

# AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA E ASSISTÊNCIA EM SALA DE PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO-PPP DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO<sup>1</sup>

Katia Stancato\*  
 Maria Silvia Teixeira Giacomasso Vergílio\*\*  
 Caroline de Souza Bosco\*\*\*

## RESUMO

A sala de PPP (pré-parto, parto e pós-parto) é um ambiente único para atenção da parturiente nos três períodos de um parto conduzido de forma humanizada e segura para o binômio mãe-filho. O estudo avaliou a infraestrutura física, os recursos materiais, equipamentos e a assistência prestada no PPP de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada-RDC 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Trata-se de pesquisa quantitativa e retrospectiva realizada no centro obstétrico de um hospital universitário do Interior do Estado de São Paulo. Foram avaliados 135 prontuários de parturientes que vivenciaram os períodos do parto em PPP, de 08/12/2008 a 30/04/2009. A coleta de dados foi realizada por meio de instrumentos construídos para o estudo e a análise foi feita por meio do *Statistical Package for the Social Sciences*. Os resultados mostram que a infraestrutura física, materiais e equipamentos estão de acordo com a resolução. A assistência foi classificada como boa pela análise dos indicadores: presença de acompanhante, utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, aleitamento e contato imediato mãe-filho no parto. Apesar disto recomenda-se a atenção da equipe para a permanência da parturiente nos três períodos do parto em PPP e para o aleitamento e contato imediato do recém-nascido com a mãe, já que esse CO terá somente salas de PPP.

**Palavras-chave:** Parto Humanizado. Trabalho de Parto. Enfermagem Materno-Infantil.

## INTRODUÇÃO

O parto é conhecido historicamente como um evento natural, fisiológico, feminino e inerente ao cotidiano familiar. Até o final do século XIX a assistência ao parto era predominantemente domiciliar, realizada por parteiras (mulheres que possuíam o conhecimento empírico do parto passado de geração para geração)<sup>(1,2)</sup>.

A partir das primeiras décadas do século XX o parto foi levado para dentro dos hospitais. Este evento deixou de ser realizado no seio familiar dentro de um modelo feminino de atenção e passou a ser tratado no hospital, por um médico, num modelo masculino de cuidado, mais preocupado com o domínio dos processos fisiológicos do que com as necessidades das mães e de seus filhos<sup>(3,4)</sup>.

Não se podem negar os avanços obtidos nas áreas de analgesia, anestesia e monitoração ante e intra-parto, antibióticos e medidas de controle de hemorragias. Esses avanços, somados à

experiência e saber acumulados, têm reduzido a morbimortalidade materna e fetal. Não obstante, as inúmeras inovações tecnológicas e terapêuticas dos serviços médicos, além de não garantirem a minimização dos riscos, não resolveram questões como a insatisfação por parte das mulheres no tocante a uma assistência que atenda às suas necessidades mais subjetivas<sup>(5)</sup>.

Atualmente várias tentativas vêm sendo realizadas para resgatar o sentido humano do parto, como, entre outros exemplos, a criação, pelo Ministério da Saúde, dos projetos Maternidade Segura, Humanização do Pré-Natal e, recentemente, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)<sup>(3)</sup>.

Neste sentido, em 03 de junho de 2008 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) editou a Resolução da Diretoria Colegiada 36 (RDC) para regulamentar e normatizar os padrões de assistência e funcionamento dos serviços de atenção

1 Artigo originado do trabalho de Iniciação Científica "Avaliação da sala de pré-parto, parto e pós-parto (quarto PPP) do Centro Obstétrico de um Hospital Universitário"

\* Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Campinas-SP. E-mail: katia@fcm.unicamp.br.

\*\* Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da UNICAMP. Campinas-SP. E-mail: vergilio@fcm.unicamp.br.

\*\*\* Enfermeira. Campinas-SP. E-mail: carolinebosco@yahoo.com.br.

obstétrica e neonatal, visando sistematizar e qualificar a gestão, harmonizar e humanizar a assistência ao parto e nascimento bem como reduzir e controlar os riscos aos usuários e ao meio ambiente<sup>(6)</sup>.

