

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE DOURADOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* ENSINO EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

Ana Carla Tamisari Pereira

**CONSTRUÇÃO DE UMA TECNOLOGIA TEXTUAL: EMPODERAMENTO DA
GESTANTE PARA O TRABALHO DE PARTO E PARTO**

Dourados - MS

2019

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE DOURADOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* ENSINO EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

Ana Carla Tamisari Pereira

**CONSTRUÇÃO DE UMA TECNOLOGIA TEXTUAL: EMPODERAMENTO DA
GESTANTE PARA O TRABALHO DE PARTO E PARTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* Ensino em Saúde, Mestrado Profissional, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados, na linha de pesquisa de práticas educativas em saúde, como exigência final para obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lourdes Missio.

Dourados - MS

2019

P489c Pereira, Ana Carla Tamisari

Construção de uma tecnologia textural : empoderamento da gestante para o trabalho de parto e parto/ Ana Carla Tamisari Pereira. – Dourados, MS: UEMS, 2019.
92f.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Ensino em Saúde – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, 2019.
Orientadora: Prof.^a Dra. Lourdes Missio.

1. Educação em saúde 2. Gravidez 3. Parto – Preparação 4. Tecnologia textural 5. Gestantes I. Missio, Lourdes II. Título

CDD 23. ed. - 618.2

ANA CARLA TAMISARI PEREIRA

***CONSTRUÇÃO DE UMA TECNOLOGIA TEXTUAL: EMPODERAMENTO DA GESTANTE
PARA O TRABALHO DE PARTO E PARTO***

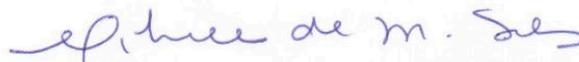
Produto Final do Curso de Mestrado Profissional apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ensino em Saúde, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, como requisito final para a obtenção do Título de Mestre em Ensino em Saúde.

Aprovado em: 02 de setembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA:



Profa. Dra. Lourdes Missio - UEMS



Profa. Dra. Cibele de Moura Sales - UEMS



Profa. Dra. Ana Paula de Assis Sales - UFMS

ANA CARLA TAMISARI PEREIRA

O QUE ESPERAR PARA A HORA DO NASCIMENTO

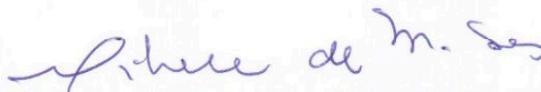
Produção Técnica do Curso de Mestrado Profissional apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ensino em Saúde, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, como requisito final para a obtenção do Título de Mestre em Ensino em Saúde.

Validação em: 02 de setembro de 2019.

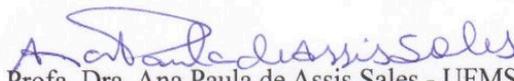
BANCA EXAMINADORA:



Profa. Dra. Lourdes Missio - UEMS



Profa. Dra. Cibele de Moura Sales - UEMS



Profa. Dra. Ana Paula de Assis Sales - UFMS

Dedico esta pesquisa a todas as gestantes e parturientes que tive oportunidade de conhecer, durante minha trajetória como enfermeira obstetra, seja em unidade básica de saúde ou no centro obstétrico, que despertaram meu interesse em realizar uma tecnologia educativa que servisse de apoio para elas se preparem para o parto.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro a Deus, por me conceder saúde e força de vontade para continuar estudando e aprimorando meus conhecimentos.

A Minha mãe, minha melhor amiga, que sempre acredita nos meus sonhos e objetivos, sem ela não conseguiria ter chegado até aqui.

Ao meu esposo que teve sempre muita paciência nas minhas ausências em casa, mas que sabia que um dia conseguiria conquistar meu objetivo.

A minha orientadora Lourdes Missio, por ter acreditado no meu projeto de pesquisa, pelos ensinamentos e direcionamentos durante todo esse tempo do mestrado.

Aos meus colegas de trabalho Michel Coutinho, Igor Calmon, Priscila, Marta Sertão, Fátima de Alcântara Brito, Tatiana Moraes, Jaqueline Soken, Jackeline Camargos, Sidney Lagrosa, que oportunizaram e contribuíram para que tenha cursado as disciplinas, ajudando nos direcionamentos e acima de tudo apoio a pesquisa.

“Para mudar o mundo, primeiro é preciso
mudar a forma de nascer”.

Michel Odent (1981)

RESUMO

Introdução: Diante da importância da educação em saúde para promover a autonomia do indivíduo e seus cuidados com a saúde, a preparação para o parto tem como objetivo encorajar as grávidas e seus companheiros para a participação de forma ativa no processo de nascimento. O momento da preparação envolve orientações sobre exercícios respiratórios para ajudar no controle da dor, sobre as vias de parto e diversidade de posições para o período expulsivo. **Objetivo:** Construir uma tecnologia textual para o empoderamento da gestante no trabalho de parto e parto. **Método:** Trata-se de um estudo de abordagem metodológica, realizado com gestantes que participaram da visita à maternidade do HU-UFGD, por meio do projeto “Para uma vinda bem-vinda” em que foi realizado levantamento das características sociodemográficas e obstétricas das gestantes por meio de um questionário. Para verificar o conhecimento das gestantes sobre o trabalho de parto e parto foi aplicada uma entrevista semiestruturada, gravada. Para analisar os dados foi utilizado o discurso do sujeito coletivo. Com os resultados encontrados foi construído um guia educativo para empoderamento da gestante. A teoria socioconstrutivista, de Paulo Freire, deu embasamento teórico para construção do material educativo. **Resultados:** O estudo mostrou que as gestantes não estão preparadas para enfrentar o processo de nascimento, possuem muitas dúvidas sobre o parto normal. O medo da dor do parto, a episiotomia, de não identificar a hora de ir à maternidade e de não ter autonomia para escolher a via de parto em um hospital público são as principais dúvidas e inquietações das gestantes. Além disso, o processo de educação em saúde é muito incipiente na rede básica de saúde e também na privada. **Considerações Finais:** O objetivo do estudo foi alcançado visto que os conhecimentos prévios das gestantes deram subsídios para construção do material educativo. Espera-se que o guia educativo empodere essas gestantes para enfrentar o processo de nascimento de forma segura, com confiança e, acima de tudo, autonomia, para ser protagonista do seu parto.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Gravidez. Preparação para o Parto. Conhecimento. Empoderamento.

ABSTRACT

Introduction: Considering the importance of health education to promote the autonomy of the individual and their health care, preparation for childbirth aims to encourage pregnant women and their partners to actively participate in the birth process. The preparation period involves guidance regarding breathing exercises to aid in pain management, delivery, and diversity of positions for the expulsive period. **Objective:** Building a textual technology for the empowerment of pregnant women in labor and delivery. **Method:** This is a methodological approach study, conducted with pregnant women who took part in the visit to the maternity section of the UFGD university hospital HU-UFGD through the project “For a welcoming arrival”. A survey of sociodemographic and obstetric characteristics of pregnant women was conducted through a questionnaire during this visit. A semi-structured interview was recorded to verify the knowledge of pregnant women about labor and delivery. Collective subject discourse was used to analyse the data collected. Thus, with the results found, an educational guide for empowerment of pregnant women was built. Paulo Freire's social constructivist theory served as theoretical basis for the construction of the educational material. **Results:** The study showed that pregnant women are not prepared to face the birth process, and also have several doubts about the normal delivery. The fear of labor pain, episiotomy, of not identifying the time to go to maternity and not having the autonomy to choose the way of delivery in a public hospital are the main doubts and concerns of pregnant women. Health education process is still very incipient in the basic health network, as well as, in the private one. **Final Considerations:** The objective of the study was achieved since the previous knowledge of pregnant women provided subsidies for the construction of educational material. The educational guide is expected to empower these pregnant women to face the birth process safely, with confidence and above all autonomy, to be the protagonist of their childbirth.

Keywords: Health Education. Pregnancy. Preparation for childbirth. Knowledge. Empowerment.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIMS	Association for Improvement of Maternity Services
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CTG	Cardiotocografia
DNCR	Departamento Nacional da Criança
DNV	Declaração de Nascido Vivo
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ESF	ESF - Estratégia de Saúde da Família
FCF	FCF - Frequência cardio fetal
HU-UFGD	Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
IHI	<i>Institute Healthcare Improvement</i>
MBE	MBE - Medicina Baseada em Evidencias
MNFs	Métodos não farmacológicos
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Parto e Nascimento
PPP	Quarto de pré-parto parto e puerpério
REHUNA	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
RPC	Analgesia combinada raqui – peridural
RPM	Ruptura prematura de membranas
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
SESI	Serviço Social da Industria
UBS	Unidade Básica de Saúde
UI	Unidade internacional
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	14
2.1	Objetivo Geral	14
2.2	Objetivos Específicos	14
3	REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1	Aspectos históricos do parto e nascimento no Brasil	15
3.2	Boas práticas de assistência ao parto normal	19
3.3	Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto	28
3.4	Atuação da enfermeira obstetra na assistência ao parto	29
3.5	Empoderamento de acordo com Paulo Freire	31
4	METODOLOGIA	34
4.1	Delineamento da pesquisa	34
4.1.1	Aspectos metodológicos	34
4.1.2	Local de estudo	34
4.1.3	Participantes do estudo	35
4.1.4	Aspectos éticos da pesquisa	36
4.2	Processo de construção da tecnologia textual	36
4.2.1	Tabulação e análise dos dados	37
4.2.2	Levantamento do conteúdo	37
4.2.3	Seleção de imagens	38
4.2.4	Diagramação	38
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	39
5.1	Artigo 1	39
5.2	Artigo 2	49
5.3	Artigo 3	63
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
	REFERÊNCIAS	73
	APÊNDICE – A	80
	APÊNDICE – B	81
	APÊNDICE – C	82
	APÊNDICE – D	84

ANEXO – A	88
ANEXO – B	90

1 INTRODUÇÃO

A humanização no pré-natal e nascimento tem como objetivo principal assegurar o acesso, a cobertura e a qualidade da assistência do pré-natal, do parto e do puerpério, além de garantir práticas e atitudes que previnam a morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2002).

A gravidez e o parto não envolvem somente a mulher, mas todos os que convivem em seu entorno, uma vez que a gestação inicia com o desejo da mulher de ser mãe e não apenas com o descobrimento da gravidez. Dessa forma, a gestação, o parto e o puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas, com potencial positivo e enriquecedor para todos que participam desse processo (BRASIL, 2001).

Para Silva *et al.*, (2013), o parto normal pode ser considerado um processo extremamente doloroso para a mulher. Não receber esclarecimentos sobre o desenvolvimento do trabalho de parto, de como enfrentar situações relacionadas ao medo, ao estresse, à tensão, à solidão, à falta de informação sobre o que está acontecendo e, principalmente, estando em um ambiente com pessoas estranhas são fatores que favorecem a percepção da dor no trabalho de parto.

Nesse contexto, os profissionais de saúde que atuam no atendimento em maternidades devem ter percepção para auxiliar nas dúvidas e anseios, durante o processo de nascimento, e lembrar que são coadjuvantes nesse processo e a mulher, a protagonista. Para tanto, devem colocar seus conhecimentos a serviço do bem-estar materno e fetal, sabendo a hora de intervir e assegurar a saúde de ambos. Dentre eles, o profissional enfermeiro, por deter a arte de cuidar, pode auxiliar para minimizar a dor e a ansiedade, com medidas de conforto e esclarecendo pontos necessários, ou seja, ajudando a parir e nascer (BRASIL, 2001).

A fim de melhorar essa relação entre os profissionais de saúde e a mulher, é necessária mudança de atitude, dependendo de cada um. Para tanto, os profissionais devem estar sintonizados com novas propostas e experiências, praticar a medicina baseada em evidências e ter um olhar atento ao momento. Devem também ter a visão de que gravidez não é doença e que a mulher é a condutora do processo (BRASIL, 2001).

Nesse sentido, consideramos que a gestação é um momento único da vida da mulher, e que os profissionais de saúde têm o papel orientar e esclarecer dúvidas no período gravídico- puerperal, bem como, garantir uma assistência humanizada e acolhedora, para ter como desfecho um parto seguro e o nascimento de um bebê saudável.

Durante nossas vivências profissionais como enfermeira obstetra, atuando em atividades assistenciais na atenção primária e, também, em maternidades, percebemos que as gestantes chegam ao final do período gestacional inseguras para o enfrentamento do trabalho de parto e parto. Esse fato também é denotado no acompanhamento das gestantes no projeto “Para uma vinda bem-vinda”, projeto em que gestantes visitam a maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD). As principais dúvidas que elas apresentavam envolviam o processo do trabalho de parto e o parto, pois demonstravam insegurança sobre o processo de nascimento, que podem ser advindas da falta de esclarecimentos durante o pré-natal.

Diante do exposto, este trabalho busca respostas à seguinte questão: “Porque as gestantes chegam despreparadas para enfrentar o trabalho de parto?” Para buscar possíveis respostas, procuramos identificar o conhecimento prévio que as gestantes que visitam a maternidade do HU-UFGD têm sobre trabalho de parto e parto e, a partir das necessidades identificadas, construímos uma tecnologia educativa textual que auxilie as mesmas para o empoderamento do trabalho de parto.

As tecnologias educativas são instrumentos facilitadores do processo de ensino-aprendizagem. Segundo Áfio *et al.*, (2014), dentre as mais utilizadas estão os vídeos educativos, manuais, cartilhas, jogos educativos e aplicativos de celulares, que podem ser utilizadas em diversos cenários como em hospitais, unidades básicas de saúde, escolas, comunidade e no próprio domicílio.

As tecnologias textuais impressas são utilizadas para intermediar as ações educativas entre os profissionais de saúde e os usuários e, sendo utilizadas de forma correta e direcionadas para o público certo, podem resultar em benefícios para o indivíduo. A tecnologia textual deste estudo foi construída baseada nas dúvidas e anseios das gestantes sobre trabalho de parto e parto.

Esta dissertação está estruturada nos seguintes tópicos: objetivos, revisão de literatura e metodologia. Os resultados estão apresentados em formatos de artigos. Ao final, estão dispostas as considerações finais de todo o estudo. Os artigos serão reorganizados e, posteriormente, submetidos para periódicos científicos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Construir uma tecnologia textual para o empoderamento da gestante no trabalho de parto e parto.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar as gestantes que procuram o projeto “Para uma vinda bem-vinda” do Hospital Universitário HU-UFGD;
- Identificar o conhecimento das gestantes sobre trabalho de parto e parto;
- Elaborar guia educativo para preparação para o trabalho de parto e parto.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Aspectos históricos do parto e nascimento no Brasil

A história sobre a assistência ao parto no Brasil mostra que este era realizado no domicílio por parteiras leigas e não diplomadas. Os partos complicados e os atendimentos voltados para as mulheres pobres, prostitutas, viúvas ou mães solteiras eram realizados nas Santas Casas de Misericórdia, por cirurgiões. As instalações eram precárias, não existia separação entre as parturientes, as puérperas e pacientes com outras patologias (MOTT, 2012).

Para Mott (2012), algumas parteiras estrangeiras vieram para o Brasil, na década de 1820, para atender gestantes e parturientes em domicílio e depois em suas casas. Com o tempo, ampliaram esse atendimento e essas casas ficaram conhecidas como “casas de maternidade”. Médicos também abriram algumas casas de saúde e realizavam partos nesses locais.

Destacava-se na atuação das parteiras um perfil de transmitir segurança e confiança para a gestante, além de serem reconhecidas pela comunidade por sua vasta experiência na realização do parto domiciliar e acompanhamento durante o trabalho de parto e pós-parto, que também era chamado de “cuidar do resguardo”. Na maioria das vezes, eram pobres e quase nada recebiam pelo seu trabalho (BRUGGEMANN, 2001).

Segundo o Mott (2012), a criação das maternidades para a formação de médicos foi impulsionada por interesse político para o preparo de mão de obra. Nas primeiras décadas do século XX, aumentou consideravelmente o número de médicos assistindo aos partos, pois não havia impedimento para criação de campos para a prática obstétrica. Desta forma, os hospitais foram ganhando espaço para assistência obstétrica e, a partir de então, passou a ser vista como um evento médico. Preconizou-se, cada vez mais, o parto hospitalar, influenciado, também, por novas técnicas, novos aparelhos e exames laboratoriais que poderiam contribuir para a diminuição da mortalidade materna e neonatal.

O fenômeno da hospitalização do parto é universal e, nos países desenvolvidos do Ocidente, foi mais precoce. Em países como os Estados Unidos, Inglaterra, França, Noruega e Suécia, a transição do parto domiciliar para o hospitalar se deu no início do século XX, no período entre guerras, enquanto que no Brasil, o parto hospitalar passou a ser rotineiro somente após a década de 1960 (MARTINS, 2005).

Dessa forma, a institucionalização do parto hospitalar transformou o cenário do nascimento. A mulher foi despida da sua individualidade, por meio do cerimonial da internação, da separação da família na hora do parto, da perda da privacidade. Passou-se, também, a estabelecer a lavagem intestinal, o jejum, a restrição da mulher ao leito, levando a atenção obstétrica a obedecer uma linha de produção das instituições hospitalares (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). Diante disso, a mulher começa a perder sua autonomia, inclusive, da escolha da melhor posição de dar à luz, uma vez que passam a ser ditadas, também, a posição em que as mulheres deveriam parir. Segundo Helman (2003), elas teriam que ficar em posição de litotomia.

Nesse sentido, a partir da década de 1920, para a realização de partos domiciliares, os médicos tinham que emitir uma autorização, como sendo de parto de baixo risco, para que este fosse realizado por parteiras, além de obedecer algumas exigências como ter quarto amplo, livre de mobílias, cama de solteiro com mesa de cabeceira para colocar os materiais básicos para a assistência ao parto e ter água encanada e corrente (MOTT, 2002).

Na década de 1940, foi criado o Departamento Nacional da Criança (DNCR), sendo o primeiro órgão governamental para a atenção materno-infantil. Este tinha como prioridade o combate à mortalidade infantil, visando garantir uma nação forte e sadia. Já no ano de 1953, surge o Ministério da Saúde, órgão que mantinha as ações de saúde voltadas para a puericultura nas camadas sociais mais pobres, tentando garantir uma nação forte (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Entretanto, no início da década de 1960, a preocupação com saúde materno-infantil perdeu espaço ao combate as moléstias infecciosas. A partir de 1971, ocorreu a primeira menção aos cuidados específicos na saúde materno-infantil, com as Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno Infantil. Esta política previa a programação de assistência ao parto, ao puerpério, a gravidez de alto risco e ao controle das crianças de 0-4 anos, estimulando o aleitamento materno e a nutrição (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Apenas na década de 1980, iniciou-se a movimentação pela humanização do parto e nascimento, no resgate da valorização do ser humano na sua totalidade e na estimulação dos profissionais a repensarem suas práticas assistenciais, na busca de incentivo ao parto normal e na diminuição dos índices de partos cesarianos. Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), o Brasil é um dos países recordistas em parto cesariano no mundo. Nas instituições públicas, essas taxas estão em torno de 56% e no privado chega a 80-90%, embora a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomende que essas taxas sejam ajustadas para 25-30% (BRASIL, 2016).

Ainda na década de 1980, além de valorizar a presença do acompanhante e de estimular o vínculo afetivo precoce entre mãe-bebê, o incentivo ao parto natural ganhou força no país, contraditoriamente, ao mesmo tempo em que se fortalecia o modelo norte-americano de assistência. Entretanto, apesar das recomendações da OMS, para que a assistência ao parto fosse o mais natural possível e com menos intervenções, ainda enfrentam forte resistência por parte das instituições hospitalares e dos profissionais de saúde (SOUZA, 2005).

Em 2000, após quase duas décadas da instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a assistência à saúde da mulher no Brasil permanecia com muitas questões a serem enfrentadas. O Ministério da Saúde definiu a saúde da mulher como prioridade, tendo como objetivo garantir um número mínimo de consultas no período pré-natal e uma qualidade do atendimento no momento do parto. Para tanto, se fundamentou na premissa de resgatar o parto enquanto um evento fisiológico e na devolução do protagonismo da mulher e do bebê, buscando promover um nascimento mais humano e digno (BRASIL, 2002).

Nesse contexto da humanização do parto, o Ministério da Saúde, com o objetivo de resgatar o empoderamento da mulher para o parto, incentiva os serviços de saúde a adotarem atitudes mais humanizadas e investe em formação e capacitação de enfermeiras obstetras. Também elaborou no ano de 2002, o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), que visava assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento no período gravídico-puerperal, bem como a saúde do recém-nascido, respeitando os direitos da cidadania (BRASIL, 2002).

No ano de 2005, foi criada a Lei n. 11.108, de 07 de abril de 2005, que garante à gestante ter um acompanhante de sua livre escolha para acompanhá-la durante todo o trabalho de parto, parto e puerpério. Com a Lei, todas as instituições públicas ou privadas são obrigadas a permitir a entrada do acompanhante, sendo considerada uma grande conquista visando o protagonismo da família no cenário do parto (BRASIL, 2005).

Buscando garantir o direito a um atendimento humanizado, à gestante, e o desfecho de um nascimento saudável, o Ministério da Saúde criou, em 2011, no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha, que é uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher uma atenção humanizada e qualificada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como, à criança, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Atualmente, há uma grande esperança com relação à superação de problemas envolvidos na humanização do parto e na construção de novas práticas no setor saúde. Porém, deve-se considerar o desafio de qualificar a atenção à saúde em um sistema de saúde com valores, concepções e práticas que, por si só, contradizem a proposta humanística.

