e não fixa de um lugar; (b) registro dessas observações; (c) identificação de diferenças notáveis entre os vários ambientes considerados; (d) elaboração acerca dos diferentes significados ambientais vigentes; (e) investigação dos significados percebidos pelos usuários do lugar; (f) confronto das percepções dos usuários com as inferências formuladas pelo pesquisador.

2.1.6 Design baseado em Evidência

Investigações sobre a relação que pacientes estabelecem com o ambiente social e físico hospitalar pode trazer consequências tanto positivas como negativas para a sua saúde. Estas investigações vem construindo o campo denominado Design Baseado em Evidência (Evidence-based Design ou EBD), que há cerca de três décadas tem defendido a aplicação, na prática do design e da arquitetura, do conhecimento científico e das diretrizes derivadas da investigação empírica acerca da relação pessoa-ambiente — com ênfase nos ambientes dedicados ao cuidado da saúde — a fim de promover o bem-estar, a segurança, a produtividade e a sustentabilidade. (FELIPPE,2015)

Ulrich e al. (2010) propuseram uma estrutura conceitual para o campo do Design Baseado em Evidência, relacionando as variáveis envolvidas no estudo das inter-relações entre pacientes, familiares e profissionais da saúde, com o ambiente construído hospitalar ou de cuidado da saúde. Nesse quadro conceitual, apresentaram um esquema unidirecional dessa relação, exibindo de um lado as variáveis independentes, os diferentes elementos do ambiente físico construído, e do outro, as variáveis dependentes, aspectos sobre os quais esse ambiente físico pode exercer direta ou indiretamente alguma influência, afetando usuários e organizações. Buscaram evidências empíricas e teóricas disponíveis que relacionavam direta ou indiretamente as variáveis envolvidas, que permitira

construir o quadro conceitual. E consideraram o caráter dinâmico dessa estrutura, que se modifica à medida que novas evidências surgem.

A

Tabela 1 disponível em Felippe (2015), foi construída a partir de dados fornecidos pela revisão de literatura feita por Ulrich et al (2010), que reuniu, para cada uma das características físicas (variável independente), *outcomes* (variáveis dependentes) - aspectos sobre os quais esse ambiente físico pode exercer direta ou indiretamente alguma influência, a elas associadas. Essas associações foram apresentadas pelos autores da revisão com base em evidências empíricas e teóricas.

Tabela 1 - Atributos físicos associados a variáveis dependentes

| Atributos Físicos Hospitalares Associados a Estresse e a Outros Outcomes | |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Atributos físicos hospitalares | Outcomes |
| Visões da natureza | Depressão reduzida Maior satisfação entre profissionais da saúde Maior satisfação entre pacientes Menor stress para pacientes Menor stress para profissionais da saúde Menor tempo de internação Menos dor |
| Quartos com um único leito | Maior eficiência relacionada a trabalho Maior privacidade e confidencialidade Maior satisfação entre profissionais da saúde Maior satisfação entre pacientes Maior suporte social Melhor comunicação entre pacientes e familiares Melhor sono Menor stress para pacientes Menor stress para profissionais da saúde Redução de erros médicos Redução de infecções hospitalares Redução de quedas |
| Áreas dedicadas à família | Depressão reduzida |
| no quarto de internação | Maior privacidade e confidencialidade Maior satisfação entre pacientes Maior suporte social Melhor comunicação entre pacientes e familiares Menor stress para pacientes Redução de quedas |
| Superfícies acústicas redutoras de ruído | Maior eficiência relacionada a trabalho Maior privacidade e confidencialidade Maior satisfação entre profissionais da saúde Maior satisfação entre pacientes Melhor comunicação entre pacientes e familiares Melhor sono Menor stress para pacientes Menor stress para profissionais da saúde Menos dor Redução de erros médicos |
| Acesso à luz natural | Depressão reduzida Maior satisfação entre profissionais da saúde Maior satisfação entre pacientes Melhor sono Menor stress para pacientes Menor stress para profissionais da saúde Menor tempo de internação Menos dor |
| Luz artificial apropriada (luz brilhante de espectro total) | Depressão reduzida Maior eficiência relacionada a trabalho Maior satisfação entre profissionais da saúde Maior satisfação entre pacientes Melhor sono Menor stress para pacientes Menor stress para profissionais da saúde Menor tempo de internação Menos dor Redução de erros médicos Redução de quedas |

Fonte: (FELIPPE, 2015)

2.2 O PARTO (história, caracterização, etapas, vias, emoções)

O parto, na medicina europeia até o século XVIII, era predominantemente realizado pelas parteiras, por mulheres e membros da família. O médico parteiro cirurgião, era convocado somente em situações de risco e quando havia complicações. Com o avanço da tecnologia obstétrica, as parteiras foram perdendo espaço de atuação, com a sua exclusão dos treinamentos e com a ideia social da superioridade do obstetra. Com as elevadas taxas de mortalidade materna e infantil, entre os séculos XIX e XX, começou a haver uma preocupação em relação ao parto. (DOMINGUES, 2002).

Na Europa, no século XIX, a especialidade obstétrica e a consequente responsabilização do médico pelo parto, tornando-o exclusivo aos médicos obstetras e restrito às maternidades. Instrumentos foram criados para que se firmasse o papel do obstetra na assistência a mulher durante o parto, como fórceps, agulhas, sondas, tesouras, ganchos, entre outros, além de condutas intervencionistas, com o objetivo de criar uma imagem de um conhecimento científico superior comparado ao das parteiras, que não utilizavam esses aparelhos (ROHDEN, 2001; MARTINS, 2004; MARTIN, 2006; MAIA, 2010) apud (SOUZA, 2018).

No fim do século XIX surgiram as maternidades, com o objetivo de ser um um espaço para ensinar e praticar a saúde da mulher, e onde elas pudessem se sentir seguras durante o parto. (TORNQUIST, 2004) O atendimento foi se aperfeiçoando, em relação a qualidade, a segurança da assistência e aplicação de anestesia, e com isso, houve um aumento na procura de mulheres pelas maternidades. (MARTINS, 2005) “O parto medicalizado e hospitalar tornou-se sinônimo de modernidade, de segurança e de ausência de dor (MAIA, p.33, 2010).”

Muitos desses avanços concentraram-se apenas na saúde física e desconsideraram-se aspectos culturais, tradicionais, sociais e psicológicos na experiência do parto. (CHALMERS & WOLMAN, 1993) apud (DOMINGUES, 2002). A questão do suporte emocional não era relevante, entretanto, na década de 50, nos EUA surge o movimento do parto natural, para diminuir o excesso de medicalização no parto e formula-se a hipótese de que a civilização e a cultura

influenciaram a percepção das mulheres sobre o parto, introduzindo o medo e a ansiedade (ROTHMAN, 1991).

No Brasil, até o fim do século XIX, os partos eram domiciliares. Até o século XX, a parte da população que possuía menor poder aquisitivo continuou a ser atendida pelas parteiras; apenas mulheres brancas e com grande poder aquisitivo eram atendidas pelos médicos, e as mulheres que não possuíam recurso algum, recorriam a enfermarias de hospitais. Somente após esse período, o parto passou a ser realizado com mais frequência nas maternidades do que em ambiente domiciliar, com a adoção de condutas mais seguras (por exemplo, higiene) e o aperfeiçoamento na técnica de cesariana (MARTINS, 2004).

Atualmente, mesmo com a formulação de políticas e programas de humanização do parto e do nascimento, o modelo tecnocrático prevalece em várias instituições público e privadas de saúde do país. (BRASIL, 2014)

De acordo com Maia (2010):

“A assistência médico-hospitalar ao parto e nascimento lhe confere novos significados. De evento fisiológico, familiar e social, o parto e nascimento transforma-se em ato médico, no qual o risco de patologias e complicações se torna a regra, e não a exceção. Inaugura-se o modelo tecnocrático de assistência ao parto (p.34).”

Nesse modelo tecnocrático, durante o parto a mulher tem um papel de coadjuvante, e o médico obstetra é o protagonista. O trabalho de parto é tido como um evento fisiológico e questões emocionais (da parturiente), que podem afetá-la positivamente ou negativamente são negligenciadas. Além disso, condutas intervencionistas por iniciativa do médico, sem prévia autorização da mulher, são características dessa prática (MARTIN, 2006)

2.2.1 Gestação, trabalho de parto e parto

A gestação é um período na qual muitas mudanças ocorrem na vida da mulher, mudanças físicas, emocionais, sociais, hormonais, e corresponde ao período que antecede ao parto. É uma fase importante, na qual a gestante se

prepara para diversos desafios, relativos a medos, dúvidas, preocupações e insegurança. Por conta disso, é importante o apoio da família, das instituições de saúde e dos profissionais, para que se alcance uma experiência agradável e positiva para a mulher, no qual ela possa ter o conhecimento necessário para praticar sua autonomia durante o período gestacional e principalmente durante o parto. (SILVA, 2013)

O trabalho de parto constitui um processo natural e fisiológico, apesar de ser frequentemente relacionado como momento de profunda preocupação para quem o está vivenciando, pois é caracterizado como um momento difícil e doloroso. Independentemente do processo fisiológico, o modo como a mulher e os familiares encaram o trabalho de parto está relacionado com a maneira como foram socializados em relação ao processo de parto. (FERREIRA, 2004.)

A complexidade do fenômeno doloroso do trabalho de parto obriga a evitar a simplificação da sua interpretação. A dor na parturição é resultado de uma série de interações e outros fatores específicos de natureza obstétrica, neurofisiológica, psicológica e sociológica. A dor vivenciada no trabalho de parto pode agravar o desconforto e aumentar as adversidades da percepção da mulher dos fenômenos que estão ocorrendo para que seu filho nasça, tornando-a uma experiência complexa com comportamentos sensitivos, emocionais e cognitivos que interagem entre si, e no ambiente sociocultural. Durante o trabalho de parto e parto, a ansiedade e o medo associados dimensionam a dor. (CARVALHO et al., 2009)

O trabalho de parto e o parto são momentos que devem ser cercados por vários cuidados, que vão além da atenção e o apoio clínico à parturiente e aos seus familiares, os aspectos psicológicos também podem e devem ser amplamente considerados. Mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações e serem incluídas na tomada de decisões relativas ao seu próprio parto. (SILVA, 2019)

2.2.1.1 Parto natural

É o tipo de parto mais tradicional, vaginal e sem nenhum tipo de procedimentos de intervenção, como anestesia, episiotomia ou indução. Neste

tipo de parto, os profissionais de saúde acompanham o processo da forma que acontecem, intervindo somente se necessário para auxiliar e amparar a mulher. O parto natural pode acontecer em diversas posições, sendo a mulher autônoma para escolher aquela na qual se sinta mais confortável. (SILVA, 2019)

2.2.1.2 Parto normal

O parto normal, diferente do natural, tem somente a diferença da possibilidade de utilização de métodos modernos de anestesia, tais como a peridural e a raquianestesia. A utilização destas anestesias minimiza as dores, contudo permitem a participação intensa da mulher no trabalho de parto. Métodos para indução do parto somente são utilizados caso sejam diagnosticados necessários. (SILVA, 2019)

Essa via de parto, assim como a natural, tem sido desvalorizada, optando-se por intervenções cirúrgicas, as quais muitas vezes são desnecessárias. Isso ocorre talvez por uma fragilidade no processo de educação em saúde durante o acompanhamento pré-natal. A falta de informação e orientações que permitam a mulher compreender os benefícios e as vantagens do parto natural e normal faz com que ela não se sinta segura em cogitar estes tipos de parto. (RIBEIRO, 2016)

2.2.1.3 Parto cesárea

O parto cesáreo é um procedimento cirúrgico com o intuito inicial de salvar a vida da mãe e/ou da criança quando acontecem complicações durante a gravidez ou no parto. Sendo assim, é um recurso utilizável quando existe algum risco para a mãe, o bebê ou ambos durante a evolução da gravidez e ou do parto. A cesárea, como todo procedimento cirúrgico, não é isenta de riscos (SILVANI, 2010; COSTA et al., 2011) apud (RIBEIRO, 2016) bem como outros procedimentos, como o parto natural.

2.2.2 A dor, o medo, a ansiedade e o parto

De acordo com Teixeira e Pereira (2006), a dor está diretamente relacionada com os aspectos ligados à subjetividade de cada pessoa, sendo influenciada por sua cultura, experiências e vivências, deixando de ser um processo somente fisiológico e transformando-se em uma construção simbólica. Desta forma, no parto, a presença da dor, ou o medo de senti-la, alia-se a uma série de outros sentimentos, medos, expectativas e pensamentos em um círculo (RODRIGUES & SIQUEIRA, 2008), que pode ou não ser retroalimentado, em função da forma como se dá processo e aos elementos que sejam utilizados para proporcionar conforto, segurança, alívio e cuidados à parturiente.

2.2.2.1 A dor e a dor do parto

A Associação Internacional de Estudos da Dor (IASP) define dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável semelhante a associada à lesão tecidual real ou potencial descrita. É sempre uma experiência pessoal que é influenciada em vários graus por fatores biológicos, psicológicos e sociais, e que por meio de suas experiências de vida, cada indivíduo aprende e assimila um conceito de dor. Distingue também dor e nociceção como fenômenos diferentes, na qual a dor não pode ser inferida apenas da atividade nos neurônios sensoriais.

A dor é dita como uma manifestação que está sujeita à subjetividade de cada indivíduo e à forma como é construída pela cultura. (RIBEIRO, 2016)

A dor do parto normal é considerada cultural e historicamente como uma experiência intrínseca ao processo de parto, associada à ideia de sofrimento. Com a chegada da obstetrícia como ciência, o parto normal deixou de ser um evento privativo para ser um evento institucionalizado. Essa mudança gerou na mulher a crença de que as intervenções tecnológicas beneficiariam totalmente o processo de parto, até mesmo abolindo a dor. O desenvolvimento da medicina e da tecnologia influenciou a forma predominante com que a sociedade moderna passou a significar o parto normal e, consequentemente, a dor do parto, passando a apontar o parto cirúrgico como uma das soluções para o problema da dor do parto normal, com base na ideia de que a mulher não é a culpada pela

dor, mas sim vítima de sua própria natureza. (ALMEIDA; MEDEIROS; SOUZA, 2009)

2.2.2.2 Medo da dor no parto

Cada mulher vivencia a gestação de uma maneira diferente devido a diversos fatores que influenciam sua percepção da gravidez, que podem ser extrínsecos e estar relacionados ao contexto familiar, social ou fatores socioeconômicos, mas também intrínsecos, que são todas as alterações e sintomas físicos e emocionais que ocorrem durante o período gestacional e podem influenciar de maneira positiva ou negativa na vida da gestante e seus familiares (CATAFESTA et al., 2007 apud (SOUZA, 2018).

Percebe-se que o parto é uma das etapas mais temidas pela gestante, seja por falta de informação, por experiências negativas de outras mulheres, devido a uma gravidez de risco, ou inúmeros outros motivos (SOUZA, 2018), pois cada ser é único, com suas capacidades, experiências e contextos.

A cultura do parto cesáreo como estratégia para não sentir a dor do parto normal, e a prática da autoridade médica sobre o corpo feminino, desenvolveram uma insegurança na mulher-grávida em relação ao seu potencial de experientiar o processo do parto como um evento satisfatório e natural, e principalmente em enfrentar a dor do parto. Por conta da difusão dessa prática, no final do século XX, o Brasil passou a ser um dos países com as taxas mais altas de parto por cesárea, ultrapassando significativamente os 15% de taxa anual recomendada pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS). (ALMEIDA; MEDEIROS; SOUZA, 2009)

O medo é descrito como um estado em que o individuo, ou grupo de pessoas, apresentam sentimentos de perturbação emocional ou fisiológica relacionados à um fator considerado perigoso (CARPENITO-MOYET, 2012) apud (FRIAS, et al., 2020). FRIAS, et al. (2020) também descreve que em a relação ao do parto, o medo está relacionado com um fator identificável, de que algo mal possa acontecer com a mãe, o bebê ou ambos durante o processo de parto.

2.2.2.3 Ansiedade em relação ao parto

De acordo com Nagahama e Santiago (2008) apud (Ribeiro, 2016), a dor, o medo e a ansiedade podem tornar o processo de gestação e parto algo desgastante e estressante para a mulher. O processo de trabalho de parto gera expectativas por parte da gestante. (RIBEIRO, 2016)

2.2.2.4 Medo do parto (*Fear of Childbirth*)

O medo do parto, (FOB), é um problema comum e tem um impacto negativo na experiência do parto (Saisto e Halmesmaki, 2003, apud Serçekuş e Başkale, 2016). Segundo (Nilsson et al., 2018) Fear of Childbirth (FOB) foi caracterizado em 1981 em uma população de mulheres grávidas suecas como uma forte ansiedade que prejudica a rotina e o bem-estar diário, que inclui complicações físicas, pesadelos e problemas de concentração, bem como demandas por cesariana.

Segundo FRIAS, et al. (2020) o medo do parto pode incluir: medo da dor (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011; HAINES et al., 2011), medo da anestesia (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011), medo da morte ou de danos físicos (HAINES et al., 2011), medo da perda de autonomia e controle (LYBERG; SEVERINSSON, 2010; SALOMONSSON, WIJMA; ALEHAGEN, 2010; HAINES et al., 2011), medo da perda da saúde e do bem-estar do recém-nascido (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011; HAINES et al., 2011), ou ainda, medo da falta de profissionalismo dos profissionais de saúde (LYBERG; SEVERINSSON, 2010).

Estes medos estimulam um círculo vicioso, medo-ansiedade-dor, que pode influenciar de forma negativa o desenvolvimento do trabalho de parto, transformando um processo natural e fisiológico, em uma experiência dolorosa e negativa (FRIAS; FRANCO, 2008; FRIAS, 2012).

Sendo assim, o termo Fear of Childbirth, ou Medo do Parto, engloba tanto a ansiedade como o medo da dor no parto, formando um conjunto desses sintomas correlacionados.

2.2.3 Autonomia e consciência da mulher grávida, educação e preparo

Para Le Boulch (1987), “consciência” corresponde a uma certa forma de atenção conduzida por uma pessoa para a sua própria atividade. Esta conscientização consiste em tomar sua própria atividade como seu objeto de pensamento. (Le Boulch, 1987, apud Brandl, 2000)

Segundo Vayer & Toulouse (1985), a “consciência de si mesmo” ou “a experiência de si mesmo” é o conjunto de retroações originadas das interações indivíduo-mundo mais especificamente a sua interpretação e a sua memorização pelo sistema nervoso sob a forma de conjuntos estruturados de informações no interior do Sistema Nervoso Central (SNC). (Vayer & Toulouse, 1985 apud BRANDL, 2000)

A autonomia e o empoderamento materno são pontos importantes abordados por grupos de gestantes, que promovem a participação das mulheres no processo da gravidez, reduzindo a insegurança atrelada a esta fase (QUENTAL et al., 2017) apud (SOUZA, 2018)

O processo educativo com gestantes, desenvolvido em grupos de preparo, é um instrumento que favorece a autonomia e o protagonismo das gestantes e familiares no processo de nascimento, já que capacita mulheres e homens para fazerem escolhas na gravidez, no parto, no nascimento e no pós-parto. Estabelece relações entre as gestantes e os profissionais, o que fortalece as habilidades e confiança da gestante para que ela possa analisar criticamente as informações e decidir conscientemente para conduzir o processo de nascimento. Para a efetivação da autonomia, os serviços da saúde precisam deixar de deter o poder sobre o processo de nascimento, e não mais, divulgar a ideia de que só eles podem garantir a segurança deste processo, mas confiar e valorizar os conhecimentos e potenciais da mulher. (ZAMPIERI et al., 2010)

2.2.4 Evolução dos programas de assistência à mulher-gravida no Brasil

No Brasil, em 1975 foi estabelecido o Programa de Saúde Materno-infantil, que ampliou o olhar para a saúde da mulher ainda com foco na reprodução, e teve como objetivo reduzir a morbidade e mortalidade de mulheres e crianças. Nesse período são visualizadas as primeiras mudanças em relação

às políticas do parto. Os anos 1980 representaram uma evolução na história das políticas públicas voltadas à atenção ao parto, com abordagem de outras questões da saúde da mulher além da esfera reprodutiva. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi criado pelo Ministério da Saúde em 1983, com o objetivo de atender a mulher de forma integral, respeitando suas necessidades e particularidades. Na década de 1990, intensificou-se as discussões sobre o modelo do parto vigente no país, o qual estava muito estruturado em ações intervencionistas e medicalizadoras. (MATOS, 2013)

Segundo Matos (2013), em 2000 foi instituída a Política Nacional de Humanização ao Parto (PHPN), com o objetivo de resgatar o caráter fisiológico e natural do parto, em que a mulher participa de forma ativa e autônoma. O programa como prioridade promover a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério tanto para a mulher como para o bebê. A humanização do parto propõe a atenção integral centrada na mulher, de modo a substituir as intervenções médicas e o uso abusivo de tecnologias. O foco é a mulher atendida por meio de ações que contemplam a multiplicidade de diferenças sociais e culturais da população feminina. Surgem então novas propostas de atenção ao parto, centradas na mulher, em suas particularidades, direitos e vontades.

2.2.5 Recomendações nacionais e internacionais sobre a dor no parto

Buscou-se nessa pesquisa documentos nacionais que trouxessem recomendações sobre a dor no trabalho de parto. As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto (2017), declaram no ítem 6.3 sobre o alívio da dor no trabalho de parto, com foco na experiência e satisfação das mulheres em relação à dor no trabalho de parto recomendando que os profissionais de saúde deveriam refletir sobre como suas próprios valores e crenças influenciam o seu comportamento em lidar com a dor do parto e garantir que os seus cuidados apoiem a escolha da mulher.

A Organização Mundial de Saúde visando a promoção da saúde da mulher, indica que o sistema de saúde ofereça à gestante uma assistência de

qualidade, priorizando o bem-estar da mãe e do feto e para isso, cita como uma das atividades auxiliadoras na garantia desse direito à mulher, a realização de grupos de gestantes. (OMS, 2016)

2.2.6 Preparo pré-parto e Grupos de apoio

O preparo para o parto corresponde a um conjunto de cuidados, medidas e atividades com a finalidade de oferecer à mulher a possibilidade de vivenciar, como protagonista, a experiência do trabalho de parto e o parto como processos fisiológicos. As orientações incluem o diálogo com a mulher durante qualquer procedimento, esclarecimento de dúvidas e medos sobre a gestação, trabalho de parto, parto e puerpério, informações sobre rotinas e procedimentos do trabalho de parto e parto, sobre as etapas do trabalho de parto e parto. (COSTA et al., 2011)

Espera-se que a mulher preparada durante o pré-natal, por meio de informações e orientações relativas à gestação, parto e puerpério, possa atravessar esta fase com maior harmonia, segurança e prazer, pois a falta de informação pode propiciar expectativas frustradas e preocupações desnecessárias. (CATAFESTA et al., 2009)

Durante a pesquisa, buscou-se grupos de gestante existentes em Florianópolis (SC) para ter possibilidade de acesso às mulheres grávidas e aproximação com o tema desta pesquisa. Através deste é possível conhecer mais da rotina de uma mulher grávida, e entender se havia ou não instruções e o contato da parturiente com os espaços de parto.

2.2.6.1 Grupo de Gestantes

Grupos de gestantes possuem encontros periódicos que tem como meta realizar a conscientização corporal, relaxamento e respiração, discussão e desenvolvimento sobre os temas referentes a gestação, parto e pós-parto. Existem alguns no Brasil, sendo alguns pioneiros e de referência. Durante os encontros do grupo, normalmente os temas são trabalhados em forma de diálogo, com a exposição do tema, intercâmbio de experiências, atividades

lúdicas, oficinas, apresentações de vídeos e demonstrações práticas. São encontros semanais, que duram cerca de 4 horas cada por um período de 2 meses. Após o nascimento do último bebê do grupo de gestantes, as mulheres e seus acompanhantes costumam participar do reencontro de pais e bebês, um momento de socialização e espaço para dialógico, onde as participantes são estimuladas a compartilharem sobre sua experiência de parto e pós-parto. (SOUZA, 2018).

É também um espaço que propicia a gestante a oportunidade de falar sobre seus medos, angústias, dúvidas e perceber que não são sentimentos isolados, que outras mulheres também têm essas mesmas questões e percepções em relação a esse período (PAULINO et al., 2013).

2.2.6.1.1 O Grupo de Gestantes e a Pandemia de Covid-19

A experiência de uma gestação durante a pandemia da Covid-19 se relaciona diretamente a sentimentos de incerteza e medo, podendo afetar a relação da mãe com o bebê, intensificando os sentimentos inerentes a gravidez (ESTRELA; KEMYLY, 2020). Aliado ao processo de isolamento social, medida protetiva indicada neste momento de pandemia, que exige do indivíduo paciência, pode propiciar o aparecimento de estresse e ansiedade, potencializando tendência ao adoecimento psíquico. (Almeida, Portugal e Assis, de, 2020) Em situações de isolamento social semelhantes ao que estamos experimentando atualmente, sentimentos como medo, tensão, ansiedade e raiva são comuns, permitindo a vulnerabilidade psicológica. (BROOKS et al., 2020)

As restrições provocadas pela pandemia podem ter impacto na saúde mental e na vulnerabilidade dos grupos de risco, em que as gestantes estão inclusas, podendo levar ao aumento do sofrimento psíquico. (LIMA et al., 2021)

2.3 AMBIENTE DE PARTO E AS RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS E NACIONAIS

O ambiente controlado, hospitalar, pode ser percebido como um local “impessoal e desconhecido”, criando situações que vão do desconforto e frieza

(COELHO, 2003). Ao longo dos últimos anos, alguns documentos trazem recomendações sobre os ambientes de parto.

2.3.1 Organização Mundial da Saúde (1985 e 2018 e 2022)

Em 1985, considerado um marco importante para a mudança na atenção ao parto, a OMS indica a necessidade de revisar a prática biomédica de atenção à gestação e ao parto, uma vez que a medicalização excessiva não respeita os direitos das mulheres e uma assistência adequada, pois não considera as necessidades e expectativas da parturiente, e não garante assim, sua autonomia. Desde então, vários autores têm proposto a humanização nos partos e nascimentos, relacionando a desumanização com um alto grau na aplicação de tecnologia. Todavia, um parto sem uso de tecnologias invasivas não é sinônimo de um parto humanizado, e por isso a necessidade de se aprofundar a reflexão sobre o conceito.