Os padrões normativos estabelecidos pela RDC 36/2008 são: conceitos, condições organizacionais, infra-estrutura física, recursos humanos, materiais e equipamentos, acesso a recursos assistenciais, processos operacionais assistenciais, transporte de pacientes, prevenção e controle de infecção, biossegurança, notificação de eventos adversos graves, descarte de resíduos e avaliação<sup>(6)</sup>.

A RDC 36/2008 faz referência a um ambiente único e reservado para o acompanhamento e realização do trabalho de parto, parto e observação da mulher e seu recém-nascido na primeira hora de vida, a chamada sala de PPP ou quarto PPP (pré-parto, parto e pós-parto). Essa sala destina-se a humanizar o atendimento ao parto resgatando o vínculo mãe-filho com a presença de acompanhante, com vista a reduzir o risco à saúde e melhorar o bem-estar de quem utiliza a atenção obstétrica e neonatal<sup>(6)</sup>.

Esta sala deve seguir padrões diferenciados das salas comuns de parto. Deste modo, as ações assistenciais preconizadas pela RDC 36/2008 indicam os seguintes procedimentos e medidas: a presença de acompanhante de livre escolha da mulher; acesso a métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio à dor de estímulos à evolução fisiológica do trabalho de parto; períodos clínicos do parto assistidos no mesmo ambiente (quarto PPP (pré-parto, parto, puerpério); escolha das diversas posições no trabalho de partos; contato imediato da mãe com o recém-nascido; estímulo ao aleitamento materno ainda no ambiente do parto e utilização do método canguru, quando indicado<sup>(6)</sup>.

A iniciativa da implantação desse modelo de atenção no local de parto surgiu a partir do título "Hospital Amigo da Criança" em 2003. Em seguida foi proposta uma reforma da estrutura física do CO para atender às exigências da RDC 36/2008, com vista a propiciar condições adequadas de proporcionar à gestante e seu acompanhante um ambiente mais humanizado e acolhedor. O projeto conta com a extinção das salas de pré-parto e parto e ampliação de sete salas para o atendimento exclusivo em PPP. A

primeira sala começou a funcionar em 8 de dezembro de 2008 e sua implantação será gradativa<sup>(7)</sup>.

Como novas salas de PPP serão implantadas nesse CO em estudo, seguindo o mesmo modelo assistencial, faz-se necessário um estudo que avalie o cumprimento das normativas propostas pela RDC 36<sup>(6)</sup> enquanto parâmetros para melhorias das futuras salas.

Assim, este estudo visa avaliar a estrutura da sala de PPP e o atendimento oferecido no ambiente em estudo tendo como padrão de referência três itens estabelecidos pela RDC 36/2008, a saber: infra-estrutura física; recursos materiais, equipamentos e processos operacionais assistenciais.

## METODOLOGIA

O estudo é de caráter quantitativo, retrospectivo e descritivo e foi realizado em centro obstétrico (CO) de um hospital universitário público em que 100% dos atendimentos são realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A amostra foi constituída por 100% das parturientes (267) que passaram pela sala de PPP no período de 08/12/2008 a 30/04/2009. Foram excluídas do estudo as parturientes que não tiveram os três períodos do parto vivenciados na sala de PPP, portanto foram estudadas 135 mulheres que permaneceram na sala durante os três períodos de parto.

A coleta dos dados foi realizada por meio de três instrumentos: o primeiro referente à infraestrutura física, o segundo aos recursos materiais e equipamentos e o terceiro, à assistência.

As informações referentes à infraestrutura física no que diz respeito ao dimensionamento e composição da sala foram obtidas mediante entrevista feita com a arquiteta e o engenheiro responsáveis pela reforma do centro obstétrico; as referentes aos materiais e equipamentos existentes na sala de PPP foram verificadas pela pesquisadora, por meio de *check list* baseados na RDC 36 e checados com a listagem dos materiais existente na diretoria de enfermagem do CO; e a assistência foi avaliada por meio de um instrumento construído para esse estudo contendo os indicadores: presença do acompanhante, a utilização de métodos não

farmacológicos de alívio da dor, a permanência da parturiente durante os três períodos do parto na sala de PPP, aleitamento materno no ambiente do parto e contato imediato mãe-filho.

Os dados assistenciais para a construção dos indicadores foram coletados do livro de plantão e prontuários, organizados em tabelas e analisados por meio da escala de escores, com variação de zero (quantidade mínima de pontos) a quatro pontos (quantidade máxima de pontos) em cada um dos indicadores.