Além das recomendações da OMS e da Rede Cegonha, o Ministério da Saúde, juntamente com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), lançaram, em 2014, medidas para incentivar o parto normal e diminuir o número de cesarianas, principalmente na rede privada de atendimento à saúde, por meio do Projeto Parto Adequado, partindo de um projeto piloto entre o Hospital Albert Einstein e o *Institute Healthcare Improvement* (IHI). Dentre os objetivos do projeto estão: mudar o modelo de atenção ao parto, incentivar o parto normal, qualificar os serviços de assistência no pré-parto, parto e pós-parto; diminuir os números de cesáreas sem indicação clínica e eventos decorrentes de um parto não adequado (BRASIL, 2015).

Nessa perspectiva, uma assistência humanizada deve levar em consideração a sensibilidade, o respeito e a dignidade do ser humano, criando um ambiente acolhedor, garantindo, sempre, a segurança na realização dos procedimentos, sem deixar de proporcionar a autonomia da mulher no momento do parto. Para Versini *et al.*, (2015), humanizar o parto é respeitar e dar condições para que todos os aspectos espirituais, psicológicos e biológicos sejam atendidos.

Dentre os aspectos da humanização no parto, estão o uso métodos não farmacológicos para o alívio da dor. Porém, o uso destes pode ser considerado recente, pois, segundo Mamede *et al.*, (2007, p. 01), entre as décadas de 1930 a 1960, os profissionais de saúde que assistiam ao parto “acreditavam que a dor tinha uma função biológica e que não devia ser aliviada, por outro lado levavam em consideração os efeitos indesejáveis dos métodos farmacológicos da época”.

Entretanto, para Gayeski e Bruggemann (2010), os métodos não farmacológicos para alívio da dor, usados durante o trabalho de parto, são tecnologias do cuidado que envolvem conhecimentos estruturados das práticas assistenciais no centro obstétrico. O uso desses métodos vem sendo alvo de estudos desde a década de 1960, quando passaram a ser introduzidos, com mais frequência, em algumas maternidades brasileiras, nos anos de 1990, após o movimento da Humanização do Nascimento e com as recomendações do Ministério da Saúde para assistência ao parto.

Salienta-se que, na prática obstétrica, a dor pode ser controlada de duas maneiras: por métodos farmacológicos e métodos não farmacológicos. Dentre os métodos não farmacológicos mais indicados podemos citar: acupuntura, aroma terapia, hidroterapia (banho de imersão ou aspersão), bola suíça, cavalinho, deambulação, técnicas de concentração e relaxamento, massagem lombo-sacra e óleos relaxantes e musicoterapia (SILVA *et al.*, 2013).

3.2 Boas práticas de assistência ao parto normal

A Medicina Baseada em Evidências (MBE), fruto de um movimento internacional, iniciado na segunda metade da década de 1980, evidenciou que dependendo da região, a prática da medicina era totalmente diferente, tendenciando práticas médicas. Para que a prática da medicina fosse segura e baseada em conhecimentos científicos, foi iniciada a Colaboração Cochrane, em que vários grupos de pesquisadores se formaram no intuito de avaliar os ensaios clínicos randomizados (DINIZ; DUARTE, 2004).

O grupo de Colaboração Cochrane de Gravidez e Parto foi um dos primeiros a ser organizado e contou com a colaboração de mais de 400 pesquisadores da área materno-infantil e atuaram revisando estudos publicados desde 1950. Uma síntese dessa revisão foi publicada pela Organização Mundial de Saúde em 1996 e, desde então, é reconhecida como as recomendações da OMS (DINIZ; DUARTE, 2004).

Esse material foi fonte de grandes debates internacionais pautados em estudos e evidências científicas, sendo considerado de grande relevância, chegando a ser um marco na promoção do nascimento saudável e combate aos altos índices de morbimortalidade materna e neonatal. Desde então, junto ao governo, grandes instâncias da sociedade civil, organizadas, se lançaram num processo de divulgação e implementação dessas práticas, contribuindo fortemente para a redução dos óbitos evitáveis (VICTORIA *et al.*, 2011; ROCHA; NOVAES, 2010).

Seguem, abaixo, as recomendações da Organização Mundial de Saúde para a assistência ao parto normal (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

Categoria A - Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas:

- 1- Plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher, durante a gestação, e comunicado a seu marido/companheiro;
- 2- Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde;
- 3- Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto;
- 4- Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante;
- 5- Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto;
- 6- Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto;

- 7- Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto;
- 8- Fornecimento, às mulheres, sobre todas as informações e explicações que desejarem;
- 9- Oferta de líquidos, por via oral, durante o trabalho de parto e parto;
- 10- Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente;
- 11- Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS;
- 12- Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher, durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento;
- 13- Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto;
- 14- Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto;
- 15- Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto;
- 16- Administração profilática de ocitocina, no terceiro estágio do parto, em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue;
- 17- Condições estéreis ao cortar o cordão;
- 18- Prevenção da hipotermia do bebê;
- 19- Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação, na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno;
- 20- Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.

Categoria B: Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas:

- 1- Uso rotineiro de enema;
- 2- Uso rotineiro de tricotomia;
- 3- Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto;
- 4- Cateterização venosa profilática de rotina;
- 5- Uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto;
- 6- Exame retal;
- 7- Uso de pelvimetria por Raios-X;
- 8- Administração de ocitócitos, em qualquer momento antes do parto, de um modo que não permite controlar seus efeitos;

- 9- Uso de rotina da posição de litotomia, com ou sem estribos, durante o trabalho de parto;
- 10- Esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de valsalva), durante o segundo estágio do trabalho de parto;
- 11- Massagem e distensão do períneo, durante o segundo estágio do trabalho de parto;
- 12- Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de evitar ou controlar hemorragias;
- 13- Uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto;
- 14- Lavagem uterina rotineira após o parto;
- 15- Revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto.

Categoria C: Práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão:

- 1- Métodos não farmacológicos de alívio de dor durante o trabalho parto, como ervas, imersão em águas e estimulação dos nervos;
- 2- Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto;
- 3- Pressão do fundo durante o trabalho de parto;
- 4- Manobras relacionadas à proteção do períneo e ao manejo do pólo cefálico, no momento do parto;
- 5- Manipulação ativa do feto no momento do parto;
- 6- Uso rotineiro de ocitocina de rotina, tração controlada do cordão, ou sua combinação durante o terceiro estágio do trabalho de parto;
- 7- Clampeamento precoce do cordão umbilical;
- 8- Estimulação do mamilo para estimular a contratilidade uterina, durante o terceiro estágio do trabalho de parto;
- 9- Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto;
- 10- Controle da dor por agentes sistêmicos;
- 11- Controle da dor por analgesia peridural;
- 12- Monitoramento eletrônico fetal;
- 13- Uso de máscaras e aventais estéreis, durante a assistência ao trabalho de parto;
- 14- Exames vaginais repetidos, ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço;
- 15- Correção da dinâmica com utilização de ocitocina;

- 16- Transferência rotineira da parturiente para outra sala, no início do segundo estágio do trabalho de parto;
- 17- Cateterização da bexiga;
- 18- Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a mulher sinta o puxo involuntário;
- 19- Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, como por exemplo, uma hora, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto;
- 20- Parto operatório;
- 21- Uso liberal e rotineiro de episiotomia;
- 22- Exploração manual do útero após o parto.

Baseados nas recomendações da OMS, outras diretrizes foram publicadas, a fim de subsidiar profissionais de saúde no que se refere às boas práticas a assistência ao parto normal. Em 2016, foram elaboradas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS (CONITEC), as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2016).

Essas diretrizes trazem recomendações para que os profissionais de saúde garantam uma assistência humanizada e baseada em evidências científicas. Seguem algumas das recomendações do Ministério da Saúde que devem subsidiar a assistência ao parto e nascimento (BRASIL, 2016):

Profissional que assiste o parto

A assistência ao parto e nascimento de baixo risco, que se mantenha dentro dos limites da normalidade, pode ser realizada tanto por médico obstetra quanto por enfermeira obstétrica ou obstetriz (BRASIL, 2016, p. 29).

Comunicação

Mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas nas tomadas de decisões. Para isso, os profissionais que as atendam deverão estabelecer uma relação de intimidade com estas, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas. Devem estar conscientes da importância de sua atitude, do tom de voz e das palavras usadas, bem como a forma como os cuidados são prestados (BRASIL, 2016, p. 29).

Apoio físico e emocional

Todas as parturientes devem ter apoio contínuo e individualizado durante o trabalho de parto e parto, de preferência por pessoal que não seja membro da equipe hospitalar (BRASIL, 2016, p. 30).

As mulheres devem ter acompanhantes de sua escolha, durante o trabalho de parto e parto, não invalidando o apoio dado por pessoal de fora da rede social da mulher (BRASIL, 2016, p. 30).

Dieta durante o trabalho de parto

Mulheres em trabalho de parto podem ingerir líquidos, de preferência soluções isotônicas (BRASIL, 2016, p. 31).

Medidas de assepsia para o parto vaginal

A água potável pode ser usada para a limpeza vulvar e perineal, se houver necessidade, antes do exame vaginal (BRASIL, 2016, p. 31)

Avaliação do bem-estar fetal

A avaliação do bem-estar fetal, em parturientes de baixo risco, deve ser realizada com ausculta intermitente, em todos os locais de parto (BRASIL, 2016, p. 31).

Manejo da dor no trabalho de parto

Sempre que possível deve ser oferecido à mulher o banho de imersão em água, para alívio da dor no trabalho de parto (BRASIL, 2016, p. 32).

Se uma mulher escolher técnicas de massagem, durante o trabalho de parto, que tenham sido ensinadas aos seus acompanhantes, ela deve ser apoiada em sua escolha (BRASIL, 2016, p. 32).

Se uma mulher escolher técnicas de relaxamento no trabalho de parto, sua escolha deve ser apoiada (BRASIL, 2016, p. 32).

Estimulação elétrica transcutânea não deve ser utilizada em mulheres em trabalho de parto estabelecido (BRASIL, 2016, p. 32).

A acupuntura pode ser oferecida às mulheres que desejarem usar essa técnica durante o trabalho de parto, se houver profissional habilitado e disponível para tal (BRASIL, 2016, p. 32).

Apoiar para que sejam tocadas as músicas de escolha da mulher, durante o trabalho de parto (BRASIL, 2016, p. 32).

Métodos farmacológicos

O óxido nítrico a 50% em veículo específico pode ser oferecido para alívio da dor no trabalho de parto, quando possível e disponível, mas informar às mulheres que elas podem apresentar náuseas, tonteadas, vômitos e alteração da memória (BRASIL, 2016, p. 33).

Toda gestante que desejar opióides (endovenoso ou intramuscular) deve ser informada de que os mesmos oferecem alívio limitado da dor e apresentam efeitos colaterais significativos para ela (náuseas, sonolência e tonteadas), assim como para a criança (depressão respiratória ao nascer e sonolência que pode durar vários dias) (BRASIL, 2016, p. 33).

As mulheres também devem ser informadas que os opióides podem interferir, negativamente, na amamentação (BRASIL, 2016, p. 33).

A analgesia regional de parto deve ser previamente esclarecida e discutida com a gestante durante o período antenatal. Ênfase em risco (associação com desfecho negativo, efeitos adversos e complicações maiores) e benefícios (alívio da dor). Isso pode se dar em formato de consulta individual ou coletiva (BRASIL, 2016, p. 33).

A analgesia regional é acompanhada de aumento na complexidade da assistência ao parto como, por exemplo: maior necessidade de monitorização e acesso venoso (BRASIL, 2016, p. 33).

Uma vez que a segurança da realização de analgesia farmacológica, no ambiente extra-hospitalar, ainda não foi estabelecida, esta é restrita ao complexo hospitalar, seja bloco cirúrgico ou PPP - sala de pré-parto, parto e pós-parto (BRASIL, 2016, p. 33).

A solicitação materna por analgesia de parto compreende indicação suficiente para sua realização, independente da fase do parto e do grau de dilatação. Isso inclui parturientes em fase latente com dor intensa, após esgotados os métodos não farmacológicos (BRASIL, 2016, p. 33-34).

A analgesia peridural e a analgesia combinada raqui-peridural (RPC) constituem técnicas igualmente eficazes para alívio da dor de parto. A escolha entre elas será influenciada pela experiência do anestesiológico com a técnica (BRASIL, 2016, p. 34).

A gestante sob analgesia peridural, quando se sentir confortável e segura, deve ser encorajada a deambular e adotar posições mais verticais (BRASIL, 2016, p. 35).

Depois de confirmados os 10 cm de dilatação, não se deve solicitar à gestante que promova puxos voluntários, exceto se tardiamente (sugere-se no mínimo após 1 hora de dilatação total) ou quando a cabeça fetal se tornar visível. Do contrário, os puxos constituem ato involuntário obedecendo à vontade materna (BRASIL, 2016, p. 35).

Os puxos devem ser sempre durante a contração (BRASIL, 2016, p. 35). Depois de constatados 10 cm de dilatação, devem ser estabelecidas estratégias para que o nascimento ocorra em até 4 horas, independente da paridade (BRASIL, 2016, p. 35).

A técnica de analgesia no parto deve visar o controle adequado da dor com o menor comprometimento possível das funções sensoriais, motoras e autonômicas. Para isso, a iniciação e manutenção da analgesia, com baixas concentrações de anestésico local, constituem fator fundamental, particularmente importante para que as parturientes se mantenham em movimento (BRASIL, 2016, p. 35).

Toda parturiente submetida a início de analgesia regional ou doses adicionais de resgate, seja qual for a técnica, deve ser submetida à ausculta intermitente da frequência cardio-fetal (FCF), de 5 em 5 minutos por, no mínimo, 30 minutos. Uma vez alterado deve-se instalar o exame de cardiotocografia (CTG), assim como proceder a cuidados habituais como decúbito lateral esquerdo e avaliar necessidade de otimização das condições respiratórias e circulatórias. Caso não ocorra melhora, seguir diretrizes próprias para manejo de estado fetal não tranquilizador (BRASIL, 2016, p. 36).

Ruptura prematura de membranas (RPM) na gestação a termo

Não realizar exame especular se o diagnóstico de ruptura das membranas for evidente (BRASIL, 2016, p. 36).

Se houver dúvida em relação ao diagnóstico de ruptura das membranas, realizar um exame especular. Evitar toque vaginal na ausência de contrações (BRASIL, 2016, p. 36).

Explicar às pacientes com ruptura precoce de membranas no termo que: o risco de infecção neonatal grave é de 1%, comparado com 0,5% para mulheres com membranas intactas, 60% das mulheres com ruptura precoce de membranas no termo entrará em trabalho de parto dentro de 24 horas e a indução do trabalho de parto é apropriada dentro das 24 horas após a ruptura precoce das membranas (BRASIL, 2016, p. 36-37).

Eliminação de mecônio antes e durante o trabalho de parto

A monitoração eletrônica contínua da frequência cardíaca fetal, se disponível, deve ser utilizada para avaliação do bem-estar fetal diante da eliminação de mecônio durante o trabalho de parto (BRASIL, 2016, p. 37).

Na ausência de disponibilidade da monitoração eletrônica contínua da frequência cardíaca fetal, a ausculta fetal intermitente, seguindo técnicas padronizadas, pode ser usada na monitorização do bem-estar fetal diante da eliminação de mecônio durante o trabalho de parto (BRASIL, 2016, p. 37).

Não se aconselha a realização de cesariana apenas para a eliminação de mecônio durante o trabalho de parto, exceto em protocolos de investigação (BRASIL, 2016, p. 37).

Assistência no primeiro período do trabalho de parto

Registrar as seguintes observações, no primeiro período do trabalho de parto: frequência das contrações uterinas de 1 em 1 hora, pulso de 1 em 1 hora, temperatura e pressão arterial, de 4 em 4 horas, e exame vaginal, de 4 em 4 horas ou se houver alguma preocupação com o progresso do parto ou em resposta aos desejos da mulher (BRASIL, 2016, p. 39).

Um partograma com linha de ação de 4 horas deve ser utilizado para o registro do progresso do parto, modelo da OMS ou equivalente (BRASIL, 2016, p. 39).

A amniotomia precoce, associada ou não à ocitocina, não deve ser realizada, de rotina, em mulheres em trabalho de parto que estejam progredindo bem (BRASIL, 2016, p. 41).

As mulheres devem ser encorajadas a se movimentarem e adotarem as posições que lhes sejam mais confortáveis no trabalho de parto (BRASIL, 2016, p. 41).

Deve-se desencorajar a mulher a ficar em posição supina, decúbito dorsal horizontal, ou posição semi-supina, no segundo período do trabalho de parto. A mulher deve ser incentivada a adotar qualquer outra posição que ela achar mais confortável, incluindo as posições de cócoras, lateral ou quatro apoios (BRASIL, 2016, p. 42).

Deve-se apoiar a realização de puxos espontâneos, no segundo período do trabalho de parto, em mulheres sem analgesia, evitando os puxos dirigidos (BRASIL, 2016, p. 42-43).

Caso o puxo espontâneo seja ineficaz ou se solicitado pela mulher, deve-se oferecer outras estratégias para auxiliar o nascimento, tais como suporte, mudança de posição, esvaziamento da bexiga e encorajamento (BRASIL, 2016, p. 43).

A manobra de Kristeller não deve ser realizada no segundo período do trabalho de parto (BRASIL, 2016, p. 44).

Se as contrações forem inadequadas no início do segundo período, considerar o uso de ocitocina e realização de analgesia regional, para as nulíparas (BRASIL, 2016, p. 44).

Cuidados com o períneo

Não se recomenda a massagem perineal durante o segundo período do parto (BRASIL, 2016, p. 45).

Considerar aplicação de compressas mornas, no períneo, no segundo estágio do parto (BRASIL, 2016, p. 45).

Não se recomenda a aplicação de spray de lidocaína para reduzir a dor perineal, no segundo período do parto (BRASIL, 2016, p. 45).

Tanto a técnica de ‘mãos sobre’ (proteger o períneo e flexionar a cabeça fetal) quanto a técnica de ‘mãos prontas’ (com as mãos sem tocar o períneo e a cabeça fetal, mas preparadas para tal) podem ser utilizadas para facilitar o parto espontâneo (BRASIL, 2016, p. 45).

Se a técnica de ‘mãos sobre’ for utilizada, controlar a deflexão da cabeça e orientar à mulher para não empurrar nesse momento (BRASIL, 2016, p. 45).

Não realizar episiotomia de rotina durante o parto vaginal espontâneo (BRASIL, 2016, p. 45).

Assistência no terceiro período do parto

O manejo ativo é recomendado na assistência ao terceiro período do parto, pois está associado com menor risco de hemorragia e transfusão sanguínea (BRASIL, 2016, p. 47).

Para o manejo ativo administrar 10 UI de ocitocina intramuscular, após o desprendimento da criança, antes do clampeamento e corte do cordão. A ocitocina é preferível, pois está associada com menos efeitos colaterais do que a ocitocina associada à ergometrina (BRASIL, 2016, p. 47).

Assistência ao recém-nascido

O atendimento ao recém-nascido consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstétrico/obstetriz ou neonatal), desde o período imediatamente anterior ao parto, até que o recém-nascido seja encaminhado ao Alojamento Conjunto com sua mãe, ou à Unidade Neonatal ou, ainda, no caso de nascimento em quarto de pré-parto, parto e puerpério (PPP) seja mantido junto à sua mãe, sob supervisão da própria equipe profissional responsável pelo PPP (BRASIL, 2016, p. 51).

Realizar o índice de apgar ao primeiro e quinto minutos de vida, rotineiramente (BRASIL, 2016, p. 51).

Não se recomenda a aspiração orofaríngea e nem nasofaríngea sistemática do recém-nascido saudável (BRASIL, 2016, p. 52).

Não se recomenda realizar a passagem sistemática de sonda nasogástrica e nem retal para descartar atresias no recém-nascido saudável (BRASIL, 2016, p. 52).

Realizar o clampeamento do cordão umbilical, entre 1 a 5 minutos ou de forma fisiológica, quando cessar a pulsação, exceto se houver alguma contraindicação em relação ao cordão ou necessidade de reanimação neonatal (BRASIL, 2016, p. 52).

A profilaxia da oftalmia neonatal deve ser realizada de rotina nos cuidados com o recém-nascido. Todos os recém-nascidos devem receber vitamina K para a profilaxia da doença hemorrágica recém-nascido (BRASIL, 2016, p. 52).

Ao nascimento, avaliar as condições do recém-nascido – especificamente a respiração, frequência cardíaca e tônus – no sentido de determinar se a ressuscitação é necessária de acordo com diretrizes reconhecidas de reanimação neonatal (BRASIL, 2016, p. 52).

Estimular as mulheres a ter contato pele a pele, imediato com a criança, logo após o nascimento (BRASIL, 2016, p. 53).

Evitar a separação mãe-filho na primeira hora após o nascimento, para procedimentos de rotina tais como, pesar, medir e dar banho a não ser que os procedimentos sejam solicitados pela mulher ou sejam, realmente, necessários para os cuidados imediatos do recém-nascido (BRASIL, 2016, p. 53-54).

Estimular o início precoce do aleitamento materno, idealmente na primeira hora de vida (BRASIL, 2016, p. 54).