O documento “*Intrapartum care for a positive childbirth experience*” divulgado pela OMS em 2018, traz algumas recomendações gerais sobre a atenção no parto, focando em uma experiência positiva, como cuidados respeitosos da maternidade, garantindo dignidade, privacidade, confidencialidade, bem como comunicação, e a presença de um acompanhante, e ressaltam a importância de parteira/doula, além dos cuidados no trabalho de parto voltados para a equipe médica assistente. Não orientam tecnicamente sobre os ambientes de parto, mas afirma ser importante garantir que as mulheres dêem à luz em um ambiente que, além de estar seguro em uma perspectiva médica, também permita que as parturientes tenham um senso de controle e sentimento de realização pessoal, recomendando que ela possa se envolver na tomada de decisões.

O mais recente documento “Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência positiva pós-parto” divulgando no começo do ano de 2022 foca em diretrizes para a experiência nas semanas logo após o nascimento, com 63 recomendações sobre cuidados maternos, cuidados com o recém-nascido, sistemas de saúde e promoção da saúde durante o período pós-parto. Não orienta diretamente sobre os ambientes de parto.

2.3.2 Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), Ministério da Saúde do Brasil (2000)

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM n.o 569, de 1/6/2000 com o objetivo primordial de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. Considera a Humanização sob dois aspectos: 1- à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém nascido, o que requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição com o objetivo de criar um ambiente acolhedor, com rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. 2- à adoção de medidas e procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas comuns intervencionistas desnecessárias. O programa se destina mais às instituições e governos municipais, orientando sobre a organização para a humanização do nascimento.

2.3.3 Cartilha da Ambiência do Programa de Humanização do Ministério da Saúde do Brasil (2010)

Segundo Cartilha de Ambiência do Programa de Humanização do Ministério da Saúde do Brasil (2010) a ambiença na saúde é o espaço físico, social, profissional, de relações interpessoais, que está relacionado a um projeto de saúde, direcionado para uma atenção resolutiva e acolhedora. Segue primordialmente três eixos relativos aos espaços considerados no projeto:

- Confortabilidade: focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, considera que o conforto envolve a incorporação aos ambientes, de valores ambientais, culturais, sociais e relativos à experiência das pessoas, que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, tais como a luz, o som e a inclusão de elementos de arte, interferindo no comportamento e na relação dos indivíduos com o território vivenciado;

- Espaço de encontro de sujeitos: O espaço que possibilita a produção de subjetividades por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho.
- A arquitetura como ferramenta facilitadora de mudança do processo de trabalho: proporcionando melhor gestão e utilização de recursos e qualificando o acolhimento e o atendimento em saúde através da melhoria dos espaços de trabalho.

2.3.4 Rede Cegonha (2011)

A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados voltados às gestantes e puérperas. São ações estruturadas em diretrizes e princípios para garantir às mulheres o direito ao planejamento familiar, à atenção segura, qualificada e humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

A estratégia tem também a finalidade de reestruturar e reorganizar a atenção à saúde materno-infantil no Brasil desde a atenção primária à atenção hospitalar, para assegurar acesso, acolhimento e resolutividade, com perspectiva de reduzir a mortalidade materna e infantil e ênfase no componente neonatal.

2.3.4.1 “Orientações para Elaboração de Projetos: Centros de Parto Normal (CPN); Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP); Adequação da Ambiência; Unidade Neonatal e Banco de Leite Humano” (2013)

A Rede Cegonha disponibiliza diversas recomendações e orientações. Uma delas sobre as Áreas Técnicas de Saúde da Mulher no documento “Orientações para Elaboração de Projetos: Centros de Parto Normal (CPN); Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP); Adequação da Ambiência; Unidade Neonatal e Banco de Leite Humano” (2013), traz informação sobre reformas e ampliações, orienta sobre o que é um Centro de Parto Normal (CPN)

e quais áreas e ambientes necessários para compor um projeto arquitetônico, sendo que o Centro de Parto Normal Peri-hospitalar (CPNp) deverá ser composto por 5 (cinco) quartos PPP e o Centro de Parto Normal Intra-hospitalar (CPNi) poderá ter 3 (três) ou 5 (cinco) quartos PPP, conforme as Figura 4 e Figura 5:

Figura 4 - Recomendações Centro de Parto Normal 3 quartos PPP

| Unidade / Ambiente | CENTRO DE PARTO NORMAL | | | Instalações | Observações dos Ambientes |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------|---------------|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Quantificação (mínima) | Dimensão (mínima) | Área (mínima) | | |
| AMBIENTES FINS | | | | | |
| Sala de Registro e recepção para acolhimento da parturiente e seu acompanhante | 1 | - | 12,00 | | Suficiente para o recebimento de uma maca e área para registro de paciente (mesa e prontuários) |
| Sala de exames e admissão de parturientes | 1 | | 12,00 | HF; HQ | Deve ser provido de bancada com pia |
| Sanitário anexo à sala de exames | 1 | | 2,50 | HF, HQ | As portas devem abrir pra fora do ambiente e as maçanetas das portas devem ser do tipo alavanca ou similares |
| Quartos para pré-parto/parto/pós-parto – PPP (sem banheira) | 2 | 3,20 | 14,50 | HQ; HF; FO;EE | Sendo 10,5m ² para o leito e área de 4m ² para cuidados de RN. Com previsão de poltrona reclinável para acompanhante, berço e área para cuidados de RN com bancada e pia. |
| Quartos para pré-parto/parto/pós-parto – PPP (com banheira) | 1 | 3,20 | 19,30 | HQ; HF; FO;EE | Sendo 10,5m ² para o leito, área de 4m ² para cuidados de RN e 4,8m ² para instalação de banheira (com largura mínima de 0,90m e com altura máxima de 0,43m, no caso de utilização de banheira de hidromassagem, deve ser garantida a higienização da tubulação de recirculação da água. Quando isso não for possível o modo de hidromassagem não deve ser ativado). Com previsão de poltrona reclinável para acompanhante, berço e área para cuidados de RN com bancada e pia. |
| Banheiro anexo ao quarto PPP | 3 | 1,70 | 4,80 | HF, HQ, ADE | O Box para chuveiro deve ter dimensão mínima de 0,90x1,10m com instalação de barra de segurança. |
| Área para deambulação (interna e/ou externa) | 1 | | 30,00 | | A área para deambulação pode ser interna ou externa, preferencialmente coberta, a fim de ser utilizada em dias de chuva ou sol. |
| Posto de enfermagem | 1 | | 2,50 | HF, EE | |
| Sala de serviço | 1 | | 5,70 | HF, EE | |
| AMBIENTES DE APOIO (*) | | | | | |
| Sala de utilidades | - | 2,00 | 6,00 | HF;ADE | Deve ser provido de bancada com pia e uma pia de despejo, com acionamento por válvula de descarga e tubulação de 75mm |
| Quarto de plantão para funcionários | - | 2,00 | 12,00 | | |
| Banheiros anexo ao quarto de plantão | - | - | 2,30 | HF;HQ;ADE | As portas devem abrir pra fora do ambiente e as maçanetas das portas devem ser do tipo |
| Rouparia | - | - | - | - | constitui em um ambiente. Pode ser previsto um armário com 2 portas. |
| Depósito de material de limpeza | - | 1,00 | 4,15 | HF | |
| Depósito de equipamentos e materiais | - | - | 3,15 | | |
| Copa | - | 1,15 | 4,00 | HF | |
| Refeitório | - | | 12,00 | HF | |
| Área para guarda de macas e cadeiras de rodas | - | - | - | | |

Fonte: “Orientações para Elaboração de Projetos: Centros de Parto Normal (CPN); Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP); Adequação da Ambiência; Unidade Neonatal e Banco de Leite Humano”, Ministério da Saúde, 2013.

Figura 5 - Recomendações Centro de Parto Normal 5 quartos PPP

| Unidade / Ambiente | CENTRO DE PARTO NORMAL | | | Instalações | Observações dos Ambientes |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------|---------------|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Quantificação (mínima) | Dimensão (mínima) | Área (mínima) | | |
| AMBIENTES FINS | | | | | |
| Sala de Registro e recepção para acolhimento da parturiente e seu acompanhante | 1 | - | 12,00 | | Suficiente para o recebimento de uma maca e área para registro de paciente (mesa e prontários) |
| Sala de exames e admissão de parturientes | 1 | | 12,00 | HF; HQ | Deve ser provido de bancada com pia |
| Sanitário anexo à sala de exames | 1 | | 2,50 | HF, HQ | As portas devem abrir pra fora do ambiente e as maçanetas das portas devem ser do tipo alavanca ou similares |
| Quartos para pré-parto/parto/pós-parto – PPP (sem banheira) | 4 | 3,20 | 14,50 | HQ; HF; FO;EE | Sendo 10,5m ² para o leito e área de 4m ² para cuidados de RN. Com previsão de poltrona reclinável para acompanhante, berço e área para cuidados de RN com bancada e pia. |
| Quartos para pré-parto/parto/pós-parto – PPP (com banheira) | 1 | 3,20 | 19,30 | HQ; HF; FO;EE | Sendo 10,5m ² para o leito, área de 4m ² para cuidados de RN e 4,8m ² para instalação de banheira (com largura mínima de 0,90m e com altura máxima de 0,43m, no caso de utilização de banheira de hidromassagem, deve ser garantida a higienização da tubulação de recirculação da água. Quando isso não for possível o modo de hidromassagem não deve ser ativado). Com previsão de poltrona reclinável para acompanhante, berço e área para cuidados de RN com bancada e pia. |
| Banheiro anexo ao quarto PPP | 5 | 1,70 | 4,80 | HF, HQ,ADE | O Box para chuveiro deve ter dimensão mínima de 0,90x1,10m com instalação de barra de segurança. |
| Área para deambulação (interna e/ou externa) | 1 | | 30,00 | | A área para deambulação pode ser interna ou externa, preferencialmente coberta, a fim de ser utilizada em dias de chuva ou sol. |
| Posto de enfermagem | 1 | | 2,50 | HF, EE | |
| Sala de serviço | 1 | | 5,70 | HF, EE | |
| CENTRO DE PARTO NORMAL | | | | | |
| Unidade / Ambiente | Dimensionamento | | | Instalações | Observações dos Ambientes |
| | Quantificação (mínima) | Dimensão (mínima) | Área (mínima) | | |
| AMBIENTES DE APOIO (*) | | | | | |
| Sala de utilidades | - | 2,00 | 6,00 | HF;ADE | Deve ser provido de bancada com pia e uma pia de despejo, com acionamento por válvula de descarga e tubulação de 75mm |
| Quarto de plantão para funcionários | - | 2,00 | 12,00 | | |
| Banheiros anexo ao quarto de plantão | - | - | 2,30 | HF;HQ;ADE | As portas devem abrir pra fora do ambiente e as maçanetas das portas devem ser do tipo |
| Rouparia | - | - | - | - | Não necessariamente se constitui em um ambiente. Pode ser previsto um armário com 2 portas. |
| Depósito de material de limpeza | - | 1,00 | 4,15 | HF | |
| Depósito de equipamentos e materiais | - | - | 3,15 | | |
| Copa | - | 1,15 | 4,00 | HF | |
| Refeitório | - | - | 12,00 | HF | |
| Área para guarda de macas e cadeiras de rodas | - | - | - | | |

Fonte: “Orientações para Elaboração de Projetos: Centros de Parto Normal (CPN); Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP); Adequação da Ambiência; Unidade Neonatal e Banco de Leite Humano”, Ministério da Saúde, 2013.

Sobre os ambientes de parto, mais especificamente quarto PPP (pré parto, parto e pós parto) e banheiro, foco deste estudo, o documento orienta que os ambientes devem ser projetados a fim de oferecer à parturiente bem-estar e segurança, criando um ambiente familiar diferindo-o de uma sala cirúrgica, permitindo também a presença e a participação de acompanhante em todo o processo. Além disso, descreve as funções dos ambientes e áreas mínimas, bem como dá exemplo de uma planta ideal de CPN conforme Figura 7.

Quarto de Pré-parto, Parto e Pós-Parto (PPP)

Segundo o documento, o quarto PPP prevê atividades como assistir parturientes em trabalho de parto; assegurar condições para que acompanhantes assistam ao pré-parto, parto e pós-parto; prestar assistência de enfermagem ao RN envolvendo avaliação de vitalidade, identificação e higienização e realizar relatórios de enfermagem e registro de parto.

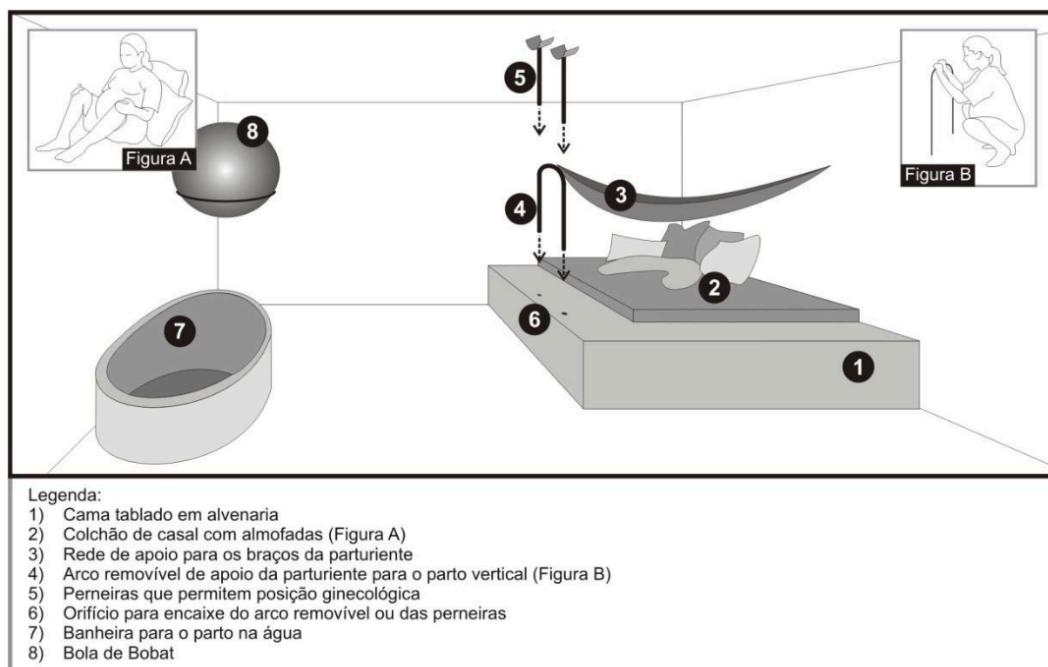
- a) quarto PPP sem banheira: o ambiente deve apresentar área mínima de 14,50m², sendo 10,5m² para o leito e área de 4m² para cuidados de RN, com dimensão mínima de 3,2m, previsão de poltrona para acompanhante, berço e área para cuidados de RN com bancada (com profundidade mínima de 0,45m x comprimento 1,40m x altura 0,85m) e pia, provido ponto de água fria e quente. A cama executada em alvenaria de 50 cm de altura e dimensão de 1,48 x 2,48 ou pode-se utilizar cama PPP. O quarto PPP é individual com banheiro exclusivo, a fim de garantir privacidade da parturiente e seu acompanhante.
- b) quarto PPP com banheira: o ambiente deve apresentar área mínima de 19,30m², sendo 10,5m² para o leito, área de 4m² para cuidados de RN e 4,8m² para instalação de banheira , com largura mínima de 0,90m e com altura máxima de 0,43m., a dimensão mínima do ambiente deve ser de com dimensão mínima de 3,2m . No caso de utilização de banheira de hidromassagem, deve ser garantida a higienização da tubulação de recirculação da água. Quando isso não for possível o modo de

hidromassagem não deve ser ativado, sendo para 1 leito, com previsão de poltrona para acompanhante, berço e área para cuidados de RN com bancada (com profundidade mínima de 0,45m x comprimento 1,40m x altura 0,85m) e pia, provido ponto de água fria e quente. A cama poderá ser executada em alvenaria de 50 cm de altura e dimensão de 1,48 x 2,48 ou pode-se utilizar cama PPP. O quarto PPP é individual com banheiro exclusivo, a fim de garantir privacidade da parturiente e seu acompanhante.

Banheiro

O banheiro deve ter área mínima de 4,8m², com dimensão mínima de 1,70m. O Box para chuveiro deve ter dimensão mínima de 0,90x1,0m com instalação de barra de segurança.

Figura 6 - Exemplo de disposição layout e objetos e móveis para quarto PPP com banheira.



Fonte: Orientações para Área Técnica de Saúde da Mulher da Rede Cegonha, Ministério da Saúde (2013).

Figura 7 - Planta de referência de um Centro de Parto Normal (CPN)



Fonte: Orientações para Área Técnica de Saúde da Mulher da Rede Cegonha, Ministério da Saúde (2013).

2.3.5 Centro de Parto Normal (CPN), Ministério da Saúde do Brasil (2015)

Os ambientes de parto considerados neste estudo englobam, os dos Centro de Parto Normal (CPN), que são unidades de saúde destinadas à assistência ao parto de risco habitual, referenciados ou pertencentes a um hospital, sendo localizado nas suas dependências internas ou externas. São independentes do centro cirúrgico obstétrico, realizam o atendimento humanizado, exclusivamente ao parto natural e normal. A legislação referente à implantação e estrutura física dos Centros de Parto Normal foi redefinida em janeiro de 2015, através da Portaria nº 11 do MS, que estabeleceu definições para alojamento conjunto, a atenção humanizada, a gestação de baixo risco, o parto normal e o quarto PPP - pré-parto, parto e puerpério. A Portaria estabelece ainda três classificações/tipologias para os CPNs, basicamente diferenciadas por serem internos (intra-hospitalares) ou externos (peri-hospitalares) a algum hospital e pelo tempo de permanência das mães e seus bebês nos quartos PPP. (BRASIL, 2015).

São unidades planejadas e compostas de elementos afim de permitir às mulheres que seu trabalho de parto seja ativo e participativo, com a utilização de práticas que o diferenciam da prática obstétrica tradicional das últimas décadas, e seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde de 1996 (MACHADO E PRAÇA, 2006).

2.3.6 Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal Ministério da Saúde do Brasil (2017)

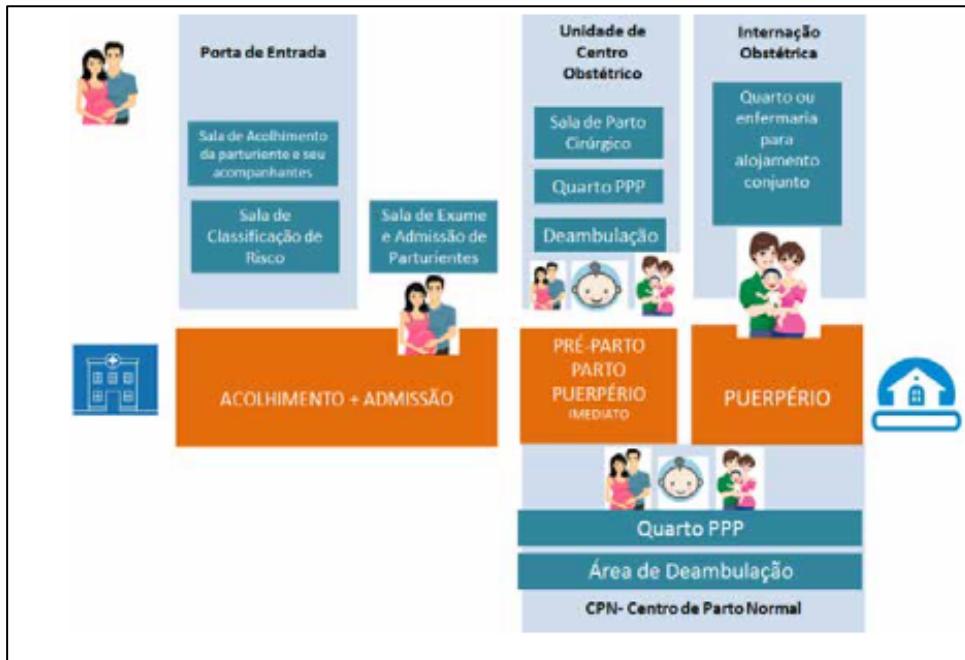
O documento prevê algumas recomendações ao Local de assistência ao parto, mais relativos a informações para a gestante sobre os possíveis locais de parto (domicílio, Centro de Parto Normal extra, peri ou intra hospitalar, maternidade). Não trás muitas recomendações sobre o ambiente construído. Informa que é de direito da mulher receber informações sobre o local de parto relativas a acesso a métodos de alívio da dor, incluindo os não farmacológicos como banheira e chuveiro, conforme disposto no ítem 6.1 do documento.

2.3.7 Orientações para Projetos Arquitetônicos do Ministério da Saúde (2018)

Este documento apresenta orientações para Ambientes de Parto, elaborados pela Rede Cegonha, definindo conceitos sobre os diversos tipos de Centro de Parto, e suas diretrizes e recomendações de projeto, como áreas mínimas, previsão de móveis e objetos de parto, e infraestruturas elétricas e hidráulicas. Além disso, recomenda que o ambiente deve ser projetado a fim de proporcionar parturiente segurança e bem-estar, criando ambiente familiar, diferindo-o de uma sala cirúrgica, permitindo também a presença e a participação de acompanhante em todo o processo.

O documento se mostra como uma atualização das Orientações divulgadas em 2013. Uma nova consideração apresentada é sobre os Fluxos, no qual incentiva que os projetistas se atentem para o fluxo das gestantes, o percurso que faz como mostra a Figura 8.

Figura 8 - Orientação para Fluxo da parturiente



Fonte: Orientações para Projetos Arquitetônicos, Ministério da Saúde, 2018.

2.3.8 Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI) (2022)

Mais recentemente, no começo do ano de 2022, o Ministério da Saúde deu início a implementação do RAMI, que consiste em garantir:

“I - à mulher o direito ao planejamento familiar, ao acolhimento e ao acesso ao cuidado seguro, de qualidade e humanizado, no pré-natal, na gravidez, na perda gestacional, no parto e no puerpério; e

II - ao recém-nascido e à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável.” (Ministério da Saúde, 2022)

O documento disposto na Portaria GM/MS Nº 715, DE 4 DE ABRIL DE 2022 dispõe de várias diretrizes gerais sobre os direitos da mulher e recém-nascido. Quanto aos ambientes de parto, dispõe-se no Parágrafo único. São ações estratégicas do Componente III - AH:

- “a) manutenção de leitos obstétricos suficientes de acordo com as necessidades e referências regionais;*
- c) estruturação da ambiência das maternidades, conforme medidas sanitárias previstas na Resolução da Diretoria Colegiada da*

Anvisa - RDC nº 36, de 3 de junho de 2008, ou outra que venha a substituí-la;

d) ambiência adequada à permanência de um acompanhante para a gestante, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, bem como para o recém-nascido, conforme a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005;”

Além disso, prevê planos de ação para monitoramento, avaliação para adequar os ambientes de acordo com a demanda.

2.4 EXPERIÊNCIA POSITIVA E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

2.4.1 Experiência positiva durante o parto

Uma experiência positiva, segundo a Organização Mundial da Saúde no documento Recomendações da OMS sobre cuidados Pré-Natais para uma experiência positiva de gravidez (2016):

“(...) é definida como manter a normalidade física e sociocultural, manter uma gravidez saudável para a mãe e o bebê (incluindo prevenção ou tratamento de riscos, doenças e morte), ter uma transição eficaz para trabalho de parto e nascimento positivos e alcançar uma maternidade positiva (incluindo materna auto-estima, competência e autonomia).”

2.4.2 Satisfação do usuário

Buscou-se na teoria definições para a compreensão de satisfação do usuário, paciente. São várias as abordagens encontradas. Aqui é apresentado as que se revelam mais conectadas ao tema em questão e relacionadas a Ergonomia e Fatores Humanos.

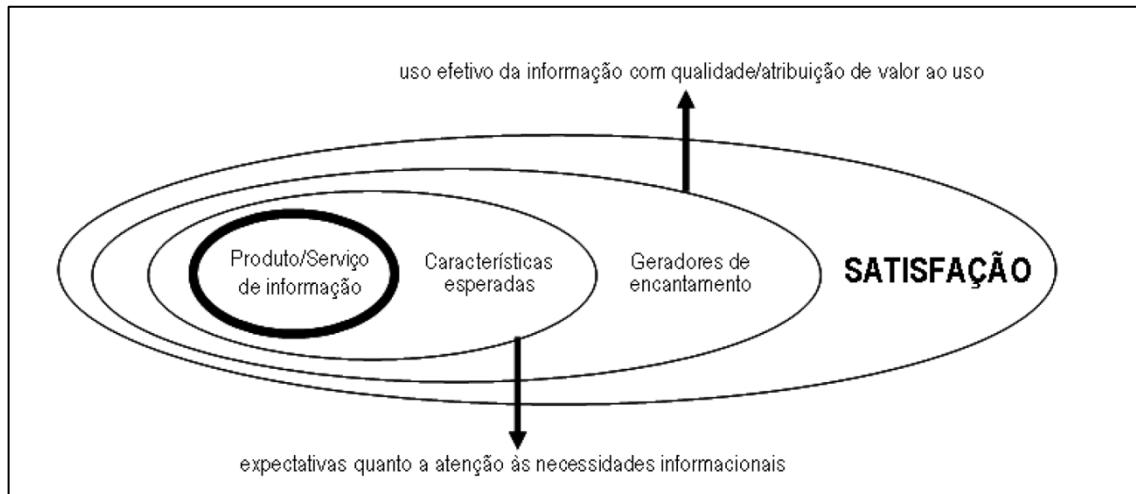
Dentro da Usabilidade, uma das disciplinas interessada em satisfação do usuário, Rubin e Chisnel (2008) descrevem que a satisfação se refere as percepções, sentimentos, opiniões sobre o produto ou serviço, do usuário, normalmente capturadas através de questionários oral e escrito. É comum pedir

aos usuários para ratear o produto ou serviço, o que quase sempre revela causas e razões para problemas.

Pascoe (1983) descreve que a satisfação em relação a um serviço, é uma avaliação pessoal do serviço recebido, com base em padrões subjetivos cognitivos e afetivos e é estabelecida pela comparação entre critérios subjetivos do usuário e a experiência vivenciada. Esses critérios incluem a combinação de alguns elementos: uma noção de serviço merecido, um ideal de serviço, uma média de experiências passadas em situações de serviços similares e um nível subjetivo mínimo da qualidade de serviços a alcançar para ser aceitável.

Na área de administração e economia, encontrou-se a definição de Oliver (1996), Figura 9, denominado de Modelo de Atributos de Produtos/Serviços, conforme o esquema , na qual a definição de satisfação se dá quanto ao uso da informação em atenção às necessidades dos indivíduos.

Figura 9- Modelo de Atributos de Produtos/Serviços aplicado à Satisfação no uso da informação



Fonte: Adaptado de OLIVER, 1996.