Os dados obtidos foram digitados no programa Microsoft Excel<sup>®</sup> e analisados com ajuda do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). O programa foi utilizado para agrupar os itens e calcular as porcentagem de cada indicador. Os resultados finais foram divididos em meses, com a finalidade de avaliar se houve progressão na operacionalização da assistência.

Para avaliar se as ações assistenciais padronizadas pela RDC 36/2008 estão sendo realizadas foram considerados todos os escores e calculada a somatória obtida individualmente em cada item. O escore pode variar do mínimo de um até o máximo de 20 pontos, e neste sentido foram determinados quatro níveis para avaliação<sup>(8)</sup>: insatisfatório: 1 a 5 pontos; regular: 6 a 10 pontos; boa: 11 a 15 pontos e; excelente: 16 a 20 pontos.

Indicadores	Escore
1- Presença do acompanhante	- Sim: 4 pontos - Não: 0 ponto
2- Uso de métodos não farmacológicos e não invasivos para o alívio da dor	- uso de 4 métodos: 4 pontos - uso de 3 métodos: 3 pontos - uso de 2 métodos: 2 pontos - uso de 1 método: 1 ponto - não: 0 ponto
3- Realização de todos os períodos clínicos na sala de PPP	- só pré-parto: 1 ponto - só pré-parto e parto: 2 pontos - só parto: 1 ponto - só parto e puerpério 2 pontos - pré-parto, parto e pós-parto: 4 pontos
4- Contato imediato mãe recém-nascido	- Sim: 4 pontos - Não: 0 ponto
5- Aleitamento materno no ambiente do parto	- Sim: 4 pontos - Não: 0 ponto

**Quadro 1-** Indicadores e escores considerados para avaliar a assistência na sala de PPP.

Quanto aos aspectos éticos, a pesquisa passou pela aprovação da Comissão de Ética e Pesquisa da instituição do estudo, mas foi dispensada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma vez que a coleta de dados se deu por meio de documentos, não havendo contato direto com o paciente.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Análise da Infraestrutura Física

A estrutura física da sala de PPP do centro obstétrico do hospital se mostra adequada à proposta da RDC36/2008<sup>(6)</sup>, permitindo a evolução dos três momentos do parto no mesmo ambiente.

Quanto ao aspecto de dimensão, a RDC 36 recomenda que a área mínima do quarto PPP seja de 10,50m<sup>2</sup> e a dimensão mínima (menor medida) de 3,20m. A área do quarto estudado é de 12m<sup>2</sup> e a dimensão mínima, de 3,62m, portanto estão adequadas. Da área do quarto, 4,00m<sup>2</sup> devem ser destinados aos cuidados de higienização do recém-nascido, o que também está contemplado no quarto em estudo. Há instalações de água fria, quente e oxigênio.

O banheiro deve ter uma área de, no mínimo, 4,80m<sup>2</sup> e dimensão mínima de 1,70m. A área do banheiro anexo ao quarto estudado é de 5,07m<sup>2</sup> e a dimensão é de 1,61m. O que se observa é uma diminuição de 0,08m entre a dimensão padronizada pela RDC 36/2008 e a do quarto PPP. O box para chuveiro do quarto PPP deve ter a dimensão mínima de 0,90x1,10m, com instalação de barra de segurança, mas dimensão do box do banheiro estudado é de 0,90x1,60m.

Vale ressaltar que não há sinalização de enfermagem e que esse equipamento tem o objetivo de facilitar a solicitação de profissionais pela parturiente.

No tocante à infraestrutura avaliamos que, apesar dos pequenos pontos em desacordo apontados, não há comprometimento da qualidade do atendimento.

### Determinação da existência de materiais e equipamentos

O centro obstétrico estudado possui todos os materiais preconizados pela RDC 36/2008, com exceção do material para drenagem torácica, que fica na unidade de neonatologia. Observa-se que

os itens que não estão na sala do PPP, materiais destinados à urgência de RNs, estão no interior do CO com facilidade de acesso. A vantagem de ter esses materiais é não poluir a sala com equipamentos de uso eventual, deixando o ambiente com melhor circulação para a parturiente, o acompanhante e os profissionais.