Todas essas contribuições mencionadas acima, como boas práticas da assistência ao parto normal, foram iniciativas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) para mudar o cenário obstétrico brasileiro, de maneira que o parto normal tenha o menor número de intervenções possíveis, seja resgatado o protagonismo da mulher, e subsidiar os profissionais para que adotem condutas baseadas em evidências científicas, no intuito de melhorar a qualidade de assistência obstétrica e ter um desfecho favorável para mãe e seu bebê.

3.3 Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto

Ao longo do tempo, a postura do partejo sofreu grandes mudanças. Assim no final do século XIX, as mulheres entravam em trabalho de parto e ganhavam seus filhos com a assistência da doula e parteira de sua confiança, no contexto domiciliar. A presença do médico ou profissional da saúde somente era solicitada quando havia alguma intercorrência no processo do parto (LEISTER; RIESCO, 2013).

Progressivamente, a partir dos anos 40, foram inseridas novas práticas de assistência no processo de trabalho de parto e parto, tornando este momento um evento medicalizado. Posteriormente, a segunda guerra mundial, no século XIX, valorizando os saberes técnicos científicos e o promulgamento das ciências médicas, onde a gestação e o nascimento foram sendo moldados em eventos hospitalares, direcionando para as cesáreas eletivas (LEISTE; RIESCO, 2013).

Em estudos, Costa e colaboradores (2004), ressaltam que a dor do parto faz parte da própria natureza humana e, ao contrário de outros saberes, que as experiências dolorosas, agudas e crônicas, não estão vinculadas às patologias, mas sim, com as novas experiências de gerar o novo ser. Assim, algumas mulheres consideram que é a pior dor, muito maior que se esperava.

Segundo Drummond (2000), as dores a que as mulheres se referem durante o momento do parto, são resultado das complexas interações e são de caráter inibitório e excitatório, ainda que, seu mecanismo, seja comparado com a dor aguda. Elenca que existem fatores específicos no trabalho de parto e parto, que permeia a natureza neurofisiológica, obstétrica, psicológica,

cultural e sociológica que mexe no limiar. Assim, as opções não farmacológicas podem ou devem ser fontes auxiliaadoras para as parturientes durante o trabalho de parto, no alívio da dor.

Nesse contexto, podemos evidenciar os métodos não farmacológicos do alívio da dor, em que são utilizados por serem mais seguros e livres de intervenções e, por não serem de caráter invasivo. Assim, a equipe de enfermagem tem o papel de destaque neste cenário, pois realiza os cuidados que beneficiam o bem-estar da parturiente, bem como sua saúde e alívio da dor (SILVA; OLIVEIRA, 2006).

Portanto, ressaltamos entre esses métodos, medidas que proporcionam o relaxamento da musculatura pélvica, da função motora e do alívio da dor como o banho de aromaterapia, a massagem, o banho de imersão, o banho na ducha, a deambulação, a musicoterapia e a bola de bobath. Assim, podemos destacar que são de grande importância para as mulheres que estão em trabalho de parto que, apesar de incerto seu mecanismo de ação, evidencia o estímulo de produção de substância relaxante (SMITH *et al.*, 2006).

Contudo, a Organização Mundial de Saúde (1996) pontua que os métodos não farmacológicos (MNFs), utilizados para o alívio da dor durante o trabalho de parto são meios tecnológicos de cuidados que envolvem conhecimentos estruturados quanto ao desenvolvimento da prática e assistência de enfermagem em centro obstétrico. Portanto, são objetos de estudos e pesquisa, introduzidos nas maternidades brasileiras, na década de 1990, com a finalidade de promover o movimento de humanização do parto, do nascimento e da assistência prestada.

3.4 Atuação da enfermeira obstetra na assistência ao parto

O cuidado obstétrico ao longo da história foi realizado por diversas ocupações como as parteiras, os cirurgiões parteiros, médicos obstetras, as enfermeiras obstetras (CARNEIRO, 2003).

O primeiro curso de parteira no Brasil foi criado no ano 1832, após a abertura de escolas de medicina no Rio de Janeiro e na Bahia. O ensino formal da enfermagem no Brasil iniciou em 1890 e teve maior impulso a partir de 1920. Após a reforma universitária de 1968, as duas profissões parteiras e enfermagem se fundiram para virar a formação em obstetrix. Esta formação vigorou até 1994, quando foi extinta a formação em obstetrix e, a partir daí a titulação

em enfermagem obstétrica passou a ser por meio de habilitação ou especialização em enfermagem obstétrica (RIESCO, 1998).

A Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências, apresenta-se como um marco importante para o início da consolidação do espaço da enfermagem obstétrica no mercado de trabalho brasileiro. Sua regulamentação foi realizada em 1987, após 13 anos de criação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e dos Conselhos Regionais de Enfermagem (CORENs), pela Lei 5.905, de 12 de julho de 1973.

A OMS recomenda que haja incentivo na formação e qualificação de maior número de enfermeiros obstetras, bem como a sua participação na assistência comunitária. Além disso, faz-se importante destacar que práticas exitosas de outros países, na redução da mortalidade materna e perinatal, guardam estreita relação com a existência de grande número dessas profissionais e, mais que isso, um quadro social em que se distingam como profissões respeitadas e atraentes, capacitadas, regulamentadas e com ingresso garantido no sistema de saúde (SABINO, 2008).

A enfermagem obstétrica vem se destacando dentro do cenário do parto, tendo uma assistência menos intervencionista, dando oportunidade para que a mulher seja protagonista do seu parto, se tornando mais uma aliada para diminuir o número de cesarianas e incentivar o parto normal. Para isto, o Ministério da Saúde, desde a década de 1970, vem desenvolvendo programas e iniciativas na tentativa de diminuir os índices de cesáreas desnecessárias no país, com vista à recomendação da Organização Mundial de Saúde de que esse tipo de intervenção chegue a, no máximo, 15% dos procedimentos (BRASIL, 2001).

Neste contexto, o COFEN, através da Resolução n. 223, de 03 de dezembro de 1999, dispõe, em seu artigo 3º, sobre responsabilidade do enfermeiro obstetra, a atuação em: a) assistência à parturiente e ao parto normal; b) identificação das distócias obstétricas e tomada de todas as providências necessárias até a chegada do médico, devendo intervir, de conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança do binômio mãe/filho; c) realização de episiotomia, episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando couber; d) emissão do Laudo de Enfermagem para Autorização de Internação Hospitalar, constante do anexo da Portaria SAS/MS n. 163, de 22 de setembro de 1998; e) acompanhamento da cliente sob seus cuidados, da internação até a alta (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1999).

A presença desse profissional é de muita relevância no desenvolvimento do processo de parturição. A segurança e confiança são resultados da atuação humanizada e holística do profissional e podem determinar a forma como a parturiente enfrentará o seu trabalho de parto.

Diante disso, a presença da equipe multiprofissional é muito importante no desenvolvimento do processo de parturição (NASCIMENTO, 2010).

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde vem incentivando a formação de enfermeiras obstetras, estimulando a criação de pós-graduações e residências uniprofissionais em enfermagem obstétrica, no intuito de aumentar o número de profissionais atuantes na assistência ao parto normal em casas de parto, hospitais universitários, maternidades públicas e filantrópicas.

3.5 Empoderamento de acordo com Paulo Freire

Paulo Freire nasceu em Jaboatão, cidade próxima a Recife, em 19 de setembro de 1921. Com uma infância humilde, foi alfabetizado pelos seus pais, embaixo de uma mangueira, no quintal de casa. Aos 13 anos, após a morte de seu pai, sua mãe retorna para Recife, com a missão de conseguir uma bolsa de estudos para Paulo Freire, no Colégio Osvaldo Cruz, no qual se tornara professor de Língua Portuguesa anos mais tarde (SOUZA *et al.*, 2015).

No ano de 1944, casou com Elza Maia Costa Oliveira e tiveram cinco filhos. Depois da sua experiência, como professor de Língua Portuguesa, foi diretor do setor de Educação e Cultura do SESI, onde iniciou seu primeiro contato com alfabetização de adultos. Em 1959, tornou-se doutor em Filosofia e História da Educação, ao defender a tese “Educação e atualidade brasileira” (SOUZA *et al.*, 2015).

Nessa mesma época, tinha o sonho de se tornar advogado, mas desistiu após pegar sua primeira causa. Então, sua esposa, Elza, que também era educadora infantil, o convenceu a trabalhar com educação e, juntos, iniciaram um trabalho na alfabetização de adultos. Começaram a utilizar o que, mais tarde, ficaria conhecido como “Método Paulo Freire”. Eles não utilizavam cartilhas, priorizavam o diálogo, davam importância ao que os educandos tinham a contribuir com seu ensinamento e, desta forma, entendiam que também faziam cultura (SOUZA *et al.*, 2015).

Em 1963, foi convidado pelo Ministério da Educação para organizar um programa de alfabetização de adultos, mas durou menos de um ano, devido ao início da ditadura militar, em 1964 (FREIRE; SHOR, 1986). Paulo Freire ficou exilado por 16 anos, destes, cinco no Chile, onde foi assessor do Instituto de Desarrollo Agropecuario, do Ministério de Educación, da Corporación de La Reforma Agraria. Viajou pelo país acompanhando educadores chilenos,

dando curso de formação para agricultores. Em 1969, saiu do Chile para trabalhar na Universidade de Harvard, nos Estados Unidos, onde ficou um ano, depois foi para Genebra para ser Consultor Especial do Departamento de Educação do Conselho Mundial de Igrejas, nele trabalhou por 10 anos. Ficou mundialmente conhecido por seus trabalhos de alfabetização de jovens e adultos (SOUZA *et al.*, 1985).

Uma das obras mais conhecidas de Freire a “Pedagogia do Oprimido”, foi escrita durante seu exílio, por ser considerado uma influência para as minoridades, através de sua pedagogia libertadora, na qual alfabetizava conscientizando. Escreveu entre os anos de 1967 e 1968, sendo que o eixo político central é a opressão, trazendo, no início do livro, um diálogo com homens e mulheres para se transformar em radicais, estabelecendo um diálogo crítico e libertador com o povo oprimido. Sobre o olhar pedagógico, a obra traz uma crítica ao modelo de ensino bancário, em que os educadores transferem conhecimento e os alunos, de forma passiva, absorvem as informações sem interação com o professor e sem análise crítica da realizada (FREIRE, 1987).

No livro Pedagogia da Esperança, escrito em 1992, faz um diálogo com sua própria história, repensando e redizendo os feitos do livro pedagogia do oprimido. Tenta relembrar tramas vividos na sua infância e adolescência, seu início da carreira de advogado e seu emprego no Serviço Social da Indústria - SESI, seus encontros com militantes, durante suas viagens pela Europa, América Latina e África. Nesta obra, reafirma sua defesa pelo radicalismo crítico e a necessidade de uma educação democrática e popular, possibilitando às classes populares o desenvolvimento da linguagem, como caminho para o exercício de sua cidadania (FREIRE, 1992).

Salienta-se que Freire foi engajado nas lutas sociais, pois buscou uma educação democrática e libertadora e não autoritária e castradora (FREIRE, 1992).

Sua obra Pedagogia da Autonomia, escrita em 1996, sintetiza seus ensinamentos sobre o “pensar certo”. Retoma, no início do livro, sobre a educação bancária, fazendo uma crítica a respeito desse modelo de educação, apontando que o pensar mecanicamente é o pensar errado. Para Freire, ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua própria produção ou a sua construção. Destaca que o ser humano é um ser inacabado, pois onde há vida há inacabamento. Reforça que devemos respeitar a autonomia do educando (FREIRE, 1996).

Nesse contexto, as obras de Paulo Freire trazem como mensagem principal, a libertação, a autonomia do indivíduo para que construa seu conhecimento, sua criticidade e seu empoderamento. Assim, Freire trouxe ao Brasil, o significado da palavra *empowerment*, pois desenvolveu esse conceito no período que morou nos Estados Unidos, e, junto com seu colega

Ira Shor, escreveram o livro “Medo e Ousadia (FREIRE; SHOR, 1986). Nesta obra, descrevem o que significaria esta palavra, dentro de uma cultura americana, na qual as minorias enfrentavam dificuldades de ingressar no nível superior e os professores tinham dificuldades de implementar um novo método pedagógico, devido às perseguições e ameaças que sofriam. Para os autores, “o conceito de empowerment está ligado às classes sociais, como a classe trabalhadora, através de suas próprias experiências, sua própria construção de cultura e seu empenho na obtenção de poder político” (FREIRE; SHOR, 1986, p. 72).

Dentro da teoria socioconstrutivista de Paulo Freire, a palavra *empowerment* é o termo chave para a promoção da saúde, no qual as mudanças sociais são o caminho para aquisição do conhecimento relativo à capacidade discursiva, cognitiva e processual. Já no processo educativo, o empoderamento acontece quando educadores e educandos se permitem construir o conhecimento juntos (FREIRE, 1997; FREIRE, 1996).

Assim, a filosofia educacional de Paulo Freire permitiu o empoderamento pelo mundo, pois ele defende a conscientização como um ciclo contínuo de diálogo e ação, no qual o convívio entre as pessoas permite o diálogo e a reflexão, contribuindo para o desenvolvimento de uma ação coletiva e participativa que, por sua vez, gera novas reflexões e ações permitindo transformar o mundo (FREIRE, 1987).

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento da pesquisa

4.1.1 Aspectos metodológicos

Trata-se de uma pesquisa de abordagem metodológica. Envolveu o processo de construção de uma Tecnologia Educativa Textual para ser usada nas atividades de Educação e Saúde, com gestantes, visando o empoderamento para o trabalho de parto e parto.

Os estudos metodológicos são usados como método de investigação para coleta e organização dos dados, em pesquisa de desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas que necessitam de um rigor acentuado (LIMA, 2011).

Este estudo envolveu aspectos tanto qualitativos quanto quantitativos, pois consideramos as duas abordagens importantes e possibilitaram precisar e analisar as características sociodemográficas e obstétricas, bem como as dúvidas, medos, anseios e as contribuições das gestantes para a elaboração da tecnologia textual.

Segundo Minayo (2011), as pesquisas qualitativas envolvem estudos que buscam identificar um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes dos fenômenos que não podem ser quantificados. Ela responde a questões particulares, por isso não fica presa à quantidade de amostras.

Na pesquisa metodológica, segundo a autora, a abordagem quantitativa, com uso de instrumentos padronizados, visa obter elementos que forneçam possibilidades de expressar generalizações com precisão e objetividade (MINAYO, 2011).

4.1.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na maternidade do Hospital Universitário da Grande Dourados - HU-UFGD, filiado à EBSEH, no município de Dourados-MS, que é referência de baixo risco e alto risco para o município e alto risco para macrorregião de Dourados. Envolveu a visita das gestantes para conhecer a maternidade no Projeto “Para uma vinda bem-vinda”. Esse projeto é

conduzido pelas acadêmicas do curso de psicologia da UFGD e tem como objetivo levar as gestantes para conhecer a maternidade, perpassando por todas as dependências da linha materno-infantil (Pronto Atendimento Ginecológico e Obstétrico), Alojamento Conjunto, Centro Obstétrico, UTI Neonatal, Unidade de Cuidados Intermediários e Banco de Leite). As visitas aconteceram nas segundas, terças e quintas-feiras, no horário das 18 às 19 horas, e eram agendadas com as recepcionistas da maternidade.

O desenvolvimento do projeto é dividido em duas partes: na primeira acontece a visita às dependências da linha materno-infantil e, na segunda, as gestantes recebem orientações sobre a importância da presença do acompanhante, as vias de parto, o que pode trazer para a maternidade e tiram dúvidas sobre a equipe de saúde que assistirá seu parto.

4.1.3 Participantes do estudo

Foram incluídas no estudo gestantes que realizaram a visita para conhecer a maternidade do HU-UFGD, através do projeto “Para uma vinda bem-vinda”. Como critério de inclusão, a participação envolvia ser gestante e ser maior de 18 anos.

A amostra foi definida por conveniência, participando as gestantes que procuraram o projeto no período entre os meses de dezembro de 2017 e fevereiro de 2018.

A amostragem por conveniência é considerada quando a participação é voluntária ou os elementos da amostra são definidos pela adequação ao desenvolvimento do estudo, não havendo qualquer exatidão estatística (PRODANOV; FREITAS, 2013).

O fechamento foi definido pelo critério de saturação que, de acordo com o proposto por Fontanella *et al.*, (2008), ocorre com a suspensão de inclusão de novos participantes no estudo, quando os dados obtidos passaram a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados. Assim, fechamos a coleta de dados com 10 gestantes.

4.1.4 Aspectos éticos da pesquisa

A pesquisa atendeu os preceitos Éticos, de acordo com a Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. O projeto foi aprovado pela Comissão de Avaliação em Pesquisa e Extensão (CAPE), do HU/UFGD, e pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul, sob o parecer n. 2.315.422 e CAAE n. 73678217.3.0000.8030 (Anexo B). A pesquisa e suas etapas foram realizadas perante o aceite das participantes, sendo que as mesmas foram informadas sobre a pesquisa, as finalidades e relevância e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C). As participantes foram identificadas pelas letras E, seguidas do número, conforme a ordem da realização das entrevistas (E1, E2...até a E10).

4.2 Processo de construção da tecnologia textual

A construção da tecnologia seguiu as seguintes etapas:

Primeiramente foi aplicado um questionário para conhecer as características sociodemográficas e obstétricas das gestantes (Apêndice A). Logo após foi realizada uma entrevista semiestruturada, individual e audiogravada, para identificar o conhecimento sobre o trabalho de parto e parto e compreender o empoderamento para enfrentar o processo de nascimento. As entrevistas foram gravadas com uso de um gravador digital. O tempo médio para aplicação do questionário e a entrevista foi de 30 a 40 minutos.

A entrevista tem sido uma estratégia básica na coleta de dados qualitativos, existindo uma variedade de formas e usos para a sua utilização. Costuma ter vantagem sobre outras técnicas utilizadas, pois permite a captação imediata e corrente da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de informante e sobre os mais variados tópicos. Quando conduzida adequadamente, permite o tratamento tanto de assuntos de natureza pessoal, como de temas de natureza complexa e escolhas nitidamente individuais. A entrevista ganha vida, ao se iniciar o diálogo, além de permitir correções, esclarecimentos e adaptações, o que a torna eficaz na obtenção das informações desejadas (LUDKE; ANDRE, 1986).

4.2.1 Tabulação e análise dos dados

Para a tabulação e análise dos dados foi utilizado o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) pode ser compreendida como uma técnica qualitativa para organização dos dados, utilizando figuras metodológicas para organizar os depoimentos e demais discursos (LEFÉVRE; LEFÉVRE; TEIXEIRA, 2000).

De acordo com Lefèvre, Lefévrrre e Teixeira (2000) o DSC é uma forma de organizar e tabular dados qualitativos, obtidos de depoimentos, artigos de jornal, matérias de revistas semanais, cartas, *papers*, revistas especializadas, dentre outros. Ele é utilizado para juntar discursos individuais e transformar num pensamento coletivo. Para sua construção são utilizadas figuras metodológicas: as expressões-chave e as ideias centrais.

Como referencial teórico para construção da tecnologia educativa foi utilizada a pedagogia sócioconstrutivista, de Paulo Freire. Segundo o autor, essa concepção conduz para mudanças sociais e no resultado do conhecimento, sendo capaz de influenciar o indivíduo a realizar mudanças por si mesmo necessárias para evoluir e se fortalecer (FREIRE, 1987).

4.2.2 Levantamento do conteúdo

Foi realizada pesquisa em materiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde e OMS, e também, em trabalhos publicados sobre a temática. Echer (2005) destaca a importância de realizar busca em estudos existentes. Após a seleção dos conteúdos, foi realizada leitura do material, destacando os mais importantes para serem usados na confecção da tecnologia. Assim, o conteúdo foi definido através da análise das entrevistas realizadas com as gestantes. Procurou-se usar uma linguagem facilitadora, clara e de fácil entendimento para as mesmas. Segundo Echer (2005), a linguagem das informações encontradas na literatura, deve ser transformada, para atingir o objetivo proposto.

4.2.3 Seleção de imagens

A pesquisa para a seleção das imagens do guia educativo foi realizada em livros da área e outros materiais como o quadro ilustrativo “Caminhando para o parto normal”, disponibilizado nas maternidades públicas, e a cartilha “Celebrando a Vida”, elaborada por Heberte e Hoga, (2009). Assim, as imagens selecionadas foram utilizadas como modelo e desenhadas por um profissional habilitado. Para Echer (2005), é importante ilustrar as orientações para tornar a tecnologia compreensível e descontraída. As ilustrações podem tornar-se autoexplicativas.

4.2.4 Diagramação

Foi contratado um profissional especializado para a realização da diagramação, seguindo as recomendações da ABNT, NBR 6029 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2006).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Artigo 1

Caracterização das gestantes participantes da vinculação à maternidade em um Hospital Universitário

Characterization of pregnant women participating in the linkage with the maternity section in a University Hospital

Ana Carla Tamisari Pereira, Lourdes Missio

Resumo: Este estudo teve como objetivo identificar o perfil das gestantes que participam da visita à maternidade de um Hospital Universitário, no estado de Mato Grosso do Sul, por meio do projeto “Para uma vinda bem-vinda”. **Método:** Trata-se de estudo descritivo e exploratório, realizado entre dezembro de 2017 e fevereiro de 2018. Os dados foram coletados com 10 gestantes, por meio de questionário elaborado pela própria pesquisadora. **Resultados:** As gestantes participantes desse estudo são casadas, a maioria com escolaridade de ensino médio e superior completo. Iniciaram pré-natal no primeiro trimestre, realizam o pré-natal na atenção básica, com consultas intercaladas com o médico e o enfermeiro, e optaram pela presença do companheiro para estar junto a elas no parto. **Conclusão:** Verificou-se que há uma fragilidade com relação à educação em saúde no preparo das gestantes para o trabalho de parto e parto, demonstrando que os profissionais de saúde não conseguem planejar e realizar atividades educativas com as gestantes preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Descritores: gravidez; educação em saúde; vinculação; maternidade.