Segundo Esperidião (2006) os enfoques teóricos encontrados para a compreensão da satisfação de usuários são predominantemente abordagens do marketing e psicologia social. Essas teorias são centradas nos usuários, focando em aspectos psicológicos como crenças, expectativas e percepções.

As teorias sobre satisfação do usuário tem suas bases em referenciais teóricos do marketing e da psicologia social, e nem sempre são reproduzíveis no campo da saúde, no qual a satisfação expressa pelo paciente não depende

apenas da boa qualidade do cuidado, e a “insatisfação” pode se manifestar somente em desfechos negativos. (SAVASSI, 2010)

O que percebe-se com está pesquisa é que o conceito é atualmente discutido e revisto, sendo a satisfação do usuário um tema complexo, por vezes relacionado a qualidade do serviço e produto, outras com foco na experiência do usuário. Nota-se que para avaliar a satisfação do usuário é preciso estar claro o que de fato se pretende entender. Parece ser um sistema inter-relacionado: produto ou serviço – experiência do usuário – qualidade do produto/serviço.

A partir do que foi exposto na fundamentação teórica, direciona-se as pesquisas para avaliar e verificar a influência do ambiente de parto diante do grau de satisfação da parturiente em relação a sua experiência de parto, diante do medo do parto (ansiedade e dor). O capítulo a seguir caracteriza o estudo, delimita a população, descreve os procedimentos e instrumentos escolhidos para a pesquisa.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Este capítulo apresenta a caracterização da pesquisa e descreve os seus procedimentos metodológicos para propor recomendações que visem contribuir para a expansão do conhecimento da Ergonomia e Psicologia Ambiental, e suas relações, bem como estimular a formulação de projetos de ambientes de parto centrados na parturiente, com o intuito de oferecer espaços mais agradáveis, confortáveis, seguros, e privativos, que propiciem qualidade na experiência, e contribuam para o estímulo ao parto natural e normal através do bem estar da parturiente no momento do trabalho de parto e o parto.

Para Günther, Elali e Pinheiro (2008), por conta da multiplicidade de campos de conhecimento englobados nos estudos pessoa-ambiente, nesse tipo de pesquisa o modo de se coletar e analisar dados costuma mesclar métodos e técnicas provenientes de áreas distintas das ciências. Por isso, utilizou-se nesta pesquisa métodos centrados na pessoa, neste caso a parturiente, bem como no ambiente, com foco nos quartos de parto PPP e banheiros. A combinação desses dois focos, permite estudar as relações bidirecionais, e verificar a influência de um no outro.

3.1 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos — CEPSH/UDESC, conforme Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012/CNS/MS/CONEP, sob parecer consubstanciado do CEPSH no 5.398.947, CAAE no 53747721.3.0000.0118, e pelos comitês de ética das outras instituições envolvidas com os pareceres 5.479.262 e 5.480.640.

Para as etapas realizadas no processo de coleta de dados, cada sujeito da pesquisa foi submetido ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual as voluntárias consentiram a pesquisadora a utilizar os dados fornecidos para a pesquisa, respeitando a confidencialidade.

3.2 POPULAÇÃO

As participantes da pesquisa foram mulheres ex-parturientes, que passaram pela experiência de parto natural ou normal, recrutadas através de um grupo de gestantes de livre acesso de Florianópolis/SC. Os critérios de inclusão e exclusão são mulheres ex-parturientes, acima de 18 anos, que passaram pela experiência de parto natural e normal nos últimos 2 anos.

3.3 PROCEDIMENTOS

Na fase de levantamento dos dados foram realizadas duas etapas conforme a Tabela 2.

Tabela 2 – Etapas, técnicas e dimensões aplicadas na Metodologia aplicada

| Etapa | Técnica | Dimensão | |
|--------------|---------------------------------------------------|-----------------|-------------|
| | | Ambiente Físico | Parturiente |
| 1 | Questionário <i>online</i> | x | x |
| 2 | Medições físicas (ruído, temperatura, iluminação) | x | |
| | Observação direta do ambiente construído | x | |
| | Consulta das Plantas Baixas | x | |
| | Registro Fotográfico | x | |

Fonte: elaborado pela autora, 2022.

A primeira um questionário, formulado com base em instrumentos que foram utilizados em pesquisas com objetivos similares. O questionário foi dividido em 3 blocos conforme a Tabela 3:

Tabela 3 - Descrição do Questionário aplicado

| | Bloco | Descrição | Objetivo |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Etapa 1 Questionário <i>online</i> | 1 | <ul style="list-style-type: none"> • dados sócio demográficos • informações sobre o histórico ex-parturiente sobre gravidez e parto • medo da dor e ansiedade na gravidez e parto^I | Conhecer sobre a parturiente participante |
| | 2 | <ul style="list-style-type: none"> • percepções ambientais^{II} | Compreender, a partir da perspectiva do paciente, suas percepções sobre o ambiente de parto |
| | 3 | <ul style="list-style-type: none"> • grau de satisfação em relação à experiência de parto e ambiente de parto | Verificar os aspectos físicos e subjetivos que interferem na satisfação e experiência de parto |
| I. baseado no Questionário Wijma Delivery Expectance / Experience Questionnaire (W-DEQ) versão B apresentado no ítem 3.4.1.2.1 | | | |
| II. baseada na Escala de Avaliação Ambiental apresentado no ítem 3.4.1.4.1 | | | |

Fonte: elaborado pela autora, 2022.

Os questionários foram aplicados individualmente de forma remota, pelo *Google Forms*, respeitando as recomendações de isolamento social diante da Pandemia de COVID-19. O convite foi feito através de Grupo de Gestantes do ano de 2021 e 2022 por meio de grupos de *Whatsapp*, no qual as ex-parturientes foram convidadas a participar de forma voluntária.

As informações coletadas foram salvas em um dispositivo eletrônico local e foram armazenadas em um HD externo particular da pesquisadora, e tratadas com o sigilo e confidencialidade das informações das participantes e dos ambientes.

A segunda etapa foi a visita e observação direta do ambiente construído, medições de variáveis de conforto ambiental, consulta a plantas arquitetônicas e registro fotográfico. Para a comparação e levantamento dos ambiente físicos, foram analisados os ambientes de parto de duas maternidades/hospitais de Florianópolis/SC.

3.4 INSTRUMENTOS

Buscou-se para esta pesquisa uma abordagem multimétodo que possibilite que as limitações de uma técnica possam ser compensadas pelas vantagens de outra, tendo-se em vista que investigar a percepção humana é um fator complexo.

A seguir, serão apresentados diversos métodos que auxiliaram a compor o questionário utilizado por esta pesquisa, de acordo com suas fases.

3.4.1 Questionário

Para esta pesquisa, elaborou-se um questionário (Anexo 1) composto de três fases descritas anteriormente, que englobam as diversas áreas de estudo que compõe a complexidade do tema discutido.

3.4.1.1 *Questionário sócio-demográfico*

Para avaliar estatisticamente, e definir a amostra dentro dos critérios e variáveis desta pesquisa, pretende-se aplicar o questionário sócio-demográfico.

3.4.1.2 *Questionários sobre a percepção e experiência de parto relacionados ao medo da dor, ansiedade e medo do parto*

O protocolo de investigação e avaliação do medo da dor, ansiedade e medo do parto foi constituído para a presente pesquisa pela autora, baseado nos instrumentos a seguir.

3.4.1.2.1 Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) ou Questionário sobre o Medo Percebido do Parto (QMPP) (W-DEQ)

O método Wijma Delivery Expectance / Experience Questionnaire (W-DEQ) foi desenvolvido por Klaas e Barbro Wijma a fim de medir o medo do parto vivenciado pelas mulheres durante a gravidez, antes (versão A) e depois (versão B) do parto. É uma escala do tipo *Likert* de seis pontos e composta por 33 itens. As mulheres são instruídas para avaliar seus sentimentos e cognições pessoais. As respostas dadas aos itens da escala são pontuadas de 0 a 5, no qual 0 se refere a "extremamente" e 5 se refere a "nada". As pontuações mínimas e máximas possíveis de serem obtidas na escala são 0 e 165, respectivamente. À medida que a pontuação aumenta, também aumenta o medo do parto experimentado pelas mulheres (WIJMA et al., 1998).

Esta escala da versão A já existe traduzida e validada em Portugal, conforme apresentado por Loureiro (2013). Porém ainda não foi encontrada a validação no Brasil. A versão B foi traduzida pela autora conforme a Figura 10.

Figura 10 - Tradução do Questionário Wijma Delivery Expectance / Experience Questionnaire (W-DEQ) versão B

| <u>II – Questionário sobre o Medo do Parto (baseado no W-DEQ versão B) traduzido pela autora</u> | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| INSTRUÇÕES | | | | | | |
| Este questionário é sobre sentimentos e pensamentos que as mulheres possam ter perante a perspectiva do trabalho de parto e do parto. | | | | | | |
| As respostas de cada questão aparecem como uma escala de 0 a 5. As respostas extremas (0 e 5 respetivamente) correspondem aos extremos opostos de um certo sentimento ou pensamento. | | | | | | |
| Por favor preencha cada questão desenhando um círculo à volta do número que representa a resposta que melhor corresponde a como agora pensa sobre o seu trabalho de parto e parto foram. | | | | | | |
| Por favor responda como pensa agora sobre seu trabalho de parto e parto aconteceu – não da forma como gostaria que tivesse sido. | | | | | | |
| I - De uma forma geral, como pensa que foi o seu trabalho de parto e parto? | | | | | | |
| 1. Extremamente fantástico | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 Extremamente assustador | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| II - De uma forma geral, como se sentiu durante o trabalho de parto e parto? | | | | | | |
| 3. Extremamente só | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Extremamente forte | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Extremamente confiante | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Extremamente amedrontada | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Extremamente isolada | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Extremamente fraca | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Extremamente segura | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Independente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Extremamente desolada | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Extremamente tensa | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Extremamente contente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Extremamente orgulhosa | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Extremamente abandonada | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Extremamente calma e serena | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Extremamente relaxada | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Extremamente feliz | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| III - O que você sentiu durante o trabalho de parto e parto? | | | | | | |
| 19. Extremo pânico | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nenhum pânico | | | | | | |

| | | |
|-------------------------------------|-------------|--------------------------------|
| 20. Extrema falta de esperança | 0 1 2 3 4 5 | Nenhuma falta de esperança |
| 21. Extremo desejo de ter a criança | 0 1 2 3 4 5 | Nenhum desejo de ter a criança |
| 22. Extrema autoconfiança | 0 1 2 3 4 5 | Nenhuma autoconfiança |
| 23. Muita confiança nos outros | 0 1 2 3 4 5 | Nenhuma confiança nos outros |
| 24. Extrema dor | 0 1 2 3 4 5 | Nenhuma dor |

IV O que aconteceu quando o trabalho de parto foi mais intenso?

| | | |
|--------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------|
| 25. Comportar-me-ei Extremamente mal | 0 1 2 3 4 5 | Não me comportarei nada mal |
| 26. Permitirei que o meu corpo assuma o controle total | 0 1 2 3 4 5 | Não permitirei que o meu corpo assuma o controle |
| 27. Perderei totalmente o controle de mim mesma | 0 1 2 3 4 5 | Não perderei todo o controle de mim mesma |

V Como foi o momento exato do parto?

| | | |
|-----------------------------------|-------------|-----------------------|
| 28. Extremamente agradável | 0 1 2 3 4 5 | Nada agradável |
| 29. Extremamente natural | 0 1 2 3 4 5 | Nada natural |
| 30. Extremamente como deveria ser | 0 1 2 3 4 5 | Nada como deveria ser |
| 31. Extremamente perigoso | 0 1 2 3 4 5 | Nada perigoso |

VI Durante o trabalho de parto e parto, você imaginou...

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------|
| 32. ...que o seu bebê iria morrer durante o trabalho de parto ou parto? | | |
| Nunca | 0 1 2 3 4 5 | Muito frequentemente |
| 33. ...que o seu bebê iria ficar ferido durante o trabalho de parto ou parto? | | |
| Nunca | 0 1 2 3 4 5 | Muito frequentemente |

Agora poderia, por favor, verificar se não esqueceu de responder a nenhuma questão?
Obrigada.

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

3.4.1.3 Questionários sobre Satisfação do usuário

Verifica-se pela busca sistemática realizada para esta pesquisa e apresentada na fundamentação teórica, que existem diversos instrumentos para avaliação da satisfação do usuário, porém ou são muito focados na temática, ou muito generalistas. Propõe-se desenvolver um novo questionário utilizando escalas baseadas nas ferramentas apresentadas na fundamentação teórica: Escala de Percepção do Usuário ou “Perception of Change Scale” (EMP) e Questionário de Atendimento ao Cliente (CSQ-8) ou “Client satisfaction questionnaire-8”. As escalas aqui apresentadas somente embasam o

questionário elaborado para a presente pesquisa, e não serão aplicados na íntegra com as participantes.

3.4.1.3.1 Métodos de avaliação e medição escala de avaliação da satisfação dos usuários com os serviços de saúde

Após a revisão literária identifica-se alguns instrumentos como possíveis de serem usados para esta pesquisa, mesmo como embasamento para o desenvolvimento de novas escalas, como as apresentadas a seguir.

3.4.1.3.2 Escala de Percepção do Usuário ou “Perception of Change Scale” (EMP) ou Escala de Mudança Percebida

A Escala de Percepção do Usuário (EMP) consiste em 19 itens que avaliam a percepção do paciente sobre as mudanças na vida resultadas do tratamento recebido. As opções de resposta são dispostas em escalas Likert de 3 pontos nos quais: 1 indica pior do que antes; 2 sem alteração; e 3 melhores do que antes. Dos 19 itens da escala, um item avalia como o paciente percebe os resultados do tratamento recebido de forma geral. Os itens restantes avaliam mudanças percebidas em várias dimensões da vida do paciente, de acordo com questões físicas, psicológicas e sociais. O EMP foi traduzido e validado para o português brasileiro e apresentou desempenho psicométrico adequado. (BANDEIRA et. al, 2011)

3.4.1.3.3 Questionário de Satisfação do Serviço (CSQ-8) ou “Client satisfaction questionnaire-8”

O Questionário de Satisfação do Serviço (CSQ-8) (Client satisfaction questionnaire-8) é uma ferramenta genérica para avaliar a satisfação com o serviço de saúde, sendo um questionário unidimensional que avalia a satisfação com o serviço prestado e não necessariamente mede o resultado do tratamento. As oito questões são pontuadas de 1 a 4, com pontuação máxima total de 32 (GOHIL, 2016), conforme

Figura 11 e tradução na Figura 12.

Figura 11 - Client Service Questionnaire - CSQ-8

| Table 2 Client Service Questionnaire (CSQ-8) | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Question | Responses | | | |
| 1. How would you rate the quality of service you received? | 4 Excellent | 3 Good | 2 Fair | 1 Poor |
| 2. Did you get the kind of service you wanted? | 1 No, definitely not | 2 No, not really | 3 Yes, generally | 4 Yes, definitely |
| 3. To what extent has our program met your needs? | 4 Almost all of my needs have been met | 3 Most of my needs have been met | 2 Only a few of my needs have been met | 1 None of my needs have been met |
| 4. If a friend were in need of similar help, would you recommend our program to him or her? | 1 No, definitely not | 2 No, not really | 3 Yes, generally | 4 Yes, definitely |
| 5. How satisfied are you with the amount of help you have received? | 1 Quite dissatisfied | 2 Indifferent or mildly dissatisfied | 3 Mostly satisfied | 4 Very satisfied |
| 6. Have the services you received helped you to deal more effectively with your problems? | 4 Yes, they helped a great deal | 3 Yes, they helped somewhat | 2 No, they really did not help | 1 No, they seemed to make things worse |
| 7. In an overall, general sense, how satisfied are you with the service you have received? | 4 Very satisfied | 3 Mostly satisfied | 2 Indifferent or mildly dissatisfied | 1 Quite dissatisfied |
| 8. If you were to seek help again, would you come back to our program? | 1 No, definitely not | 2 No, I don't think so | 3 Yes, I think so | 4 Yes, definitely |
| Any comments or suggestions? | | | | |

Fonte: (GOHIL, 2016)

Figura 12 - Tradução do Client Satisfaction Questionnaire 8 (QSQ-8),
Questionário de Satisfação do Cliente 8

| QUESTÃO | RESPOSTAS | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 1 – Como você classifica a qualidade do serviço recebido? | 4 Excelente | 3 Bom | 2 Justo | 1 Fraco |
| 2- Você recebeu o tipo de serviço esperado? | 1 Não, definitivamente não | 2 Não, na verdade não | 3 Sim, em geral | 4 Sim, definitivamente |
| 3- Em que medida nosso programa atendeu às suas necessidades? | 4 Quase todas as minhas necessidades foram atendidas | 3 Algumas das minhas necessidades foram atendidas | 2 Poucas das minhas necessidades foram atendidas | 1 Nenhuma das minhas necessidades foram atendidas |
| 4- Se um amigo precisasse de ajuda semelhante, você recomendaria nosso programa a ele? | 1 Não, definitivamente não | 2 Não, na verdade não | 3 Sim, em geral | 4 Sim, definitivamente |
| 5- Quão satisfeito você está com a quantidade de ajuda recebida? | 1 Um tanto insatisfeito | 2 Indiferente ou um pouco insatisfeito | 3 Na maioria satisfeito | 4 Bastante satisfeito |
| 6- Os serviços que você recebeu o ajudaram a lidar de forma mais eficaz com seus problemas? | 4 Sim, eles ajudaram muito | 3 Sim, eles ajudaram de alguma forma | 2 Não, eles não ajudaram | 1 Não, parece que eles até pioraram |
| 7- De uma maneira geral, quão satisfeito você está com o serviço que recebeu? | 4 Bastante satisfeito | 3 Na maioria satisfeito | 2 Indiferente ou um pouco insatisfeito | 1 Um tanto insatisfeito |
| 8- Se você estivesse doente e precisasse de ajuda novamente, você voltaria ao programa? | 1 Não, definitivamente não | 2 Não, acredito que não | 3 Sim, acredito que sim | 4 Sim, definitivamente |
| *Algum comentário ou sugestão? | | | | |

Fonte: elaborado pela autora (2021).

3.4.1.3.4 The Birth Satisfaction Scale-Revised Indicator (BSS-RI) ou Escala de Satisfação do Nascimento

A Birth Satisfaction Scale (BSS) ou Escala de Satisfação do Nascimento, é um questionário de autoavaliação, visando medir a satisfação com o trabalho de parto e nascimento. A escala original, com 30 itens, foi desenvolvida a partir de uma avaliação temática da literatura de pesquisa, seguida pelo desenvolvimento de um formulário com 10 itens, de forma abreviada com base em um rigor psicométrico. Ambas as formas são multidimensionais e têm sido usados em um contexto internacional, com validação para uso nos EUA. O BSS-R foi recentemente recomendado como o instrumento de escolha para uso global para avaliar a experiência da mulher no nascimento. (MARTIN, 2017)

Atualmente, essa escala ainda não possui tradução oficial para o português e validação no Brasil, porém está em processo de tradução e validação (FAPESP). Neste trabalho, utilizou-se a tradução feita pela autora.

3.4.1.4 Questionários sobre a percepção, experiência e significado ambiental

3.4.1.4.1 Escala de Avaliação Ambiental (EAA)

No presente estudo, foi utilizada como questão fechada a Escala de Avaliação Ambiental (EAA) como proposto por Lohr e Pearson-Mims (2000) (Figura 13), que propõe investigar o modo como o usuário percebe o ambiente em questão. A EAA foi elaborada e testada por Lohr e Pearson-Mims e consiste de 17 pares de palavras ou expressões que qualificam ambientes. Cada uma das expressões ou palavras indicadas nos extremos de escalas de diferencial semântico de cinco pontos conforme. Todos os pares de palavras propostos por Lohr e Pearson-Mims foram utilizados, no presente estudo, porém sentiu-se a necessidade de adequar a escala para 0 a 10.

Figura 13 - Tradução Escala de Avaliação Ambiental (EAA) proposto por Lohr e Pearson-Mims (2000) disponível em Felippe (2014)

| | | | | | | |
|----------------|----|----|---|---|---|----------------|
| Intimidador | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Acolhedor |
| Descuidado | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Cuidado |
| Simples | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Decorado |
| Assustador | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Tranquilizador |
| Desordenado | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Ordenado |
| Triste | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Alegre |
| Feio | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Belo |
| Não atraente | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Atraente |
| Agitado | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Relaxante |
| Desconfortável | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Confortável |
| Inseguro | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Seguro |
| Ar Pesado | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Ar Fresco |
| Barulhento | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Silencioso |
| Escuro | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Iluminado |
| Estreito | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Espaçoso |
| Monótono | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Vivaz |
| Frio | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Quente |

Fonte: elaborado pela autora, 2022.

3.4.1.4.2 AEDET (Achieving Excellence Design Evaluation Toolkit)

O sistema AEDET foi desenvolvido no ano de 2002, para o Ministério da Saúde da Inglaterra, com o objetivo de aplicar e avaliar edificações de atenção à saúde no país. O sistema surgiu com a proposta de avaliar e verificar a qualidade do espaço especificamente em relação à função e técnica. É um instrumento de avaliação que considera a funcionalidade, a técnica e a percepção do espaço, utilizado para avaliações que envolvem processos de melhoria contínua e que necessitam de certificações. O AEDET foi traduzido e adaptado em sua versão brasileira, através da dissertação de mestrado do arquiteto Augusto Guelli, especialista em arquitetura para ambientes de saúde (GUELLI, 2006).

Os formulários são divididos em três categorias principais: percepção (impacto), funcionalidade e técnica. Estas três categorias subdividem-se num total de dez aspectos, em que são feitas várias questões e estabelecidas notas de forma subjetiva ou objetiva. Nas três categorias e nos respectivos aspectos, são avaliados os atributos do espaço físico, considerados parte integrante na conquista da excelência. O questionário aprofunda cada um dos aspectos

abrindo de três a doze itens para cada um deles para que o avaliador atribua uma pontuação entre 1 a 10, onde 1 equivale a muito ruim/discorda e 10 a excelente/concorda. A pontuação final de cada um dos aspectos é resultado da média aritmética das pontuações dos itens avaliados. (SILVA, 2019)

3.4.1.4.3 ASPECT (A Staff and Patient Environment Calibration Toolkit)

O ASPECT (A Staff and Patient Environment Calibration Toolkit surge no ano de 2008, como um complemento do AEDET, com o objetivo de avaliar os aspectos relativos à ambiência dos espaços destinados ao tratamento da saúde. Contempla a forma como o ambiente de saúde pode influenciar os níveis de satisfação demonstrados pelos pacientes e seus acompanhantes, pela equipe, além de considerar os resultados de saúde dos pacientes e o desempenho de funcionários, avaliando aspectos como: a noção de privacidade e dignidade, a visão do acompanhante, o acesso à visão/contemplação do exterior dos ambientes (vistas externas), a avaliação dos aspectos relativos ao acesso à natureza no interior e exterior da edificação, o conforto encontrado e o controle passível de ser exercido nos ambientes, a legibilidade/entendimento do lugar, a aparência interior, as instalações existentes e os aspectos relativos ao conforto dos funcionários. A pontuação é dada através de uma contagem numérica (entre 1 e 6) em uma planilha do Excel previamente formatada que calcula a média das respostas para cada uma das criando o Perfil da Avaliação. (SILVA, 2019)

3.4.1.4.4 MAVQAHM (Método de Avaliação de Qualidade e Humanização para Maternidades)

Baseado no método AEDET, Cotrim (2019) propôs MAVQAHM (Método de Avaliação de Qualidade e Humanização para Maternidades, com o objetivo de fornecer uma análise específica para maternidades. Possui uma divisão em 3 grupos – Funcionalidade, Humanização, Padrão de Construção e caráter ambiental, sendo o objetivo do grupo 1 analisar as deficiências e qualidades relativas a funcionalidade da maternidade; do grupo 2 analisar as influências do caráter e da inovação do edifício em seus usuários, avaliando a satisfação e a

percepção dos usuários sobre o interior da maternidade, bem como sobre a integração urbana e social do edifício; e do grupo 3 analisar e qualificar os quesitos relativos a construção e a sustentabilidade, analisando para tanto o desempenho da edificação, e também os sistemas e o controle da segurança.

3.4.2 Observação direta do ambiente construído, consulta a plantas arquitetônicas e registro fotográfico

Para o estudo dos atributos físicos dos ambientes de parto realizou-se visitas à hospitais/maternidade, registros fotográficos, medições e consulta às plantas arquitetônicas disponibilizadas pelas maternidades/hospitais. As informações recolhidas foram anotadas em planilhas, e identificadas através de letras, afim de não revelar as instituições. Nas imagens realizadas dos ambientes construídos das maternidades cuidou-se para que pacientes, profissionais e identificações não aparecessem.

3.4.3 Medições das variáveis de conforto ambiental: iluminância, ruídos e temperatura

Para a coleta de dados foram utilizados equipamentos específicos para cada medição: para a medição da iluminância, foi utilizado o Luxímetro Digital MLM-1020 Minipa, com escala Lux; na aferência da temperatura, o Relógio Térmo-Higrômetro Minipa foi utilizado, com escala Graus Celsius; e para a conferencia dos ruídos, foi utilizado o Decibelímetro Digital MSK-1310 Minipa, com escala dBA (para ruídos médios). A medição nos ambientes precisava ser ligeira, visto que o uso é frequente dos espaços. Para isso fixou-se a altura de 75 cm, e com uma prancheta e os equipamentos apoiados nela, as medições foram realizadas. Cada ambiente foi avaliado anteriormente e no momento da visita de acordo com a dimensão e *layout*. Alguns ambientes, um ponto central somente foi suficiente, outros mais pontos foram medidos, conforme as orientações dispostas nos manuais da ABNT NBR 10.152 (2017), NBR 15.215 (2005). Os dados foram inseridos em tabelas, separados por ambientes.

Figura 14 - equipamentos utilizados na coleta de dados *in loco*



Fonte: autora, 2022

4 RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados da pesquisa sobre cada uma das etapas: aplicação do questionário *online* para verificação da experiência e satisfação da ex-parturiente em relação ao parto e ambientes de parto, e análise dos ambientes de parto de duas maternidades. Os resultados das medições de iluminação, ruídos sonoros e temperatura dos ambientes construídos mostrados aqui são os valores instantâneos, do dia em que foram realizadas as coletas.