### Análise da assistência

#### Períodos clínicos acompanhados na sala de PPP

Como critério de avaliação dos períodos clínicos acompanhados na sala de PPP utilizamos como base teórica a definição descrita por Neme<sup>(9)</sup>, segundo a qual o trabalho de parto se constitui de quatro períodos: período de dilatação, período de expulsão, período de dequitação e período de Greenberg.

Foram então classificadas como estando no período pré-parto todas as parturientes que entraram no PPP com dilatação igual ou superior de quatro a cinco cm. As parturientes que entraram com 8cm ou mais de dilatação foram consideradas como se já estivessem entrado no período de expulsão, o parto propriamente dito. As parturientes que permaneceram na sala PPP mais de uma hora após o nascimento foram consideradas como estando no período pós-parto. Não foram consideradas como estando na fase de pós-parto as parturientes que foram encaminhadas para a recuperação pós-anestésica (RPA) em outra sala do CO ou para a patologia obstétrica por problemas durante a evolução do parto ou com a finalidade de desocupar a sala.

Assim, os resultados obtidos foram os expostos na tabela abaixo.

**Tabela 1.** Períodos clínicos acompanhados na sala de PPP no Centro Obstétrico do Hospital Universitário de Campinas. Campinas-SP, 2008-2009.

Períodos clínicos no PPP	Partos	
	N	%
Só pré-parto	51	19,10
Só pré-parto e parto	7	2,62
Só parto	17	6,37
Só parto e puerpério	57	21,35
Pré-parto, parto e puerpério	135	50,56
Total	67	100

Observa-se na tabela 1 que das 267 parturientes que entraram na sala de PPP 50%

permaneceram durante todos os períodos clínicos do trabalho de parto, conforme recomenda essa proposta assistencial.

Observa-se um número relevante de parturientes que permaneceram somente no pré-parto (19%). Isso se deveu à necessidade de intervenção cirúrgica, no caso, ao parto cesariano, que exige a transferência da parturiente para uma sala apropriada para tal procedimento. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que apenas 15% dos partos sejam cesarianos, porém o número de dos partos cesarianos no Brasil representa 43% do total dos partos, bem acima do recomendado pela OMS. Assim, os 19% dos partos encaminhados para cesariana ainda é elevado, porém está abaixo da proporção do País<sup>(10)</sup>.

Outro ponto importante observado no estudo foi a quantidade de parturientes que permaneceram somente durante o parto e puerpério (21%). Isso demonstra que, segundo a RDC, este resultado não está satisfatório, pois não foram todas as parturientes acompanhadas na sala de PPP nos três períodos do parto.

Vale ressaltar que os partos realizados no hospital em estudo são considerados de alto risco, pois este é um centro de referência para gestações de alto risco, sendo a maioria dos partos operatórios realizados por complicações obstétricas e/ou fetais.

#### Presença do acompanhante

Aproximadamente 83% das parturientes tiveram a presença de acompanhante. Fica evidente que este indicador está de acordo com a RDC 36/2008, que preconiza a presença de acompanhante de livre escolha da mulher. O acompanhante tem um papel fundamental durante o nascimento e no pós-natal: o de encorajar e dar apoio e segurança a gestante, sendo comprovada cientificamente a sua importância<sup>(11)</sup>.

Como a parturiente pode escolher seu acompanhante, ela escolhe uma pessoa em quem confia e com quem se sente melhor<sup>(12)</sup>. Neste estudo, 56% escolheram o marido, 25% preferiram a mãe e 3% escolheram uma irmã. Verifica-se que o acompanhante mais escolhido pelas parturientes foi o pai de seu filho. Esse acompanhante é importante para a mulher, pois oferece conforto e carinho, compartilhando com

ela a experiência íntima do nascimento do filho do casal. Além disso, a presença do pai da criança traz satisfação e segurança à vivência do trabalho de parto, apoiando-a para que possa superar esse momento<sup>(13)</sup>.

Nesse indicador observou-se ainda que 14% das escolhas recaíram sobre a sogra, uma prima, uma amiga, o namorado, o sogro, a vizinha, a doula e o pai da parturiente.