Abstract: This study aimed to identify the profile of pregnant women that took part in the visit to the maternity section of a University Hospital in the state of Mato Grosso do Sul, through the project “For a welcoming arrival”. **Method:** This is a descriptive and exploratory study, conducted from December of 2017 to February of 2018. Data were collected from 10 pregnant women through a questionnaire prepared by the researcher herself. **Results:** The pregnant women taking part in this study are married, most of them finished high school and got a higher education degree. They started prenatal care in the first trimester, performed prenatal care in primary care by taking appointments interspersed between doctor and nurse and opted for having the presence of the partner with them in childbirth. **Conclusion:** It was observed that there was a fragility regarding health education in the preparation of pregnant women for labor and delivery, demonstrating that health professionals cannot plan and perform educational activities with pregnant women that are recommended by the Ministry of Health.

Keywords: pregnancy; health education; linkage; maternity.

1 Introdução

A humanização do nascimento envolve um movimento surgido após questionamentos sobre a sexualidade no século XX. O médico francês Frederick Leboyer foi considerado o pai desse movimento, após a publicação de *Birth Without Violence* (Nascimento sem Violência, 1983), que permitia realizar o parto normal sem traumas para o bebê. Na Inglaterra, a humanização do parto recebeu o nome de “Parto Ativo”, no qual a mulher seguia seus instintos para parir, contando com o apoio da AIMS (Association for Improvement of Maternity Services) associação para melhoria dos serviços em maternidades (BALASKAS, 2015).

Já no Brasil a humanização teve maior destaque juntamente com o movimento *hippie*, mas foi a partir 1993, que tomou impulso após a criação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA) (BALASKAS, 2015) quando, em outubro de 1993, reuniram-se em Campinas - SP, representantes de grupos e entidades que demonstravam preocupações com a forma que a saúde reprodutiva e o parto estavam sendo conduzidos. O principal objetivo da REHUNA é divulgar uma assistência e cuidados perinatais, com evidências científicas baseadas nas recomendações da OMS (RATTNER *et al.*, 2010).

Neste contexto, o Ministério da Saúde, com o objetivo de resgatar o empoderamento da mulher para o parto, incentivou os serviços de saúde a adotarem atitudes mais humanizadas e investe em formação e capacitação de enfermeiras obstetras. Também elaborou, no ano de 2002, o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), que visava assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento no período gravídico-puerperal, bem como a saúde do recém-nascido, respeitando os direitos da cidadania (BRASIL, 2002).

Além das recomendações da OMS, a rede cegonha, criada em 2011, no âmbito dos SUS, pelo Ministério da Saúde, caracterizada com uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher uma atenção humanizada e qualificada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como, à criança, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Dessa forma, uma assistência humanizada deve levar em consideração a sensibilidade, o respeito e a dignidade do ser humano, criando um ambiente acolhedor, garantindo sempre a segurança na realização dos procedimentos, sem deixar de proporcionar a autonomia da mulher no momento do parto. Para Versini *et al.*, (2015), humanizar o parto é respeitar e dar condições para que todos os aspectos espirituais, psicológicos e biológicos sejam atendidos.

Com o propósito de garantir a essa gestante uma atenção qualificada e humanizada, as maternidades têm desenvolvido ações para garantir a vinculação da gestante ao local que dará à luz.

Assim, a visita e o conhecimento prévio da maternidade, antes do parto, podem trazer uma experiência positiva aos usuários, pois proporciona maior segurança com a equipe, aproximação com o local onde terá o parto, além de conhecer as rotinas da instituição e obter orientações sobre o papel do acompanhante, de cada fase do trabalho de parto e da assistência que o recém-nascido irá receber (VIEIRA *et al.*, 2019). Dessa forma, o Hospital Universitário da Grande Dourados-HU-UFGD, filiado à EBSEH, no município de Dourados-MS, tem desenvolvido através do Projeto “Para uma vinda bem-vinda” a vinculação da gestante à maternidade, por meio da visita, espaço em que passa a conhecer todas as dependências da linha materno-infantil e pode tirar dúvidas sobre o atendimento que é prestado na maternidade. Assim, acredita-se que possa minimizar as dúvidas sobre sua futura internação.

O objetivo deste estudo foi conhecer o perfil sociodemográfico e obstétrico das gestantes participantes do projeto “Para uma vinda bem-vinda”, com vistas a subsidiar para a construção de uma tecnologia educativa às gestantes participantes do projeto.

2 Método

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório realizado com gestantes participantes do Projeto “Para uma vinda bem-vinda” do Hospital Universitário da Grande Dourados - HU-UFGD, no município de Dourados-MS. O hospital é referência de baixo risco e alto risco para o município e alto risco para macrorregião de Dourados.

O projeto é conduzido pelas acadêmicas do curso de psicologia da UFGD e tem como objetivo levar as gestantes para conhecer a maternidade, perpassando por todas as dependências da linha materno-infantil (Pronto Atendimento Ginecológico e Obstétrico), Alojamento Conjunto, Centro Obstétrico, UTI Neonatal, Unidade de Cuidados Intermediários e Banco de Leite). As visitas aconteceram nas segundas, terças e quintas-feiras, no horário das 18 às 19 horas, e eram agendadas com as recepcionistas da maternidade. Foram incluídas no estudo todas as gestantes participantes no projeto e maiores de 18 anos.

Para a coleta de dados foi aplicado um instrumento envolvendo questões relativas às características sociodemográficas e obstétricas.

As variáveis incluídas neste estudo para conhecer as características sociodemográficas das gestantes foram: idade, cor autodeclarada, estado civil, escolaridade, religião, ocupação, naturalidade, município e bairro de procedência. Quanto aos dados obstétricos: idade da primeira gestação, número de gestações, número de partos, intervalo interpartal, planejamento da gestação, idade gestacional, semanas de gestação do início do pré-natal, profissionais que

realizou o pré-natal, complicações da gestação atual e gestações anteriores, participação em grupos de gestantes e, se já escolheu o possível acompanhante para o período interpatal.

A amostragem, por conveniência, envolveu as gestantes que realizavam a visita no período entre os meses de dezembro de 2017 e fevereiro de 2018. O fechamento deu-se por saturação. Fechamos a coleta de dados com 10 gestantes, pois consideramos o momento em que as respostas começaram a se repetir e não trazer mais informações novas ao objetivo do estudo. De acordo com Fontanella *et al.*, (2008), ocorre com a suspensão de inclusão de novos participantes no estudo quando os dados obtidos passaram a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados.

Os dados foram organizados, digitados e analisados no programa do excel.

O estudo seguiu os preceitos éticos da Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisas realizadas com seres humanos. Assim, o projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Avaliação em Pesquisa e Extensão (CAPE), do HU/UFGD, e pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul sob o parecer n. 2.315.422 e CAAE N° 73678217.3.0000.8030.

3 Resultados

Caracterização da amostra

Este estudo, realizado com as gestantes participantes da visita à maternidade do HU-UFGD, no Projeto “Para uma vinda bem-vinda”, apresenta características sociodemográficas que estão apontadas na tabela abaixo:

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica das gestantes

	Características	F₁
Idade	20 - 30	08
	30 - 40	02
Estado civil	Casada	10
Naturalidade	Dourados	06
	Outros municípios	04
Cor	Branca	05
	Parda	05
Município e bairro onde moram	- Dourados	09
	Parque das Nações	01
	Jardim Itália	01
	Jardim Paulista	01
	Terra Roxa	01
	Vila São Francisco	01

	Jardim Flórida	01
	Jardim Novo Horizonte	01
	Vila Rubi	01
	Parque Nova Dourados	01
	- Outro município	01
Religião	Católica	02
	Evangélica	07
	Sem religião	01
Escolaridade	Ensino Fundamental Completo	01
	Ensino Médio Completo	03
	Superior Completo	06
Ocupação	Do lar	03
	Vendedora	01
	Atendente	01
	Desenhista industrial	01
	Odontóloga	01
	Autônoma	01
	Esteticista	01
	Pedagoga	01
Onde realiza o pré-natal	Particular	02
	ESF/USB	07
	Particular/USB	01

Tabela 1: Elaboradora pela própria autora.

A faixa etária predominante das gestantes foi de 20 a 30 anos. Verificou-se, também, que todas são casadas. A maioria é residente em Dourados e, apenas uma, é procedente de um município da região. Com relação à cor, cinco autoreferiram ser da cor branca e cinco de cor parda. Mais da metade mencionam seguir a religião Evangélica.

Sobre a escolaridade predominou o ensino superior completo. A maior parte das gestantes entrevistadas relatou ter uma atividade ocupacional ou profissão e, somente três declararam ser donas de casa. Destaca-se que quase todas realizaram o pré-natal na atenção básica.

Já os dados obstétricos das participantes do estudo são apontados na tabela abaixo.

Tabela 2- Caracterização obstétrica das Gestantes

Características		F₁
Como ficou sabendo do projeto “Para uma vinda bem vinda”	Facebook	01
	Indicação de amiga	05
	ESF/UBS	04
Gestações anteriores	Primigesta	06
	01 gestação anterior	03
	02 gestações anteriores	01
Partos anteriores	Nulíparas	06
	Cesárea anterior	03
	Cesárea e normal	01
Tempo de gestação	2 trimestre	02
	3 trimestre	08
Idade gestacional que iniciou o pré-natal	2 s	01
	4 s	01
	6 s	02

	8 s	05
	12 s	01
Teve algum problema nesta gestação	Sim	08
	Não	02
Tem participado de grupo de gestantes	Sim	0
	Não	10
Com quem você tem realizado o pré-natal	Médico	03
	Enfermeiro	01
	Médico e Enfermeiro	06
Você teve complicações em parto anteriores	Sim	02
	Não	02
	Não se aplica	06
Idade da primeira gestação	15 anos	01
	20 anos	02
	23 anos	01
	24 anos	02
	25 anos	02
	28 anos	01
	29 anos	01
Intervalos interpartais	4 anos	01
	7 anos	01
	10 anos	01
	11 anos	01
	Não se aplica	06
Sua gestação foi planejada	Não	08
	Sim	02
Já escolheu o acompanhante para acompanhá-la durante o trabalho de parto, parto e pós o parto	Sim	09
	Não	01
	Companheiro	07
	Sogra	01
	Tia	01

Tabela 2- Elaborada pela própria autora.

Os dados apontam que metade das gestantes ficou sabendo do projeto “Para uma vinda bem-vinda” por indicação de uma amiga, quatro gestantes relataram que a ESF/UBS em que faziam o acompanhamento pré-natal orientou sobre a visita para conhecer a maternidade.

Em relação ao número de gestações, destaca-se que seis das gestantes são primigestas, duas possuem uma gestação anterior e uma tem duas gestações anteriores. Com relação ao tipo de parto, três tiveram partos cesáreas anteriores e, somente uma mencionou ter um parto cesárea e um normal. Dentre as gestantes participantes da visita, oito estavam no terceiro trimestre de gestação.

As respostas sobre a idade gestacional em que iniciaram o pré-natal denotam que o tempo variou de 2 a 12 semanas de gestação. A maioria apresentou algum problema na gestação atual, embora não destacando qual. Nenhuma das entrevistadas estava participando de grupo de gestantes, espaço considerado importante para o desenvolvimento de atividades educativas.

Sobre o profissional que estava assistindo o pré-natal, mais da metade apontou estar realizando consultas intercaladas com o enfermeiro e o médico da ESF/UBS. Com relação à

idade da primeira gestação, esta variou entre 15 e 29 anos de idade. Das gestantes que já tiveram outras gestações, o intervalo interpartal foi em torno de 4 a 11 anos. A maioria não planejou a gestação atual. Sobre a escolha do acompanhante, durante o trabalho de parto e parto, nove já tinham escolhido, sendo destacado o companheiro o mais indicado para acompanhá-la no processo de parturição.

4 Discussões

A gestação é um momento único na vida do casal, sendo influenciado por muitas dúvidas e anseios até o dia do nascimento do bebê. Nesse sentido, a visita à maternidade é uma forma de vincular essa gestante ao serviço de saúde no qual terá seu bebê e minimizar o medo relacionado à assistência ao parto. A partir da Lei n. 11.604, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência ao parto, no âmbito do Sistema Único de Saúde, as maternidades brasileiras têm procurado se adaptar para receber essa gestante e seu acompanhante antes do parto (BRASIL, 2007).

Todas as gestantes que participaram deste estudo são casadas, fato este que demonstra que a gravidez serve como um ritual de passagem para maturidade após o matrimônio, em que a mulher deixa de ser filha para se tornar mãe. Quanto ao desenvolvimento da gravidez, tendo o apoio e a participação do companheiro, pode ser considerado um fator de segurança emocional e socioeconômica. Por outro lado, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) aponta que dentre os fatores de risco para o desenvolvimento da gravidez, está a situação conjugal insegura.

Um achado interessante na caracterização das gestantes que participaram da pesquisa está relacionado com a religião, em que mais da metade referiram ser evangélicas, demonstrando a influência da religião na decisão de ter filhos, decorrentes da doutrina da igreja evangélica, na qual o sexo é permitido após o casamento.

Sobre a escolaridade das gestantes, destaca-se que grande número possuía ensino superior e ensino médio completo. De acordo com Haidar, Oliveira e Nascimento (2001), em um estudo realizado na região de Guaratinguetá, analisando as Declarações de Nascidos Vivos-DNV, as gestantes com maior nível de escolaridade realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, e iniciaram o acompanhamento de forma mais precoce, o que demonstra a preocupação com o pré-natal e o reconhecimento de sua importância. Neste estudo, pode-se observar que

todas iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gravidez, o que oportuniza realizar todos os exames e consultas de pré-natal recomendadas pelo Ministério da Saúde.

A maioria das gestantes realiza o pré-natal na atenção básica, compreendidos pelas Estratégias de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde, e referiram ser acompanhadas pelos médicos e enfermeiros. Isso indica que a atenção básica tem garantido a consulta de pré-natal intercalando médico e enfermeiro, conferindo acolhimento, captação precoce no primeiro trimestre, e a realização das seis consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde, proporcionando realizar ações integrais e promoção da saúde, bem como identificação de qualquer ocorrência de risco gestacional (BRASIL, 2012).

Apesar das gestantes participantes do estudo serem casadas, oito informaram que não planejaram a gestação. A principal causa da gravidez não planejada pode estar na falha do uso dos métodos contraceptivos, decorridos pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde, da falta de organização desses serviços para ofertar os métodos contraceptivos e da reação da mulher ao uso dos métodos hormonais (PRIETSCH; CHICA; CESAR; SASSI, 2011).

Salienta-se que a Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, regula o art. 226, da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar. Ela aponta que se deve promover ações preventivas e educativas para que todos tenham acesso às informações, métodos, técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade (BRASIL, 1996).

Esta pesquisa também apontou que as gestantes não estão participando de grupos de educação em saúde no pré-natal, com o objetivo de prepará-las para o trabalho de parto e parto, demonstrado que pode ser uma fragilidade dentro da rede básica de saúde. O preparo da gestante para o parto é muito importante, pois visa minimizar ansiedades, medos e pode contribuir para um desfecho favorável para o nascimento, no qual a mulher e seu acompanhante compreendam cada fase que eles irão enfrentar.

As ações educativas durante todo ciclo gravídico-puerperal são muito importantes, mas é no pré-natal que a mulher deve ser preparada para o enfrentamento do momento do trabalho de parto e parto, contribuindo, dessa forma, para minimizar complicações no período do puerpério e na amamentação. Sendo assim, os profissionais de saúde devem assumir o compromisso de compartilhar seus saberes, tentando estabelecer na mulher sua autoconfiança (RIOS; VIEIRA, 2007).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde incentiva a criação desses espaços para educação em saúde na atenção básica, para oportunizar trocas de experiências entre gestantes e profissionais de saúde, como forma de consolidar informações importantes a fim de minimizar

duvidas em anseios sobre o desenvolvimento da gestação, trabalho de parto, parto e puerpério (BRASIL, 2012).

A maioria das gestantes que participaram do estudo já havia escolhido o acompanhante para o momento do trabalho de parto e parto. Sete delas responderam que levariam o companheiro. Em um estudo realizado no Ceará (2009), numa maternidade pública com puérperas de parto normal, com o objetivo de analisar a percepção das gestantes sobre a presença do acompanhante, verificou-se que a maioria delas escolheu suas mães para estarem juntas no momento do trabalho de parto e parto, fato que contribuiu para minimizar a sensação de solidão, a lidar com a dor e proporcionar maior conforto (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

O Ministério da Saúde reconhece e incentiva a presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto, contribuindo para a minimização de medos, diminuindo o tempo do trabalho de parto, redução número de cesarianas e depressão pós-parto. Além de contribuir para os cuidados com recém-nascido e incentivar/encorajar a amamentação (BRASIL, 2005)

5 Considerações finais

O projeto “Para uma vinda bem-vinda” é uma parceria do curso de psicologia da UFGD com a maternidade do Hospital Universitário. O propósito da visita é a gestante conhecer toda a linha de cuidado materno-infantil e poder minimizar medos e ansiedades relacionados à assistência ao parto e ao recém-nascido.

A pesquisa objetivou conhecer o perfil das gestantes participantes do projeto. Essas gestantes, que participaram da pesquisa, não representam a maioria da população atendida na maternidade do referido hospital, pois se enquadram num perfil de mulheres casadas, com nível de escolaridade correspondente ao ensino médio e superior completo, e desenvolvem atividades profissionais fora de casa. Destaca-se que a maioria das gestantes, que tem seus filhos nessa maternidade, possui ensino fundamental e médio incompleto, são donas de casa e algumas não possuem companheiro.

As participantes deste estudo, por possuírem grau de escolaridade mais elevado, demonstraram grande interesse pelo seu pré-natal, iniciando no primeiro trimestre gestacional. O intervalo entre as gestações foi, em média, de 4 a 11 anos. Destaca-se que elas procuraram conhecer o serviço público de saúde, mesmo fazendo o pré-natal em consultórios particulares, pois conhecem seus direitos e sabem que a maternidade, local da pesquisa, é referência no atendimento de alto risco.

Conclui-se que, embora o perfil das gestantes não corresponda à maioria da população, conseguimos verificar que há fragilidades em relação à educação em saúde na atenção básica, pois a maioria delas, até o momento da pesquisa, não havia participado de nenhum grupo de gestantes para preparo para o parto e parto, pois, embora os programas de saúde pública voltados para a assistência pré-natal incentivem essas orientações antes do parto, os profissionais não conseguem realizar atividades em grupo e de sala de espera.

6 Referências

BALASKAS, J. **Parto Ativo: guia prático para o parto natural**. 3. ed. São Paulo: Ground, 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Projeto Parto Adequado, 2015**. Disponível em: <www.ans.gov.br>. Acesso em: 18 jan. 2019.

_____. **Lei n. 11.604 de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm>. Acesso em: 15 jun. 2019.

_____. **Lei n. 9.263 de janeiro de 1996**. Regula o 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm>. Acesso em: 15 jun. de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS- a Rede Cegonha**. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 06 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n. 11. 108 de 07 de abril de 2005**. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/lei_acompanhante.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

_____. **Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm>. Acesso em: 14 abr. 2017.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de

Janeiro, v. 24, n 1, p. 17-27, jan. 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02>>. Acesso em: 01 jun. 2017.

HAIDAR, F. H.; OLIVEIRA, V. F.; NASCIMENTO, L. F. C. Escolaridade Materno: correlação com os indicadores obstétricos. **Caderno de Saúde Pública**, v. 17, n. 02, Rio de Janeiro, jul-ago, 2001. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csp/2001.v17n4/1025-1029/pt>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

OLIVEIRA, A. S. S. *et al.* O acompanhante no momento do trabalho de parto e parto: percepção de puérperas. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 02, abr-jun, 2011. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/20201/14211>>. Acesso: 30 abr. 2019.

PRITSCH, S. O. M.; CHICA, D. A. G.; CESAR, J. A.; SASSI, R. A. M. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Caderno de Saúde Pública**, v. 27, n. 10, Rio de Janeiro, out, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n10/04.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

RATTNER, D. *et al.* REHUNA- A rede pela Humanização do Parto e Nascimento. **Revista Eletrônica Tempus Actas de Saúde Coletiva**. Universidade Federal de Brasília, ago. 2010. Disponível em: <<http://www.tempus.unb.br>>. Acesso: 05 maio 2017.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 02, 2007. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2007.v12n2/477-486/pt>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

VERSIANI, C. C. Significado do parto humanizado para gestantes. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**. Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro, v. 07, jan/mar. 2015. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/bde-26705>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

VIEIRA, A. N. *et al.* Grupo de Gestantes e ou casais grávidos: um processo de construção coletiva (1996-2016). **Revista da Escola Anna Nery**, v. 23, n. 02, 2019. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 15 jun. 2019.