4.1 RESULTADOS DA EXPERIÊNCIA DE GRAVIDEZ E PARTO, E GRAU DE SATISFAÇÃO NO PARTO

O questionário para avaliar o grau de satisfação e experiência de parto foi aplicado nos meses de Julho e Julho de 2022 através do envio de *link* para acesso online ao questionário após contato inicial por aplicativo de mensagem instantânea no qual tanto a pesquisadora quanto a pesquisa foram apresentados por meio de um vídeo link: <https://youtu.be/voRs-zsKCPw>

4.1.1 Caracterização geral da amostra (ex-parturientes)

O estudo foi realizado com uma amostra de 18 ex-parturientes, contactadas a partir de grupo de gestantes, atingindo mais de 100 gestantes. Em relação a idade, a maioria das participantes 61,2% tem idade entre 32 e 38 anos. A idade mínima foi de 18 anos e a máxima 39 anos. Quanto à escolaridade máxima, 61,1% das mulheres tem ensino superior, seguida de 16,7% com mestrado, 11,1% doutorado e 11,1% ensino médio.

Em relação aos tipos de partos 77,7% dos partos foram normal (vaginal) e 22,2% cesariana. Os partos da amostra ocorreram em seis ambientes diferentes conforme Tabela 4.

Tabela 4 - partos por local de parto.

| Local de parto | Quantidade de partos por maternidade | Localidade |
|-----------------|-----------------------------------------|---------------------------------|
| Maternidade A | 50,0% | Grande Florianópolis |
| Maternidade B | 11,1% | |
| Maternidade C | 11,1% | |
| Maternidade D | 16,7% | |
| Maternidade E | 5,6% | Fora da Grande Florianópolis |
| Casa particular | 5,6% | Florianópolis |

Fonte: elaborado pela autora, 2022.

4.1.2 Estado de saúde físico e mental: avaliação do medo da dor e ansiedade, e preparo pré-parto

Também foram abordados itens relativos ao estado de saúde física e mental das participantes, que serviram de paralelo para investigação das influências que podem interferir no estado mental, consequentemente, na experiência e satisfação.

Baseado no método do Questionário sobre o Medo Percebido do Parto, apresentado no ítem 3.4.1.2.1, buscou-se investigar sobre as alterações emocionais durante o trabalho de parto que poderiam influenciar no Medo da dor e do parto. Segundo os dados coletados, elaborou-se a tabela apresentada na Figura 15.

Figura 15 – Escalas das Emoções das parturientes na investigação do Medo da dor no Parto

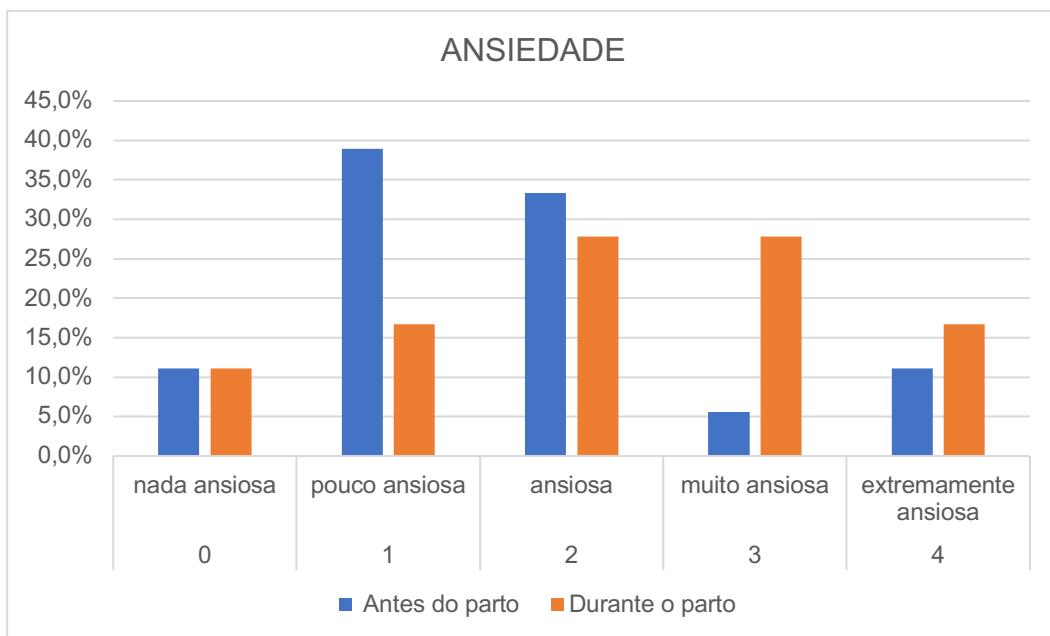
| LEGENDA | FORTE | AMEDRONTADA | SEGURA | TENSA | CONTENTE | CALMA | RELAXADA | FELIZ |
|----------------|-------|-------------|--------|-------|----------|-------|----------|-------|
| 0 nada | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1 pouco | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 3 bastante | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 4 extremamente | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 0 | 2 |
| | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 0 | 2 |
| | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 1 | 3 |
| | 4 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 1 | 3 |
| | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 1 | 3 |
| | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 2 | 3 |
| | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 |
| | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |

Fonte: elaborado pela autora (2022).

De acordo com a Figura 15, é possível verificar que durante o trabalho de parto a maioria com 47,1% se sentiu bastante forte à extremamente forte, 47,1% nada à pouco amedrontada, 47% se observou nada à pouco segura, 64,7% bastante tensa à extremamente tensa, 47% nada à pouco contente, 58,8% nada à pouco calma, e 82,3% nada à pouco relaxada. Estes dados podem indicar que o trabalho de parto é um processo estressante, com variação emocional, que promove emoções negativas, podendo estimular o medo do parto. Projetar ambientes que permitam e promovam a restauração pode ser uma solução para diminuir as emoções negativas que criam uma atmosfera estressante.

Quanto à ansiedade (Tabela 5), das participantes, 16,7% das gestantes foram diagnosticadas clinicamente com ansiedade durante a gravidez. Sobre sentir ansiedade antes do parto, a maioria 38,9% relataram estarem um pouco ansiosa antes do parto. Durante o parto, 44,5% (maioria) declarou estar muito ansiosa à extremamente ansiosa, numa escala likert de 0 à 4. Nota-se um aumento significativo no grau de ansiedade durante o parto.

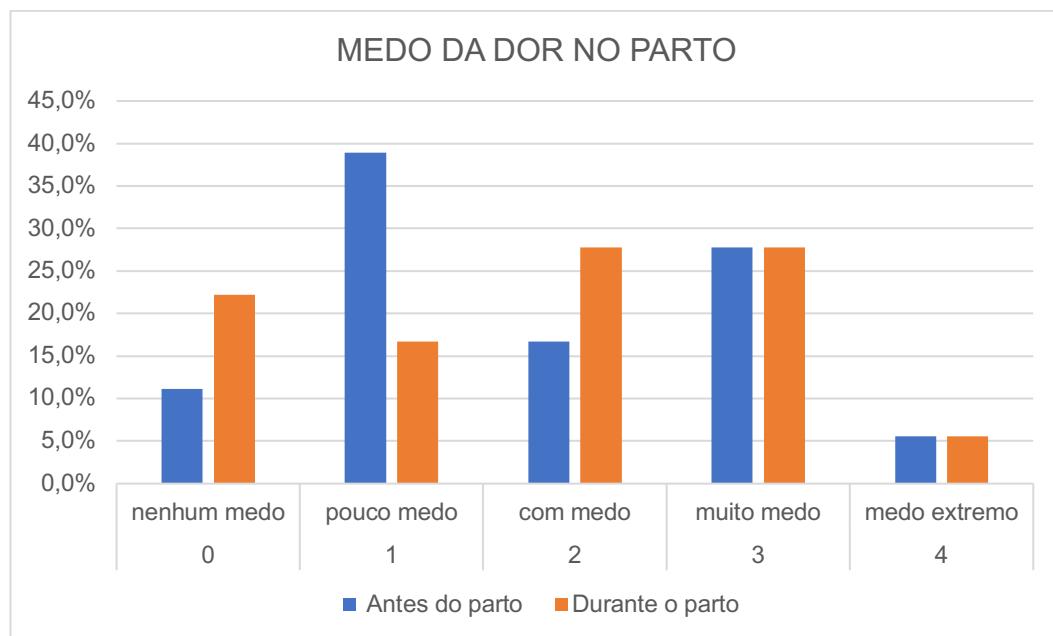
Tabela 5 - quadro comparativo Ansiedade



Fonte: elaborado pela autora (2022).

Quanto à medo do parto (Tabela 6), antes do parto, a maioria com 38,9% se diz ter pouco medo, 16,7% ter medo, 11,1% com nenhum medo e 33,3% com muito medo à medo extremo. Durante o parto, verifica-se que o grupo com pouco medo diminui para 16,7%, o grupo com medo aumentou para 27,8%, o grupo com nenhum medo aumentou para 22,2%, e manteve-se com 33,3% o grupo que sentem muito medo à medo extremo

Tabela 6 - Quadro comparativo Medo da dor no parto

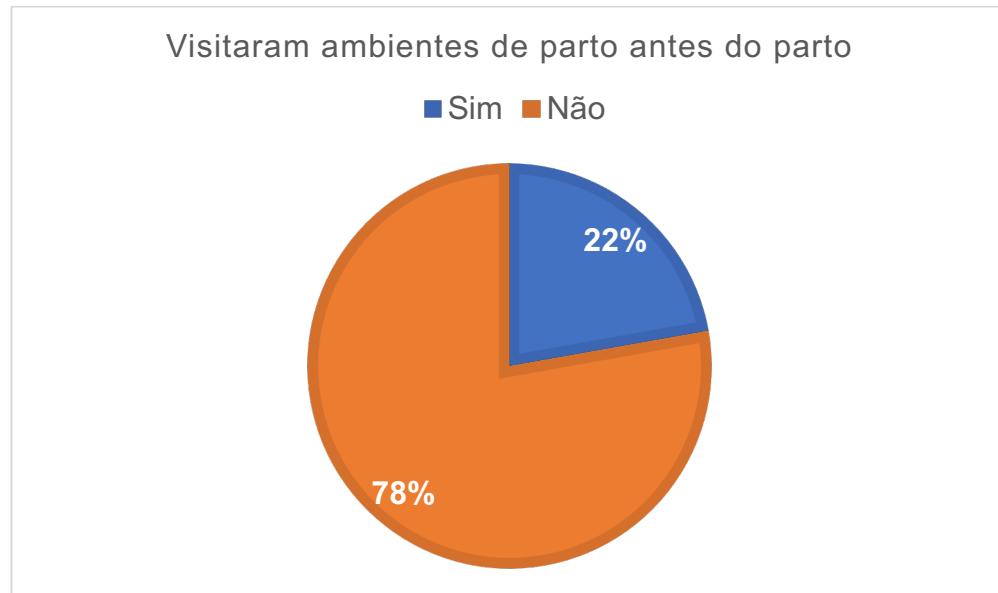


Fonte: elaborado pela autora (2022).

Quanto a realização de preparo pré-parto, 94,4% realizaram algum tipo de preparo pré-parto regular, sendo grupos de gestantes, massagem perineal, fisioterapia pélvica, pilates. E sobre se sentir preparada no trabalho de parto, 50,0% concorda fortemente, 33,3% concorda, 5,6% nem concorda nem discorda, e 11,1% discorda. Verifica-se que apenas 5,6% não realizou algum tipo de preparo pré-parto, sendo um grupo no geral bastante bem-informado. Isso pode se relacionar com o grau de escolaridade alto.

Sobre conhecer os ambientes de parto antes do parto, 77,8% alegam não ter visitado e 22,2% sim como mostra a Figura 16.

Figura 16 - Gráfico visita aos ambientes de parto



Fonte: elaborado pela autora (2022).

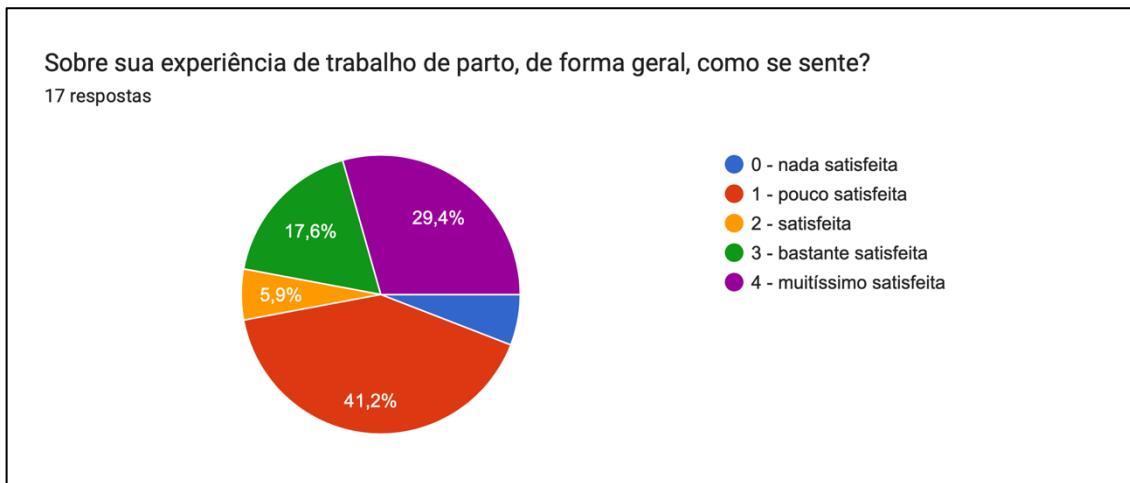
Sobre o reconhecer o ambiente de parto, instrumentos e objetos para apoiar o trabalho de parto, 44,4% das ex-parturientes responderam que reconheceram, 33,3% reconheceram muito, 11,1% se mantiveram neutras, 11,2% não reconheceram.

Para as análises à seguir, foram considerados somente os partos realizados em maternidades da Grande Florianópolis.

4.1.3 Grau de Satisfação

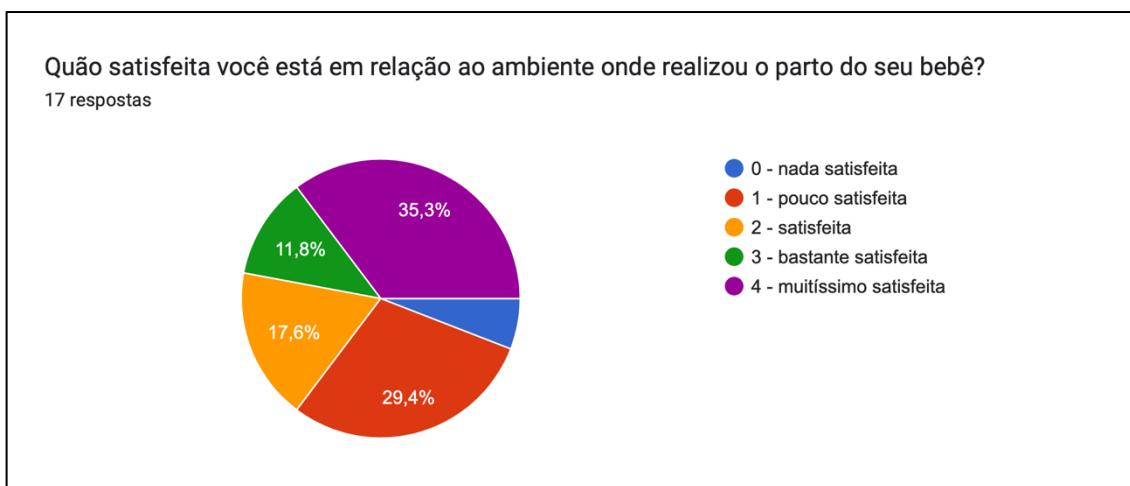
Observa-se sobre a experiência de parto que há quase que uma divisão entre satisfeitas e não satisfeitas. A maioria com 52,9% se considera satisfeita à muitíssimo satisfeita, sendo 47,1% nada satisfeita à pouco satisfeita (Figura 17). Sobre a satisfação com o ambiente de parto, percebe-se que 64,7% se percebem muito satisfeita á satisfeita com as estruturas oferecida, porém mais de um terço 35,3% se sente nada à pouco satisfeita (Figura 18). O que indica uma possível variação de ambientes de parto, e a falta de padronização.

Figura 17 - Gráfico sobre satisfação na experiência de parto



Fonte: elaborado pela autora (2022).

Figura 18 - Gráfico sobre satisfação em relação ao ambiente de parto



Fonte: elaborado pela autora (2022).

4.2 RESULTADOS DA PERCEPÇÃO EM RELAÇÃO AO AMBIENTE DE PARTO

Através do questionário, investigou-se sobre os ambientes de parto, a partir da visão das parturientes. Foram questionadas sobre as variáveis do ambiente construído referente a iluminação, temperatura, ruídos e também sobre sensações/emoções. Das mulheres que tiveram parto normal natural, 71,4% das mulheres tiveram seus partos nos Ambiente de parto (Quartos PPP - Preparo, Parto e Pós-parto), 28,6% em outros ambientes, como quarto de internação,

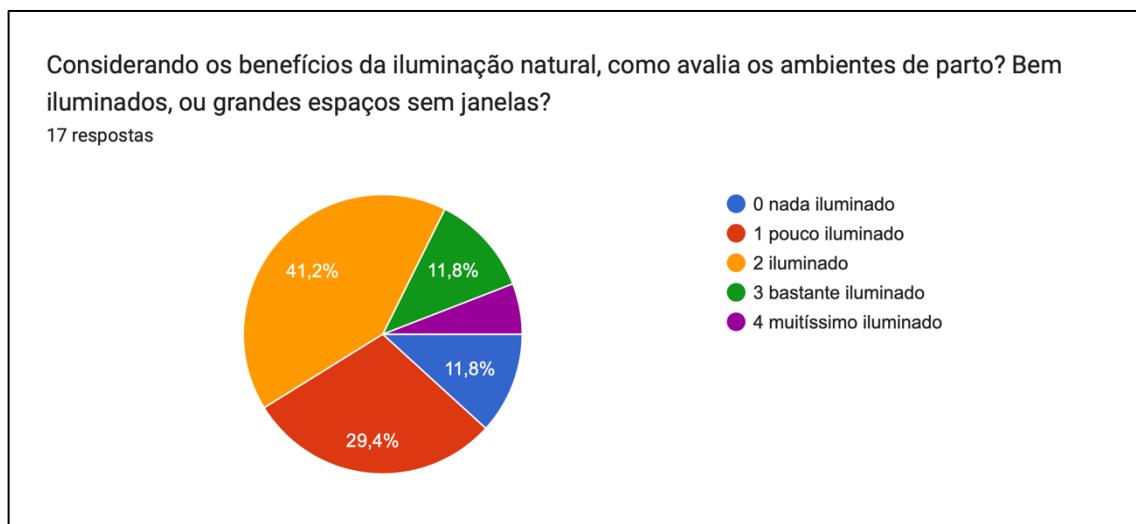
piscina, sala de observação. Esses são os ambientes considerados na amostra da pesquisa.

4.2.1 Percepções das ex-parturientes em relação ao ambiente construído, e as variáveis de Iluminação, Ruídos e Temperatura

Iluminação

Sobre iluminação natural, considerando que mais de um terço entende o ambiente mal iluminado, conforme Figura 19, conclui-se que os ambientes apresentam variações entre si, e que pode também haver variações em decorrência da estrutura oferecida de ambientes de parto, com ou sem aberturas. A percepção das parturientes evidenciou que 41,2% considera o ambiente iluminado, 41,2% pouco à nada iluminado e 17,7% bastante à muitíssimo iluminado.

Figura 19 - Avaliação Iluminação pelas ex-parturientes

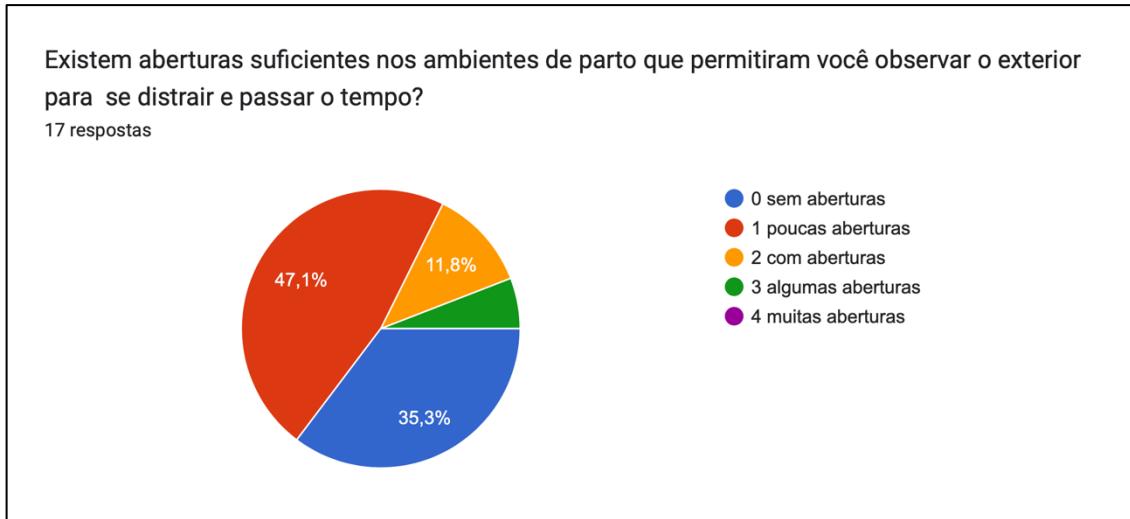


Fonte: elaborado pela autora (2022).

Outro gráfico que nos permite verificar sobre a iluminação artificial, é sobre as aberturas e a possibilidade de visualizar o exterior. O gráfico da Figura 20 mostra que a grande maioria 82,4% diz não haver abertura e haver poucas. O que pode revelar que os ambientes tem uma diferença de composição,

considerando aberturas (janelas e portas) que consequentemente interferem na iluminação do ambiente, e na percepção da parturiente.

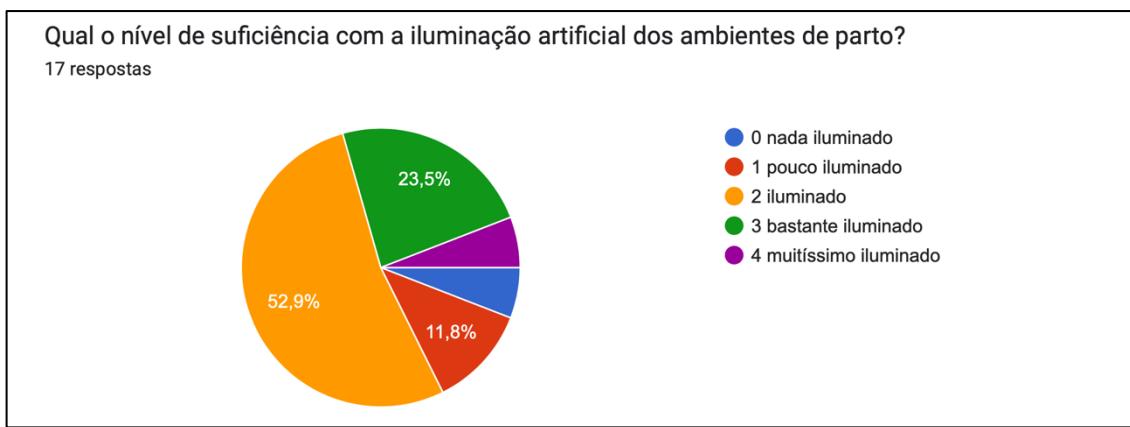
Figura 20 – avaliação da iluminação natural e aberturas



Fonte: elaborado pela autora (2022).

Sobre iluminação artificial, verifica-se que 82,3% considera o ambiente iluminado à muito iluminado. O que pode indicar um possível excesso de iluminação para a parturiente.

Figura 21 - avaliação da iluminação artificial

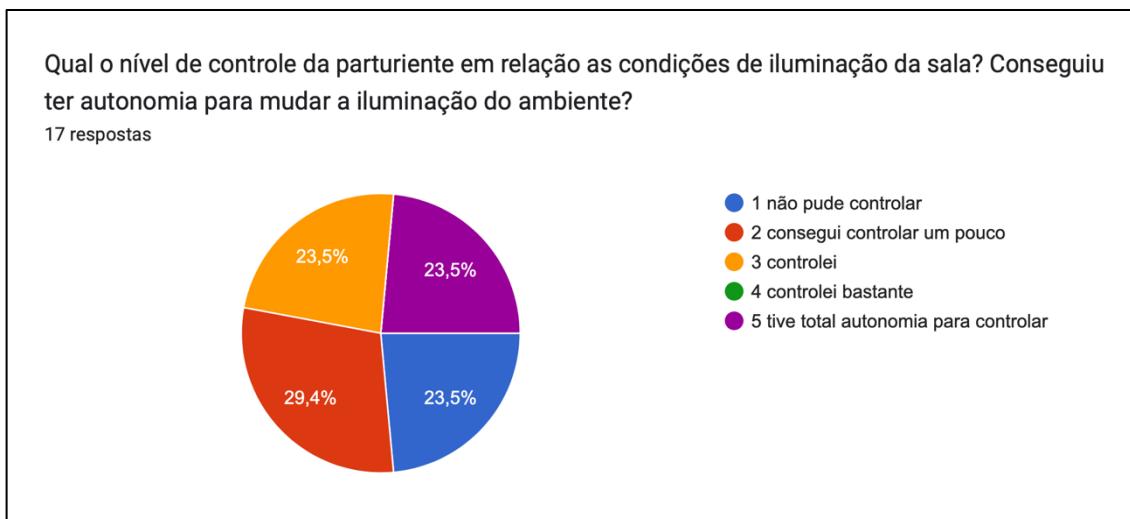


Fonte: elaborado pela autora (2022).

Sobre sua autonomia para controlar a iluminação, de acordo com os dados na Figura 22 percebe-se que há uma divisão regular entre a não autonomia e autonomia, com 52,9% não podendo controlar à podendo controlar

um pouco, e 27% tendo controle à total controle. Essa divisão pode indicar que há uma variação entre os diversos ambientes das cinco (5) maternidades pesquisadas, que possibilitam ou não escolha das parturientes sobre a iluminação. Isso indica que os ambientes não possuem um padrão mínimo considerando o controle e autonomia, garantindo assim, um ambiente mais uniforme, conhecido.