### **Uso de métodos não farmacológicos e não invasivos para o alívio da dor**

De acordo com o estudo, 77% das parturientes fizeram uso de pelo menos um método não farmacológico e 23% não utilizaram nenhum método. Apesar de serem utilizados, diversos métodos ainda são poucos explorados pelos profissionais. Aproximadamente 56% destes utilizaram somente um método não farmacológico. O método mais utilizado e recomendado foi o banho de aspersão, seguido da massagem e controle da respiração. Ressalta-se que em 21 prontuários este dado não foi registrado.

Apesar de não existirem evidências científicas suficientes para apoiar uma recomendação específica, segundo a Organização Mundial de Saúde, é essencial que métodos não farmacológicos de alívio da dor sejam explorados, por serem mais seguros e acarretarem menos intervenções<sup>(14)</sup>.

Para que isso aconteça, é necessário que durante o pré-parto e o parto toda a equipe de profissionais do centro obstétrico preste orientações sobre esses métodos. Percebe-se maior efetividade quando atividades como massagens e exercícios são orientados e realizados durante o pré-natal e o acompanhante recebe orientação e participa do processo<sup>(15)</sup>.

### **Contato imediato mãe recém-nascido**

Observou-se que em 68% dos partos houve o contato imediato da mãe com o recém-nascido. Este contato vai desde a apresentação do filho à mãe até o contato pele a pele. Isto evidencia que em 32% dos partos não foi proporcionado o contato imediato do recém-nascido com a sua mãe, contrariando o que é preconizado pela RDC 36/2008. O que pode estar causando o não cumprimento dessa norma é o bebê ainda ser retirado da sala de PPP para a realização dos

cuidados na sala de recepção do recém-nascido do CO. Este fato revela que parte da equipe médica neonatal ainda resiste a prestar os cuidados iniciais ao recém-nascido na sala de PPP.

A literatura relata que os fatores que contribuem para não haver o imediato contato pele a pele são decorrentes de procedimentos de assistência neonatal como administração de medicamentos, procedimentos invasivos obstétricos maternos, a rotina e a necessidade de agilidade na assistência, que a torna mecânica<sup>(16)</sup>.

### **Aleitamento materno no ambiente do parto**

O estudo demonstra que em 75% dos 135 partos realizados no PPP o bebê foi colocado para sugar na mãe até uma hora após o nascimento e em 25% não houve aleitamento na primeira hora, o que demonstra estar sendo cumprida a RDC 36/2008.

A implantação, a partir de 1992, do Programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) no Brasil trouxe um novo fôlego para o incentivo ao aleitamento materno no circuito das políticas públicas. Para estimular o aleitamento materno, as instituições que aderem ao movimento da IHAC adotam os chamados “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno”<sup>(17)</sup>. O quarto passo da IHAC - ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento - tem evidências científicas de benefícios, pois a sucção precoce do RN estimula a hipófise a produzir os hormônios que irão estimular a produção láctea, e também tem efeitos sobre a involução uterina mais rápida e oferece menos risco de hemorragia, por reduzir o sangramento uterino<sup>(16)</sup>.

Algumas rotinas hospitalares se constituem em obstáculo à amamentação, como a administração de medicamentos à mulher - principalmente sedativos e analgésicos -, o aumento indiscriminado das cesarianas, a separação frequente entre mãe e filho, sendo este último vestido antes de ser levado para a mulher ou encaminhado diretamente ao berçário<sup>(15)</sup>.

No hospital em estudo observamos que nem todos os bebês que foram colocados no seio materno conseguiram sugar de forma efetiva. Há necessidade de um estudo que avalie melhor a efetividade da amamentação e o momento em que o bebê deve ser colocado para sugar no

peito. Muitas vezes a mãe é levada para a sala de recuperação pós-anestésica, são realizadas as intervenções com o recém-nascido, como aplicação da vitamina K e vacina contra a hepatite B, e quando o bebê é colocado para sugar não o consegue.

Deste modo, para conseguir 100% de aleitamento materno no ambiente do parto faz-se necessário que os profissionais de saúde mudem de atitude, com a integração e valorização do binômio mãe e filho, parta assim facilitar a operacionalização do quarto passo da IHAC, de

modo que este seja realizado não apenas de forma mecanicista e fragmentada, mas com respeito, determinação e acolhimento<sup>(15)</sup>.

### Classificação da Assistência

A partir da somatória dos escores atribuídos a cada indicador citado anteriormente a assistência foi classificada como insatisfatória, regular, boa e excelente. A tabela 2 abaixo foi elaborada de acordo com essa classificação e os resultados apresentados pelos meses em que os dados foram coletados.