5.2 Artigo 2

Conhecimentos das gestantes sobre trabalho de parto e parto

Knowledge of pregnant women regarding labor and delivery

Ana Carla Tamisari Pereira, Lourdes Missio

Resumo: O objetivo deste estudo foi identificar o conhecimento das gestantes que participaram do Projeto do “Para uma vinda bem-vinda” sobre trabalho de parto e parto e compreender como as gestantes estão preparadas para enfrentar o processo de nascimento. **Método:** Estudo de

abordagem qualitativa, realizado com 10 gestantes que participaram do projeto. Os dados foram coletados através de entrevista e, para a análise, utilizou-se o discurso do sujeito coletivo - DSC para análise dos dados. **Resultados:** O estudo evidenciou que as gestantes não se sentem preparadas para o parto. O medo e a insegurança são sentimentos que marcam esse momento, e podem estar relacionados, principalmente, à dor do parto, ao desconhecimento sobre a hora certa de ir para o hospital e ao fato de não poder optar pela via de parto desejada, estando em um hospital público. Apontaram, também, não conhecer os benefícios do parto normal para mulher e ao recém-nascido e do trabalho da enfermeira obstétrica na assistência ao parto normal baixo risco. **Considerações finais:** O estudo mostrou que as gestantes possuem pouco conhecimento sobre as vias de parto, principalmente o parto normal, não estão sendo preparadas para o enfrentamento do trabalho de parto e parto. Necessitam de mais orientações e empoderamento. Nisso, salienta-se que as atividades educativas em grupos de pré-natal precisam ser fortalecidas, seja na rede básica de saúde ou no atendimento privado.

Descritores: gravidez; preparação para o parto; empoderamento.

Abstract: The objective of the present study was to identify the knowledge of pregnant women who took part in the “For a Welcoming Arrival” Project regarding labor and delivery, as well as, understanding how pregnant women are prepared to face childbirth process. **Method:** Qualitative approach study performed with 10 pregnant women who participated in the project. Data were collected through interviews, while collective subject discourse-DSC was used for data analysis. **Results:** The study highlighted that pregnant women do not feel prepared for childbirth. Fear and insecurity are feelings that mark this moment and might be related mainly to labor pain, lack of knowledge about the right time to go to the hospital and not being able to choose the desired way of delivery while in a public hospital. In addition, they pointed out that they did not know the benefits of normal birth for both women and the newborn, as well as, the work of the obstetric nurse in the care of a low-risk normal birth. **Final considerations:** The study showed that pregnant women have little knowledge about the ways of delivery, especially normal delivery, and are not being prepared to cope with labor and delivery. Moreover, they need more guidance and empowerment. In this context, it is emphasized that educational activities in prenatal groups need to be strengthened, either in the public basic health network or in private care.

Keywords: pregnancy; preparation for childbirth; empowerment.

1 Introdução

A maternidade pode ser entendida como a experiência de se tornar mãe, momento único na vida da mulher, considerado um dos aspectos mais significativos da existência humana, sintetizado como a renovação da vida (ALMEIDA; ACOSTA; PINHAL, 2015).

Para a mulher enfrentar esse momento ela precisa ser encorajada e estar preparada. Assim, a humanização do nascimento prevê que a preparação para o parto requer o uso de orientações e tecnologias do cuidado que promovam o conforto e o empoderamento da mulher que, desta forma, poderá participar de forma ativa do seu parto e tolerar melhor a dor, controlar o medo e a ansiedade (PEREIRA; BENTO, 2011).

Para Malheiros *et al.*, (2012, p. 332), o ato de empoderar “tem relação com o exercício do controle dos nossos atos, a partir do acesso à informação e conseqüente consciência plena dos nossos direitos”.

O empoderamento é originado da palavra “*empowerment*”, que significa delegar poder. Para as gestantes significa permitir que cada mulher seja protagonista do seu parto, resgatando o direito de parir com riqueza e plenitude. A mulher empoderada saberá o que está acontecendo com o seu corpo durante o trabalho de parto e buscará forças para superar os obstáculos (HUGUET, 2017).

Dessa forma, poderá ser passado de mãe para filha por meio de experiências positivas vivenciadas. De acordo com Carneiro (2015), a transgeracionalidade representada por mãe e filha dando à luz, demonstrou efeito positivo pela escolha do parto normal. Segundo a autora, quando a mãe da mulher que está dando à luz teve uma experiência positiva pelo parto normal, este fato é repassado e transforma em boas expectativas para a mulher, conferindo confiança para ela.

Segundo Balaskas (2015), o parto também é considerado um processo mental, pois quando a mulher dá à luz por si própria, uma parte primitiva do cérebro é acionada liberando hormônios que impede que o neocórtex, parte do cérebro responsável pela inibição, seja ativado.

A força para viver o trabalho de parto está dentro de cada mulher e basta que ela seja valorizada. Para isso, ela deve ter conhecimento e confiança na capacidade de colocar seu corpo, suas emoções, sua estrutura mental a serviço do parto, ou seja, deixar o bebê nascer. Partindo desta perspectiva, um bom acompanhamento no pré-natal e o desenvolvimento de atividades educativas, incentiva-se a mulher a ficar consciente e perceber sua capacidade de ousar, ganhando liberdade para enfrentar, com prazer, sua experiência de parto (BIO, 2015).

O objetivo deste estudo foi identificar o conhecimento das gestantes que participaram do Projeto do “Para uma vinda bem-vinda” sobre trabalho de parto e parto e compreender como as gestantes estão preparadas para enfrentar esse momento.

2 Método

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa. As pesquisas qualitativas envolvem estudos que buscam identificar um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes dos fenômenos que não podem ser quantificados. Ela responde a questões particulares, por isso não fica presa à quantidade de amostras (MINAYO, 2011).

Foram incluídas no estudo gestantes maiores de 18 anos que realizaram a visita para conhecer a maternidade do HU-UFGD, através do projeto “Para uma vinda bem-vinda”, no período de dezembro de 2017 e fevereiro de 2018.

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada, individual e audiogravada com o intuito de identificar o seu conhecimento sobre o trabalho de parto e parto e compreender como poderão enfrentar o processo de nascimento. Para isso, utilizamos um gravador digital. O tempo foi de 30 a 40 minutos.

Assim, fechamos a coleta de dados com 10 gestantes. O fechamento deu-se por saturação, a partir do momento que as respostas começaram a se repetir e não trazer mais informações novas ao objetivo do estudo. De acordo com o proposto por Fontanella *et al.*, (2008), ocorre com a suspensão de inclusão de novos participantes no estudo quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados.

O estudo seguiu os preceitos éticos da Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisas realizadas com seres humanos. A proposta de pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul, sob o Parecer n. 2.315.422.

Para a tabulação e análise dos dados foi utilizado o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Essa técnica qualitativa pode ser compreendida como uma “forma de organização dos dados em que utiliza figuras metodológicas para organizar e tabular os depoimentos e demais discursos” (LEFÉVRE; LEFÉVRE; TEIXEIRA, 2000, p. 17).

3 Resultados e discussões

Após as transcrições das entrevistas, foi aplicada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo - DSC, sobre os discursos individuais frutos das entrevistas. Para a análise e discussão dos dados, foram selecionadas as expressões-chave das falas das gestantes, em seguida retiradas as ideias centrais que subsidiaram a construção do DSC.

3.1 Preparação para o parto

DSC

Não. Eu acredito que não! A gente nunca está preparada né. Tenho o ressentimento de alguma coisa não dar certo, medo, essas coisas. Sinto insegurança. Eu não tenho muito conhecimento, como vou fazer aqui no hospital público de escolher né. O parto vai ser normal ou cesárea. Mas estou me preparando, comecei o pré-natal bem cedo e tenho bastante tempo e a visita vai me ajudar bastante.

De acordo com a análise das falas das gestantes entrevistadas, denota-se que as mesmas não se sentem preparadas para o trabalho de parto e parto. O medo e a insegurança são sentimentos que marcam esse momento, principalmente relacionado à dor do parto, ao desconhecimento sobre a hora certa de ir para o hospital e por não poder ter o direito de optar pela via de parto, estando em um hospital público.

A dor do parto é algo que foi construído historicamente, devido aos sentimentos de agonia, pavor, sofrimento associados a experiências prévias negativas sobre o trabalho de parto e parto em muitas culturas e grupos sociais (RODRIGUES; SIQUEIRA, 2008). A falta de orientação sobre o assunto pode alimentar fantasias e medos acerca do trabalho de parto e parto. Salienta-se que, hoje, nos hospitais públicos, a parturiente pode contar métodos farmacológicos de alívio da dor.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016, p. 33-34),

A solicitação materna por analgesia de parto compreende indicação suficiente para sua realização, independente da fase do parto e do grau de dilatação. Isto inclui parturientes em fase latente com dor intensa, após esgotados os métodos não farmacológicos.

As novas diretrizes para assistência ao parto normal, aprovadas em 2016, apontam que a parturiente pode solicitar, em qualquer fase do trabalho de parto, a analgesia farmacológica. Para tanto, a mesma deve ser orientada sobre os métodos disponíveis e sobre as possíveis reações adversas. A analgesia mais utilizada no Brasil é a loco regional, que permite alívio da dor e autonomia da mulher para a mudança de posição durante o parto (BRASIL, 2016).

Em relação à possibilidade da escolha da via de parto pela parturiente, destaca-se a pesquisa “Nascer no Brasil” em que foi realizado um inquérito nacional pela Fiocruz, no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, com o objetivo de conhecer o cenário obstétrico brasileiro a nível hospitalar. Nessa pesquisa, apontou-se a preferência da gestante pela via de parto. Os resultados denotaram que a maioria das mulheres, seja do setor privado ou público, manifestou interesse, no início da gestação, pelo parto normal. Destaca também, que os

profissionais de saúde, no aconselhamento pré-natal, indicaram o parto normal como a via de parto mais segura (DOMINGUES *et al.*, 2014).

Segundo os autores, o resultado da pesquisa também mostrou que o número de partos normais prevalece em relação à cesariana e que os hospitais públicos são os que mais realizam partos normais. A preferência pelo parto normal está na recuperação mais rápida no período pós-parto e nas experiências positivas em parto anteriores. Muitas mulheres que tiveram parto anterior por via operatória (cesárea) optaram pela mesma via de parto nas gestações posteriores. Destacam que o medo do parto normal ainda é razão pela escolha do parto cesariana (DOMINGUES *et al.*, 2014).

Com relação à autonomia da mulher sobre a via de parto, Leão *et al.*, (2013), ponderam que a autonomia da mulher sobre sua parturição é algo que está sendo construído historicamente, com atividades desenvolvidas por meio de ativistas da humanização do parto que fomentam discussões sobre o direito da mulher escolher seu tipo de parto. A mulher deve participar ativamente das decisões que incluem suas condições de saúde, no período da gestação e do parto.

A Resolução do Conselho Federal de Medicina n. 2144, de 17 de março de 2016, no seu artigo 1, diz que toda gestante, em condições eletivas, pode optar pela cesariana, desde que tenha recebido orientações sobre as vias de parto (normal e cesárea), sobre seus riscos e benefícios e, a partir disso, pode optar pela cesariana, mas estando com 39 semanas de gestação (BRASIL, 2016).

Diante do exposto, a gestante, desde que seja bem orientada durante o pré-natal e receba informações sobre as vias de parto, seus respectivos riscos e benefícios, pode optar pela melhor via de parto que mais lhe trazer segurança. O próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), por meio da humanização do parto, rede cegonha e das novas diretrizes para o parto normal, incentiva as boas práticas de assistência ao parto e o respeito a autonomia da mulher.

3.2 Principais dúvidas e orientações recebidas durante o pré-natal.

DSC

Eu acho que a principal dúvida é se eu vou saber exatamente que tá na hora, que tá na hora de vir pro hospital ou se, às vezes, é só o começo, porque eu sei que o trabalho de parto demora bastante. Acho que a maior dúvida é sobre se vai ser uma coisa rápida, se vai ser muito dolorido, se eu vou conseguir realmente ter o parto normal. O medo. A minha primeira foi cesárea, então pra mim é tudo mais rápido a cesárea do que um parto normal, eu não passei

pelo processo do parto normal. Seria mais a dúvida que eu tinha sobre sutura, né, que todo mundo fala que antes dava o pique, agora não dá. Questão da dilatação, se eu vou suportar essa dor, que todo mundo fala que parto normal é terrível, mas a principal dúvida é essa dor que vou enfrentar. Acompanhamento médico se vai ter alguém toda hora pra me auxiliar. Não, não porque, no entanto, eu não escolhi qual eu quero, se é normal porque tudo vai depender de ver a posição do bebe e tudo também né.

DSC

O médico, assim, conforme vai passando as consultas, a gente não teve assim uma palestra, uma orientação específica né? Eu não fui numa palestra, alguma coisa, mas a gente sempre lê, sempre escuta. Até o momento não, sobre o parto em si não. Recebi bastante, principalmente do enfermeiro, que ele me acompanhou no primeiro e agora nos últimos, ele orientou bastante sobre os sinais quando a mulher entra em trabalho de parto, coisa que eu nunca tinha ouvido de sair o tampão, de quantas contrações você tem durante os minutos pra você poder ir.

As principais dúvidas das gestantes, relacionadas ao trabalho de parto e parto, durante a pesquisa, estão relacionadas à realização de episiotomia durante o parto, a hora certa de ir para o hospital e de não ter ninguém da equipe assistencial por perto, durante o parto. Todas essas dúvidas estão relacionadas à possível falta de orientação durante o pré-natal.

A episiotomia não deve ser realizada de rotina no parto normal (BRASIL, 2016). Vários estudos clínicos randomizados sobre o uso da episiotomia rotineira mostraram que não protege o assoalho pélvico, causa dor, desconforto, sangramento, infecção no intra e pós-parto. Dessa forma, não há justificativas suficientes para ser realizada de rotina no parto (CARVALHO; SOUZA; FILHO, 2010).

Em uma pesquisa realizada no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano Filho, do Hospital Sofia Feldman, no ano de 2009, com 176 puérperas primíparas e que tiveram parto normal, mostrou que a posição de parto horizontal aumenta a incidência de episiotomia em relação ao parto verticalizado. Nas duas modalidades, tiveram necessidade de sutura, o parto verticalizado aumenta o risco de laceração devido à rapidez da descida fetal (BARACHO *et al.*, 2009).

A orientação sobre a episiotomia se faz necessária, já que é umas das causas que desestimula a mulher para o parto normal, seguido da dor do parto. Assim, deve ficar claro para a gestante que seu uso não é rotineiro e que só deve ser realizado em situações que, realmente, necessitam adotar posições verticalizadas e que ajudam a diminuir o tempo do trabalho de parto e o desfecho do parto é mais favorável para o bebê.

A decisão sobre a hora certa de ir para maternidade, pode estar relacionada às orientações recebidas no pré-natal, sobre os sinais de trabalho de parto. O trabalho de parto pode ser considerado o término da gravidez, onde as contrações causam a dilatação do colo uterino e posterior nascimento do bebê. A preocupação do casal, na maioria das vezes, relaciona-se ao fato de não reconhecer os sinais de trabalho de parto e não conseguir chegar até o hospital ou não estar realmente em trabalho de parto e ser orientados a voltar para casa (SANTOS; ZELLERKRAUT; OLIVEIRA, 2008).

A consulta de pré-natal com o enfermeiro, bem como as atividades educativas, oportuniza informar, aconselhar, educar e contribuir para a promoção da saúde. A interação entre o enfermeiro e a gestante permite a troca de saberes e informações entre eles, sendo um momento oportuno para instruir sobre os benefícios do parto normal, estimulá-la a ser protagonista do processo de nascimento, o que pode melhorar a qualidade da assistência pré-natal (GUEDES *et al.*, 2016).

A insegurança sobre os sinais do trabalho de parto e o medo do parto normal, deve ser trabalhada no pré-natal. Neste estudo, somente uma das gestantes que participaram da pesquisa recebeu orientação sobre o trabalho de parto e parto durante a gestação, fato que pode demonstrar essa fragilidade de educação em saúde na atenção básica, não dando oportunidade para que as gestantes sejam protagonistas do seu parto.

3.3 Conhecimento sobre o processo de trabalho de parto e parto.

DSC

São as contrações, a, então eu não sei o que é uma contração, porque na minha primeira gestação eu tive meus filhos porque eles foram prematuros, eu não tive dor, porque foi cesárea. Primeiro ela começa com períodos mais longos, aí o trabalho de parto mesmo ela vai estar com período menor, né? Bem menor, e vai chegar com intervalos, aí vai chegar a hora que não vai ter intervalos né, e a dilatação tem que estar em 10 quando é pra poder nascer. Da contração né? Estoura a bolsa, a única coisa que eu sei. Tirando as contraçõezinhas e o tampão que a gente vai pesquisando pela internet sobre o tampão, sobre as contrações, sobre a bolsa só, essas coisas básicas. A recuperação é mais rápida, não tem que ser cortada, não tem que ficar passando pelas dores que vem após a cesariana, porque são horríveis, mais eu tenho vontade de tentar normal, se pudesse. Sei que é um parto muito saudável porque não vai injetar nada no seu corpo. Vai receber um sinal natural, de que seu bebê saiu, a placenta saiu e seu útero vai começar a comprimir, seus hormônios vão voltar ao normal, isso que eu penso que são os benefícios. Acredito que o bebê vem na hora certa, que ele tá realmente preparado e melhor formado, digamos, né? E corre menos risco de pegar doenças respiratórias e outros tipos, alergia, é o que eu acho. Ele não vai precisar ser aspirado.

Sobre o conhecimento da gestante sobre trabalho de parto e parto, evidenciou-se, na pesquisa, que os sinais mais apontados foram a contração, seguidos da perda de tampão mucoso e rompimento da bolsa amniótica. Em relação aos benefícios do parto normal para mulher, a maioria das gestantes citou a recuperação mais rápida pós-parto, seguida da dor da cesárea no pós-parto e por ser um parto mais saudável.

Em uma pesquisa realizada em Florianópolis, no ano de 2010, em duas Estratégias de Saúde da Família, com 20 mulheres que vivenciaram a experiência do parto normal e cesárea, as participantes relataram a importância de buscar orientações para se preparar para o parto, informações sobre via de parto, vantagens do parto normal e cesárea e de que forma essa via de parto vai influenciar na vida do filho (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014).

Salienta-se que o parto normal é um evento natural na vida da mulher, entre seus benefícios está a relação mãe e bebê, seu protagonismo em parir, satisfação com o momento do parto, evita as complicações da cesárea, recuperação mais rápida pós-parto e o retorno as suas atividades de forma mais rápida (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014).

3.4 Posições para o parto normal e métodos não farmacológicos para alívio da dor

DSC

Tem isso, pior que não. Não, eu nunca ouvi falar, eu gostaria de saber. Acho que é essa que eu falei abaixada, essa na bola que pode ajudar a estimular. Eu li alguns que pode ser de cócoras ou debaixo do chuveiro, até de joelhos no chão. Uma das que eu conheço e que eu gosto bastante é a da bola né? Ficar com as pernas abertas pelo menos eu acho, não sei se seria uma das melhores. Na realidade eu não vi sobre o método de aliviar a dor do parto, mas já vi alguns movimentos que muitas vezes coloca, tipo aquelas bolas para ajudar a mulher no parto normal, para ter o parto normal com mais facilidade, mas a questão de dor não. Massagem, boa massagem, aquela respiração. Banho de água normal, andar bastante.

A maioria das gestantes que participou da pesquisa desconhecia outras posições para o parto normal. Somente uma se referiu à posição de cócoras e de quatro apoios (joelho no chão). O desconhecimento sobre as posições verticalizadas para o parto ainda demonstra a falta de orientação no pré-natal.

A própria caderneta da gestante para o pré-natal no SUS traz diversas orientações para gestantes e seus parceiros, acerca da gestação, trabalho de parto, parto, puerpério e

amamentação. Na página 32, tem orientações sobre as posições verticalizadas para o parto. A maioria das gestantes não costuma ler as informações contidas na caderneta (BRASIL, 2018).

A posição vertical para o parto permite que a gravidade favoreça a descida da apresentação fetal, melhora a eficiência da contração uterina, melhora, também, a oxigenação fetal e provoca aumento dos diâmetros anteroposteriores da pelve facilitando o trabalho de parto (BARACHO *et al.*, 2009).

Outro achado importante na pesquisa é a falta de conhecimento sobre os métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto. O uso da bola de bobath foi o mais citado pelas gestantes. O banho morno, a massagem e as técnicas de respiração também foram mencionados numa proporção menor.

As orientações envolvendo os métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto devem ser iniciadas no pré-natal, por meio da educação e do aconselhamento. São consideradas ferramentas que auxiliam no trabalho de parto, reduzindo a dor e o estresse, favorecendo a qualidade da assistência prestada (HENRIQUE *et al.*, 2016).

Os autores desenvolveram estudo randomizado com o objetivo de conhecer a influência dos métodos não farmacológicos banho morno e exercícios perineais com a bola de bobath, sob a progressão do trabalho de parto. Os resultados apontaram que essas duas técnicas associadas foram favoráveis à progressão do trabalho de parto, em relação ao uso isolado dos dois métodos. Além diminuir a solicitação de analgesia farmacológica, melhorou a progressão da dilatação e descida fetal, aumentou o número de partos normais e reduziu o tempo de trabalho de parto (HENRIQUE *et al.*, 2016).