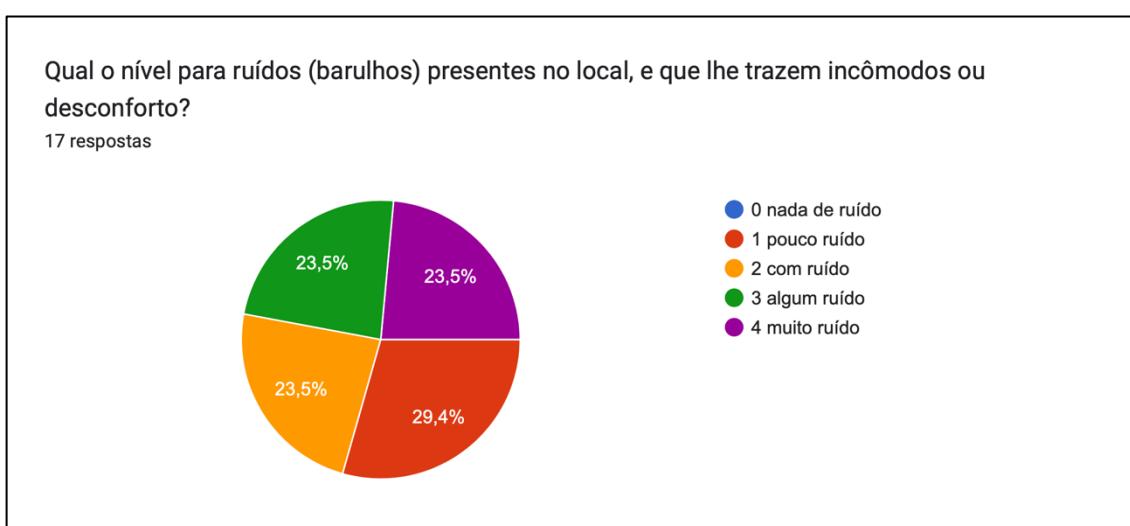
Figura 22 – nível de controle e autonomia na iluminação



Fonte: elaborado pela autora (2022).

Acústica / Ruídos sonoros

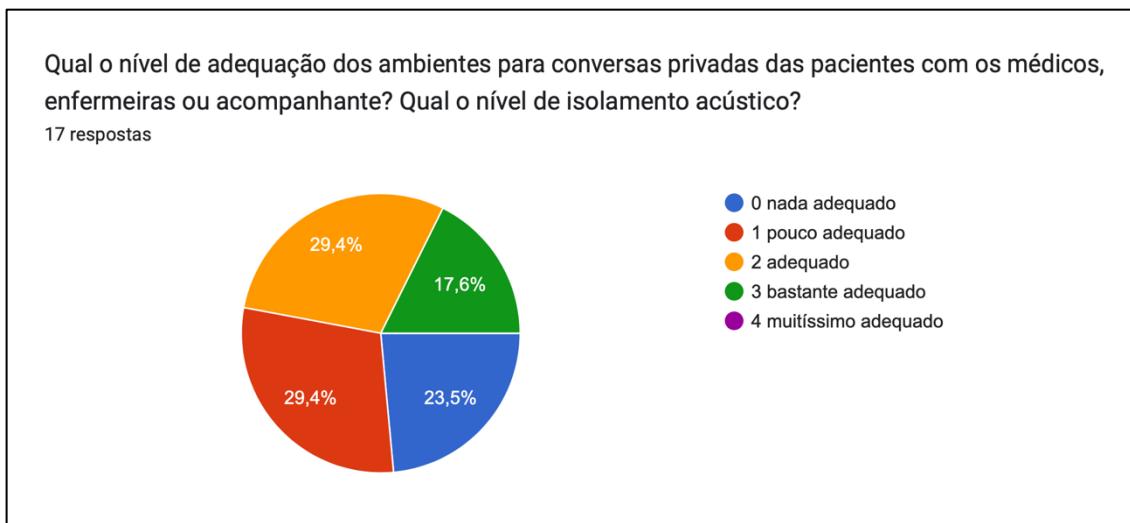
Figura 23 - Nível de ruídos nos ambientes de parto avaliados



Fonte: elaborado pela autora (2022).

Os ruídos sonoros são uma medida aleatória, pois os sons naturais emitidos pelas gestantes não são constantes, são esporádicos, e quase não atingem um valor médio que caracterize um incômodo acústico constante. O ambiente construído oferece uma acústica adequada em relação aos parâmetros indicados conforme a Tabela 14 , porém algumas estruturas podem não oferecer um bom isolamento de um quarto para outro. O que se constata neste caso, a partir das respostas obtidas, é que os sons das outras parturientes podem invadir o espaço individual da gestante, podendo interferir na sua concentração, acolhimento, individualidade, até mesmo comportamento.

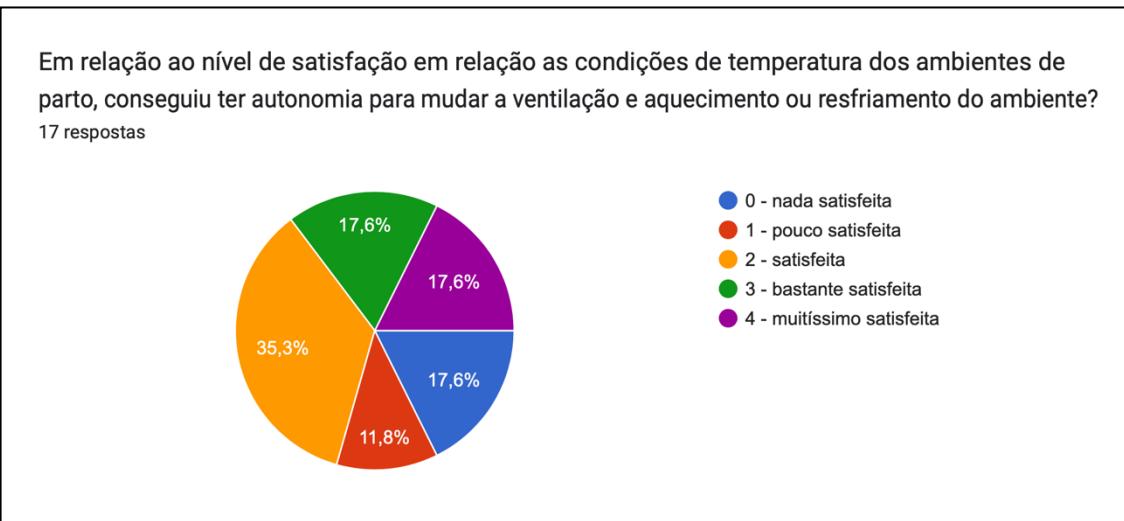
Figura 24 - Nível de isolamento acústico nos ambientes de parto avaliados



Fonte: elaborado pela autora (2022).

Temperatura

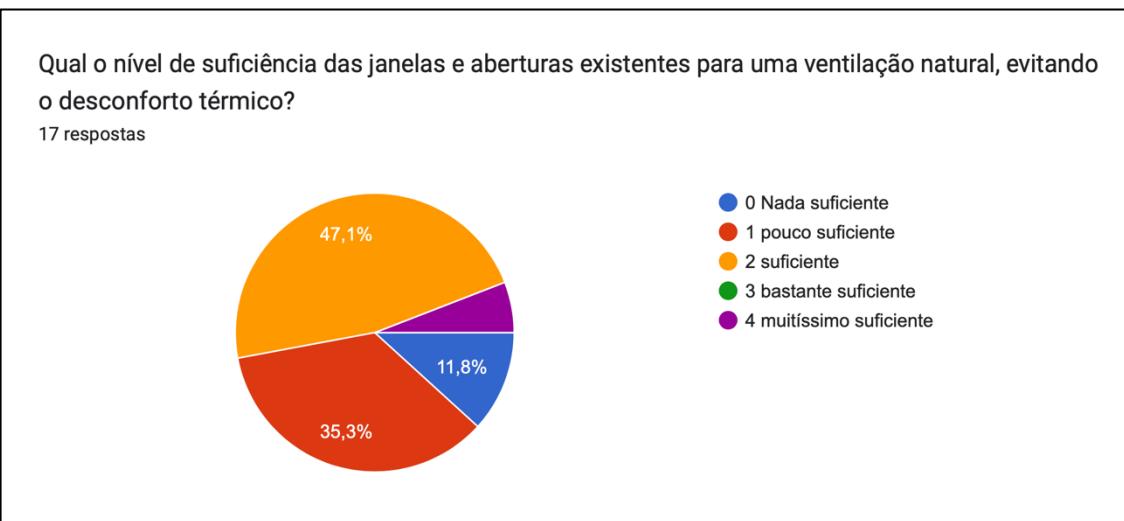
Figura 25 - nível de satisfação em relação à temperatura do ambiente



Fonte: elaborado pela autora (2022).

Observa-se que a maioria das parturientes (70,5%) se diz satisfeita à muitíssimo satisfeita em relação a temperatura do ambiente. Esses dados podem ser decorrentes das possibilidades que as gestantes têm para ajustar a temperatura do ambiente. Todos os ambientes visitados nesta pesquisa apresentaram recursos de ar-condicionado e ventilador. Porém quando questionadas sobre a quantidade de aberturas para ventilação natural, quase metade da amostra pesquisada, 47,1%, considera nada suficiente à pouco suficiente.

Figura 26 - nível de satisfação em relação às aberturas (janelas e portas)

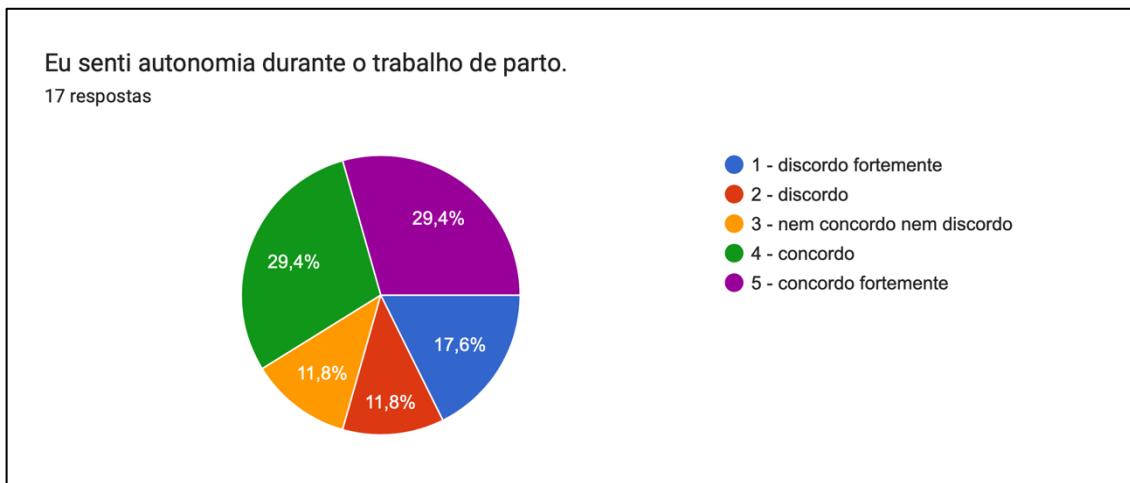


Fonte: elaborado pela autora (2022).

Autonomia

De acordo com o gráfico da Figura 27, verifica-se que a maioria das mulheres tiveram autonomia durante o trabalho de parto, com 58,8%. Porém 29,4 % discordam.

Figura 27 - Gráfico sensação de autonomia no parto

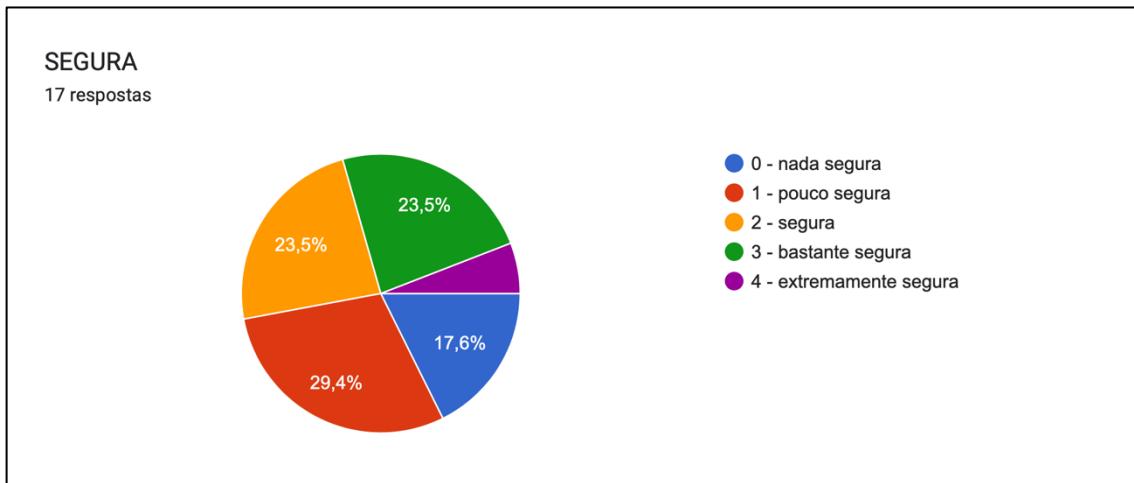


Fonte: elaborado pela autora (2022).

Segurança

Uma das recomendações da OMS e MS é a relação à segurança da parturiente. O gráfico mostra quase uma divisão entre um grupo que se sente segura à extremamente segura com 53%, e nada segura à pouco segura com 47%.

Figura 28 - Gráfico sensação de segurança no parto



Fonte: elaborado pela autora (2022).

Quando questionadas sobre a falta de algo durante o parto, 50% responderam que sim, e 50% que não sentiram falta de algo. Dentre as que responderam sim, verifica-se as descrições conforme a Tabela 7.

Tabela 7 - Descrição do que as parturientes sentiram falta na hora do parto

| Descrição do que as parturientes sentiram falta na hora do parto: | Porcentagem: |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Música | 12,5% |
| Silêncio | 25,0% |
| Objetos pessoais | 25,0% |
| Objetos de amparo no parto (bola, corda...) | 12,5% |
| Acompanhamento/doula | 12,5% |
| Assistência | 12,5% |

Fonte: elaborado pela autora (2022).

A ausência de silêncio e a falta de música foram duas das considerações mais comentadas na pergunta do questionário sobre “o que você sentiu falta durante a experiência de parto”, o que reforça ser um aspecto importante na experiência de parto.

4.2.2 Resultados da percepção ambiental x significado ambiental

Em relação aos Significados Ambientais, utilizou-se uma escala baseada na Escala de Avaliação Ambiental (EAA), para verificar como a parturiente percebe o ambiente.

A seguir, foi elaborada a Tabela 8, com os dados extraídos, no qual os aspectos negativos são representados pela cor azul, e os aspectos positivos pela cor vermelha. Percebe-se que dentro dos pares de adjetivos relacionados existem os que estão relacionados ao conforto térmico, acústico, lumínico e espacial - “Ar pesado – Ar fresco”; “Frio – Quente”; “Barulhento – Silencioso”; “Escuro – Iluminado”. Em relação à eles, verifica-se que 50% das participantes, permaneceu neutra, 31,3% considera o ambiente com “Ar fresco”, e 18,8% considerou o “ar um pouco pesado”, o que pode indicar que os ambientes parecem ter circulação de ar razoável à boa. Nota-se que no par de adjetivo “Frio-Quente”, observa-se que 52,9% se manteve neutra, 29,4% considerou o ambiente mais quente, e 17,6% frio. Em relação ao par “Barulhento-Silencioso”, 41,2% percebeu o ambiente como silencioso, 23,5% se mantiveram neutras, e 35,3% o consideram o barulhento, o que é um número expressivo, quando a recomendação para os ambientes de parto é de espaços calmos. Sobre o par “Escuro-Iluminado”, 41,2% se manteve neutra, 35,3% considerou escuro, e 23,5% iluminado. O par “Estreito-Espaçoso”, indicou que 70,6% considerou os ambientes espaçosos.

Observa-se que no par de adjetivo “Assustador-Tranquilizador”, 5,9% das participantes percebeu os ambientes como Assustadores, sendo que a maioria como mais Tranquilizadores com 58,8%. No par “Tristeza-Alegria”, a maioria considerou os ambientes alegres com 47%.

Em relação às percepções que estão atreladas ao uso e ocupação do ambiente construído, verifica-se que no par “Agitado-Relaxante” a maioria, 41,2%, considerou os ambientes relaxantes, e 29,4% agitados. No par “Desordenado-Ordenado”, a maioria (76,5%) percebeu o ambiente como ordenado, e no par “Descuidado-Cuidado”, 88,2% considerou o ambiente cuidado. Estes últimos dois dados podem indicar que condições de higiene e organização estão atendidas.

Sobre os aspectos visuais, “Simples - Decorado”, a maioria com 64,7% considerou os ambientes simples. Em relação a ser “Não atraente - atraente”, a maioria se manteve neutra, com 52,9%. O que pode indicar que esses ambientes podem ser entendidos como ambientes que possuem características inerentes à sua função, que necessariamente não estão preocupados tanto com a estética. Em relação a ser “Monótono – Vivaz”, as participantes se mantiveram neutras, com 76,5%. E no par “Feio – Belo”, também se posicionaram de forma neutra com 58,8%. Em relação a segurança, um dos aspectos indicados nas recomendações, 82,35% indicou se sentir segura.

Tabela 8 - Significados Ambientais pela Escala de Avaliação Ambiental (EAA) dos Ambientes de parto avaliados

| LEGENDA | SIGNIFICADOS AMBIENTAIS | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|-------------------------|-----------|-----------|-----------|---------------|--------------|----------------|------------------|------------|--------------|---------------|-----------|-------------|-------------|---------|---------|
| | 1 Assustador | 2 Triste | 3 Agitado | 4 Simples | 5 Desordenado | 6 Descuidado | 7 Não atraente | 8 Desconfortável | 9 Inseguro | 10 Ar pesado | 11 Barulhento | 12 Escuro | 13 Estreito | 14 Monótodo | 15 Frio | 16 Feio |
| 5 Tranquilizador | Alegre | Relaxante | Decorado | Ordenado | Cuidado | Atraente | Confortável | Seguro | Ar fresco | Silencioso | Iluminado | Espaçoso | Vivaz | Quente | Belo | |
| CLASSIFICAÇÃO | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | - | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| | 3 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 |
| | 3 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 |
| | 3 | 3 | 2 | 1 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 |
| | 3 | 3 | 3 | 1 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 |
| | 3 | 3 | 3 | 2 | 1 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 |
| | 4 | 3 | 3 | 2 | 4 | 4 | 3 | 4 | 5 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 |
| | 4 | 4 | 3 | 2 | 5 | 5 | 3 | 4 | 5 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 |
| | 4 | 4 | 4 | 2 | 5 | 5 | 3 | 5 | 5 | 3 | 4 | 3 | 5 | 3 | 3 | 3 |
| | 4 | 4 | 4 | 3 | 5 | 5 | 3 | 5 | 5 | 3 | 4 | 3 | 5 | 3 | 3 | 3 |
| | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 3 | 5 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 | 3 | 4 | 3 |
| | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 3 | 4 | 4 |
| | 5 | 5 | 4 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 |
| | 5 | 5 | 4 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |

Fonte: elaborado pela autora (2022).

4.3 RESULTADOS ANÁLISE DOS AMBIENTES DE PARTO

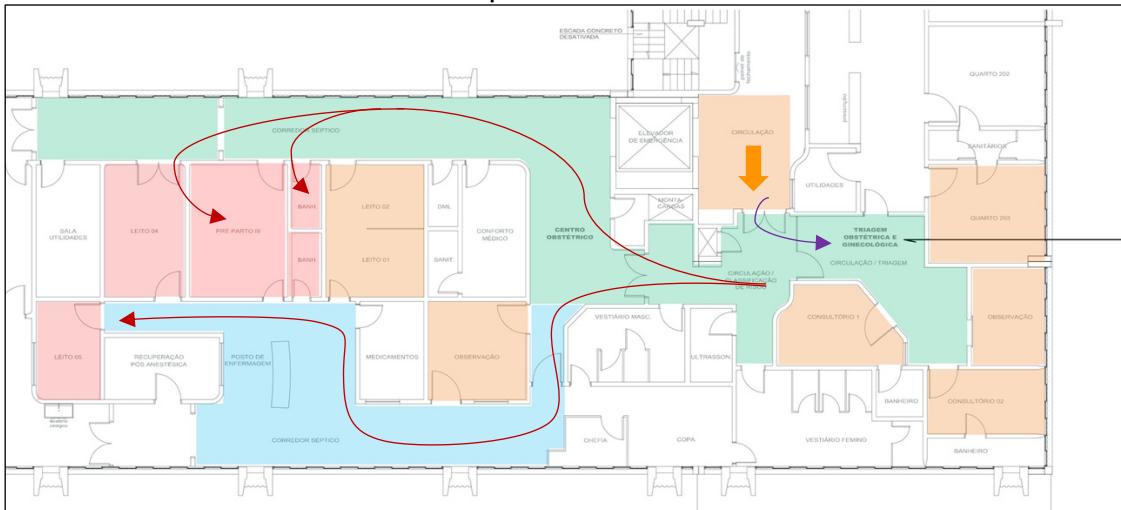
4.3.1 Caracterização geral das maternidades da amostra

A coleta de dados em maternidades ocorreu em duas, das três maternidades planejadas da Ilha de Florianópolis, denominadas A e B, onde foram realizadas medições relativas a: temperatura, iluminação e ruídos nos principais ambientes percorridos pela parturiente no dia do parto. As medições foram realizadas conforme a disponibilidade dos ambientes estarem vazios, escolha feita por preservar o momento do parto, e não expor a parturiente. Os dados foram coletados durante o mês de julho e começo de agosto, durante o dia, em clima ensolarado e ameno, estação do ano inverno, com temperaturas em média, de 13 a 22°C. As duas maternidades receberam bem a pesquisadora, mostrando todos os ambientes, tirando dúvidas, e auxiliando nas medições.

4.3.2 Caracterização dos ambientes de parto (principais e secundários) – percurso da parturiente

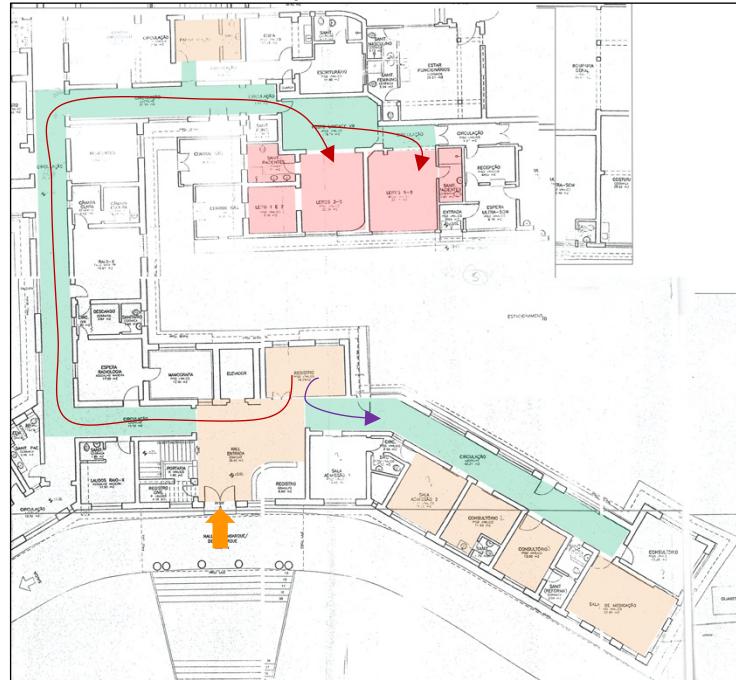
Dos ambientes percorridos pela parturiente no dia do parto nas duas maternidades visitadas A e B, tem-se um percurso geral padrão, conforme as Figura 29 e Figura 30. A parturiente chega à maternidade/hospital, passa por uma recepção geral, onde é encaminhada para uma triagem para ser avaliada. Se é necessário permanecer na maternidade/hospital, a parturiente é encaminhada para Consultórios para uma avaliação mais precisa, Sala de Observação/Medicação, e se ela estiver em trabalho de parto, e for caso de parto natural, então é encaminhada para as salas de Indução, ou diretamente para os Ambientes de Parto. Na maternidade B, a Indução é feita, se necessário, no próprio ambiente de parto, havendo sala de indução específica.

Figura 29 – Esquema planta baixa maternidade A e os possíveis percursos da parturiente



Fonte: elaborado pela autora, 2022.

Figura 30 – Esquema planta baixa maternidade B e os possíveis percursos das parturientes



| Legenda para Figura 29 e Figura 30 | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Descrição | Símbolo |
| Entrada, recepção, área espera. | → |
| Encaminhamento para triagem, consultórios, observação. | ↪ |
| Encaminhamento para Centro Obstétrico, ambientes de parto natural. | ↘ |
| Ambientes principais (ambientes de parto, banheiros) | ■ |
| Ambientes secundários | ■ |
| Circulação séptica | ■ |
| Circulação séptica que dá acesso à um ambiente de parto e toda a parte de apoio da Equipe Médica | ■ |

Fonte: elaborado pela autora, 2022.

Os ambientes em comum das maternidades A e B, que oferecem as mesmas condições, estrutura e funções, foram selecionados e colocados na

Tabela 9. Em seguida, são classificados quanto a atividade, sendo secundário os serviços de base (recepção, encaminhamento para triagem e consultórios, observação) e os principais, os de parto em si, que são os de maior permanência, já no centro obstétrico. Em relação a triagem na maternidade A, a parturiente é recepcionada, passa pela triagem, então é encaminhada para a recepção do Centro Obstétrico (CO), onde passa novamente por uma triagem/consulta mais específica. Na maternidade B, a parturiente é recepcionada, encaminhada para triagem, em seguida para a consulta ou já para o Centro Obstétrico.

Tabela 9 – descrição e classificação dos ambientes

| Descrição ambientes do percurso | Maternidade A (existência/área) | Capacidade (número pessoas) | Maternidade B (existência/área) | Capacidade (número pessoas) | Classificação da autora (principal/secundário) |
|------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------|
| Recepção (sentados) | x (26,7 m ²) | 18 | x (35,4 m ²) | 6 | secundário |
| Triagem | x (8,0 m ²) | 1 | x (16,3 m ²) | 1 | secundário |
| Consultório 1 | x (9,5 m ²) | 1 | x (11,8 m ²) | 1 | secundário |
| Consultório 2 | x (10,5 m ²) | 1 | x (12,0 m ²) | 1 | |
| Sala observação | x (8,9 m ²) | 1 | x (22,3 m ²) | 6 | secundário |
| Ambiente de parto 1 | x (16,0 m ²) | 1 | x (6,5 m ²) | 1 | principal |
| Ambiente de parto 2 | x (7,7 m ²) | - | x (6,5 m ²) | 1 | principal |
| Ambiente de parto 3 | - | - | x (9,5 m ²) | 1 | principal |
| Ambiente de parto 4 | - | - | x (7,8 m ²) | 1 | principal |
| Ambiente de parto 5 | - | - | x (7,8 m ²) | 1 | principal |
| Ambiente de parto de risco | x (11,8 m ²) | 1 | - | - | principal |
| Leito indução | x (16,0 m ²) | 2 | - | - | secundário |
| Corredor (circulação e área de convívio) | x (30,0 m ²) | | x (7,8 e 7,7 m ²) | | secundário |
| Banheiro compartilhado 1 | x (2,5 m ²) | 1 | x (6,8 m ²) | 1 | principal |
| Banheiro compartilhado 2 | x (2,5 m ²) | 1 | x (5,1 m ²) | 1 | principal |

Fonte: elaborado pela autora, 2022.