**Tabela 2** - Classificação da assistência prestada à parturiente na sala de PPP.

Classificação da assistência	Número do partos/mês					Total partos/ classificação	%
	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr		
Regular	01	03	0	02	02	08	07,02
Bom	07	18	09	17	14	65	57,02
Excelente	09	05	13	07	07	41	35,96
Total de Partos/mês	17	26	22	26	23	114	100

Obs: Nenhum parto foi classificado como insatisfatório.

Na tabela 2 observa-se que, de acordo com os critérios assistenciais propostos pela RDC 36/2008 para a sala de PPP, a assistência realizada no hospital no período do estudo classifica-se em 57% como boa. A tabela aponta também, que cerca de 36% dos partos realizados na sala de PPP tiveram a assistência classificada como excelente, deste modo 93% da assistência prestada à parturiente foi excelente ou boa, apesar de alguns indicadores como, por exemplo, a utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, ainda serem pouco utilizados. Apenas 7% dos partos a assistência foi classificada como regular.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo apontou que, apesar de alguns aspectos estarem em desacordo com a RDC 36/2008 em relação à estrutura física, no tocante aos materiais e aos equipamentos não há comprometimento da qualidade da assistência. A avaliação dos processos operacionais assistenciais aponta para uma assistência

considerada boa de acordo com a escala de escore construída para esse estudo.

Cabe ressaltar que a sala de PPP foi criada para a parturiente permanecer os três períodos (pré-parto, parto e pós-parto) no mesmo ambiente, o que aconteceu em cerca de 50% dos partos. Diante disto cabe uma discussão com a equipe do centro obstétrico sobre estratégias para melhorar esse índice, uma vez que a permanência no mesmo ambiente faz parte da proposta de atenção à parturiente no PPP.

Recomenda-se que a equipe se aprimore na utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor e que se desenvolvam estudos nesta direção.

Espera-se que esses dados possam auxiliar no aprimoramento da assistência prestada nesse centro obstétrico e que sejam mais adequadas as salas de PPP a serem implantadas. Espera-se, além disso, que sirvam de exemplo e estímulo para outros centros obstétricos que pretendam implantar salas de PPP ou como dados para comparação com salas já existentes.

## EVALUATION OF THE STRUCTURE AND ASSISTANCE GIVEN IN THE LABOR ROOM, DELIVERY ROOM AND IN THE RECOVERY ROOM OF A UNIVERSITY HOSPITAL

### ABSTRACT

The labor room, the delivery room and the recovery room (LDR) consists of an only environment for the care of pregnant women in the three periods of a humanized and safe delivery for both mother and child. The study

evaluated the physical infrastructure, material resources, equipment and assistance given in the LDR in accordance with Board Resolution-DRC 36/2008 of the National Agency of Sanitary Surveillance-ANVISA. This is a quantitative, retrospective study in an Obstetric Center (OB) of the University Hospital in the countryside of São Paulo. A total of 135 records of pregnant women admitted at LDR from 08/12/2008 to 30/04/2009 were evaluated. Data collection was performed through instruments created specifically for the study. Analysis was performed by the *Statistical Package for Social Sciences*. Results showed that the physical infrastructure, materials and equipment are in accordance with the resolution. The service was rated as good from the analysis of indicators: presence of a companion, use of non-pharmacological methods of pain relief, breast feeding and mother-child immediate contact after delivery. Despite the good assistance, attention is recommended to the health team regarding mother's stay in the LDR room during the three periods of childbirth, as well as for the breastfeeding, and the immediate newborn and mother contact, once this OB will have only LDR rooms.

**Keywords:** Humanized Delivery. Labor, Obstetric. Mother-Child Nursing.

## EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA Y LA ASISTENCIA EN LA SALA DE PREPARTO, EL PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

### RESUMEN

La sala de PPP (prenatal, parto y posparto) se compone de un entorno único para la atención de parturientas en los tres periodos de un parto conducido de forma humanizada y segura para el binomio madre/hijo. El estudio evaluó la infraestructura física, los recursos materiales, equipamientos y la asistencia prestada el PPP, de acuerdo con la Resolución del Directorio de la RDC 36/2008 de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria-ANVISA. El estudio es cuantitativo y retrospectivo y fue realizado en el centro obstétrico de una universidad del interior del Estado de São Paulo. Se evaluaron los registros de 135 mujeres parturientas que vivieron los periodos de parto en PPP, de 08/12/2008 al 30/04/2009. La recolección de datos fue realizada por instrumentos contruidos para el estudio y su análisis fue hecho a través del *Statistical Package for the Social Sciences*. Los resultados muestran que la infraestructura física, los materiales y equipamientos están de acuerdo con lo referido en la resolución. La asistencia fue clasificada como buena a partir del análisis de los indicadores: presencia de un compañero, el uso de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor, amamantamiento y contacto inmediato madre-hijo en el parto. A pesar de la buena asistencia, se recomienda la atención del equipo para la permanencia de la parturienta en los tres periodos del parto en PPP y para el amamantamiento y contacto inmediato del recién nacido con la madre, puesto que ese CO tendrá solamente salas de PPP.

**Palabras claves:** Parto Humanizado. Trabajo de Parto. Enfermería Maternoinfantil

### REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Arruda A. Um atendimento ao parto para fazer ser e nascer. In: Quando a paciente é mulher. (Relatório do encontro nacional da Campanha Saúde da mulher: um direito a ser conquistado). Brasília (DF);1989. p. 35-42.
2. Progianti JM, Barreira IA. A obstetrícia, do saber feminino à medicalização: da época medieval ao século XX. Rev Enferm UERJ. 2001; 9: 91-7.
3. Dias MAB. Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública.2006. [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Fernandes Figueira-Fundação Oswaldo Cruz; 2006. 283p.
4. Bruggemann OM. Resgatando a história obstétrica para vislumbrar a melodia da humanização. In: Zampieri MFM, Oliveira ME, Bruggemann OM. A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento. Florianópolis (SC): Cidade Futura; 2001. p. 23-36.
5. Gotardo GIB, Silva IA. Refletindo sobre a prática obstétrica à luz de um modelo de relacionamento humano. Cienc Cuid e Saúde. 2007 abr-jun;6(2):245-51.
6. Resolução-RDC número 36, de 3 de Junho de 2008. Publicada no Diário Oficial número 105, Seção 1, de 4 de Junho de 2008.
7. Centro de Atenção Integral a Saúde da Mulher. Obstetrícia e Neonatologia: novas normas.[acesso emm 6 mar 2009] Disponível em: <http://www.caism.unicamp.br/noticias/noticiasm.php?nt=138>
8. Nagahama EEI, Santiago SM. Humanização e equidade na atenção ao parto em município da região sul do Brasil. Acta Paul Enferm.2008; 21(4): 609-15.
9. Passini RJ. Parto: Fenômenos. In: Neme B.Obstetrícia Básica. São Paulo: Savier; 2005. p.157 -65.
10. Agência Brasil. IBGE constata que cesarianas são quase metade dos partos no país. [on-line]. 2009. set [acesso em 2 out 2009]. Disponível em: <http://www.folhadaregiao.com.br/Materia.php?id=122709>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas Públicas de Saúde. Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF); 2003.199 p.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF); 2001. [acesso em 10 out 2008]: 199 p. Disponível em URL: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf).

13. Motta CCL, Crepaldi MA. O pai no parto e o apoio emocional. A perspectiva da parturiente. *Paidéia*. 2005; 15(30):105-18.
14. Sescato AC, Souza SRRK, Wall ML. Cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. *Cogitare enferm*. 2008 out/dez; 13(4):585-90.
15. Monteiro JCS, Gomes FA, Nakano MAS. Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(4):427-32.
16. Silva AM, Clapis MJ. Compreendendo a vivência materna no primeiro contato com seu filho na sala de parto. *Acta Paul Enf*. 2004 jul-set; 17(3):286-91.
17. Mamede FV, Mamede MV, Dotto LMG. Reflexões sobre a deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Esc Anna Nery R Enferm*. 2007 jun; 11(2): 331-36.

---

**Endereço para correspondência:** Caroline de Souza Bosco. Rua Gaivota, nº 665, Moema, CEP: 04522-031, São Paulo, São Paulo.

**Data de recebimento:** 01/03/2011

**Data de aprovação:** 30/08/2011