Ressalta-se que as posições verticalizadas para o parto, bem como o uso de tecnologias não farmacológicas para alívio da dor do parto, se mostram benéficas para a progressão do trabalho de parto e, com isso, podem conferir maior autonomia da mulher, melhorando a sua percepção sobre o trabalho de parto e parto.

3.5 Conhecimentos da atuação da enfermeira obstetra.

DSC

Já ouvi falar sim. As meninas me falaram, mas eu esqueci. Das obstetras eu esqueci. Eu acho que foi uma das moças que conversou com a gente ali, mas eu gostaria de saber mais, com certeza. Com certeza, eu até acho incrível, se eu fosse para mim ser enfermeira, eu gostaria de ser obstetra, porque é uma área assim que se especializou nisso, né? Geralmente os

enfermeiros obstetras eles têm muito conhecimento, porque o parto é uma coisa que sempre é parecido né?

O desconhecimento sobre o trabalho da enfermagem obstétrica pode ser devido ao modelo biomédico com que as pessoas estão habituadas, com o processo de medicalização e o intervencionismo no parto. O resgate pelo parto normal com o mínimo de intervenções possíveis e o fortalecimento do protagonismo da mulher é algo que está sendo construído aos poucos na assistência obstétrica.

Nos últimos anos, a enfermagem obstétrica vem se destacando dentro do cenário do parto, tendo uma assistência menos intervencionista, dando oportunidade para que a mulher seja protagonista do seu parto. Com isso, está se tornando mais uma aliada para diminuir o número de cesarianas, incentivando o parto normal. Para isso, o Ministério da Saúde, desde a década de 1970, vem desenvolvendo programas e iniciativas na tentativa de diminuir os índices de cesáreas desnecessárias no país, com vista à recomendação da Organização Mundial de Saúde de que esse tipo de intervenção chegue a, no máximo, 15% dos procedimentos (BRASIL, 2001).

Em um estudo realizado nas maternidades no município do Rio de Janeiro, com o objetivo de verificar a prática empregada pela enfermeira obstétrica, evidenciou que com a introdução do trabalho das enfermeiras obstétricas, na assistência ao parto normal, houve um aumento dos índices de partos normais realizados por elas, maior oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor, mudança de posição para o parto, estímulo a deambulação, banho morno e diminuição do número de episiotomias (VARGENS; SILVA; PROGIANT, 2017).

Neste sentido, verifica-se uma necessidade de propagar o trabalho das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto normal de baixo risco. Acreditamos que a enfermagem obstétrica está comprometida com o cuidar, com a escuta, no acolhimento e na assistência ao trabalho de parto.

4 Considerações finais

As boas práticas de assistência ao parto normal, lançada pela OMS, no ano de 1996, buscaram orientar os profissionais de saúde para condução do parto normal com o mínimo de intervenções possíveis. Com as ações preconizadas promoveu-se o resgate ao protagonismo da mulher e da família no cenário do parto, que ainda é algo que está sendo construído, embora os

programas do Ministério da Saúde incentivem as maternidades a mudar o modelo obstétrico, ainda está longe do ideal.

A pesquisa oportunizou conhecer um pouco dos medos e inseguranças que essas gestantes possuem sobre o enfrentamento do trabalho de parto e parto. No geral, as gestantes não se sentem preparadas para o parto e, ainda carregam os estigmas que o parto normal traz, como a episiotomia, o medo da dor do parto, a insegurança de ter o parto em um hospital público e ser forçada a ter parto normal, não tendo a oportunidade de escolherem a via de parto. Procuraram visitar a maternidade antes do parto na tentativa de buscar orientação e desmistificar medos que não foram supridos nas consultas de pré-natal.

Poucas gestantes conseguiram verbalizar os benefícios do parto normal, tanto para mulher quanto para o bebê. Também tinham dúvidas quanto às posições verticalizadas para o parto e o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor no parto, demonstrando, ainda, que a orientação no pré-natal e a participação em grupos de gestantes, na rede básica de saúde, não atendem as expectativas. Este fato não acontece somente no setor público, pois gestantes que referiram fazer acompanhamento particular também não receberam orientações sobre a via de parto.

O estudo mostrou que as gestantes possuem pouco conhecimento sobre as vias de parto, principalmente sobre o desenvolvimento do parto normal. Demonstraram que não estão sendo preparadas para o enfrentamento do trabalho de parto e parto e que necessitam mais orientações. Nesse sentido, ressaltamos que os grupos de pré-natal precisam ser fortalecidos, seja na rede básica de saúde ou no atendimento privado.

Referências

ALMEIDA, J. M.; ACOSTA L. G.; PINHAL, M. G. Conhecimento das puérperas com relação aos métodos não farmacológicos para alívio da dor do parto. **REME- Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19. n.03, jul/set, 2015. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1034>>. Acesso em: 05 maio 2017.

BALASKAS, J. **Parto Ativo**: guia prático para o parto natural. 3. ed. São Paulo: Ground, 2015.

BIO, E. **O corpo no Trabalho de Parto**: o resgate natural do nascimento. São Paulo: Summus, 2015.

BARACHO, S. M. *et al.* Influência da posição do parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v. 09, n. 04, Recife, out-dez, 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292009000400004&lang=pt>. Acesso em: 03 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília: 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/31/Caderneta-da-Gestante-2018.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos. Conitec. **Diretriz Nacional de Assistência ao parto normal**. Brasília, 2016.

_____. **Resolução CFM N° 2.144 de 17 de março de 2016**. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2019.

BRASIL. **Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm>. Acesso em: 14 abr. 2017.

CARNEIRO, R. G. **Cenas de parto e políticas do corpo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

CARVALHO, C. C. M.; SOUZA, A. S. R.; FILHO, O. B. M. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. **Revista FEMINA**, v. 38, n. 05, Maio, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n5/a008.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2019.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 sup. S101-S116, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0101.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2019.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 5, p. 754-757, set/out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a22.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n 1, p. 17-27, jan. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02>>. Acesso em: 01 jun. 2017.

GUEDES, G. W. *et al.* Conhecimentos das gestantes quanto aos benefícios do parto normal na consulta de pré-natal. **Revista Enfermagem UFPE Online**, v.10, n. 10, Recife, Outubro, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11453>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

HENRIQUE, A. J. *et al.* Hidroterapia e boal suíça no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. **Revista Acta Paulista Enfermagem**, v. 29, n. 6, São Paulo, 2016, p. 686-692,

2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002016000600686&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 02 jul. 2019.

HUGUET, P. **Parto humanizado e empoderamento da mulher** - Grupo Vínculo (Blog). 2017. Disponível em: <<http://www.gvinculo.com.br>>. Acesso em: 28 maio 2017.

LEÃO, M. R. C. *et al.* Reflexões sobre o excesso de cesareana no Brasil e autonomia das mulheres. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232013000800024&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 02 jul. 2019.

LEFÉVRE, F.; LEFÉVRE, A. M.C.; TEIXEIRA, J. J. V. **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa quantitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000, 138p.

MALHEIROS, A. M.; ALVES, V. H.; RANGEL, T. S. A.; VARGENS, O. M. C. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Revista Texto e Contexto de Enfermagem**, v. 21, n. 2, Florianópolis, abr-jun, p. 329-327. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a10v21n2>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

MINAYO, M. C.S. (org). **Pesquisa social**. Teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

PEREIRA, A. L. F.; BENTO, A. D. Autonomia do parto na perspectiva das mulheres atendidas na casa parto. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-RENE**, v. 12, n. 3, Fortaleza, jul-set. 2011. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/vol12n3>>. Acesso em: 16 abr. 2017.

RODRIGUES, A. V; SIQUEIRA, A. A. F. Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 8, n. 2, Recife, abr-jun, 2008, p. 179-186. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/37462702.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2019.

SANTOS, M. R. C.; ZELLERKRAUT, H.; OLIVEIRA, L. R. Curso de Orientação à gestação: repercussões nos pais que vivenciam o primeiro ciclo gravídico. **Revista O mundo da Saúde São Paulo**, v. 32, n. 04, São Paulo, p. 420-429, 2008. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/65/02_Curso_baixa.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2019.

VARGENS, O. M. C.; SILVA, A. C. V.; PROGIANT, J. M. Contribuição de enfermeiros obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades do Rio de Janeiro - Brasil. **Revista da Escola Anna Nery**, v. 21, n. 01, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000100215&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 02 jul. 2019.

VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A.; COLLAÇO, V. S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que vivenciaram. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 02, Brasília, mar-abr, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200282&lang=pt>. Acesso em: 02 jul. 2019.

5.3 Artigo 3

Construção de uma tecnologia textual para empoderamento da gestante para o trabalho de parto e parto

Development of a textual technology for the empowerment of pregnant women for labor and delivery

Ana Carla Tamisari Pereira, Lourdes Missio

Resumo: Objetivo: Este estudo tem como objetivo descrever o processo de construção de uma tecnologia educativa textual visando a preparação das gestantes para o parto. **Método:** Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória e metodológica e teve como fundamentação teórica o referencial da Andrea Filatro. **Resultados:** O guia educativo foi construído tendo como referencial a teoria socioconstrutivista de Paulo Freire. O processo de elaboração envolveu 04 etapas sendo: 1- busca das principais dúvidas das gestantes sobre o trabalho de parto e parto; 2- seleção do conteúdo teórico para compor o guia; 3- seleção e elaboração de imagens para ilustrar o material e 4- diagramação do material. **Considerações finais:** Espera-se que este material seja utilizado pelas gestantes, tanto da rede básica de saúde quanto da rede privada, e que auxilie nessa busca pelo conhecimento. Que esse conhecimento ajude na construção do seu empoderamento e, ao chegar à maternidade para ter seu filho, que tenha segurança, tranquilidade, confiança para estarem abertas às novas práticas de assistência ao parto normal.

Descritores: educação em saúde; empoderamento; gravidez; tecnologia.

Abstract: Objective: This study aims to describe the process of developing a textual educational technology for the preparation of pregnant women for childbirth. **Method:** This is an exploratory and methodological research which was based on Andrea Filatro's framework. **Results:** The educational guide was built based on Paulo Freire's social constructivist theoretical framework. The elaboration process involved four steps: 1- searching the main doubts of pregnant women about labor and delivery; 2- the selection of all theoretical content to compose the educational guide; 3- selection and elaboration of images to illustrate the material and 4- diagramation of the material. **Final considerations:** It is expected that this material will be used by pregnant women from both the public basic health network and the private network that contribute to this search for knowledge. Thus, that this knowledge may help in building their empowerment, so that when arriving at motherhood they may have their children with security, tranquillity, and confidence to be open to new practices of normal childbirth care.

Keywords: health education; empowerment; pregnancy; technology.

1 Introdução

A educação em saúde pode ser entendida como um campo de teoria e prática interdisciplinar, voltado para promoção da autonomia do indivíduo, dando subsídios para que

o mesmo possa ser corresponsável perante suas condições de saúde. Pode ser desenvolvida com ações pontuais ou não, desde que possibilite aos sujeitos ressignificar e coproduzir conhecimentos favorecendo a emancipação do cuidado (FLISH *et al.*, 2014).

Diante da importância da educação em saúde para promover a autonomia do indivíduo perante seus cuidados com a saúde, a preparação para o parto tem como objetivo encorajar as grávidas e seus companheiros para a participação ativa no processo de nascimento. O momento da preparação envolve orientações sobre exercícios respiratórios para ajudar no controle da dor, orientações sobre as vias de parto e as diversidades de posições para o período expulsivo. As gestantes primigestas são as que mais procuram informações e participam em grupos de educação em saúde (COUTO, 2006).

Para tanto, as portarias e programas do Ministério da Saúde estimulam ações educativas, objetivando melhorar a saúde das gestantes. Nas ações do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, destaca-se a importância dessas atividades na perspectiva do empoderamento da mulher para o enfrentamento do parto (HEBERT; HOGA; GOMES, 2012).

Partindo da premissa que a preparação para o parto é necessária, e no momento do parto não é a hora ideal para que a mulher receba muitas informações sobre o processo do trabalho de parto, esse deve ocorrer nas consultas de pré-natal ou em atividades educativas vinculadas ao período (SILVA, 2016).

Portanto, promover ações de educação em saúde durante o ciclo gravídico-puerperal, por meio de grupos de gestantes, se faz necessário, principalmente enfatizando não só o cuidado humanizado, mas possibilitando o empoderamento da mulher e do seu acompanhante (CAMILLO *et al.*, 2016).

A consulta de pré-natal com o enfermeiro, bem como as atividades educativas, oportuniza informar, aconselhar, educar e contribuir para a promoção da saúde. A interação entre o enfermeiro e a gestante permite a troca de saberes e de informações entre eles, aproveitando para instruir sobre os benefícios do parto normal, estimulá-la a ser protagonista do processo de nascimento e melhorar a qualidade da assistência pré-natal (GUEDES *et al.*, 2016).

Segundo Couto (2006), as mulheres que participaram de grupos de orientação para o parto, adquiriram maior conhecimento e confiança no momento de parir, e revelaram ter um trabalho de parto com menos dor o que pode ser menos penoso. Diante disso, entre os fatores que se relacionam a uma forma mais positiva de vivenciar o parto, destacam-se o conhecimento e a confiança. Os grupos podem ser espaços importantes para aprender a lidar com os medos relativos ao nascimento (COUTO, 2006).

Uma das formas de preparar a gestante para o parto é utilizar materiais impressos, cuja principal finalidade é divulgar conteúdos considerados essenciais para prevenção e tratamento de doenças, procurando reforçar orientações transmitidas durante as consultas e contribuir para a implementação do seu próprio cuidado. Uma das características dos materiais educativos é fazer a mediação entre os profissionais de saúde e a população (FREITAS; FILHO, 2011).

Segundo Zabala (2008), os materiais educativos impressos não servem somente para trazer uma informação, seus conteúdos trazem habilidades cognitivas, motoras, afetivas e sociais. A fim de identificar o potencial educativo para fins de orientar a população, Zabala criou uma tipificação desses conteúdos, classificados em: factuais, conceituais, procedimentais e atitudinais.

Os conteúdos factuais estão relacionados a fatos concretos e singulares, por exemplo o nome de rios, as datas comemorativas. O conteúdo conceitual atribui sentido à realidade. Podemos dar como exemplo conceitos de organismo vegetal, mamíferos. A tipologia procedimental diz respeito às ações sistematizadas para alcançar um objetivo. Destaca-se a formulação de regras, técnicas, métodos, destrezas e habilidades. Por último os conteúdos atitudinais por sua vez, englobam conteúdos relacionados aos valores e normas (ZABALA, 2008).

O material educativo produzido neste trabalho segue a tipologia atitudinal, pois permite agregar valores, mudar atitudes, no sentido de orientar as gestantes o cuidado durante o trabalho de parto e parto.

Diante da importância da preparação da gestante para enfrentamento do trabalho de parto e parto, este estudo tem como objetivo descrever o processo de construção de uma tecnologia educativa textual para preparação das gestantes para o parto.

2 Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória e metodológica que visou construir uma tecnologia textual, para ser utilizada com gestantes, visando seu empoderamento ao trabalho de parto e parto.

A pesquisa metodológica, segundo Lima (2011, p. 16), “lida com o desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa”.

Para Contandriopoulos, *et al.*, (1997), *apud* Nascimento, (2012, p. 31), esse tipo de pesquisa:

Utiliza de maneira sistemática os conhecimentos existentes para elaborar uma nova intervenção ao ou melhora significativa de uma intervenção existente, ou ainda, elabora ou melhora um instrumento, um dispositivo ou um método de mediação.

A construção desta tecnologia textual, no formato de um guia, teve como fundamentação teórica o referencial descrito por Andrea Filatro (FILATRO, 2015). De acordo com a autora, o conteúdo educativo textual no qual a mesma refere como mídia impressa, é o registro de um material físico, cujas matrizes de linguagem verbal e visual apresentam conteúdo que propõem atividades de aprendizagem nas mais diversas áreas do conhecimento (FILATRO, 2015).

A tecnologia textual impressa é um meio de fácil utilização, pois permite acesso rápido às informações. Nela, o leitor pode realizar pesquisas rápidas e consultar referenciais em tópicos específicos do seu interesse (FILATRO, 2015).

O processo de elaboração deste material, que ora discutimos, envolveu quatro etapas sendo: 1- busca das principais dúvidas das gestantes sobre o trabalho de parto e parto; 2- seleção do conteúdo teórico para compor o guia; 3- seleção e elaboração de imagens para ilustrar o material e 4- diagramação do material.

Neste texto apresentaremos como a tecnologia foi desenvolvida.

3 Resultados e Discussão

Neste estudo, também se salienta a nossa prática assistencial em obstetrícia, na qual percebemos que as gestantes, ao se internarem para o parto, bem como seus acompanhantes, encontravam-se despreparadas, com medo e inseguras com relação ao trabalho de parto e parto. Sentindo a necessidade de empoderar essas mulheres, desenvolvemos um guia educativo com o objetivo de auxiliar a gestante e seu acompanhante para o enfrentamento do trabalho de parto e parto.

Para a construção do guia, utilizamos como referencial teórico a teoria socioconstrutivista de Paulo Freire. Suas obras trazem como mensagem principal, a libertação, a autonomia do indivíduo para que construa seu conhecimento, sua criticidade, seu empoderamento.

Assim, Freire trouxe ao Brasil, o significado da palavra *empowerment*, pois desenvolveu esse conceito no período que morou nos Estados Unidos e, junto com seu colega Ira Shor, escreveram o livro “Medo e Ousadia” (FREIRE; SHOR, 1986). Nesta obra, descrevem o que significaria esta palavra, dentro de uma cultura americana, na qual as minorias enfrentavam

dificuldades para ingressar no nível superior, como os professores que tinham dificuldades de implementar um novo método pedagógico, devido as perseguições e ameaças que sofriam. Apontam que:

O conceito de *empowerment*, está ligado as classes sociais, como a classe trabalhadora, que através de suas próprias experiências, sua própria construção de cultura, seu empenho na obtenção de poder político (FREIRE; SHOR, 1986, p.72).

Dentro da teoria socioconstrutivista de Paulo Freire, a palavra *empowerment* é termo-chave para a promoção da saúde, no qual as mudanças sociais são o caminho para aquisição do conhecimento relativo à capacidade discursiva, cognitiva e processual. No processo educativo, o empoderamento acontece quando educadores e educandos se permitem construir o conhecimento juntos (FREIRE, 1987; FREIRE, 1996).

Dessa forma, a filosofia educacional de Paulo Freire permitiu o empoderamento pelo mundo. Ele defende a conscientização como um ciclo contínuo de diálogo e ação, no qual o convívio entre as pessoas permite o diálogo e a reflexão, contribuindo para o desenvolvimento de uma ação coletiva e participativa que, por sua vez, gera novas reflexões e ações permitindo transformar o mundo (FREIRE, 1987).

Partindo dessa premissa, para que essas gestantes sejam empoderadas, foi necessário verificar seu conhecimento prévio sobre o trabalho de parto e parto, e por meio dessas informações, elaborar um guia que as mesmas pudessem utilizar para resgatar sua confiança, segurança, tranquilidade para o momento do parto.

Primeiramente, foi aplicado um questionário para conhecer as características sociodemográficas e obstétricas das gestantes. Logo após, foi realizada uma entrevista semiestruturada, individual e audiogravada para identificar o seu conhecimento sobre o trabalho de parto e parto e compreender seu empoderamento para enfrentar o processo de nascimento. As entrevistas foram gravadas com uso de um gravador digital. O tempo médio para aplicação do questionário e a entrevista foi de 30 a 40 minutos.

O conteúdo da tecnologia textual foi definido através da análise das entrevistas, utilizando o discurso sujeito coletivo de Lefevre, Lefevre e Teixeira (2000), a partir das dúvidas mais frequentes encontradas nas falas das mesmas. Segue alguns exemplos das dúvidas mais comuns relatadas pelas gestantes:

O medo. A minha primeira foi cesárea, então pra mim é tudo mais rápido a cesárea do que um parto normal, eu não passei pelo processo do parto normal. (E1)

Seria mais a dúvida que eu tinha sobre a sutura, né, que todo mundo fala que antes dava o pique, agora não dá, só essa dúvida mesmo que eu tinha mais medo assim. (E4)

[...] Tipo a hora que está chegando, tipo que hora que é pra ir pro hospital [...]. (E5)

Da contração né? Estoura a bolsa, a única coisa que eu sei. (E6)

Acho que é essa que eu falei abaixada, essa na bola que pode ajudar a estimular. (E7)

A primeira etapa da construção do guia foi buscar as principais dúvidas que serviram de pontos norteadores para construção do guia, sendo: desconhecimento sobre os sinais de trabalho de parto, a hora de ir para o hospital, o medo do corte da episiotomia, o medo do parto normal, o medo da dor de parto, os benefícios do parto normal para mulher e para o bebê, a indicação de cesariana, os métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto, as posições para o parto normal e, também, sobre a atuação da enfermeira obstetra no parto normal de risco habitual.

A segunda etapa envolveu a seleção do conteúdo teórico para compor o guia. Foram selecionados materiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde e OMS e, também, em trabalhos publicados sobre a temática. Procurou-se usar uma linguagem facilitadora, clara e de fácil entendimento.

O enfoque do conteúdo do guia iniciou com os sinais de trabalho de parto até o nascimento do bebê. Foi utilizada uma chamada para a gestante “A hora chegou!”, propositalmente, para que ao chamar a atenção pudesse despertar o interesse da mesma para seguir lendo o material.