4.3.3 Descrição geral e avaliação dos ambientes principais de parto (iluminação, temperatura e ruído)

Todos os ambientes do percurso foram medidos nas maternidades A e B, alguns por terem a mesma função, estrutura, variáveis similares, e estarem ocupados no momento da coleta, não foram medidos, como Banheiro 2 na

maternidade B, e Ambientes de parto 3, 4 e 5. Os ambientes principais foram considerados pela autora de maior relevância para este estudo. Na Tabela 10 e Tabela 11 pode-se observar um comparativo descritivo desses ambientes, tanto geral, como focado das variáveis medidas nesta pesquisa (Iluminância, Ruídos, Temperatura).

Tabela 10 - Tabela comparativa dos principais ambientes do parto

| AMBIENTES DE PARTO | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | MATERNIDADE A | MATERNIDADE B | |
| Descrição geral | Ambiente 1 -individual, com duas portas de acesso, uma para um corredor comum de passagem e permanência de parturientes, e outro para centro médico/enfermagem; equipados com os itens para parto natural (maca/cama, bola, banquinho); | Ambiente 2 – individual com uma porta de acesso para centro médico de enfermagem; equipados com os itens para parto natural (maca/cama, bola, banquinho); | Ambiente que atende duas parturientes cada uma com seu espaço individual (ambiente de parto 1 e 2), divididos com cortinas que vão do piso até próximo ao teto, permitindo passagem de luz, ruídos, ar, equipados com os itens para parto natural (maca/cama, bola, banquinho); não há portas nem paredes, cortinas dividem o ambiente; há janelas; |
| Iluminação | Lâmpadas cor branca + portas com abertura de luz natural (corredor) + abajour | Lâmpadas cor branca + porta com abertura de luz natural (corredor) | Lâmpadas cor branca + janela com iluminação natural (corredor) |
| Controle iluminação (iluminação artificial e natural); | Possui controle através da abertura/fechamento das portas de acesso, do interruptor, e abajur com luz mais quente e suave. | Possui controle através da abertura/fechamento da porta de acesso e do interruptor. | Possui controle através da iluminação artificial, e fechamento das cortinas na janela, sendo necessário o acordo com a parturiente vizinha e equipe. |
| Temperatura | | | |
| Controle temperatura (ventilador, ar condicionado, abertura de janelas e portas); | Possui controle através da abertura/fechamento das portas e ar condicionado. | Possui controle através da abertura/fechamento das portas e ar condicionado. | Possui controle através do ar condicionado, sendo necessário o acordo com a parturiente vizinha e equipe. |
| Ruído | | | |
| Controle ruídos (abertura/fechamento de portas e janelas); | Possui controle através da abertura/fechamento das portas; | Possui controle através da abertura/fechamento da porta; | Não possui recursos. |

Fonte: elaborado pela autora, 2022.

Tabela 11 - Tabela comparativa dos principais ambientes do parto – banheiros

| BANHEIROS COMPARTILHADOS | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | MATERNIDADE A | MATERNIDADE B |
| Descrição Geral | Banheiros equipados com chuveiro, vaso sanitário e pia, circulação mínima; luz artificial, porta e cortina, caso a mulher queira deixar a porta aberta com luz e ventilação natural. Banheiro 1 com porta voltada para centro médico; Banheiro 2 com porta voltada para corredor de convívio. | Banheiros equipados com chuveiro, vaso sanitário e pia dupla, com espaço para circulação; a maternidade recomenda manter a porta fechada por privacidade. |
| Iluminação | Lâmpadas cor branca + portas com luz natural | Lâmpadas cor branca + janela iluminação natural |
| Controle iluminação (iluminação artificial e natural); | Possui controle através da abertura/fechamento da porta de acesso, do interruptor. A maternidade permite deixar a porta aberta, com cortina. | Possui controle através do interruptor, janela não possui cortina. |
| Temperatura | | |
| Controle temperatura (ventilador, ar condicionado, abertura de janelas e portas); | Possui controle através da abertura/fechamento da porta de acesso; | Possui controle através da abertura/fechamento da janela; |
| Ruído | | |
| Controle ruídos (abertura/fechamento de portas e janelas) | Possui controle através da abertura/fechamento da porta de acesso; | Possui controle através da abertura/fechamento da porta de acesso e janela; |

Fonte: elaborado pela autora, 2022.

Figura 31 - Ambiente de Parto Maternidade A.



Fonte: autora, 2022.

Figura 32 - Ambiente de Parto Maternidade B.



Fonte: autora, 2022.

Figura 33 - Imagem Maternidade B, ar-condicionado e janelas, recursos para controle da temperatura no Ambiente de Parto Natural



Fonte: autora, 2022.

Figura 34 - Ambiente de Parto Maternidade A, ar condicionado, recurso para controle da temperatura.



Fonte: autora, 2022.

4.3.4 Avaliação dos Cenários

Cada ambiente de cada maternidade A e B, foi avaliado individualmente percebendo-se os cenários possíveis que permitissem autonomia e controle da parturiente no parto, em relação a cada variável: iluminação (Tabela 12 e Tabela 13), ruído (Tabela 14 e Tabela 15) e temperatura (Tabela 16), e escalas foram criadas para analisar a comparação conforme .

Iluminação

| LEGENDA – INTENSIDADE DE LUZ (lux) | |
|------------------------------------|-----------------------|
| Cor de referência | Valores de referência |
| Vermelho | 101 < |
| Laranja | 51-100 |
| Amarelo | 0 - 50 |

Fonte: elaborado pela autora, 2022.

Tabela 12 - Medições da iluminação dos ambientes de parto

| AMBIENTE DE PARTO - ILUMINAÇÃO | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------|------|------|-------|-------|------|
| MATERNIDADE A - Ambiente de parto 1 | | | | | | | | | | | | |
| Coleta dia 12/07/2022 às 14:25 | | | | | | | | | | | | |
| Cenários | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | | | | |
| Imagens |  | |  | |  | |  | | | | | |
| Descrição possibilidades de controle identificadas: | portas fechadas, luzes acesas (teto e abajur) | | porta fechada, abajur | | uma porta aberta, luz natural do corredor | | uma porta aberta, e todas as luzes ligadas | | | | | |
| Intensidade de luz (lux) | 358,0 | 228,0 | 70,2 | 2,9 | 4,8 | 10,7 | 9,8 | 17,1 | 32,2 | 365,0 | 240,0 | 91,5 |
| MATERNIDADE A - Ambiente de parto 2 | | | | | | | | | | | | |
| Coleta dia 02/09/2022 às 16:17 | | | | | | | | | | | | |
| Cenários | 1 | | | 2 | | | 3 | | | | | |
| Imagens |  | |  | |  | | | | | | | |
| Descrição possibilidades de controle identificadas: | Porta fechada, luzes artificiais acesas. | | | Porta aberta, luzes apagadas. | | | Porta aberta, luzes acesas. | | | | | |

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Intensidade de luz (lux) | 319,6 | 27,0 | 343,0 | |
| MATERNIDADE B - Ambiente de parto 1 (próximo à janela) | | | | |
| Coleta dia 03/08/2022 às 11:50 | | | | |
| Cenários | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Imagens | | | | |
| Possibilidades de controle identificadas: | Iluminação artificial ligada (cortinas da janela fechadas) | Iluminação artificial desligada (cortinas da janela fechadas) | Iluminação natural (cortinas da janela aberta) | Iluminação artificial ligada e natural (cortinas da janela aberta) |
| Intensidade de luz (lux) | 151,4 | 115,0 | 178,4 | 252,0 |
| MATERNIDADE B - Ambiente de parto 2 (afastado da janela) | | | | |
| Coleta dia 03/08/2022 às 11:50 | | | | |
| Cenários | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Imagens | | | | |
| Possibilidades de controle identificadas: | Iluminação artificial ligada e cortinas janela fechadas | Iluminação artificial desligada e cortinas janela fechadas | Iluminação natural (cortinas janela aberta) | Iluminação artificial ligada e natural (cortinas janela aberta) |
| Intensidade de luz (lux) | 97,9 | 17,0 | 47,1 | 136,2 |

Fonte: elaborado pela autora, 2022.

Tabela 13 - Medições iluminação banheiros de parto

| Banheiros - Iluminação | | | |
|-------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| MATERNIDADE A - Banheiro 1 | | | |
| Coleta dia 12/07/2022 às 14:48 | | | |
| Cenários | 1 | 2 | 3 |
| Possibilidades de controle identificadas: | Porta fechada e luz artificial ligada | Porta aberta (com cortina) e Luz artificial desligada | Porta aberta (com cortina) e Luz artificial ligada |
| Intensidade de luz (lux) | 342,0 | 20,5 | 362,0 |
| MATERNIDADE A - Banheiro 2 | | | |
| Coleta dia 12/07/2022 às 15:08 | | | |
| Cenários | 1 | 2 | 3 |
| Possibilidades de controle identificadas: | Porta fechada e luz artificial ligada | Porta aberta (com cortina) e Luz Artificial desligada | Porta aberta (com cortina) e Luz Artificial ligada |
| Intensidade de luz (lux) | 813,0 | 56,9 | 860,0 |
| MATERNIDADE B - Banheiro 1 | | | |
| Coleta dia 03/08/2022 às 12:00 | | | |
| Cenários | 1 | | 2 |

| | | |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Possibilidades de controle identificadas: | Porta fechada (recomendação da maternidade) luz artificial e natural | Porta fechada (recomendação da maternidade) luz natural |
| Intensidade de luz (lux) | 744,0 | 681,0 |

Fonte: elaborado pela autora, 2022.

Ruídos – Nível Sonoro

| LEGENDA – Nível Sonoro (dBA) | |
|------------------------------|-----------------------|
| Cor de referência | Valores de referência |
| Vermelha | 110 < |
| Amarela | 80 - 110 |
| Verde | 0 - 79 |

Fonte: elaborado pela autora, 2022.

Tabela 14 - Ruídos nos ambientes de parto

| AMBIENTE DE PARTO – RUÍDOS | | |
|-----------------------------------------------------|-------------------|----------------|
| MATERNIDADE A | | |
| Ambiente de parto 1 | | |
| Cenários | 1 | 2 |
| Descrição possibilidades de controle identificadas: | Portas fechadas | Portas abertas |
| Nível sonoro (dBA) | 39,3 | 40,7 |
| Ambiente de parto 2 | | |
| Cenários | 1 | 2 |
| Descrição possibilidades de controle identificadas: | Portas fechadas | Portas abertas |
| Nível sonoro (dBA) | 41,0 | 46,0 |
| MATERNIDADE B | | |
| Ambiente de parto 1 - (ambiente próximo a janela) | | |
| Cenários | 1 | |
| Descrição possibilidades de controle identificadas: | Cortinas fechadas | |
| Nível sonoro (dBA) | 49,3 | |
| Ambiente de parto 2 - (ambiente afastado a janela) | | |
| Cenários | 1 | |
| Descrição possibilidades de controle identificadas: | Cortinas fechadas | |
| Nível sonoro (dBA) | 54,2 | |

Fonte: elaborado pela autora, 2022.

Tabela 15 - Ruídos nos banheiros de parto

| BANHEIROS - RUÍDOS | | |
|-------------------------------------------|---------------|--------------|
| MATERNIDADE A - Banheiro 1 | | |
| Cenários | 1 | 2 |
| Possibilidades de controle identificadas: | Porta fechada | Porta aberta |
| Nível sonoro (dBA) | 39,3 | 65,3 |
| MATERNIDADE A - Banheiro 2 | | |
| Cenários | 1 | 2 |
| Possibilidades de controle identificadas: | Porta fechada | Porta aberta |
| Nível sonoro (dBA) | 45,6 | 63,9 |
| MATERNIDADE B - Banheiro 1 | | |
| Cenários | 1 | |
| Possibilidades de controle identificadas: | Porta fechada | |
| Nível sonoro (dBA) | 56,6 | |

Fonte: elaborado pela autora, 2022.

Temperatura

A temperatura devido as correntes de convecção dos ambientes fechados com o sistema de ar-condicionado é uma variável que possui flutuações médias de um a dois graus centígrados. Percebe-se que esta variável pode ter variação inclusive superior a dois graus centígrados em dias de muito calor ou em dias mais frios.

Os dados foram coletados (Tabela 16) os ambientes de partos e banheiros. Notou-se que nenhum dos ambientes das maternidades A e B estavam com recursos como ar condicionado e ventilador ligados. As janelas se encontravam fechadas.

| LEGENDA – Temperatura (Graus Celsius) | |
|---------------------------------------|-----------------------|
| Cor de referência | Valores de referência |
| Vermelha | 26 < |
| Amarela | 15 - 25 |
| Verde | < 15 |

Tabela 16 - medições temperatura ambientes de parto e banheiros

| | Temperatura (Graus Celsius) |
|----------------------|-----------------------------|
| Maternidade A | Coleta dia 12/07/2022 |
| Ambiente Parto 1 | 24,0 |
| Ambiente Parto 2 | 32,0* |
| Banheiro 1 | 23,1 |
| Banheiro 2 | 23,4 |
| | |
| Maternidade B | Coleta dia 20/07/2022 |
| Ambiente Parto 1 | 20,4 |
| Ambiente Parto 2 | 20,4 |
| Banheiro 1 | 20,6 |

* dado medido em dia diferente, 01/09/2022

Fonte: elaborado pela autora, 2022.

Percebe-se uma homogeneidade da temperatura entre Maternidade A e B. A diferença apresentada entre Maternidade A e B, em média de 3 graus. Isso pode ser decorrente de vários fatores como: i) O dia de medição devido aos fatores do clima local; ii) O ambiente construído, considerando seu material construtivo; iii) A posição em relação ao sol e horário da coleta.

5 DISCUSSÃO

5.1 CORROBORAÇÃO DA HIPÓTESE DE PESQUISA

Com os resultados das coletas de dados realizadas durante desenvolvimento da pesquisa, não corrobora-se a hipótese¹ apresentada, visto que os ambientes de parto analisados atendem parcialmente as orientações de áreas mínimas recomendadas conforme a Tabela 17.

Tabela 17 - Avaliação do atendimento às recomendações do Ministério da Saúde

| Descrição ambientes do percurso | Maternidade A (existência/área) | Maternidade B (existência/área) |
|------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Recepção | x (26,7 m ²) | x (35,4 m ²) |
| Triagem | x (8,0 m ²) | x (16,3 m ²) |
| Consultório 1 | x (9,5 m ²) | x (11,8 m ²) |
| Consultório 2 | x (10,5 m ²) | x (12,0 m ²) |
| Sala observação | x (8,9 m ²) | x (22,3 m ²) |
| Ambiente de parto 1 | x (16,0 m²) | x (6,5 m²) |
| Ambiente de parto 2 | x (7,7 m²) | x (6,5 m²) |
| Ambiente de parto 3 | - | x (9,5 m ²) |
| Ambiente de parto 4 | - | x (7,8 m ²) |
| Ambiente de parto 5 | - | x (7,8 m ²) |
| Ambiente de parto de risco | x (11,8 m ²) | - |
| Leito indução | x (16,0 m ²) | - |
| Corredor (circulação e área de convívio) | x (30,0 m ²) | x (7,8 e 7,7 m ²) |
| Banheiro compartilhado 1 | x (2,5 m²) | x (6,8 m²) |
| Banheiro compartilhado 2 | x (2,5 m²) | x (5,1 m²) |

| Legenda: | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| | Atende Recomendações do Ministério da Saúde ³ |
| | Não atende Recomendações do Ministério da Saúde ³ |
| | sem referência |

Fonte: elaborado pela

autora, 2022

¹ A hipótese de pesquisa é apresentada no capítulo de introdução, no tópico 1.3.

Caso fossem atendidas as recomendações do ambiente físico do Ministério da Saúde, observa-se que elementos físicos e subjetivos - nas condições em que os dados foram coletados e para indivíduos com as características da amostra selecionada (ex parturientes, maiores de 18 anos que passaram por parto natural e normal nos últimos 2 anos) - que promovam o acolhimento, conforto, segurança e privacidade nos ambientes de parto, sim, interferem no grau de satisfação da experiência de parto, como pode ser verificado nos resultados apresentados em 4.1.3 e 4.2.1.

Com relação à ansiedade, percebe-se conforme a Tabela 5, que há um aumento significativo no grau de ansiedade na hora do parto. Bem como em relação ao medo da dor no parto, conforme Tabela 6 na qual verifica-se um aumento do medo do parto durante o parto. As duas variáveis dependentes avaliadas tiveram significativo aumento.

Verifica-se conforme a Figura 15, que diversas emoções negativas foram apresentadas pelas participantes, o que podem, segundo a Teoria da Recuperação Psicofisiológica ao Estresse², propiciar estresse na parturiente. Consequentemente, poderia se pensar que os ambientes de parto não estão sendo restauradores o suficiente para minimizar essas sensações negativas.

Quando analisados os dados relativos a percepção da iluminação, ruídos, temperatura do ambiente construído, há divergência nas respostas, o que pode refletir os diferentes ambientes de parto utilizados pelas ex-parturientes, cada qual com suas características, recursos e oferta de autonomia e controle desiguais sobre o conforto ambiental.

Nota-se com os dados coletados nos dois ambientes construídos – ambientes de parto de hospitais/maternidades de Florianópolis, que mesmo possuindo as mesmas descrições e funções, os ambientes são diferentes, tanto na dimensão, quanto aos recursos de iluminação, acústica e conforto térmico. Ter ou não controle e autonomia sobre essas variáveis dependentes, no ambiente de parto impacta na experiência e satisfação, uma vez que podendo alterar as condições ambientais para o seu conforto e necessidade no momento, torna a experiência mais positiva. Diversos fatores, sociais, culturais, físicos, tem influência na percepção humana. A Ergonomia, bem como a Psicologia

² Apresentada no ítem 2.1.4.2.1 página 34.

Ambiental tem por objetivo o bem-estar do ser humano na realização dos seus fazeres, e nas relações com seu entorno. Os ambientes de parto experenciados pelas parturientes foram diversos, o que dificulta apontar com precisão para os pontos que de fato influenciaram na experiência. O que se nota de maneira geral, é que sim, há uma influência desses aspectos do conforto ambiental na percepção. Identifica-se a oportunidade para outras pesquisas de realizarem estudos de caso, através de um recorte de uma realidade, com mais de controle das variáveis, com outros profissionais de outras áreas com os diversos olhares, envolvendo os vários agentes envolvidos no processo de parto.

Em relação a iluminação, muita luz ou pouca luz, e a falta de autonomia no controle dessas intensidades interfere na experiência, conforme pode ser visto anteriormente na Figura 22. O entendimento da importância do impacto dessa variável na experiência de parto, pode ajudar no projeto de ambientes que ofereçam mais opções de controle e autonomia. Sobre a temperatura, observa-se um alto grau de satisfação em ter autonomia no controle dos recursos de ventilação. Todos os ambientes visitados na pesquisa possuíam recursos que permitiam alterar a temperatura do ambiente.

Percebe-se que muito pode ser explorado na investigação dos ambientes de parto, principalmente entendendo, como Ulrich e al. (2010), a relação de ambiente-pessoa. Observa-se neste estudo, que os elementos relacionados a iluminação, como aberturas que propõe iluminação natural, a iluminação artificial e suas possibilidades de controle, podem afetar e muito a experiência da parturiente, bem como a dos profissionais que assistem ao parto. Ressalta-se aqui, a importância de prosseguir os estudos, analisando e confrontando as necessidades de cada usuário nestes ambientes de parto. Observa-se que a necessidade dos profissionais, tende à uma iluminação que auxilie nos procedimentos, já para a parturiente, uma luz mais branda, pode ser mais ideal, o que pode gerar percepções e necessidades divergentes.

5.1.1 Recomendações OMS, MS e Cartilha: Ambiente de parto, medo da dor, experiência positiva.

Conforme as recomendações³ apresentadas neste estudo, observa-se que não há recomendações sobre como o ambiente construído poderia auxiliar na dor do trabalho de parto. Visualiza-se que soluções como banheiras, banheiros, acessórios como cordas, cadeiras, controle da luz, temperatura e ruídos, podem auxiliar em experiências de parto com menos intervenções analgésicas, como é orientado no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e os outros documentos e estudos que estimulam o enfrentamento da dor, e incentivo ao parto natural e normal.

Um dos significados de apropriação, segundo Cavalcante (2011), é exercer domínio sobre um espaço e objetos, sem que seja necessário ter a posse legal deles. “A pessoa se projeta no espaço ao mesmo tempo em que o introjeta.” E segundo a autora, o grau mínimo de apropriação se dá através do olhar, que torna as coisas conhecidas, promovendo em quem observa um sentimento de domínio e familiaridade em relação ao objeto ou lugar.

Além disso, verifica-se que o documento apresentado em 2013 pelo Ministério da Saúde contém diversas diretrizes e recomendações que já consideram a autonomia e segurança da mulher como pontos importantes na experiência de parto, porém que não se mostraram totalmente presentes nos ambientes visitados. Segundo os gráficos apresentados nas Figura 27 e Figura 28 percebe-se que a segurança não é assegurada para a grande maioria das parturientes. Isso pode ser ocasionado por diversos fatores, incluindo questões relacionadas à privacidade.

Segundo Westin (2003) apud Cavalcanti (2018), a privacidade é uma necessidade humana que cumpre quatro funções principais, dentre elas: 1-autonomia pessoal – possibilidade de evitar manipulação, dominação, ou exposição aos outros; e 2- restabelecimento emocional – liberação de tensão social dos estados emocionais; o que fortalece a importância de assegurar a privacidade e autonomia para a parturiente durante o parto para que ela tenha assim, uma maior possibilidade de se sentir confortável no ambiente de parto, e possa então se apropriar do espaço, e desempenhar seu parto com mais tranquilidade.

³ Recomendações e orientações sobre os ambientes de parto apresentados no tópico 2.2.5

6 CONCLUSÃO

Considerando as mudanças ocorridas no parto no último século, de um evento privado, feminino, caseiro, que passou a ser público, médico e hospitalizado, e que nas últimas décadas vem se revelado importante o reolhar para a privacidade, controle e autonomia da mulher no parto, sob uma ótica de humanização do parto, nas diversas áreas que tangem o assunto, nota-se que o ambiente de parto é um tema ainda a ser explorado, buscando-se um melhor equilíbrio entre o caseiro-hospitalizado.

A pesquisa desenvolvida mostrou que as características físicas e subjetivas do ambiente de parto são capazes de influenciar a experiência de parto da parturiente, e relacionadas à sua satisfação nas maternidades da Ilha Florianópolis/SC . A partir da coleta de dados conclui-se que o objetivo geral da pesquisa foi alcançado, mesmo que a hipótese da pesquisa não tenha sido corroborada, visto que pôde-se constatar influências de aspectos físicos e subjetivos na experiência de parto da ex-parturiente. Os fatores térmico, acústico e luminoso do ambiente de parto, bem como o local de parto, interferem diretamente no conforto o que impacta na experiência de parto da parturiente e consequentemente, na sua satisfação. Além disso, a interferência das demais variáveis subjetivas como medo, ansiedade, preparo pré-parto também embasam a experiência da mulher diante do parto. Constatou-se que a diferença dos ambientes de parto na análise, aliados a falta de cumprimento das recomendações mínimos estabelecidas para o ambiente de parto pelo Ministério da Saúde, tiveram impacto na análise dos dados, e comprometeram identificar com mais detalhamento quais fatores ambientais que interferem na percepção, controle e autonomia da parturiente. A seguir, descreve-se os elementos projetuais identificados que podem ser trabalhados para uma melhor experiência de parto da parturiente.

Dimensão

Em relação á dimensões dos ambientes do parto, percebe-se que não há um padrão. Os ambientes divergem muito em relação á área, como pode ser visualizado na

Tabela 9 pg.99, o que prejudica a funcionalidade do espaço tanto para equipe médica, quanto para parturiente. Recomenda-se nesse caso, seguir as recomendações já estudadas e previstas pelo Ministério da Saúde sobre as áreas mínimas ideais.

Iluminação

Sobre a iluminação natural e artificial dos ambientes de parto, o Ambiente de parto da maternidade A, favoreceu a percepção de uma grande variação das medições de acordo com os cenários, o que indica que há diversas possibilidades de iluminação (natural e artificial), tanto mais iluminado, como menos iluminado, o que possibilita a escolha por parte da parturiente do melhor ambiente para ela, e indica um bom aspecto para controle e autonomia. O ambiente possui duas portas, que abertas, possibilitam a entrada de luz natural durante o dia. Porém, essa abertura restringe a individualidade e privacidade da parturiente. A luz artificial é somente branca e de alta intensidade. Percebe-se enquanto transeunte do espaço, que a luz natural e abajur com luz mais amarela e de menos intensidade parece mais agradável e aconchegante.

Ainda sobre a iluminação, no ambiente de parto da maternidade B, observou-se que há uma variação considerável entre o ambiente próximo da janela e o afastado dela, o que indica que em um dos ambientes a iluminação natural interfere na luminosidade do ambiente. Também se verifica que a iluminação artificial gera significativa variação. Mesmo sendo um ambiente só, compartilhado por duas pessoas com as divisórias (cortinas), os ambientes apresentam diferença entre eles em relação a iluminação. O compartilhar da mesma iluminação, interfere na autonomia de cada parturiente decidir o que lhe agrada mais.

A partir dessas percepções, é possível estabelecer considerações e recomendações para os a iluminação dos ambientes de parto, de maneira a influenciar positivamente na experiência da parturiente como:

- a) Projetar um layout que conte cole aberturas para a luz natural, sem comprometer a privacidade da gestante.
- b) Garantir maior variedade de iluminação artificial, branca de mais intensidade para procedimentos que precisam de mais iluminação, atenção, outra iluminação mais indireta, menos intensidade, que estimule a calma e tranquilidade da parturiente.
- c) Prever recursos que possibilitem a autonomia da mulher mesmo em espaços compartilhados. Por exemplo, abajur; mais de um ponto de iluminação com circuito independente;
- d) Projetar garantindo uma maior uniformidade e padronização.