Assim, o guia foi desenvolvido em forma de perguntas e respostas, como se tivesse respondendo às principais inquietações das gestantes. As perguntas foram colocadas de forma cronológica ao processo dos períodos clínicos do parto, iniciando com os sinais de trabalho de parto e finalizando com o nascimento do bebê.

O título foi o último a ser pensado, porque precisava ser algo que contemplasse o objetivo da produção do guia, envolvendo o empoderamento da gestante. Diante de tantas dúvidas e incertezas denotadas nas falas das gestantes, durante as entrevistas, a escolha do título “O que esperar para a hora do nascimento” nos remete a pensar que, cada gestação é única, singular, com suas particularidades e, cada mulher não sabe o que esperar para a hora do

nascimento. Um parto não é igual ao outro. Então, essa incerteza aguça sua curiosidade e desperta vontade de conhecer mais.

A terceira etapa foi a seleção das imagens, para tornar o material mais fácil de entender. Queríamos que as imagens falassem por si só. Assim, as ilustrações do guia educativo foram pensadas como algumas imagens de livros e, também, do quadro “Caminhando para o parto normal” disponibilizado nas maternidades públicas e da cartilha “Celebrando a Vida” (Heberte; Hoga, 2009). Desta forma, as imagens foram utilizadas como modelo e desenhadas por um profissional habilitado. Para Echer (2005) é importante ilustrar as orientações para tornar a tecnologia compreensível e descontraída. As ilustrações podem tornar-se autoexplicativas.

Portanto, as imagens do guia buscam ilustrar o conteúdo teórico, de maneira a auxiliar no entendimento e facilitar a assimilação pela gestante. A imagem da capa foi selecionada para representar a gestante que espera nove meses para o nascimento do seu bebê, e o coração simboliza a vida em crescimento e o amor que é construído a cada dia pela mulher.

Na quarta etapa, após a seleção do conteúdo teórico e das imagens, foi contratado um profissional especializado, para a realização da diagramação, seguindo as recomendações da NBR número 6029 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2006).

4 Considerações Finais

A teoria socioconstrutivista de Paulo Freire foi utilizada como referencial teórico para construção do guia educativo. Sua filosofia pedagógica permitiu o empoderamento das pessoas pelo mundo, na perspectiva de que o diálogo entre os educadores e educandos é capaz de produzir o conhecimento e sua reflexão crítica. Com as gestantes isso não é diferente, a partir do momento que elas recebem informações sobre aquilo que as causam dúvidas e medos, associam ao seu conhecimento prévio, e são capazes de refletir sobre o que é melhor para o nascimento do seu filho, de maneira que se sintam empoderadas para enfrentar aquela determinada situação.

Nessa perspectiva, esse guia educativo foi construído com o objetivo de auxiliar as gestantes e seus acompanhantes para enfrentarem o momento do trabalho de parto e parto, abordando as principais dúvidas que as mesmas têm para a hora do nascimento. Espera-se que este material seja utilizado pelas gestantes, tanto da rede básica de saúde quanto da rede privada, e que auxiliem nessa busca pelo conhecimento.

Consideramos esse conhecimento importante na construção do seu empoderamento para que, ao chegar à maternidade para ter seu filho, tenha segurança, tranquilidade e confiança para estar aberta às novas práticas de assistência ao parto normal.

Referências

- ALVES, F.L.C. *et al.* Grupo de Gestantes Alto Risco como estratégia de educação em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, Porto Alegre, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000100401&lang=pt>. Acesso: 30 jul. 2019.
- ÁFIO, A. C.E. *et al.* Análise do conceito de tecnologia educacional em enfermagem aplicada ao paciente. **Revista Rene**, v. 15, n. 05, jan-fev, 2014, p.158-165. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3108/2382>>. Acesso em: 10 jan. 2019.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6029**: informação e documentação - livros e folhetos – apresentação. Rio de Janeiro, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília, 2001.
- CAMILLO, B. S. *et al.* Ações de educação em saúde na atenção primária a gestantes e puérperas: revisão integrativa. **Revista Enfermagem UFPE Online**, v. 10 (sup. 06). Recife, Dezembro, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11270>>. Acesso em: 06 maio 2017.
- COUTO, G. R. Conceitualização pelas Enfermeiras de Preparação para o parto. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 01, mar/abr, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br>>. Acesso em: 29 maio 2017.
- FILATRO, A. **Produção de conteúdos educacionais**: design instrucional, tecnologia, gestão, educação e comunicação. São Paulo: Saraiva, 2015.
- FLISH, T.M.P. *et al.* Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação popular em saúde? **Revista Interface**, v. 18, sup. 2, Botucatu, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601255. Acesso: 30 jul. 2019.
- FREIRE, P.; SHOR, I. **Medo e ousadia**: o cotidiano do professor. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1986.
- FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1987.
- _____. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: EGA, 1996.

FREITAS, F. V.; REZENDE FILHO, L. A. Modelos de comunicação e uso de impressos na educação em saúde: uma pesquisa bibliográfica. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 243-256, jan./mar. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 30 jul. 2019.

GUEDES, G. W. *et al.* Conhecimentos das gestantes quanto aos benefícios do parto normal na consulta de pré-natal. **Revista Enfermagem UFPE Online**, v.10, n. 10, Recife, Outubro, 2016. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11453>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

NASCIMENTO, M. H. M. **Tecnologia para mediar o cuidar-educando no acolhimento de “familiares cangurus” em unidade neonatal**: Estudo de Validação. Dissertação de Mestrado do Programa de Mestrado de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará e Universidade Federal do Amazonas, Belém, 2012, 173 p.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 5, p. 754-757, set/out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a22.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

REBERTE, L. M; HOGA, L. A. K. **Cartilha Educativa: Celebrando a vida**. São Paulo: Oboré, 2009. Disponível em: <<file:///C:/Users/user/Documents/cartilha-celebrando-a-vida-eusp.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

SILVA, L. S. da *et al.* Os saberes das Mulheres acerca das diferentes posições de parir: uma contribuição para o cuidar. **Revista Enfermagem UFPE Online**. v. 10 (sup 04). Set, Recife, 2016. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11127>>. Acesso em: 10 maio 2017.

KAPLÚN, G. Material Educativo: a experiência do aprendizado. **Revista Comunicação e Educação**, v. 27, São Paulo, mai/ago, 2003. Disponível em:

<<http://www.revistas.usp.br/comueduc/article/view/37491/40205>>. Acesso em: 01 jul. 2019.

LEFÉVRE, F; LEFÉVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. **O discurso do sujeito coletivo**: uma nova abordagem metodológica em pesquisa quantitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000, 138 p.

LIMA, D. V. M. Diseños de pesquisa: uma contribución al autor. **Online brazilian journal of nursing**, v. 10, n. 02, maio, 2011. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso: 31 jul. 2019.

ZABALA, A. A prática educativa como ensinar. Tradução Hernani F. da F. Rosa. Porto Alegre: Artmed, 1998, reimp. 2008.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maternidade é entendida como a experiência de se tornar mãe. Pode ser considerada como a experiência mais importante na vida da mulher, pois é mesclada com a renovação da vida.

Para a mulher enfrentar esse momento, ela precisa ser encorajada e estar preparada. Nesse sentido, a humanização do parto e nascimento requer que a mulher seja bem preparada. Para isso, pode-se lançar mão de orientações e tecnologias do cuidado que promovam o conforto e o empoderamento da mulher, para que consiga participar de forma ativa do seu parto, tolerando a dor, controlando o medo e a ansiedade.

Esta pesquisa teve como objetivo construir uma tecnologia textual para o empoderamento da gestante para o trabalho de parto e parto. Um dos objetivos específicos era caracterizar as gestantes que participaram da visita à maternidade através do projeto “Para uma vinda bem-vinda”. A pesquisa mostrou que as mesmas iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, a maioria era primigesta e desenvolvia diversas atividades profissionais, tinha grau de escolaridade nível médio ou ensino superior completo, realizava o pré-natal na rede pública e algumas na privada. Destacou-se, no estudo, que somente uma gestante mencionou ter recebido orientações sobre trabalho de parto e parto pelo profissional enfermeiro da Unidade de Saúde, em que fazia o acompanhamento do pré-natal, e que a maioria não havia recebido informações para se preparar para o parto.

O estudo também procurou verificar o conhecimento das gestantes sobre trabalho de parto e parto e como elas estavam sendo preparadas para enfrentar o momento do nascimento. Os resultados demonstraram que as 10 gestantes participantes do estudo não se sentem preparadas para o trabalho de parto e parto, denotando que há um déficit de conhecimento sobre os benefícios do parto normal, tanto para mulher quanto para o bebê. Também mencionaram desconhecer que o enfermeiro obstetra pode realizar o parto de baixo risco.

Tendo identificado as dúvidas apontadas pelas gestantes, foi construído um guia educativo de preparação para o parto e parto, intitulado “O que esperar para a hora do nascimento?”, baseado na teoria socioconstrutivista de Paulo Freire. Espera-se que esse material auxilie na construção do seu empoderamento para que, ao chegar à maternidade para ter seu filho, tenha segurança, tranquilidade e confiança no intuito de estar aberta às novas práticas de assistência ao parto normal.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. M.; ACOSTA L. G.; PINHAL, M. G. Conhecimento das puérperas com relação aos métodos não farmacológicos para alívio da dor do parto. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19. n.03, jul/set, 2015. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1034>>. Acesso em: 05 maio 2017.

ALVES, F. L. C. *et al.* Grupo de gestantes alto risco como estratégia de educação em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, Porto Alegre, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000100401&lang=pt>. Acesso: 30 jul. 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6029**: informação e documentação - livros e folhetos – apresentação. Rio de Janeiro, 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724**: informação e documentação, trabalhos acadêmicos, apresentação. Rio de Janeiro, 2011. 11p.

BALASKAS, J. **Parto ativo**: guia prático para o parto natural. 3. ed. São Paulo: Ground, 2015.

BIO, E. **O corpo no trabalho de parto**: o resgate natural do nascimento. São Paulo: Summus, 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Projeto Parto Adequado**, 2015. Disponível em: <www.ans.gov.br>. Acesso em: 18 jan. 2019.

_____. **Lei nº 5.905 de 12 de julho de 1973**. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-590573-de-12-de-julho-de-1973_4162.html>. Acesso em: 17 jan. 2019.

_____. **Lei n. 7.498 de 25 de junho 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso: 17 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Parto**: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **O desafio de construir e implementar políticas de saúde**: relatório de gestão 2000-2002. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n. 11. 108 de 07 de abril de 2005**. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde

- SUS. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/lei_acompanhante.pdf>. Acesso: 10 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 06 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria n. 306 de 28 de março de 2016**. Aprovam as Diretrizes da Atenção as gestantes a operação cesariana. Diário Oficial da União, v. 59, seção 1, p. 58, 29/03/2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos. Conitec. **Diretriz Nacional de Assistência ao parto normal**. Brasília, 2016.

_____. **Portaria SAS/MS163 de 22 de setembro de 1998**. Dispõe sobre o Laudo de Enfermagem para Autorização de Internação Hospitalar - AIH.

_____. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm. Acesso em: 14 abril de 2017.

BRUGGEMANN, O. M. Resgatando a história obstétrica para vislumbrar a melodia da humanização. In: Oliveira M. E.; Zampieri, F. M.; Brüggemann, O. M. **A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento**. Florianópolis: Cidade Futura, 2001, p.23-30. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 15 abr. 2017.

CAMILLO, B. S. *et al.* Ações de educação em saúde na atenção primária a gestantes e puérperas: revisão integrativa. **Revista Enfermagem UFPE Online**, v. 10 (sup. 06). Recife, Dezembro, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11270>>. Acesso em: 06 maio 2017.

CARNEIRO, M. N. F. **Ajudar a nascer: parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (séculos XV-XX)**. Tese de Doutorado em Ciências da Educação. Universidade do Porto, Porto - Portugal, 2003.

CARNEIRO, R. G. **Cenas de parto e políticas do corpo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN-223 de 03 de dezembro de 1999**. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2231999_4266.html>. Acesso em: 17 jan. 2019.

COSTA, G. M. C.; GUALDA, D. M. R. Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde doença. **Revista História, Ciências, Saúde**, v. 17, n. 1, Rio de Janeiro, 2010, p. 925-937.

COSTA, B.; FIGUEIREDO, A.; PACHECO, A.; PAIS, A. Questionário de experiência e satisfação com o parto (QESP). **Revista Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 05, n. 02, 2004, p. 159-157. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v5n2/v5n2a03.pdf>>. Acesso: 14 jun. 2018.

COUTO, G. R. Conceitualização pelas Enfermeiras de Preparação para o parto. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 01, mar/abr, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br>>. Acesso em: 29 maio 2017.

DINIZ, S. G.; DUARTE, A. C. **Parto normal ou cesárea: o que toda mulher deve saber**. São Paulo: UNESP, 2004.

DRUMOND J. P. **Dor aguda: fisiologia, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2000.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 5, p. 754-757, set/out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a22.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

FILATRO, A. **Produção de conteúdos educacionais: design instrucional, tecnologia, gestão, educação e comunicação**. São Paulo: Saraiva, 2015.

FLISH, T. M. P. *et al.* Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação popular em saúde? **Revista Interface**, v. 18, sup. 2, Botucatu, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601255>. Acesso: 30 jul. 2019.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1987.

_____. **Pedagogia da Esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1992.

_____. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: EGA, 1996.

_____; SHOR, I. **Medo e ousadia: o cotidiano do professor**. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1986.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n 1, p. 17-27, jan. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02>>. Acesso em: 01 jun. 2017.

GAYESKI, M. E.; BRUGGEMANN, O. M. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v.19, n. 4, p. 774-82, Florianópolis, 2010. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Odalea_Brueggemann/publication/228481261>. Acesso em: 04 abr. 2017.

GUEDES, G. W. *et al.* Conhecimentos das gestantes quanto aos benefícios do parto normal na consulta de pré-natal. **Revista Enfermagem UFPE Online**, v. 10, n. 10, Recife, Outubro, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11453>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HUGUET, P. **Parto humanizado e empoderamento da mulher-** Grupo Vinculo (Blog). 2017. Disponível em: <<http://www.gvinculo.com.br>>. Acesso em: 28 maio 2017.

LEISTER, N.; RIESCO, M. L. G. Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 3, 2013, p. 166-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_20.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2018.

LEFÉVRE, F.; LEFÉVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. **O discurso do sujeito coletivo:** uma nova abordagem metodológica em pesquisa quantitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000, 138 p.

LIMA, D. V. M. Diseños de pesquisa: uma contribución al autor. **Online brazilian journal of nursing**, v. 10, n. 02, maio, 2011. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso: 31 jul. 2019.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. São Paulo: E.P.U., 1986.

MALHEIROS, A. M.; ALVES, V. H.; RANGEL, T. S. A.; VARGENS, O. M. C. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Revista Texto e Contexto de Enfermagem**, v.21, n. 2, Florianópolis, abr-jun, p. 329-327. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a10v21n2>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

MAMEDE, F. V. *et al.* O efeito da deambulação na duração da fase ativa no trabalho de parto. **Revista da Escola Ana Nery de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 466-471. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a11>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

MAMEDE, F. V. *et al.* Dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 15. n. 6. Ribeirão Preto Nov/Dez., 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/r/lae/article/view/16192>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

MARTINS, A. P. V. Memórias maternas: experiências da maternidade na transição do parto doméstico para o parto hospitalar. **Revista História Oral**, v. 08, n. 2, 2005b, p. 61-76. Disponível em: <<file:///C:/Users/user/Downloads/174-522-1-PB.pdf>>. Acesso: 15 abr. 2017.

MATTAR, L. D.; DINIZ, C. S. G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface** (Botucatu), v. 16, n. 40, março, 2012 p.107-20. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v16n40/aop0212.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2017.

MINAYO, M. C. de S. (org). **Pesquisa social.** Teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

MOTT, M. L. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). **Projeto História**, São Paulo, n. 25, dez. 2002. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/10588>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/esc/v10n3>>. Acesso em: 28 maio 2017.

NASCIMENTO, N. M.; PROGIANTI, J. M.; NOVOA, R. I.; OLIVEIRA, T. R.; VARGENS, O. M. C. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Revista Enfermagem da Escola Anna Nery**, v. 14, n. 3, jul/set., 2010, p. 456-61.

NASCIMENTO, M. H. M. **Tecnologia para mediar o cuidar-educando no acolhimento de “familiares cangurus” em unidade neonatal**: Estudo de Validação. 173p. Dissertação de Mestrado do Programa de Mestrado de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará e Universidade Federal do Amazonas, Belém, 2012.

NIETSCHKE, E. A. *et al.* Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 13, n.3, mai/jun. 2005. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br>>. Acesso em: 28 maio 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Maternidade Segura**. Assistência a parto normal: guia prático, Genebra, OMS, 1996.

PEREIRA, A. L. F.; BENTO, A. D. Autonomia do parto na perspectiva das mulheres atendidas na casa parto. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - RENE**, v. 12, n. 3, Fortaleza, jul-set., 2011. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/vol12n3>>. Acesso em: 16 abr. 2017.

RATTNER, D. *et al.* REHUNA- A rede pela Humanização do Parto e Nascimento. **Revista Eletrônica Tempus Actas de Saúde Coletiva**. Universidade Federal de Brasília, ago., 2010. Disponível em: <<http://www.tempus.unb.br>>. Acesso: 05 maio 2017.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K. **Cartilha Educativa: Celebrando a vida**. São Paulo: Oboré, 2009. Disponível em: <<file:///C:/Users/user/Documents/cartilha-celebrando-a-vida-eeusp.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

REBERT, L. M.; HOGA, L. A. K.; GOMES, A. L. Z. O processo de construção de material educativo para promoção da saúde da gestante. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 1, jan/fev., 2012. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 29 maio 2017.

RIESCO, M. L. G. Enfermeira obstetra: herança de parteira e herança de enfermeira. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 6, n. 2, Ribeirão Preto, abril, 1998. p. 13-15. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n2/13902>>. Acesso em: 30 maio 2018.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações Educativas no Pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 02, mar/abr, Rio de Janeiro. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 29 maio 2017.

ROCHA, J. A.; NOVAES, P. B. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. **Femina**, v. 38, n. 3, 2010, p.119-26. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n3/a002.pdf>>. Acesso: 15 maio 2018.

RODRIGUEZ, G. P. C. **Educação para o parto: uma contribuição para o alcance da maternidade segura.** 2007. 116 f. Tese de Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2007.

SABINO, A. M. N. **A enfermeira e a atenção pré-natal em São José do Rio Preto, SP.** Dissertação de Mestrado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2008.

SEIBERT, S. L.; GOMES, M. L.; VARGENS, O. M. C. Assistência Pré-natal na Casa de Parto do Rio de Janeiro: a visão de suas usuárias. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery**, v. 12, n. 4, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127715323021>>. Acesso em: 06 jun. 2017.

SILVA, F. M. B.; OLIVEIRA, S. M. J. V. O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 1, 2006, p. 57-63. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a07v40n1.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

SILVA, L. S. da *et al.* Os saberes das Mulheres acerca das diferentes posições de parir: uma contribuição para o cuidar. **Revista Enfermagem UFPE Online**. v. 10 (sup 04). Set, Recife, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11127>>. Acesso em: 10 maio 2017.

SILVA, D. A. O. *et al.* Uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto normal: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE**. 7. ed. Recife, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11645>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

SMITH, C. A.; COLLINS, C. T.; CYNA, A. M.; CROWTHER, C. A. Complementary and alternative therapies for pain management in labour (Cochrane Review). **Cochrane Database Syst Rev**, v. 18, n. 4, October, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17054175>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

SOUZA H. R. **A arte de nascer em casa: Um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo** [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, 2005.

SOUZA, A. I. (Org). **Paulo Freire: vida e obra.** 3. ed. São Paulo: Expressão popular, 2015.

VERSIANI, C. C. Significado do parto humanizado para gestantes. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**. Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro, v. 7, jan/mar. 2015. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/bde-26705>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

VICTORIA, C. G.; AQUINO, E. M.; CARMO L. E. A. L. M.; MONTEIRO, C. A.; BARROS, F. C.; SZWARCOWALD, C. L. Maternal and child health in Brazil: progress and

challenges. **Lancet**. v. 377, n. 9780, 2011, p. 1863-76. Disponível em:
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561656>>. Acesso em: 15 maio 2018.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

APÊNDICE - A

Roteiro do Questionário

Dados Sociodemográficos

Nome (iniciais): _____ Idade: _____ Cor: _____
 Estado civil: _____ Escolaridade: _____
 Religião: _____ Ocupação: _____
 Naturalidade: _____ Município e bairro onde mora: _____
 ESF/UBS onde faz pré-natal: _____

Como ficou sabendo do projeto “Para uma vinda bem-vinda”

() face book () WhatsApp () ESF/UBS () Indicação de uma amiga () Outros: _____

Dados Obstétricos

Quantas gestações anteriores incluindo os abortos: _____

Partos anteriores: () Cesárea _____ () Normal _____

Tempo de gestação (em semanas): _____

Semana de gestação que iniciou o pré-natal: _____

Teve algum problema nesta gestação? Quais: _____

Você tem participado de grupo de gestantes? _____

Com quem você tem realizado o pré-natal? () médico () enfermeiro () ambos

Você teve complicações e partos anteriores? Quais _____

Idade da primeira gestação? _____

Intervalos interpartal (entre um parto e outro): _____

Sua gestação foi planejada? () sim () não

Já escolheu o acompanhante para acompanhá-la durante o trabalho de parto, parto e após o parto?

() sim () não. Se sim: () companheiro () mãe () irmã () amiga () sogra

() Outro. _____

APÊNDICE – B

Roteiro de Entrevista Semiestruturada

Perguntas norteadoras

1. Você se sente preparada para o parto?
2. Quais as suas principais dúvidas e anseios para enfrentar o trabalho de parto e parto?
3. Você recebeu algum tipo de orientação sobre o trabalho de parto e parto durante o pré-natal? Quais orientações?
4. Em sua opinião, a preparação para o parto é importante?
- 5- Você se sentiria preparada para enfrentar o processo de nascimento se recebesse orientações durante o pré-natal?
- 6- Você sabe quais os sinais quando a mulher está em trabalho de parto?
- 7- Você conhece os benefícios do parto normal para o bebê?
- 8- Você conhece os benefícios do parto normal para a mulher?
- 9- Você sabe quando precisa fazer cesárea?
- 10- Você já ouviu falar dos métodos para aliviar a dor durante o trabalho de parto? Você sabe citar algum desses métodos?
- 11- Você sabe dizer quais os benefícios de andar durante o trabalho de parto?
- 12- Você conhece as posições recomendadas para diminuir o tempo trabalho de parto?
- 13- Neste hospital temos enfermeiras obstetras atuando na assistência ao parto normal. Você conhece ou já ouviu falar da atuação dessa profissional?

APÊNDICE - C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa “Construção de uma tecnologia textual: empoderamento da gestante para o trabalho de parto e parto”. Esta pesquisa tem como pesquisadoras Ana Carla Tamisari Pereira, sob orientação da Profa. Dra Lourdes Missio, do Mestrado Profissional de Ensino em Saúde, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. O principal objetivo do estudo é construir uma tecnologia textual para o empoderamento da gestante para o trabalho de parto e parto.

Sua participação na pesquisa será por meio de um questionário e de uma entrevista, que será gravada com utilização de um gravador digital ou outro similar. As questões relacionam-se as suas características sociodemográficas e obstétricas, já a entrevista tratará do seu conhecimento e preparo para o enfrentamento do trabalho de parto e parto. Os dados serão coletados durante a sua visita ao Projeto “Por uma vinda bem-vinda” na maternidade do HU-UFGD. Você não é obrigada a participar do estudo. Caso aceite, sua participação será voluntária, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo e as informações que forem passadas não permitirão sua identificação. Você poderá deixar de participar do estudo em qualquer momento e não sofrerá nenhum dano ou prejuízo. Você pode sentir-se à vontade para solicitar quaisquer esclarecimentos sobre os objetivos ou sobre a metodologia utilizados para mediar esta pesquisa, seja antes, durante ou após o processo, bem como esclarecer qualquer outra dúvida. Você receberá uma via assinada deste termo de consentimento. Os dados e resultados da pesquisa poderão ser publicados em revistas ou eventos científicos.

O potencial risco que a pesquisa pode gerar a você e às gestantes participantes deste estudo está relacionado à exposição de seus sentimentos sobre a sua gestação e do seu conhecimento para enfrentar o trabalho de parto e parto. Podem não se sentirem preparadas para enfrentar esse momento e se sentirem angustiadas. Casos não se sintam confortável, terão suporte das pesquisadoras.

Entre os benefícios, você poderá ter maior conhecimento a respeito do trabalho de parto e parto, pois na pesquisa poderá expor suas dúvidas. Na troca de experiências entre as pesquisadoras e as gestantes será possível o desenvolvimento de ações de empoderamento, com você e sua família, para enfrentar esse processo com mais tranquilidade, resultando em nascimento saudável e feliz.

Para quaisquer dúvidas ou informações a respeito deste trabalho, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul (CEP-UEMS) ou com a própria pesquisadora nos telefones abaixo: Comitê de Ética (CEP): Telefone (67) 3902-2699 Email: conselhodeetica@uems.br, e com as pesquisadoras responsáveis: Ana Carla Tamisari Pereira (67) 9695-8066 e Lourdes Missio: fone: 39022684.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Dourados, _____ de _____ de 201____

Assinaturas:

Pesquisador principal _____

Eu, _____, tendo compreendido, perfeitamente, tudo o que me foi informado sobre a participação nesse estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, dou meu consentimento sem que, para isso, eu tenha sido obrigada ou forçada a participar.

APÊNDICE - D

Transcrição dos depoimentos das gestantes e organização do Discurso do Sujeito Coletivo-DSC

3.1 Preparação para o parto

Expressões- Chave	Ideias Centrais
[...] acredito que eu só vou poder dizer que tô preparada depois que tiver passado por isso. Mas, assim, estou tranquila e acredito que estou preparada teoricamente, porque a prática é diferente. (E7)	Estou preparada teoricamente, só vou poder dizer que estou preparada depois que passar pela experiência do parto.
Não, tenho muitas dúvidas ainda. (E3)	Muitas dúvidas sobre o parto.
Acho que não, a gente nunca está preparada né? Assim, sempre tenho ressentimento de alguma coisa não dá certo, medo, essas coisas. (E5)	Tenho muito receio das coisas não darem certo, por isso não estou preparada.
Olha, sinceramente não, porque ainda é uma questão indefinida devido alguns problemas que eu tenho, e aí eu não tenho muito conhecimento, se eu tenho assim autonomia, como vou fazer aqui no hospital público de escolher né? O parto se vai ser normal, se vai ser cesárea. Então, ainda é uma insegurança. (E6)	Não estou preparada para o parto, pelo fato de ter o parto em um hospital público e não ter autonomia para escolher a via de parto.
A princípio não. To me preparando, comecei o pré-natal bem cedo né, tô ainda com quatro meses. Então acho que tenho bastante tempo, e a visita vai ajudar bastante. (E8)	Ainda estou me preparando, comecei o pré-natal muito cedo para dar tempo da preparação.
Não. Eu acredito que não. (E9)	Não estou preparada.

FIGURA 1-Preparação para o parto. Elaborado pelas autoras

3.2 Principais dúvidas e orientações recebidas durante o pré-natal.

Expressões-Chave	Ideias Centrais
O medo. A minha primeira foi cesárea, então pra mim é tudo mais rápido a cesárea do que um parto normal, eu não passei pelo processo do parto normal. (E1)	Medo do parto normal devido a sua experiência do parto anterior ter sido cesárea.
Seria mais a dúvida que eu tinha sobre sutura, né, que todo mundo fala que antes dava o pique, agora não dá, só essa dúvida mesmo que eu tinha mais medo assim. (E4)	Medo da episiotomia.
[...] Tipo a hora que está chegando, tipo que hora que é pra ir pro hospital [...]. (E5)	Saber o momento certo de ir para o Hospital.
Muitas dúvidas, porque ainda no pré-natal e, também, com o médico particular, ainda não conversamos a questão do parto mesmo. Mas da fase da gestação mesma, mês, agora tenho todas as dúvidas. (E6)	Tenho muitas dúvidas porque faço pré-natal particular, mas ainda não conversamos sobre o parto.
Eu acho que a principal dúvida é se eu vou saber exatamente que tá na hora, que tá na hora de vir pro	A minha principal dúvida é a hora certa de ir para o hospital,

hospital ou se, as vezes, é só o começo, porque eu sei que o trabalho de parto demora bastante [...]. E7	porque sei que o trabalho de parto demora.
[...] Questão da dilatação, se eu vou suportar essa dor, que todo mundo fala que parto normal é terrível, mas a principal dúvida é essa dor que vou enfrentar. (E8)	Dúvida sobre a dilatação e a dor do parto.
Acho que a maior dúvida é sobre se vai ser uma coisa rápida, se vai ser muito dolorido, se eu vou conseguir realmente ter o parto normal [...]. (E9)	Medo da dor do parto.
Acompanhamento médico se vai ter alguém toda hora pra me auxiliar, era uma das minhas maiores dúvidas e medos né [...].	Sevai ter um médico ou alguém comigo na hora do parto.
Não, não porque, no entanto, eu não escolhi qual eu quero, se é normal porque tudo vai depender de ver a posição do bebê e tudo também né? Se tem condições. (E5)	Não escolheu a via de parto ainda.
O médico, assim, conforme vai passando as consultas, a gente não teve assim uma palestra, uma orientação específica né? Eu não fui numa palestra, alguma coisa, mas a gente sempre lê, sempre escuta [...] (E7)	Não recebeu orientação no pré-natal sobre o parto.
Até o momento não, sobre o parto em si não. (E9)	Sem dúvidas até o momento.
Recebi bastante, principalmente do enfermeiro, que ele me acompanhou no primeiro e agora nos últimos, ele orientou bastante sobre os sinais quando a mulher entra em trabalho de parto, coisa que eu nunca tinha ouvido de sair o tampão, de quantas contrações você tem durante os minutos pra você poder ir [...] (E10)	Recebeu orientação do enfermeiro durante o pré-natal sobre os sinais de trabalho de parto.

FIGURA2- Principais dúvidas e orientações recebidas durante o pré-natal. Elaborado pelas autoras.

3.3 Conhecimento sobre o processo de trabalho de parto e parto.

Expressões-Chave	Ideias Centrais
Tirando as contrações e o tampão que a gente vai pesquisando pela internet sobre o tampão, sobre as contrações, sobre a bolsa só, essas coisas básicas. (E4)	Contrações e perda de tampão, vamos pesquisando pela internet.
Não, eu só senti cólica pouca da minha primeira. (E1)	Só tive cólica no meu primeiro parto.
São as contrações, a, então eu não sei o que é uma contração, porque na minha primeira gestação eu tive meus filhos porque eles foram prematuros, eu não tive dor, porque foi cesárea [...]. (E3)	Eu não sei o que é uma contração, meus outros partos foram cesarianas.
Da contração né? Estoura a bolsa, a única coisa que eu sei. (E6)	Contração e romper a bolsa amniótica.
A contração né? Primeiro ela começa com períodos mais longos, aí o trabalho de parto mesmo ela vai estar com período menor, né? Bem menor, e vai chegar com intervalos, aí vai chegar a hora que não vai ter intervalos né, e a dilatação tem que estar em 10 quando é pra poder nascer [...]. (E7)	A dilatação tem que chegar aos 10 cm para nascer.

É que a recuperação é mais rápida né? (E1)	Recuperação mais rápida para mulher.
[...] a recuperação é mais rápida, não tem que ser cortada, não tem que ficar passando pelas dores que vem após a cesariana, porque são horríveis, mais eu tenho vontade de tentar normal, se pudesse. (E2)	Recuperação mais rápida, não precisa passar pela dor após o parto cesárea.
[...] sei que é um parto muito saudável porque não vai injetar nada no seu corpo. (E5)	Parto muito saudável.
Sim, ele não vai precisar ser aspirado [...] o bebê sentir que é hora dele nascer e vir aos poucos. (E7)	O bebê sente quando é hora de nascer, não precisa ser aspirado.
[...] vai receber um sinal natural, de que seu bebê saiu, a placenta saiu e seu útero vai começar a comprimir, seus hormônios vão voltar ao normal, isso que eu penso que são os benefícios. (E7)	Seu corpo recebe um sinal natural que nasceu o bebê, seu útero contrai, os hormônios voltam ao normal.
[...] acredito que o bebê vem na hora certa, que ele tá realmente preparado e melhor formado, digamos, né? E corre menos risco de pegar doenças respiratórias e outros tipos, alergia, é o que eu acho. (E9)	O bebê vem na hora certa, menor risco de contrair doenças respiratórias, alergias.
Os benefícios, sim eu estudei bastante, na verdade eu procurei ler bastante pelo trabalho de parto normal, ele pega imunidade, foi uma das coisas que eu li e achei bacana [...]. (E10)	Eu estudei bastante sobre os benefícios do parto normal, os bebês adquiriram imunidade.
[...] eu sei que você tem uma recuperação mais depressa que pode fazer várias coisas logo após o parto. (E10)	Recuperação rápida após o parto.

FIGURA3- Conhecimento sobre o processo de trabalho de parto e parto. Elaborado pelas autoras.

3.4 Posições para o parto normal e métodos não farmacológicos para alívio da dor

Expressões-Chave	Ideias Centrais
Eu li alguns que pode ser de cócoras ou debaixo do chuveiro, até de joelhos no chão. (E9)	Cócoras, debaixo do chuveiro e até de joelhos no chão.
Uma das que eu conheço e que eu gosto bastante é a da bola né? Ficar com as pernas abertas pelo menos eu acho, não sei se seria uma das melhores. (E10)	Uso da bola.
[...] banho de água norma, andar bastante. (E1)	Banho de água quente e deambular.
Tem isso, pior que não. (E2)	Não conhece.
Massagem, boa massagem, aquela respiração. (E3)	Massagem e respiração.
Na realidade eu não vi sobre o método de aliviar a dor do parto, mas já vi alguns movimentos que muitas vezes coloca, tipo aquelas bolas para ajudar a mulher no parto normal, para ter o parto normal com mais facilidade, mas a questão de dor não. (E5)	Bola.
Acho que é essa que eu falei abaixada, essa na bola que pode ajudar a estimular. (E7)	Bola.
Não, eu nunca ouvi falar, eu gostaria de saber. (E8)	Nunca ouvi falar.

FIGURA4– Posições para o parto e métodos não farmacológicos. Elaborado pelas autoras.

3.5 Conhecimentos da atuação da enfermeira obstetra

Expressões-Chave	Ideias Centrais
Com certeza, eu até acho incrível, se eu fosse para mim ser enfermeira, eu gostaria de ser obstetra, porque é uma área assim que se especializou nisso, né? Geralmente os enfermeiros obstetras eles têm muito conhecimento, porque o parto é uma coisa que sempre é parecido né? Não que não tenha nada diferente, mas eu acredito que com a experiência deles, eles conhecem tudo, às vezes é um profissional que pode ajudar mais o médico [...]. (E7)	Acho incrível o trabalho da enfermeira obstetra, eu gostaria de ser enfermeira obstetra. Os enfermeiros obstetras têm muito conhecimento sobre o trabalho de parto e parto, devido sua experiência. Auxilia muito o médico.
Já ouvi falar sim. (E6)	Ouvi falar sim.
Eu acho que foi uma das moças que conversou com a gente ali, mas eu gostaria de saber mais, com certeza. (E8)	Gostaria de conhecer mais sobre a enfermeira obstetra.
As meninas me falaram, mas eu esqueci. Das obstetras eu esqueci. (E10)	Me falaram mas já esqueci.

FIGURA 5- Conhecimento da atuação da enfermeira obstetra. Elaboradora pelas autoras.

ANEXO - A



Ministério da Educação
Universidade Federal da Grande Dourados



COMISSÃO DE AVALIAÇÃO EM PESQUISA E EXTENSÃO (CAPE) DO
HUGD/EBSERH

Dourados, 03 de agosto de 2017

Projeto: "CONSTRUÇÃO DE UMA TECNOLOGIA TEXTUAL:
EMPODERAMENTO DA GESTANTE PARA O TRABALHO DE PARTO E
PARTO"

Instituição: UFGD

Pesquisador: ANA CARLA TAMISARI PEREIRA

Caráter da pesquisa: Projeto de Pesquisa

Conclusão: Aprovado

Sugestões:

- Os membros relatam que o projeto está bem escrito e a fundamentação teórica coerente com a pesquisa a ser desenvolvida.
- Os objetivos estão bem delimitados.
- O problema e a hipótese estão bem definidos.
- A metodologia está alinhada com os objetivos propostos.
- Apresentou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e tem as informações como telefone da pesquisadora e orientadora.
- No material e métodos deve considerar as submissões na Comissão de Avaliação de Pesquisa e Extensão – CAPE do HU-UFGD e no Comitê de Ética

em Humanos da UEMS. - Recrutamento da amostra está bem definida, excluído a presença de indígenas e menores de 18 anos.

- Instrumento da pesquisa bem estruturado e coerente com a pesquisa.
- Sugere-se adequar o cronograma para o início da pesquisa 90 dias após submissão a Plataforma Brasil.
- A CAPE orienta que na carta de apresentação deve acrescentar que o estudo só será iniciado após aprovação no Comitê de Ética de Pesquisa da UEMS.
- Retirar da contracapa os seguintes dizeres: "para a disciplina de seminário I na linha de pesquisa de práticas Educativas em saúde. Dourados-MS 2017".
- Retira o último objetivo específico, pois, o mesmo repete o objetivo geral.

Observações: A CAPE esclarece que todos os projetos deverão ser encaminhados ao CEP/UFGD e que o início dessa pesquisa está condicionada à aprovação pelo CEP/UFGD.

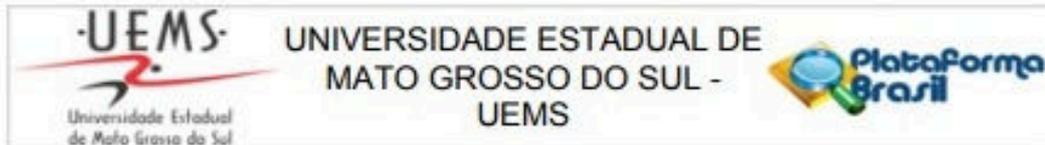
**A CAPE recomenda para cadastro institucional a apresentação da proposta no Formulário Unificado HU FCS PROPP:
<http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufgd/ensino-e-pesquisa/pesquisa-e-inovacao-tecnologica>**



Profa. Dra. Candida Aparecida Leite Kassuya

Presidente da COMISSÃO DE AVALIAÇÃO EM PESQUISA E EXTENSÃO
(CAPE)

ANEXO - B



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO DE UMA TECNOLOGIA TEXTUAL: EMPODERAMENTO DA GESTANTE PARA O TRABALHO DE PARTO E PARTO

Pesquisador: ANA CARLA TAMISARI PEREIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 73678217.3.0000.8030

Instituição Proponente: Fundação Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.315.422

Apresentação do Projeto:

O trabalho de pesquisa apresenta todos os elementos necessários para avaliação.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Construir uma tecnologia textual para o empoderamento da gestante no trabalho de parto e parto.

Objetivo Secundário:

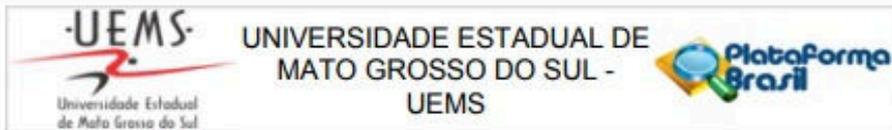
- Caracterizar as gestantes que procuram o projeto "Para uma vinda bem vinda" do Hospital Universtário HU -UFGD;
- Identificar o conhecimento das gestantes sobre trabalho de parto e parto;
- Compreender como as gestantes são preparadas para o enfrentamento do trabalho de parto e parto;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O potencial risco que a pesquisa pode gerar às gestantes participantes está relacionado à exposição de seus sentimentos, tendo em vista que elas falarão a respeito da sua gestação e do seu conhecimento para enfrentar o trabalho de parto e parto. Podem não se sentirem preparadas para enfrentar esse momento e se sentirem angustiadas. Casos não se sintam confortável, terão

Endereço: Rodovia Dourados Itahum - Km 12 - Cx:351
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 79.804-970
UF: MS **Município:** DOURADOS
Telefone: (67)3902-2699 **E-mail:** cesh@uems.br



Continuação do Parecer: 2.315.422

suporte dos pesquisadores.

Benefícios:

Entre os benefícios incluem a maior difusão a respeito do trabalho de parto e parto. Na troca de experiências entre os pesquisadores e as gestantes será possível o desenvolvimento de ações de empoderamento para as mesmas e sua família para enfrentar esse processo com mais tranquilidade, resultando em nascimento saudável e feliz.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa se encontra com fundamentação coerente, e os objetivos se encontram bem definidos e a metodologia segue de acordo com os objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os itens se encontram apresentados de forma clara e bem delineados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto se encontra bem delineado com itens claros.

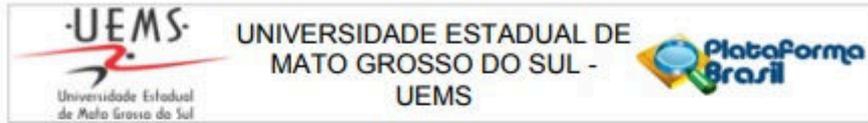
Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_978549.pdf	16/08/2017 16:50:17		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Bruchura.pdf	16/08/2017 16:48:02	ANA CARLA TAMISARI PEREIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostodigitalizada.pdf	16/08/2017 16:08:10	ANA CARLA TAMISARI PEREIRA	Aceito
Outros	InstrumentoEntrevista.pdf	16/08/2017 16:07:10	ANA CARLA TAMISARI PEREIRA	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Questionario.pdf	16/08/2017 16:04:52	ANA CARLA TAMISARI PEREIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartahu.pdf	16/08/2017 16:04:19	ANA CARLA TAMISARI PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16/08/2017 15:57:21	ANA CARLA TAMISARI PEREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rodovia Dourados Itahum - Km 12 - Cx:351
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 79.804-970
 UF: MS Município: DOURADOS E-mail: cesh@uems.br
 Telefone: (67)3902-2699



Continuação do Parecer: 2.315.422

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

DOURADOS, 05 de Outubro de 2017

Assinado por:
Cynthia de Barros Mansur
(Coordenador)

Endereço: Rodovia Dourados Itahum - Km 12 - Cx:351
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 79.804-970
UF: MS **Município:** DOURADOS
Telefone: (67)3902-2699 **E-mail:** cesh@uems.br