Ruídos

Sobre o ruído dos ambientes de parto, o Ambiente de parto da maternidade A, possibilitou observar que a variação nos dois cenários apresentados, não é grande. Porém, os ambientes estavam pouco ocupados, e calmos. Verifica-se que o recurso de fechar a porta gera mais privacidade. A presença da fala humana da equipe, aliada aos sons das outras parturientes, pode ser escutada, e amenizada com recursos que garantam mais isolamento. Já o Ambiente de parto da maternidade B, possibilitou observar que a cortina de tecido plástico presente não divide o ambiente por completo, permitindo passagem de um ambiente para outro, não demonstrando ser uma barreira sonora. Sendo assim, a sensação de privacidade fica prejudicada sem o completo isolamento. Os sons externos e de outras parturientes ficam mais presentes sem barreiras físicas mais densas.

A partir dessas percepções, é recomendável recursos construtivos que permitam mais privacidade e autonomia para cada parturiente no momento do parto.

Percebe-se que não há um padrão de ambiente de parto. Existem recomendações, diretrizes que guiam, mas nos ambientes analisados, algumas das recomendações de dimensão não foram atendidas. Conforme apresentado no item 2.2.3, autonomia, privacidade, controle são importantes na experiência de parto. Garanti-los da melhor forma possível assegura uma experiência mais

positiva para a parturiente, pois cada pessoa tem uma percepção e necessidade diferentes.

Além disso, foi possível confirmar que o preparo pré-parto é uma boa ferramenta de troca de informações, preparo, educação sobre as relações corpo-consciência com aspectos ambientais do ambiente de parto, e autonomia-apropriação do espaço em relação ao medo do parto. Todas as mulheres disseram ter praticado algum preparo pré-parto.

O estudo contribui também por compilar num só lugar, as recomendações nacionais existentes até o momento, que de forma geral, considera recomendações amplas, o que reforça a importância do estudo de pontos mais específicos das recomendações internacionais e nacionais referentes aos ambientes de parto, que atinjam com mais proximidade a humanização desejada, tanto para a parturiente como para os funcionários da saúde.

Também, entende-se que os objetivos específicos da pesquisa foram satisfeitos, na medida em que o levantamento de dados foi realizado. Alguns pontos podem certamente se aprofundar, como por exemplo, o terceiro objetivo pode vir a ser melhor explorado em uma pesquisa que utilize a avaliação neurofisiológica em uma primeira visita dessas gestantes no ambiente de parto.

A partir dos resultados da pesquisa, reforça-se o entendimento da importância dos fatores humanos para o tratamento da questão que envolve parturientes, ambientes de parto, os quais foram trabalhados nessa pesquisa, e ressalta-se a importância de avaliar também os funcionários da saúde e suas necessidades de conforto ambiental também nesses espaços, para assim, todos desempenharem seus melhores trabalhos.

Percebe-se então a pesquisa em ergonomia e fatores humanos como forma de estimular processos projetuais centrados no usuário, sendo potencial aliada para entendimento das necessidades físicas e cognitivas dos indivíduos perante os espaços construídos.

Os materiais e métodos aqui utilizados, bem como o questionário elaborado, podem ser aplicados para coleta de dados com outras pesquisas, e assim, cada vez mais aprimorado.

Reconhece-se que a questão é relevante, e ainda pode ser abordada por diversos outros pontos de vista. Na revisão de literatura nota-se que o tema se

encontra em expansão, principalmente nas áreas de saúde, pouco ainda no design e arquitetura, e em Psicologia Ambiental, disciplina que pode ser o vínculo entre todas as áreas afins, tendo espaço para desenvolvimento de pesquisas que levem em conta fatores diferentes dos apresentados.

Segundo Silva (2019), o projeto de ambientes de saúde é geralmente executado de forma extremamente direcionada pelas diversas legislações pertinentes à tipologia de serviços prestados nestes locais, bem como à cultura de relações extremamente hierarquizadas historicamente, seja pela própria relação do saber médico em relação ao cuidado, colocando estes profissionais em posição de destaque na área da saúde. Isso reforça a necessidade de através da Ergonomia e Psicologia Ambiental, mostrar novas perspectivas que considerem a paciente e quem o cuida, sendo dos humanos com necessidades diferentes, como foco central na elaboração dos projetos de ambientes de saúde.

As limitações do estudo e sugestões para pesquisas futuras são apresentadas a seguir.

6.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A presente pesquisa contou com limitações e dificuldades no seu percurso, as quais podem ter influenciado a condicionar os resultados obtidos. A seguir, são listadas algumas das restrições encontradas no desenvolvimento do estudo.

6.1.1 Articulação entre Comitês de Ética

Considera-se necessário compartilhar que este estudo passou por três Comitês de Ética, por envolver diversas instituições. Por não ser da área da saúde, a pesquisadora foi desafiada a conhecer mais sobre os trâmites de pesquisas realizadas em ambientes de saúde, que possuem muito mais ressalvas e considerações. Além disso, a Pandemia de Covid-19, intensificou esses critérios. Por conta do desafio de conciliar a aprovação concomitante nas três instituições, a pesquisa teve que ser prorrogada. Recomenda-se para pesquisas futuras e para as plataformas envolvidas na gestão da análise dos

documentos no processo de ética, uma maior unificação e interrelação das instituições.

6.1.2 Participantes do Estudo

A coleta de dados foi realizada com ex-parturientes participantes de um único Grupo de Gestantes na Grande Florianópolis/SC, que se mostrou ser um ambiente de fácil acesso à amostra. Dessa forma, o estudo limitou-se a participantes integrantes desse grupo, que podem possuir um perfil social, cultural restrito, e já direcionado para certas maternidades. Portanto, os dados da presente pesquisa, referem-se apenas a esse segmento, apenas às participantes abordadas nesse estudo, nesse grupo. O tamanho da amostra foi outro fator limitante, visto que os dados coletados poderiam se comportar em alguns pontos de maneira diferente em uma amostra maior, levando a melhor desempenho estatístico. O questionário chegou para mais de 100 gestantes, sendo que apenas 18 participaram, o que pode revelar ser um assunto delicado.

6.1.3 Ambientes de parto

Considerando que não há um padrão mínimo e definição sobre um ambiente de parto humanizado entre maternidades e hospitais públicos e particulares, a pesquisa fica limitada na sua análise comparativa de ambientes. Para outros estudos, focar em uma só maternidade pode trazer resultados mais claros.

6.2 ESTUDOS FUTUROS

Percebe-se ao final deste estudo, que os ambientes de parto localizados nas maternidades e hospitais, são ambientes onde tanto parturiente como funcionários da saúde estão desempenhando suas tarefas. Sob o olhar da Ergonomia, olhar para esses dois usuários, com necessidades de recursos diferentes, e suas inter-relações é necessário, pois essas necessidades diferentes podem gerar conflitos dentro do ambiente, o que prejudicam a satisfação e experiência dos usuários. Por isso, este estudo visualiza que não só a relação Pessoa-Ambiente e Ambiente-Pessoa é importante ser estudada,

como é o foco da disciplina da Psicologia Ambiental, mas também que as relações entre as pessoas, neste caso parturiente e equipe de saúde, (organização, sistemas), e o ambiente sejam estudados. A percepção humana é complexa já analisada individualmente. Dentro de uma relação sistêmica, visualiza-se que é preciso ainda mais esse olhar, promovendo assim relações mais comunitárias.

Percebe-se após esta coleta de dados verificada na Tabela 8, na qual verifica-se que houve certa homogeneidade nas respostas, que seria interessante pesquisas futuras que identificassem os elementos dos ambientes físicos que promoveram tais percepções, para emoções negativas expressivas, como Tristeza, Desordem, Desconforto, Insegurança, Não atratividade, Monótono, Feio, e as positivas Alegria, Ordem, Segurança, Atratividade, Vivacidade, Beleza. Para tal, utilizar o Design Baseado em Evidência apresentado no ítem 2.1.6, pode ser uma ferramenta.

Verifica-se que também pode ser mais explorado os pontos relativos a Agitação, Desordem, Descuidado, que podem ser refletidos na experiência do serviço, relações entre equipe e paciente, e que interferem no bem-estar da parturiente.

Questões relativas ao conforto térmico, acústico e lumínico como apresentado nos adjetivos: Escuro, Frio, Ar pesado, Barulhento, indicam que há desconforto. Verificar que elementos estão relacionados à essas palavras pode contribuir ainda mais para identificar pontos de melhorias nos projetos dos ambientes construídos de parto.

Indica-se como um dos estudos futuros analisar o impacto de aberturas como janelas e iluminação natural e artificial na experiência de parto natural, tanto para as parturientes, como para os profissionais da saúde, visto que para a parturiente, talvez uma luz branca, mais quente seja o ideal, e para o profissional da saúde, poder enxergar, é importante, ou seja, precisa de mais luz. São pessoas desempenhando tarefas distintas, com necessidades distintas num mesmo ambiente. Encontrar soluções que flexibilizem esses espaços para ambos usuários é uma tarefa da Ergonomia aliada a Psicologia Ambiental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

_____. Portaria Nº 11, de 7 de janeiro de 2015. **Centros de Parto Normal.** Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília. DF. 2015.

ABERGO - Associação brasileira de Ergonomia. **O que é ergonomia?** Disponível em: http://www.abergo.org.br/internas.php?pg=o_que_e_ergonomia acesso em outubro de 2020.

ALMEIDA, N. A. M.; MEDEIROS, M.; SOUZA, M. R. **Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no perspectives of normal delivery pain of primigravid during the antenatal period.** v. 21, n. 4, p. 819–827, 2009.

ALMEIDA, M. DE O.; PORTUGAL, T. M.; ASSIS, T. J. C. F. DE. *Pregnant women and COVID-19: Isolation as a physical and psychic impact factor.* Revista Brasileira de Saude Materno Infantil, v. 20, n. 2, p. 599–602, 2020.

BANDEIRA, Marina de Bittencourt et al. **Percepção dos pacientes sobre o tratamento em serviços de saúde mental: validação da Escala de Mudança Percebida.** Psicologia: Reflexão e Crítica [online]. 2011, v. 24, n. 2 [Acessado 19 Novembro 2021], pp. 236-244. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-79722011000200004>>. Epub 08 Ago 2011. ISSN 1678-7153. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722011000200004>.

BESTETI, M. L. T. **Ambiência: espaço físico e comportamento,** Artigos Temáticos: Ambiência, Rev. Bras. Geriatria. Gerontol. Rio de Janeiro; 17(3):601-610. 2014. Disponível em: <http://bdpi.usp.br/item/002674691>

BOAG, P. **All you need to know about customer journey mapping.** Smashing Magazine. 15 jan. 2015 Disponível em: <<http://www.smashingmagazine.com/2015/01/all-about-customer-journey-mapping/>> Acesso em: 20 abr. 2021

BOERMA, T. et al. **Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections.** The Lancet, v. 392, n. 10155, p. 1341–1348, 2018.

BRANDL, C. E. H. **A Consciência Corporal na Perspectiva da Educação Física.** Caderno de Educação Física e Esporte, p. 51-66, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento /** Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465p.: il. – (Cadernos HumanizaSUS; v. 4).

BRITO, T. A., et al. Fatores associados à satisfação dos usuários em serviços de fisioterapia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, 514-126. 2013.

BROOKS SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. **The Psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of evidence.** The Lancet. 2020; 395:912-20.

CAVALCANTE, S.; ELALI, G. A. (Orgs.). **Psicologia ambiental: conceitos para a leitura da relação pessoa-ambiente.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2018.

CAVALCANTE, S. & Elias, T. F. (2011). Apropriação. In S. Cavalcante & G. A. Elali (Eds.), **Temas básicos em Psicologia Ambiental** (pp. 63-69). Petrópolis, RJ: Vozes.

CARVALHO, F. A. M. et al. Significado do trabalho de parto: a perspectiva dos acadêmicos de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 6, p. 767–772, 2009.

CARDOSO, Luciana Helena Pereira, Marcelo Aureliano Monteiro De Andrade, and Marlusa Gosling. 2013. “**Satisfação do usuário no âmbito dos serviços de saúde: as Contribuições da literatura de marketing.**” Rahis.

CATAFESTA, Fernanda et al. Pesquisa-cuidado de enfermagem na transição ao papel materno entre puérperas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s.l.], v. 9, n. 2, p.457-475, 2007. Disponível em:
[<https://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/pdf/v9n2a13.pdf>](https://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/pdf/v9n2a13.pdf). Acesso em: 27 set. 2022.

COSTA, A. P. et al. Contribuições Do Pré-Natal Para o Parto Vaginal: Percepção de Puérperas. Rev. RENE, v. 12, n. 3, p. 548–554, 2011.

COTRIM, N.A.A. **Proposta de método para análise de qualidade ambiental e humanização em maternidades.** Estudo de caso: maternidade nascer cidadã. Dissertação Mestrado - Projeto e Cidade da Faculdade de Artes Visuais da Universidade Federal de Goiás, Goiânia. 2019.

COMES, Y. et al. **Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos.** Ciencia e Saude Coletiva, v. 21, n. 9, p. 2749–2759, 2016.

CORRAL-VERDUGO, V. (2005). **Psicología Ambiental: objeto, "realidades" sócio-físicas e visões culturales de interacciones ambiente-comportamiento.** Psicología USP, 16(1/2), 71-87. Recuperado de
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousp/v16n1-2/24645.pdf>

COHEN, R.; DUARTE, C.R. e BRASILEIRO, A. **O acesso para todos à cultura e aos museus do Rio de Janeiro.** Actas do I Seminário de Investigação em Museologia dos Países de Língua Portuguesa e Espanhola, Volume 2, pp. 236-255. 2009.

CORRAL-VERDUGO, V. (2005). **Psicología Ambiental: objeto, "realidades" sócio-físicas e visões culturales de interacciones ambiente-comportamiento.** Psicología USP, 16(1/2), 71-87. Recuperado de
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousp/v16n1-2/24645.pdf>

- COSTA, A. P. et al. Contribuições Do Pré-Natal Para o Parto Vaginal: Percepção de Puérperas. **Rev. RENE**, v. 12, n. 3, p. 548–554, 2011.
- DAVIS-FLOYD, R. (2003). ***Birth as an American rite of passage***. Los Angeles, CA: University of California Press.
- DATASUS – Departamento de Informática do SUS – Ministério da Saúde. Brasil, 2020. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>, acessado em outubro de 2020.
- DOMINGUES, R. M. S. M. **Acompanhantes Familiares na Assistência ao Parto Normal: a experiência da Maternidade Leila Diniz**, 2002. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.
- ELALI, G.A Relações entre comportamento humano e ambiência: uma reflexão com base na psicologia ambiental. In Anais do Colóquio Internacional Ambiências compartilhadas: cultura, corpo e linguagem. Rio de Janeiro, p. 1-17. 2009. Disponível em: <https://0602.nccdn.net/000/000/04e/cb0/Artigo-GLEICE-ELALI-FULL.pdf>.
- ELALI, G. A. (2007). **Imagen sócio-ambiental de áreas urbanas: um estudo na Ribeira, Natal-RN-Brasil**. Psicología para a América Latina. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2007000200006&lng=pt&tlng=pt
- ENDMANN, A. & KEßNER, D. **User Journey Mapping – A Method in User Experience Design**. In: Ziegler, J. (Hrsg.), i-com: Vol. 15, No. 1. Berlin: De Gruyter. (S. 105–110). 2016 DOI: 10.1515/icom-2016-0010
- ESPERIDIÃO, Monique Azevedo, and Lígia Maria Viera-da-Silva. 2018. “**A Satisfação Do Usuário Na Avaliação de Serviços de Saúde: Ensaio Sobre a Imposição de Problemática.**” Saúde em Debate 42(spe2): 331–40.
- FAPESP. **Tradução e adaptação cultural para o português do questionário Birth Satisfaction Scale - revised (BSS-R)**. Disponível em: <https://bv.fapesp.br/pt/bolsas/182170/traducao-e-adaptacao-cultural-para-o-portugues-do-questionario-birth-satisfaction-scale-revised-b/>
- FELIPPE, Maíra Longhinotti. **Ambiente físico e linguagem ambiental no processo de restauração afetiva do estresse em quartos de internação pediátricos**. Ferrara, 2015. Tese (Doutorado em Tecnologia da Arquitetura) — Departamento de Arquitetura, Universidade de Ferrara.
- FERENHOF, H. A.; FERNANDES, R. F. **Desmistificando a revisão de literatura como base para redação científica: Método SFF**. Revista ACB, v. 21, n. 3, p. 550–563, 2016.
- FERNANDES, R. F. **Passo-a-passo para construção da Revisão Sistemática e Bibliometria Utilizando a ferramenta Endnote ®**, 2020.

FRIAS, A. M.A.; Souza, L.M.M., Ferreira, A.F.F.D. **Medo do Parto: Avaliação em um grupo de grávidas. A Enfermagem e o Gerenciamento do Cuidado Integral.** Atena. Ponta Grossa: n3, cap. 18, p.187-198, 2020.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade.** 27. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2003.

FERREIRA, P.J.O. Cuidando profissionalmente do ser humano em vigência de dor: uma abordagem compreensiva. In: Chaves LD, Leão ER, editoras. **Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem.** Curitiba: Editora Maio; 2004. p.11-9.

GODOY, J. A. et al. **Satisfaction with care in a Brazilian psychiatric inpatient unit: differences in perceptions among patients according to type of health insurance.** v. 41, n. 1, p. 27–35, 2019.

GOHIL R, et al. *Treatment satisfaction of patients undergoing ranibizumab therapy for neovascular age-related macular degeneration in a real-life setting. Patient Prefer Adherence.* 2016;10:949-955
<https://doi.org/10.2147/PPA.S105536>

GRAEFF, B. (2014) A pertinência da noção de ambientes urbanas para o tema dos direitos dos idosos: perspectivas brasileiras. **Rev. Bras. Geriatria. Gerontol.** Rio de Janeiro, 2014; 17(3):611-625. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n3/1809-9823-rbgg-17-03-00611.pdf>

GRESSLER, Sandra Christina; GUNTHER, Isolda de Araújo. Ambientes restauradores: definição, histórico, abordagens e pesquisas. **Estudos de Psicologia (Natal)**, Natal, v. 18, n. 3, p. 487-495, jul./set. 2013. DOI:
<https://doi.org/10.1590/S1413-294X2013000300009>. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2013000300009&lng=pt&tln_g=pt.

GÜNTHER, Hartmut. Mobilidade e affordance como cerne dos Estudos Pessoa-Ambiente. **Estudos de Psicologia (Natal)** [online]. 2003, v. 8, n. 2 [Acessado 11 Outubro 2021] , pp. 273-280. Disponível em:
<<https://doi.org/10.1590/S1413-294X2003000200009>>. Epub 28 Abr 2004. ISSN 1678-4669.

GUELLI, Augusto. Tradução e adaptação do “**AEDET – Achieving Excellence Design Evaluation Toolkit**” para utilização no Brasil – Sistema de Avaliação Integral de Edifícios de Saúde. 42p. Dissertação (Mestrado Profissional em Economia da Saúde) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2006.

HARTIG T., *Issues in restorative environment research: matters of measurement*, em FERNÁNDEZ-RAMÍREZ B., VILLODRES C. H., FERRER C. M. S., MÉNDEZ M. J. M. (Orgs.), “**Psicología ambiental 2011: entre los estudios urbanos y el análisis de la sostenibilidad**”, Universidad de Almería, Almería, 2011 (pp. 41-66).

HENRIQUE, A. J. et al. *Understanding childbirth pain in Brazilian women: A qualitative descriptive study*. *Women and Birth*, n. 2019, 2020.

HIGUCHI M. I. G., KUHNEN A., BOMFIM Z. A. C., Cognição Ambiental, em CAVALCANTE S., ELALI G. A. (Orgs.), “**Temas básicos em psicologia ambiental**”, Vozes, Petrópolis, 2011 (pp. 105-121).

HOLLNAGEL, E. (1997). *Cognitive ergonomics: It's all in the Mind*. *Ergonomics*, 40(10), 1170-1182.

HASSANZADEH, R. et al. Assessment of childbirth preparation classes: A parallel convergent mixed study. *Reproductive Health*, v. 16, n. 1, p. 1–7, 2019.

IEA - International Economic Association. **Definição Ergonomia e Fatores Humanos**. Disponível em: <https://iea.cc>, acessado em outubro de 2020.

IASP - International Association for the Study of Pain (IASP) **Definição de Dor**. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org> , acessado em outubro de 2020.

LAVILLE, C; DIONE, J. **A construção do saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Ed. Artmed, 1999.

LIMA, Margarete Maria De, Clara De Andrade Leal, and Roberta Costa. 2021. “**Gestação em tempos de pandemia: percepção de mulheres**.” 11(33): 107–16.

LIMA, M. M. DE et al. **Contribuição da extensão em um grupo de gestantes e casais grávidos para a formação do enfermeiro**. v. 22, n. 4, p. 1–8, 2018.

LOUREIRO, S. **O medo do parto - contributo para a validação do w-deq para grávidas portuguesas**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O que é ambiência?** (2009) Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/170_ambienca.html Acessado 11/10/21.

MONT'ALVÃO, Claudia e VILLAROUCO, Vilma. **Um novo olhar para o projeto**. Teresópolis-RJ: 2AB, 2011

MARTIN, C.R., Hollins Martin, C. & Redshaw, M. **The Birth Satisfaction Scale-Revised Indicator (BSS-RI)**. BMC Pregnancy Childbirth 17, 277 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1459-5>

MARTIN, C. H.; FLEMING, V. *The birth satisfaction scale*. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, v. 24, n. 2, p. 124–135, 2011.

MARTIN, E. **A Mulher no Corpo: uma análise cultural da reprodução**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MORAES, Anamaria de (Org.) Ergodesign do ambiente construído e habitado. Rio de Janeiro: iUsEr. 2004

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a **Rede Cegonha**. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 2011 jun 27;148(121 Seção 1):109-11.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Orientações para elaboração de projetos arquitetônicos Rede Cegonha: ambientes de atenção ao parto e nascimento / Rede Cegonha: childbirth caring solutions - Architectural projects elaboration Guide Manual**. Brasília, 2018.

MAIA, Mônica Bara. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. 189 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/pr84k/pdf/maia-9788575413289.pdf>>. Acessado em

MARTINS, A. P. V. **A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX**. Estudos Feministas, 13(3): 645-665, 2005.

MARTINS, A. P. V. **Visões do Feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

MARCUS, A. **Design, user experience, and usability**. Design discourse: 4th international conference, DUXU 2015 held as part of HCI international 2015 Los Angeles, CA, USA, August 2-7, 2015 proceedings, part I. Lecture Notes in Computer Science (including subseries Lecture Notes in Artificial Intelligence and Lecture Notes in Bioinformatics), v. 9186, p. 12–23, 2015.

MATOS, G. C. et al. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista de enfermagem**. UFPE [on line], Recife, 7(esp), 870-8, mar., 2013.

MACHADO, Y. S., Schubert, P. M. P., Albuquerque, D. da S., & Kuhnen, A. (2016). Brincadeiras infantis e natureza: investigação da interação criança-natureza em parques verdes urbanos. **Temas em Psicologia**, 24(2), 655-667. doi:10.9788/TP2016.2-14Pt

Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 32 p. 2010. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

Ministério da Saúde, Rede Cegonha. **Orientações para Elaboração de Projetos: Centros de Parto Normal (CPN); Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP); Adequação da Ambiência; Unidade Neonatal e Banco de Leite Humano.** (Ampliação e Reforma), 2013. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-aten-a-saude-materna-e-infantil-rede-cegonha/acervo-e-e-books/7104-orientacoes-de-obras-da-rede-cegonha/file>, acessado setembro de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal.** Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

MACHADO, N.X.S; PRAÇA, N.S. **Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente.** Ver. Esc. Enferm USP 2006; 40(2):274-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/16.pdf>

MARTIN, C. H.; FLEMING, V. The birth satisfaction scale. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, v. 24, n. 2, p. 124–135, 2011.

MARTIN, C.R., Hollins Martin, C. & Redshaw, M. **The Birth Satisfaction Scale-Revised Indicator (BSS-RI).** BMC Pregnancy Childbirth 17, 277 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1459-5>

MARTINS, A. P. V. **Visões do Feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

MORAES, Ana Maria de (Org.) **Ergodesign do ambiente construído e habitado.** Rio de Janeiro: iUsEr. 2004

NILSEN, E. C. G. **Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto.** Campinas: UNICAMP, 2009.

OKAMOTO, J. **Percepção Ambiental e Comportamento.** São Paulo: Editora Mackenzie, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. *Human Reproduction Programme*, p. 1–8, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez.** 2016

PASCOE, GC. **Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis.** Eval Program Plann. 1983;6(3-4):185-210.

PAULINO, Heloyse Hott et al. Grupo de gestantes: uma estratégia de intervenção do PET- **Saúde da Família.** Abeno, São Paulo, v. 12, n. 3, p.76-81, jul./dez. 2013.

PREECE, J.; ROGERS, Y.; SHARP, H. **Design de Interação: Além da Interação Homem- Computador.** Porto Alegre: Bookman, 2005.

PINHEIRO, E. **O terreno da subjetividade: uma interpretação sensível das ambiências** – Artigo extraído da Tese de Doutoramento “Cidades 'ENTRE'. Dimensões do sensível em arquitetura ou a memória do futuro na construção de uma cidade”, apresentada pela autora ao PROARQ/FAU/UFRJ. Rio de Janeiro - RJ. 2010. Texto fornecido como parte do material de leitura da Disciplina Arquitetura e Projeto do Lugar. PROARQ/FAU/UFRJ. 2017/

RAPOPORT A., *The meaning of the built environment: a nonverbal communication approach*, University of Arizona, Tucson, 1990.

RATTNER, D. (2009). **Humanização na atenção a nascimentos e partos: Breve referencial teórico.** Interface: Comunicação, Saúde, Educação, 13(Supl. 1),595-602. doi:10.1590/S1414-32832009000500011

RIBEIRO, J.F. et al. “Contribuição Do Pre-Natal Para o Parto Normal Na Concepção Do Enfermeiro Da Estrategia Saude Da Familia.” **Revista Interdisciplinar** 9(1): 161–70, 2016.

RODRIGUES, A. V., & SIQUEIRA, A. A. F. (2008). **Sobre as dores e temores do parto: Dimensões de uma escuta.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 8(2),179-186. doi:10.1590/S151938292008000200005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n2/05.pdf>.

RUBIN, J.; CHISNELL, D. *Handbook of Usability Testing: How to Plan, Design, and Conduct Effective Tests*. Indianapolis: Wiley Publishing, 2008

SAID I., SALLEH S. Z., BAKAR M. S. A., MOHAMAD I., *Caregivers' evaluation on hospitalized children's preferences concerning garden and ward*, em “**Journal of Asian Architecture and Building Engineering**”, v. 4, n. 2, 2005, (pp. 331-338).

SALAZAR, 2013. Tese de Mestrado em ciências de Enfermagem. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/70813/2/31089.pdf>

SILVA, C. N. da. (2018). Ergonomia aplicada na qualificação da ambiência do espaço de nascer. In **Revista Sustinere** (Vol. 6, Issue 1, pp. 150–174). <https://doi.org/10.12957/sustinere.2018.33609>

SILVA, C.N. da. **Por ambiências sensíveis nos lugares de nascer. Percepção e subjetividade nos centros de parto normal.** 2019. Tese de doutorado, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

SILVA, Eliana Aparecida Torrezan da. “*Pregnancy and Preparation for Childbirth: Intervention Programs.*” **Mundo da Saúde**, 37(2): 208–15, 2013.

STERNBERG, R. **Psicologia Cognitiva.** 4 edição ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

SOUZA, Cibele Gonçalves. 2018. “**Contribuição de Grupo de Gestante de Casais Grávidos Para a Consolidação Do Princípio de Humanização Do Parto e Nascimento.**” TCC UFSC: 59.

https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/191327/Projeto_TCC_Cibele_versao_final_19.11.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

SERÇEKUŞ, P.; BAŞKALE, H. *Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. Midwifery*, v. 34, p. 166–172, 2016.

SIMELELA, P. N. **A “good birth” goes beyond having a healthy baby.** Disponível em: <https://www.who.int/mediacentre/commentaries/2018/having-a-healthy-baby/en/>

SANTANA NM. **As gestantes em meio à pandemia de Covid-19. Le Monde Diplomatique Brasil.** 2020 Disponível em: <[https://diplomatique.org.br/as-gestantes-em-meio-a-pandemia-de-Cov id-19](https://diplomatique.org.br/as-gestantes-em-meio-a-pandemia-de-Covid-19)>. Acesso 08 junho 2021.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. 2010. “A Satisfação Do Usuário e a Autopercepção Da Saúde Em Atenção Primária.” **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade** 5(17): 3–5. SINASC. Nascidos Vivos Notas Técnicas Origem dos dados. Brasília: [s.n.]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinasc//Nascidos_Vivos_1994_2012.pdf>. Acesso em: 16 out. 2021.

SIP/ANS. SIP/ANS Sistema de Informação de produtos/Agência Nacional de Saúde Suplementar. Brasília: **Agência Nacional de Saúde Suplementar**, 2016. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/taxas-de-partos-cesareos-por-operadora-de-plano-de-saude>>. Acesso em: 16 out. 2021.

SOUZA, Cibele Gonçalves. 2018. “**Contribuição de Grupo de Gestante de Casais Grávidos Para a Consolidação Do Princípio de Humanização Do Parto e Nascimento.**” TCC UFSC: 59. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/191327> Acesso em: 16 out. 2021.

TORNQUIST, C. S. **Parto e Poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil**, 2004. Tese de Doutorado, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

TOSTES, N. A.; SEIDL, E. M. F., “Expectativas de Gestantes sobre o Parto e suas Percepções acerca da Preparação para o Parto” **Temas em Psicologia**, vol. 24, no. 2, pp. 681–693, 2016, doi: 10.9788/TP2016.2-15.

TUAN, Y.-F. (1983). **Espaço e lugar: a perspectiva da experiência.** São Paulo: Difel.

TEIXEIRA, N. Z., & PEREIRA, W. R. (2006). **Parto hospitalar - Experiências de mulheres da periferia de Cuiabá - MT.** Revista Brasileira de Enfermagem, 59(6), 740-744. doi:10.1590/S003471672006000600004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a04.pdf>.

THIBAUD, J.P. **A cidade através dos sentidos.** Cadernos Proarq, nº 18. PROARQ/FAU/UFRJ. 2012. Disponível em: http://www.proarq.fau.ufrj.br/revista/public/docs/Proarq18_ACidade_JeanThibaud.pdf.

TOLEDO, L. C. **Feitos para curar: arquitetura hospitalar e processo projetual no Brasil**, Rio de Janeiro: ABDEH. 2006

Universidade Federal de Santa Catarina. **Maternidade do HU completa 25 anos de humanização e trabalho de equipe.** Disponível em: <https://noticias.ufsc.br/2020/10/maternidade-do-hu-completa-25-anos-com-historia-de-humanizacao-e-trabalho-de-equipe/> 11/06/2021 Acessado em 31 de maio de 2021

ULRICH, R. S. (1983). *Aesthetic and affective response to natural environment.* In I. Altman & J. F. Wohlwill (Orgs.), *Behavior and the Natural Environment* (Vol. 06, pp. 85-120). Nova Iorque: Plenum.

ULRICH, R. S., Simons, R. F., Losito, B. D., Fiorito, E., Miles, M. A., & Zelson, M. (1991). *Stress recovery during exposure to natural and urban environments.* **Journal of Environmental Psychology**, 11(3), 201-230. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0272-4944\(05\)80184-7](https://doi.org/10.1016/S0272-4944(05)80184-7)

VALERA, S. (1996). *Psicología ambiental: bases teóricas y epistemológicas.* Em L. Iñiguez & E. Pol (Eds.), **Cognición, representación y apropiación del espacio** (pp.1-14). Barcelona: Publicacions Universitat de Barcelona.

VAN DEN BERG, A. E., Custers, M. H. G. (2011). **Gardening promotes neuroendocrine and affective restoration from stress.** Journal of Health Psychology, 16(1), 3-11.

VIEIRA, A. N. et al. *Group of pregnant women and / or pregnant couples: a collective construction process (1996-2016).* **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 2, p. 1–8, 2019.

VILLAROUCO, V. **Reflexões acerca da Ergonomia do Ambiente Construído.** In: Boletim da Associação Brasileira de Ergonomia –Recife – ABERGO –2007

WIJMA, K.; WIJMA, B.; ZAR, M. *Psychometric aspects of the W-DEQ; A new questionnaire for the measurement of fear of childbirth.* **Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology**, v. 19, n. 2, p. 84–97, 1998.

ZAMPIERI, M. de. F. M. **Grupo De Gestantes E Casais Grávidos:** Iniciativa Que Tem Se Consolidado Historicamente Na Comunidade. Extensão - Revista Eletrônica de Extensão, Florianópolis, p. 58-65, 2010.

ANEXOS

Anexo 1 - Questionário da pesquisa

Questionário Pesquisa - Aspectos físicos e subjetivos do ambiente ...parto no grau de satisfação da parturiente na experiência de parto 16/02/2022 17:29

Questionário Pesquisa - Aspectos físicos e subjetivos do ambiente de parto no grau de satisfação da parturiente na experiência de parto

Bem vindo ao formulário de pesquisa para análise dos ambientes de parto das maternidades da Ilha de Florianópolis/SC, intitulado: Avaliação da influência dos aspectos físicos e subjetivos do ambiente de parto no grau de satisfação da parturiente na experiência de parto.

Você, que tem 18 anos ou mais, está sendo convidada a participar de uma pesquisa.

Ao preencher este formulário, você estará colaborando através das suas percepções para a identificação de aspectos que possam ser melhorados nos ambientes de parto para experiências mais positivas das parturientes. Todas as informações aqui coletadas serão tratadas com o sigilo e confidencialidade das informações das participantes. Não é obrigatório responder a todas as perguntas.

A realização deste questionário é responsabilidade de Mariana Colin Stelzner, discente do programa de pós-graduação de Design da UDESC, orientada pelo professor doutor Milton José Cinelli. Em caso de informações, dúvidas, críticas e/ou sugestões, poderá ser enviada uma mensagem para:

marianacolins@gmail.com

*Obrigatório

Algumas questões a serem compreendidas:

- Estima-se o total de 10 minutos para completar todas as respostas do questionário;
- Não existem respostas certas ou erradas;
- Espera-se que cada pessoa responda uma única vez a este questionário;
- Caso se sentir constrangido ou por outro motivo não quiser continuar com o questionário, você pode desistir a qualquer momento, sem prejuízos ou justificativa necessária;
- Ao completar o questionário, as suas respostas serão registradas e analisadas na plataforma de forma completamente anônima;
- Os dados obtidos serão utilizados unicamente para fins desta pesquisa, preservando o anonimato e o sigilo das respostas;
- A participação nesse estudo é voluntária e não gerará despesas para você, como também nenhuma gratificação financeira;
- Ao aceitar participar deste questionário, você está de acordo com o TCLE apresentado abaixo.

Por favor, antes de aceitar participar da pesquisa, certifique-se de ler o TCLE abaixo, também acessível no seguinte link:

https://docs.google.com/forms/d/1canP143_Pjw96cqjK_EW7nkF4TO6islyBX3B_DMgU48/prefill

As informações coletadas serão salvos em um dispositivo eletrônico local e serão armazenadas em um HD externo particular da pesquisadora, e tratadas com o sigilo e confidencialidade das informações das participantes. Todas as informações gravadas e armazenadas serão descartadas após o período mínimo de cinco anos a partir do término da pesquisa, como previsto pela Resolução No 510/2016.

Esse questionário consiste na coleta de dados sócio-demográficos, de seleção da amostra de acordo com as variáveis antecedentes e de controle; avaliação do medo da dor e ansiedade em relação ao parto, questões relativas aos ambientes de parto, bem como perguntas sobre o grau de satisfação em relação a experiência de parto e ambientes de parto. Os questionários serão aplicados individualmente com ex-parturientes, de forma remota, respeitando as recomendações de isolamento social diante da Pandemia de COVID-19.

A Senhora não terá despesas e nem será remunerada pela participação na pesquisa. Todas as despesas decorrentes de sua participação serão resarcidas. Em caso de danos, decorrentes da pesquisa, será garantida a indenização.

Os riscos destes procedimentos serão mínimos por envolver alguns possíveis riscos estritamente do ambiente virtual ou de meios eletrônicos, diante da utilização da ferramenta tecnológica no procedimento metodológico da pesquisa. Há, portanto, limitações à total confidencialidade e potencial risco de violação do documento. Por envolver entrevistas por meio de questionários de fácil compreensão conduzidos pela pesquisadora, a pesquisa não irá compreender procedimentos invasivos, danos à saúde física, ou questões as quais possam gerar desgaste emocional nas participantes. Se constatado qualquer tipo de dano previsto ou não neste termo, a pesquisa deverá ser suspensa. A fim de sanar os riscos, caberá à pesquisadora garantir a não violação e a integridade e proteção do documento digital, preservar o anonimato e o sigilo das respostas em seu tratamento e divulgação, e garantir o acesso aos resultados caso seja solicitado pelo participante. Caso deseje ter acesso aos resultados obtidos nesta pesquisa, será necessário fornecer o seu endereço de e-mail no campo indicado no questionário para posterior envio do relatório final.

A sua identidade será preservada pois cada indivíduo será identificado por um número. Os benefícios e vantagens em participar deste estudo serão contribuir para pesquisa e desenvolvimento de conhecimento sobre os ambientes de parto, identificando aspectos físicos e subjetivos que possam influenciar na experiência de parto das mulheres, contribuindo para o entendimento das relações pessoa-ambiente.

As pessoas que estarão responsáveis pelo estudo serão os pesquisadores a estudante de mestrado Mariana Colin Stelzner e o professor responsável Dr. Milton José Cinelli.

A senhora poderá se deixar de responder o questionário a qualquer momento, sem qualquer tipo de constrangimento. Solicitamos a sua autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não-identificação do seu nome. É importante que a senhora guarde em seus arquivos uma cópia deste documento eletrônico, que será enviada para o e-mail indicado no formulário.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante sejam respeitados, sempre pautado nas Resoluções nº 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O CEP tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Caso você considere que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode

Avenida Madre Benvenuta, 2007, Itacorubi, CEP 88035-901, Florianópolis, SC, Brasil.
Telefone/Fax: (48) 3664-8084 / (48) 3664-7881 - E-mail: ceps.h.reitoria@udesc.br

CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
SRTV 701, Via W 5 Norte – Lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte - Brasília-DF - 70719-040
Fone: (61) 3315-5878/ 5879 – E-mail: conept@saude.gov.br

entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da SES/SC pelo telefone (48)3664-7218, de segunda-feira a sexta-feira, das 14h00min às 18h00min, ou pelo e-mail cepses@saude.sc.gov.br.

NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PARA CONTATO: Mariana Colin Stelzner

NÚMERO DO TELEFONE: (47)999840392

ENDEREÇO: Rua Laurindo Januário da Silveira, 3073 – Lagoa da Conceição/SC - Brasil

ASSINATURA DO PESQUISADOR:

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEPSPH/UDESC

Av. Madre Benvenuta, 2007 – Itacorubi – Florianópolis – SC – 88035-901

Fone/Fax: (48) 3664-8084 / (48) 3664-7881 - E-mail: cepsh.reitoria@udesc.br

CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

SRTV 701, Via W 5 Norte – lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte - Brasília-DF - 70719-040

Fone: (61) 3315-5878/ 5879 – E-mail: coneep@saude.gov.br

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu comprehendo que neste estudo, as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em mim, e que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso _____

Assinatura _____ Local: _____ Data: ____ / ____ / ____ .

Avenida Madre Benvenuta, 2007, Itacorubi, CEP 88035-901, Florianópolis, SC, Brasil.

Telefone/Fax: (48) 3664-8084 / (48) 3664-7881 - E-mail: cepsh.reitoria@udesc.br

CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

SRTV 701, Via W 5 Norte – Lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte - Brasília-DF - 70719-040

Fone: (61) 3315-5878/ 5879 – E-mail: coneep@saude.gov.br

Clique em “Aceito” se deseja participar, ou “Não, obrigado” para não participar e confirme a sua faixa etária a seguir.

1. De acordo com o TCLE apresentado, você aceita participar desta pesquisa? *

Marque todas que se aplicam.

- Aceito.
 Não, obrigada.

2. Por favor, confirme a sua faixa etária abaixo:

Marcar apenas uma oval.

- Sou adulto e tenho mais que 18 anos de idade
 Sou menor de idade, tenho 18 anos de idade ou menos

3. Informe o seu e-mail caso deseje receber um relatório com os resultados deste questionário

PARTE 1: QUESTÕES SOCIODEMOGRÁFICAS e SAÚDE NA GESTAÇÃO

4. Qual a sua idade? *

5. Qual a sua escolaridade?

Marcar apenas uma oval.

- sem escolaridade
- ensino fundamental
- ensino médio
- ensino superior
- mestrado
- doutorado

6. Qual sua renda mensal?

Marcar apenas uma oval.

- até 2 salários mínimos
- 2 a 4 salários mínimos
- 4 a 10 salários mínimos
- 10 a 20 salários mínimos
- mais de 20 salários mínimos

7. Já passou por uma experiência de parto antes?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

8. Se sim, quantas vezes?

Marcar apenas uma oval.

- uma vez
- duas vezes
- três vezes
- mais de três vezes

9. Você foi diagnosticada clinicamente com ansiedade durante a última gravidez?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

10. Como sentiu sua ansiedade ANTES do dia do parto?

Marcar apenas uma oval.

- 0 nada ansiosa
- 1 pouco ansiosa
- 2 ansiosa
- 3 muito ansiosa
- 4 extremamente ansiosa

11. Como sentiu sua ansiedade DURANTE o trabalho de parto? Assinale a alternativa:

Marcar apenas uma oval.

- 0 nada ansiosa
- 1 pouco ansiosa
- 2 ansiosa
- 3 muito ansiosa
- 4 extremamente ansiosa

12. Durante a última gravidez, você percebeu que teve medo do parto? Qual intensidade?

Marcar apenas uma oval.

- 0 - nenhum medo
- 1 - pouco medo
- 2 - com medo
- 3 - muito medo
- 4 - medo extremo

13. Durante o trabalho de parto, como você percebeu o seu medo do parto?

Marcar apenas uma oval.

- 0 nenhum medo
- 1 pouco medo
- 2 com medo
- 3 muito medo
- 4 medo extremo

14. Você realizou algum tipo de preparo pré-parto antes ou durante a gravidez?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Outro: _____

15. Se sim, o que realizou?

Marque todas que se aplicam.

- Grupo de mulheres ou casais grávidos
 Exercícios preparatórios para o parto
 Acompanhamento psicológico
 Acompanhamento com doula

16. Onde pretendia realizar o parto?

Marcar apenas uma oval.

- Maternidade do Hospital Universitário (HU)
 Maternidade Carmela Dutra
 Ilha Hospital e Maternidade
 Hospital e Maternidade Santa Helena
 Hospital e Maternidade Regional
 Outro: _____

17. Onde o parto aconteceu?

Marcar apenas uma oval.

- Maternidade do Hospital Universitário (HU)
- Maternidade Carmela Dutra
- Ilha Hospital e Maternidade
- Hospital e Maternidade Santa Helena
- Hospital e Maternidade Regional
- Outro: _____

18. Qual o tipo de parto que foi realizado no nascimento do seu último bebê?

Marcar apenas uma oval.

- Parto natural
- Parto normal
- Parto cesariana

PARTE 2: AMBIENTE DE PARTO E OBSERVAÇÕES DA EX-PARTURIENTE

19. Antes do parto, você chegou a visitar algum ambiente de parto nas maternidades e hospitais da região da Grande Florianópolis?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

20. Se visitou, acredita que ele ajudou a entender melhor o espaço de parto para que você se sentisse apropriada dele?

Marcar apenas uma oval.

- 0 nenhuma diferença
- 1 pouca diferença
- 2 com diferença
- 3 bastante diferença
- 4 muitíssima diferença

21. Em que ambiente ocorreu o nascimento do bebê?

Marcar apenas uma oval.

- Quarto PPP (preparo, parto, pós-parto) - parto natural e normal
- Centro cirúrgico de parto - parto cesárea
- Outro

22. Se em outro ambiente, especifique abaixo:

Em cada linha abaixo, marque a opção que melhor representa a maneira como você percebe o ambiente em que realizou o trabalho de parto, considerando a escala de 1 à 5, sendo a esc 3 neutra:

23. .

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Assustador Tranquilizador

24. .

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Triste Alegre

25. .

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Agitado Relaxante

26. .

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Simples Decorado

27. .

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Desordenado Ordenado

28. .

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Descuidado Cuidado

29. .

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Não atraente Atraente

30. .

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Desconfortável Confortável

31. .

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Inseguro Seguro

32. .

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Ar pesado Ar fresco

33. .

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Barulhento Silencioso

34. .

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Escuro Iluminado

35. .

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Estreito Espaçoso

36. .

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Monótono Vivaz

37. .

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Frio Quente

38. .

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Feio Belo

39. ? Sentiu falta de algo nos ambientes de parto que interferiu na sua experiência de trabalho de parto?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

40. Se sim, descreva:

41. Em relação ao nível de satisfação em relação as condições de temperatura dos ambiente de parto, conseguiu ter autonomia para mudar a ventilação e aquecimento ou resfriamento do ambiente?

Marcar apenas uma oval.

0 - nada satisfeita

1 - pouco satisfeita

2 - satisfeita

3 - bastante satisfeita

4 - muitíssimo satisfeita

42. Qual o nível de suficiência das janelas e aberturas existentes para uma ventilação natural, evitando o desconforto térmico?

Marcar apenas uma oval.

- 0 Nada suficiente
- 1 pouco suficiente
- 2 suficiente
- 3 bastante suficiente
- 4 muitíssimo suficiente

43. Qual o nível para ruídos (barulhos) presentes no local, e que lhe trazem incômodos ou desconforto?

Marcar apenas uma oval.

- 0 nada de ruído
- 1 pouco ruído
- 2 com ruído
- 3 algum ruído
- 4 muito ruído

44. Qual o nível de adequação dos ambientes para conversas privadas das pacientes com os médicos, enfermeiras ou acompanhante? Qual o nível de isolamento acústico?

Marcar apenas uma oval.

- 0 nada adequado
- 1 pouco adequado
- 2 adequado
- 3 bastante adequado
- 4 muitíssimo adequado

45. Considerando os benefícios da iluminação natural, como avalia os ambientes de parto? Bem iluminados, ou grandes espaços sem janelas?

Marcar apenas uma oval.

- 0 nada iluminado
- 1 pouco iluminado
- 2 iluminado
- 3 bastante iluminado
- 4 muitíssimo iluminado

46. Qual o nível de suficiência com a iluminação artificial dos ambientes de parto?

Marcar apenas uma oval.

- 0 nada iluminado
- 1 pouco iluminado
- 2 iluminado
- 3 bastante iluminado
- 4 muitíssimo iluminado

47. Qual o nível de controle da parturiente em relação as condições de iluminação da sala?
Consegui ter autonomia para mudar a iluminação do ambiente?

Marcar apenas uma oval.

- 1 não pude controlar
- 2 consegui controlar um pouco
- 3 controlei
- 4 controlei bastante
- 5 tive total autonomia para controlar

48. Qual o nível de odores no ambiente, sentiu algum odor que gerou desconforto?

Marcar apenas uma oval.

- 0 sem odores
- 1 poucos odores
- 2 com odores
- 3 bastante odores
- 4 muitíssimos odores

49. Existem aberturas suficientes nos ambientes de parto que permitiram você observar o exterior para se distrair e passar o tempo?

Marcar apenas uma oval.

- 0 sem aberturas
- 1 poucas aberturas
- 2 com aberturas
- 3 algumas aberturas
- 4 muitas aberturas

50. O interior tem uma variedade de cores, texturas e materiais?

Marcar apenas uma oval.

- 0 nenhuma variedade
- 1 pouca variedade
- 2 alguma variedade
- 3 bastante variedade
- 4 muitíssima variedade

51. O interior parece limpo, arrumado e cuidado?

Marcar apenas uma oval.

- 0 nada limpo
- 1 pouco limpo
- 2 limpo
- 3 bastante limpo
- 4 muitíssimo limpo

52. Qual o grau de satisfação sobre os banheiros quanto a localização, privacidade, tamanho limpeza para as parturientes usarem durante o trabalho de parto?

Marcar apenas uma oval.

- 0 nada satisfeita
- 1 pouco satisfeita
- 2 satisfeita
- 3 bastante satisfeita
- 4 muitíssimo satisfeita

53. Qual o nível de visibilidade e sinalização dos acessos? É fácil reconhecer para onde ir para encontrar o que precisa?

Marcar apenas uma oval.

- 0 nada visível
- 1 pouco visível
- 2 visível
- 3 bastante visível
- 4 muitíssimo visível

54. Qual o nível de acessibilidade para percursos à pé dentro da maternidade? É facilitado ou existem grandes desníveis?

Marcar apenas uma oval.

- 0 nada acessível
- 1 pouco acessível
- 2 acessível
- 3 bastante acessível
- 4 muitíssimo acessível

55. Qual o nível de acesso para a localização da maternidade do acesso por meio de transpo público?

Marcar apenas uma oval.

- 0 - nada acessível
- 1 - pouco acessível
- 2 acessível
- 3 bastante acessível
- 4 muitíssimo acessível

PARTE 3: EM RELAÇÃO A SUAS OBSERVAÇÕES EM SI, SUA EXPERIÊNCIA DE PARTO E GRAU I SATISFAÇÃO:

56. Quão satisfeita você está em relação ao ambiente onde realizou o parto do seu bebê?

Marcar apenas uma oval.

- 0 - nada satisfeita
- 1 - pouco satisfeita
- 2 - satisfeita
- 3 - bastante satisfeita
- 4 - muitíssimo satisfeita

57. Sobre sua experiência de trabalho de parto, de forma geral, como se sente?

Marcar apenas uma oval.

- 0 - nada satisfeita
- 1 - pouco satisfeita
- 2 - satisfeita
- 3 - bastante satisfeita
- 4 - muitíssimo satisfeita

Como você se sentiu durante o trabalho de parto? Assinale a melhor opção para cada sentimento:

58. FORTE

Marcar apenas uma oval.

- 0 - nada forte
- 1 - pouco forte
- 2 - forte
- 3 - bastante forte
- 4 - extremamente forte

59. AMEDRONTADA*Marcar apenas uma oval.*

- 0 - nada amedrontada
- 1 - pouco amedrontada
- 2 - amedrontada
- 3 - bastante amedrontada
- 4 - extremamente amedrontada

60. SEGURA*Marcar apenas uma oval.*

- 0 - nada segura
- 1 - pouco segura
- 2 - segura
- 3 - bastante segura
- 4 - extremamente segura

61. TENSA*Marcar apenas uma oval.*

- 0 - nada tensa
- 1 - pouco tensa
- 2 - tensa
- 3 - bastante tensa
- 4 - extremamente tensa

62. CONTENTE

Marcar apenas uma oval.

- 0 - nada contente
- 1 - pouco contente
- 2 - contente
- 3 - bastante contente
- 4 - extremamente contente

63. CALMA

Marcar apenas uma oval.

- 0 - nada calma
- 1 - pouco calma
- 2 - calma
- 3 - bastante calma
- 4 - extremamente calma

64. RELAXADA

Marcar apenas uma oval.

- 0 - nada relaxada
- 1 - pouco relaxada
- 2 - relaxada
- 3 - bastante relaxada
- 4 - extremamente relaxada

65. FELIZ*Marcar apenas uma oval.*

- 0 - nada feliz
- 1 - pouco feliz
- 2 - feliz
- 3 - bastante feliz
- 4 - extremamente feliz

Sobre as afirmações abaixo:**66. Eu senti autonomia durante o trabalho de parto.***Marcar apenas uma oval.*

- 1 - discordo fortemente
- 2 - discordo
- 3 - nem concordo nem discordo
- 4 - concordo
- 5 - concordo fortemente

67. Eu estava bem preparada para o meu trabalho de parto: Li bastante textos, assisti vídeos, assisti as aulas de preparo pré-parto e fiz exercícios físicos recomendados.*Marcar apenas uma oval.*

- 1 - discordo fortemente
- 2 - discordo
- 3 - nem concordo nem discordo
- 4 - concordo
- 5 - concordo fortemente

68. Eu me senti bem apoiada e confiante no ambiente de parto durante meu trabalho de parto.

Marcar apenas uma oval.

- 1 - discordo fortemente
- 2 - discordo
- 3 - nem concordo nem discordo
- 4 - concordo
- 5 - concordo fortemente

69. Eu reconheci o ambiente de parto, os instrumentos e os objetos para apoiar o trabalho de parto.

Marcar apenas uma oval.

- 1 - discordo fortemente
- 2 - discordo
- 3 - nem concordo nem discordo
- 4 - concordo
- 5 - concordo fortemente

70. Eu estou bastante satisfeita com a equipe administrativa e equipe médica que me atenderam durante meu trabalho de parto. Todos tiveram uma excelente conduta.

Marcar apenas uma oval.

- 1 - discordo fortemente
- 2 - discordo
- 3 - nem concordo nem discordo
- 4 - concordo
- 5 - concordo fortemente

Obrigada pela sua participação!

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários