

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ**  
**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL**

**Thatiane Fernandes dos Santos**

**PASSAPORTE PARA O PARTO:**  
**Proposta de intervenção educativa para Humanização da**  
**Assistência à Parturiente**

Rio de Janeiro

2016

Thatiane Fernandes dos Santos

**PASSAPORTE PARA O PARTO:**  
**Proposta de intervenção educativa para Humanização da**  
**Assistência à Parturiente**

Trabalho de Conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal apresentado como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde Perinatal.

Orientador:

Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

Co-orientador:

Tuila Martins Melo Barbosa

Rio de Janeiro

2016

**PASSAPORTE PARA O PARTO:**  
**Proposta de intervenção educativa para Humanização da**  
**Assistência à Parturiente**

Thatiane Fernandes dos Santos

Ana Paula Viera dos Santos Esteves

Tuila Martins Melo Barbosa

Trabalho de Conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal apresentado como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde Perinatal.

Aprovada por:

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Paula Viera dos Santos Esteves – ME-UFRJ

Orientadora

---

Psicóloga Mestre Tuila Martins Melo Barbosa

Co-orientadora

---

Enfermeiro Especialista Helder Camilo Leite

Nota:

Conceito:

Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2016.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, em quem confio e deposito minha fé em toda caminhada.

A esta Casa Rosa e aos profissionais que me apoiaram durante minha permanência na instituição.

A minha Orientadora Ana Paula Esteves, pelo acolhimento e aprendizado proporcionado a mim nestes dois anos de residência, fazendo com que aprendesse que mais que saber é preciso amar o que se faz, o que tornou possível a conclusão deste trabalho.

A minha Co-orientadora Tuila Martins, pelo entusiasmo e seriedade com que recebeu a proposta desta pesquisa, com a elucidação sobre os aspectos psicológicos que norteiam o tema, pelas orientações e desenvolvimento deste estudo.

A enfermeira Priscila Oliveira, coordenadora do ambulatório desta instituição, pelo apoio e incentivo na realização do grupo.

Às gestantes que participaram do estudo, pelo carinho, atenção e confiança que foi a mim proporcionado e permitiu a realização deste estudo.

Ao meu querido marido, Danon e ao meu amado filho, Gabriel pela compreensão nos momentos que estive ausente e o respeito as minhas decisões, sempre com palavras de incentivo e apoio, me motivando a fazer o meu melhor. Amo vocês!

Aos meus amigos mais que especiais, Jaqueline, Juan e Laiz, que me incentivaram muito para a conclusão desta pesquisa.

Aos amigos e colegas de residência, pelos dois anos de diária e intensa convivência.

Aos familiares e amigos, que estiveram ao meu lado, me encorajando a seguir sempre em frente. Sem a força que recebi de cada um de vocês, essa conquista teria sido muito mais difícil.

## EPÍGRAFE

*“O conhecimento nos faz responsáveis.”*

*(Che Guevara)*

## RESUMO

Trata-se de um trabalho de conclusão de curso de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Universidade Federal do Rio de Janeiro. O estudo teve como objetivos: 1 - identificar quais principais dúvidas relacionadas ao processo de trabalho de parto; 2 - esclarecer sobre o processo de trabalho de parto e parto, e apresentar os métodos não farmacológicos que podem ser aplicados durante o trabalho de parto; 3 - analisar de que forma as intervenções educativas propostas contribuíram para o seu processo de trabalho de parto e parto, por meio de ação educativa intitulada “Passaporte para o parto”, realizada no ambulatório da ME-UFRJ no pré-natal, no período de Dezembro de 2015 e Julho de 2016. O desenho de pesquisa se definiu como abordagem qualitativa, descritiva e intervencionista. A técnica de coleta de dados foi realizada por meio de grupo focal com aplicação de instrumentos próprios para sua obtenção. A análise dos dados foi dividida em duas etapas, a pré-parto e pós-parto, sendo a primeira analisada por análise de conteúdo de Bardin e análise temática descrita por Minayo. Na segunda etapa, pós-parto, para responder ao terceiro objetivo do estudo, foi quantificada a resposta afirmativa ou negativa para o impacto causado após participação na ação educativa em grupo e transcrito os textos produzidos pelas participantes, na íntegra. Após análise dos dados, podemos sugerir a confirmação de nossa hipótese, em que existem dúvidas e inquietações por parte das gestantes relacionadas ao evento, trabalho de parto e parto; e o emprego de ações educativas durante o pré-natal é um importante instrumento que beneficia o trabalho de parto e parto, sendo este enfrentado com mais segurança, autonomia e consequente satisfação da parturiente, bem como o incentivo na participação do acompanhante nestas ações educativas para que estejam mais preparados a prestar o apoio necessário durante o trabalho de parto e parto.

Palavras-chave: Parto humanizado. Métodos não farmacológicos de alívio da dor. Educação em saúde.

## **ABSTRACT**

This is a work completion for Multidisciplinary Residency in Perinatal Health, Federal University of Rio de Janeiro. The study aimed to: 1 - identify key questions related to the labor process; 2 - clarify the process of labor and delivery, and present the non-pharmacological methods that can be applied during labor; 3 - to examine how educational interventions proposed contributed to your labor and delivery process through educational activity entitled “Passport to delivery”, held at the clinic of the ME-UFRJ prenatally, during the period December 2015 and July 2016. The study design defined as qualitative, descriptive and interventional approach. The data collection technique was done through focus group with application of instruments to obtain it. Data analysis was divided into two stages, the antepartum and postpartum, the first analyzed by Bardin content analysis and thematic analysis described by Minayo. In the second stage, postpartum, to respond to the third objective of the study was quantified affirmative or negative response to the impact after participation in educational action group and transcribed the texts produced by the participants in full. After analyzing the data, we suggest the confirmation of our hypothesis, that there are doubts and concerns on the part of pregnant women related to the event, labor and delivery; and the use of educational activities during prenatal care is an important tool that benefits labor and delivery, which is faced with more security, autonomy and consequent satisfaction of the mother, as well as encouraging the passenger's participation in these educational activities to they are more prepared to provide the necessary support during labor and delivery.

**Keywords:** Humanizing delivery. Non-pharmacological methods of pain relief. Health education.

## **LISTA DE SIGLAS**

EVA – Escala Visual Analógica.

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetricia.

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica.

IG – Idade Gestacional.

ME-UFRJ – Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

MNF's – Métodos não farmacológicos.

MS – Ministério da Saúde.

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

ONU – Organização das Nações Unidas.

OPAS – Organização Pan Americana da Saúde.

PA – Pressão Arterial.

PHPN – Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento.

SMS – Secretaria Municipal de Saúde.

SUS – Sistema único de Saúde.

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

UI – Unidades Internacionais.

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância.

URN – Unidade de Recuperação Nutricional.

US – Ultrassonografia.

UTI – Unidade de Terapia Intensiva.



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociais de gestantes participantes do grupo Passaporte para o parto, atendidas no ambulatório a ME-UFRJ, 2016.....	23
Tabela 2 – Características de idade gestacional, número de gestações e tipo de parto de participantes do grupo Passaporte para o parto atendidas no ambulatório da ME-UFRJ, 2016.....	23
Tabela 3 – Respostas afirmativas e negativas, sobre dúvidas no trabalho de parto, de participantes do grupo Passaporte para o parto atendidas no ambulatório da ME-UFRJ, 2016.....	24
Tabela 4 – Participantes concluintes da pesquisa; partos realizados em outras instituições e partos realizados com a presença de doulas, de participantes do grupo Passaporte para o parto atendidas no ambulatório da ME-UFRJ, 2016.....	36
Tabela 5 – Números de partos normais e partos cesária; número de acompanhantes e especificação de acompanhante; utilização dos métodos não farmacológicos e não utilização dos métodos por partos agendados, de participantes do grupo Passaporte para o parto atendidas no ambulatório da ME-UFRJ, 2016.....	37
Tabela 6 – Número e especificação de métodos não farmacológicos utilizados durante o trabalho de parto, de participantes do grupo Passaporte para o parto atendidas no ambulatório da ME-UFRJ, 2016.....	38

## SUMÁRIO

<b>1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 Objetivo geral e específico .....</b>	<b>12</b>
<b>1.2 Justificativa e Relevância.....</b>	<b>13</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1 Políticas públicas de atenção à gestação e recém nascidos.....</b>	<b>14</b>
<b>2.2 Rede Cegonha e Cegonha Carioca.....</b>	<b>15</b>
<b>2.3 Enfermagem Obstétrica.....</b>	<b>16</b>
<b>2.4 Educação em Saúde.....</b>	<b>17</b>
<b>3. MÉTODOS E TÉCNICAS DE ESTUDO.....</b>	<b>18</b>
<b>3.1 Metodologia da coleta de dados.....</b>	<b>19</b>
<b>4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>22</b>
<b>4.1 Dinâmica dos encontros.....</b>	<b>22</b>
<b>4.2 Primeira etapa de coleta de dados.....</b>	<b>23</b>
<b>4.3 Categorização de dúvidas apresentadas.....</b>	<b>25</b>
4.3.1 Categoria 1 – Dor no trabalho de parto: Tenho medo da dor!.....	25
4.3.2 Categoria 2 – Sinais de trabalho de parto: Como sei que estou entrando em trabalho de parto? / Tempo de trabalho de parto: Será que vão insistir por muito tempo?.....	28
4.3.3 Categoria 3 – Riscos do parto: Quais riscos tenho durante o parto? .....	31
4.3.4 Categoria 4 – Escolha do tipo de parto: Posso escolher meu tipo de parto? .....	33
4.3.5 Categoria 5 – Indução do trabalho de parto: A indução é mais dolorosa, como funciona?.....	35

<b>4.4 Segunda etapa da coleta de dados: puerpério.....</b>	<b>38</b>
4.4.1 Sobre o trabalho de parto e parto.....	38
4.4.2 Sobre o impacto no trabalho de parto e parto, após ação educativa em grupo.	40
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>45</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>47</b>
<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>49</b>
<b>APÊNDICE B .....</b>	<b>50</b>
<b>APÊNDICE C.....</b>	<b>51</b>
<b>APÊNDICE D .....</b>	<b>53</b>
<b>APÊNDICE E.....</b>	<b>54</b>

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A gestação e o parto são vivenciados como processo singular na vida reprodutiva de mulheres, homens e suas famílias, e constituem uma experiência enriquecedora a todos os envolvidos. Os profissionais de saúde desempenham um importante papel para o desfecho favorável desse evento, com o emprego do conhecimento a serviço do bem estar do binômio mãe-bebê. As intervenções realizadas pelo profissional de saúde em acompanhamento de gestantes e sua rede de apoio se iniciam desde o pré-natal onde a orientação e esclarecimento também fazem parte do cuidado integral ao indivíduo, acrescentando-se às técnicas de intervenção necessárias ao respeito à individualidade e o protagonismo da mulher em todo o percurso gestatório e parturitivo (BRASIL, 2001, p.9).

Durante o ciclo gravídico é de fundamental importância a implementação de práticas educativas que enfoquem o momento mais esperado, o nascimento. O preparo para o parto deve ser iniciado o mais precocemente durante o pré-natal e deve tratar dos aspectos físicos e emocionais relacionados ao parto, proporcionando atividades que possibilitem a experiência do trabalho de parto e parto como processo natural, por meio de orientações e aconselhamentos sobre as mudanças corporais e emocionais inerentes à gestação e parto, bem como cuidados ao recém-nascido e amamentação. A inserção do acompanhante em todo este contexto também é imprescindível para que a mulher possa se sentir mais segura e acolhida em um dos momentos mais íntimos e ímpares de sua vida: gerar e parir o seu filho (BRASIL, 2001, p. 26).

O interesse pela temática da humanização do parto e nascimento surgiu a partir de experiência enquanto aluna do Curso de Residência Multiprofissional da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME-UFRJ), adquirida no cenário do Centro Obstétrico, em estágio curricular, no período de março/2014 à Julho /2014.

Nesta ocasião, pude observar os medos, inquietações, dúvidas e principalmente o desconhecimento do processo parturitivo pelas mulheres, o que gerava estresse e a possibilidade de dificuldades à evolução fisiológica do parto. Em observação empírica, pude perceber que estas mulheres careciam de informações profissionais acerca das fases evolutivas do trabalho de parto, entendendo que este conhecimento poderia torná-las mais participativas no processo.

Em visita técnica ao **Hospital São João**, na cidade do Porto – Portugal, tive a oportunidade de acompanhar, no ambulatório de pré-natal do Hospital, a “preparação para o

parto e parentalidade”, atividade realizada pela equipe de enfermeiras do serviço, disponibilizada às pacientes à partir de 28 semanas de gestação, podendo ocorrer, parte no hospital, parte no Centro de Saúde.

Em contato com as usuárias do serviço, pude ouvir muitas opiniões positivas a respeito desta atividade. A participação é ativa, quer sejam primíparas ou múltiparas. Além das importantes informações, estas mulheres também expressavam o prazer que tinham ao participar, considerando os encontros, momentos de socialização e integração das mulheres entre si e também com a equipe.

A observação que pude realizar dos efeitos positivos dessa prática suscitaram o desejo de desenvolver uma atividade similar, que se enquadrasse nos moldes da realidade vivenciada na ME-UFRJ.

A insegurança ou desconhecimento por parte das parturientes e seus acompanhantes dos processos inerentes ao trabalho de parto e parto, com o subaproveitamento dos recursos benéficos ao seu processo parturitivo disponibilizados pela instituição, foram estabelecidos como problema de pesquisa.

Como objeto de estudo temos as intervenções de educação em saúde no ambulatório de pré-natal em um grupo de mulheres com idade gestacional (IG) superior a 28 semanas assistidas no ambulatório de pré-natal da ME-UFRJ.

Em concordância com a temática abordada, formulou-se como questão norteadora do presente estudo: O grupo de gestantes “Passaporte para o parto” contribui para um melhor enfrentamento do trabalho de parto e parto?

### **1.1 Objetivo geral e específico**

O objetivo traçado para realização da coleta de dados foi empregar ação educativa em grupo durante o pré-natal, utilizando-se deste método para o alcance de gestantes participativas do seu processo parturitivo.

Como objetivos específicos para a pesquisa foram traçados:

1 - Identificar quais principais dúvidas relacionadas ao processo de trabalho de parto e parto.

2 - Esclarecer sobre o processo de trabalho de parto e parto e apresentar os métodos não farmacológicos que podem ser aplicados durante o trabalho de parto, com vistas à participação ativa da mulher.

3 - Analisar de que forma as intervenções educativas propostas contribuíram para o seu processo de trabalho de parto e parto.

## **1.2 Justificativa e relevância**

Considerando o que é preconizado nas políticas públicas de saúde do Brasil de acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS), faz-se necessário o desenvolvimento de novas estratégias e ações assistenciais no pré-natal que contribuam para instrumentalizar as gestantes para tornarem-se protagonistas do seu processo parturitivo, favorecendo então a minimização ou inexistência de intercorrências que coloquem em risco a saúde do binômio.

A iniciativa de criação de ação assistencial como novo recurso clínico fez-se necessária para a obtenção de informações mais concretas sobre as inquietudes que permeiam o ciclo gestacional e parturitivo nos aspectos físicos e emocionais que possam interferir no trabalho de parto, parto e período puerperal.

Com a identificação dos mesmos foi possível empregar as atividades de educação em saúde, possibilitando a formação do arcabouço de conhecimentos para o sujeito em questão, mulheres e família. A autonomia, escolha informada e/ou compartilhada devem ser estimuladas para obtenção do cuidado integral e humanizado.

Esta estratégia objetivou ser um agente facilitador da relação paciente e profissional de saúde e buscou aprimorar e individualizar a assistência prestada, levando a consequente benefício à parturiente e ao recém-nascido.

## 2 MARCO TEORICO

### 2.1 Políticas públicas de atenção á gestação e recém nascidos.

O Ministério da Saúde em parceria com a FEBRASGO, UNICEF e OPAS, em 1996, lançou o Projeto Maternidade Segura – Assistência ao Parto Normal: Um guia prático, para a melhoria na qualidade da assistência ao parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2001, p. 18).

O Projeto Maternidade Segura, produzido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), classificou as recomendações sobre as práticas relacionadas ao parto normal em 04 (quatro) categorias: a) Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, b) Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, c) Práticas em relação as quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão, d) Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (OMS, 1996, p. 4-5)

Essas categorias viabilizam o objetivo da assistência ao parto normal que é ter mãe e bebê saudáveis, com análise crítica sobre a necessidade de intervenção, com o mínimo de segurança (OMS, 1996, p.5). E ainda, as Metas do Milênio, que no ano 2000 foram estabelecidas pela Organização das Nações Unidas (ONU), com o apoio de 191 nações, como oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), dentre eles “a melhoria na saúde das gestantes” (ODM, 2014, p.6).

Em junho de 2000, o Ministério da Saúde (MS) por reflexos dos estímulos internacionais políticos supra citados, por meio da Portaria n° 569/GM instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, com o objetivo de desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso e melhoria da qualidade na assistência (BRASIL, 2000).

A Política de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), lançada em 2002, preconiza a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal e na assistência ao parto e puerpério às gestantes e aos recém-nascidos, e reforça a adoção de medidas benéficas para o acompanhamento do parto e nascimento, evitando assim praticas intervencionistas desnecessárias (BRASIL, 2002, p.5).

A PHPN está estruturada em princípios que destacam os direitos da mulher no acompanhamento pré-natal adequado, como: realizar a primeira consulta pré-natal até o 4° mês de gestação; garantir no mínimo seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre; consulta de

puerpério até quarenta e dois dias do pós-parto; aplicação de vacinas; classificação de risco gestacional e garantia de atendimento especializado em unidade de referência; garantir a realização de exames laboratoriais e inclui ainda como uma das atividades, dentre outras, a garantia da participação de gestantes em ações educativas que contribuam para o processo do parto e nascimento. Todas estas ações têm como objetivo a redução das altas taxas de mortalidade materna, perinatal e neonatal no país (Brasil, 2002, p.6).

Dentro do contexto de Humanização inclui-se o direito ao acompanhante que foi sancionado pela Lei nº11.108 de 7 de Abril de 2005, que torna obrigatório permitir a permanência de 1 (um) acompanhante de livre escolha da gestante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005).

O acompanhante desempenha importante papel no suporte emocional e na participação ativa da parturiente durante o trabalho de parto. Em contrapartida também se faz necessária a sensibilização dos profissionais para a mudança de paradigma, dada a relevância do acompanhante como parte da assistência.

## **2.2 Rede cegonha e cegonha carioca**

Por meio da portaria nº 1.459 de 24 de Junho de 2011, foi instituído no âmbito do Sistema único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha, que tem como objetivo:

- I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção a saúde da mulher e á saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero a vinte e quatro meses;
- II – organizar a Rede de atenção materna e infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e
- III – reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

No Rio de Janeiro, foi implantado o projeto, “Cegonha Carioca”, que objetiva a humanização da assistência e a garantia de acesso às maternidades do município do Rio de Janeiro para gestantes desde o pré-natal ao parto, com o incentivo de adesão ao pré-natal e consequente redução da mortalidade materna e neonatal (SMS, 2010, p.2).

Neste programa, a gestante cadastrada em uma unidade de saúde do município onde realiza o pré-natal é encaminhada a maternidade de referência com garantia do seu acesso e serviço de atendimento móvel 24 horas, com transporte da residência para a maternidade. Ainda no terceiro trimestre de gestação é realizada a visita de apresentação da maternidade de referência, onde ocorrerão ações educativas sobre os sinais de trabalho de parto e ao final recebem o enxoval para o bebê (SMS, 2010, p.4).



Com a redução das taxas de cesarianas em decorrência do incentivo ao parto normal, o MS por meio da Portaria MS/GM 2.815, de 29 de Maio de 1998, inclui o enfermeiro obstetra na prática de parto normal sem distócia, com a finalidade de reconhecer a assistência humanizada prestada pela categoria profissional e fomenta técnica e financeiramente a formação em enfermagem obstétrica (BRASIL, 2001, p. 23).

### **2.3 Enfermagem obstétrica**

A atuação da enfermagem obstétrica está cada vez mais engajada na assistência humanizada e centrada no sujeito, respeitando seus valores, crenças e culturas, o que tem permitido a ascensão da categoria, com profissionais cada vez mais especializados e garantindo a sua autonomia com a comprovação de práticas baseadas em evidências.

A adequação da assistência à gestante em trabalho de parto e no parto propriamente dito, tem promovido o encorajamento e a desvinculação de mitos sobre o parto, como um evento traumático, doloroso e perigoso. A dor é subjetiva e influenciada pelos aspectos emocionais e vivências anteriores da parturiente, portanto o alívio da dor pode ser alcançado por meios farmacológicos e não farmacológicos como substituição aos anestésicos e analgésicos (SILVA, STRAPASSON, FISCHER, 2011, p. 262).

Os métodos não farmacológicos do alívio da dor (MNF's), são ofertados com a finalidade de tornar o parto mais natural possível e objetiva minimizar o estresse e aumentar o grau de satisfação; os métodos utilizados são terapia de mobilidade, como a deambulação, movimentos de rotação na bola suíça e cavalinho, que auxiliam no relaxamento e melhor progressão do trabalho de parto. Massagens manuais, massageadores elétricos ou manuais, respiração e relaxamento muscular que promovem o conforto (OP. Cit).

A hidroterapia com banho em chuveiro ou à jato (hidromassagem), com água morna, promove sensação de conforto e relaxamento, o início dessa prática é recomendado entre 5 (cinco) e 8 (oito) centímetros de dilatação. A execução dos métodos não farmacológicos do alívio da dor pelo acompanhante se mostra muito eficaz, com redução significativa da dor. Para tanto, deve-se incentivar a participação do acompanhante desde o pré-natal, é importante que esteja consciente sobre quais atividades poderá desenvolver para uma participação colaborativa (SILVA, STRAPASSON, FISCHER, 2011, p. 266).

## 2.4 Educação em saúde

A educação em saúde tem importante papel na construção do saber do indivíduo, ela possibilita a imersão do mesmo no cuidado próprio trazendo assim reflexões sobre suas decisões em relação a sua saúde, não sendo apenas de caráter informativo, mas pretende atingir de fato a cada usuário do serviço de saúde, fazendo assim com que se torne mais capacitado a entender os processos que norteiam a assistência.

De acordo com Paulo Freire (2003) a educação é a busca constante do indivíduo por conhecimento e o torna capaz de dinamizar o seu processo de mudança social.

Em contrapartida temos os profissionais de saúde como alicerces da educação em saúde, são os promotores do saber; saber este que deve ser valorizado e compartilhado de forma clara, possibilitando assim a interação, problematização e a busca de uma solução de acordo com as possibilidades de cada indivíduo, não podendo ser engessada sobre o seu próprio saber.

Ser educador em saúde significa ser um agente facilitador, construtor e transformador, viabilizando a consciência crítica do indivíduo cada qual com o seu contexto de vida, respeitando sua condição social, cultural, religiosa e psicológica.

Paulo Freire (2004) em seu livro, “Pedagogia da Autonomia”, refere:

“Saber que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção.”.

Neste contexto, Bessa (2010), reafirma a teoria com ênfase na educação em saúde prestada à gestantes. Acredita-se que a mesma favorece a troca de saberes e o fortalecimento interpessoal entre gestantes, familiares e profissionais de saúde e que ações educativas favorecem o compromisso de cada indivíduo com a sua qualidade de vida, conquista da cidadania e a humanização do atendimento.

Considera-se assim a ação educativa como uma estratégia eficaz para a humanização do parto e nascimento, ao contribuir para melhor relação entre pacientes e profissionais e configurar mais segurança junto às parturientes que passaram pelo processo educacional.

### 3 MÉTODOS E TÉCNICAS DE ESTUDO

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e intervencionista. Com esta abordagem foi possível apresentar um delineamento da realidade, fazendo a análise das expressões humanas presentes nas relações, nos sujeitos e nas suas representações registrando, analisando e interpretando a natureza atual ou o processo dos fenômenos.

Para Minayo (1999, p.21-22) a abordagem qualitativa:

“Responde a questões particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.”

O método de pesquisa utilizado foi o grupo focal, que permite a coleta de dados a partir da interação grupal e possibilita a participação ativa dos sujeitos envolvidos, permitindo que os temas abordados sejam problematizados, gerando reflexões e perguntas próprias acerca das transformações da realidade. Dias (2000, p. 3) refere como objetivo identificar percepções, sentimentos, atitudes e ideias dos participantes a respeito de um determinado assunto, produto ou atividade.

Backes e et. al. (2011, p. 438), definem grupo focal como:

“(...) uma entrevista em grupo, na qual a interação configura-se como parte integrante do método. No processo, os encontros grupais possibilitam aos participantes explorarem seus pontos de vista, a partir de reflexões sobre um determinado fenômeno social, em seu próprio vocabulário, gerando suas próprias perguntas e buscando respostas pertinentes à questão sob investigação.”

A pesquisa de intervenção esteve presente no estudo que além das observações do sujeito e do meio propõe a transformação da realidade como consequência da produção. De acordo com Rocha (2003, p. 64) define-se como pesquisa intervenção:

“(...) Na pesquisa-intervenção, a relação pesquisador/ objeto pesquisado é dinâmica e determinará os próprios caminhos da pesquisa, sendo uma produção do grupo envolvido. Pesquisa é, assim, ação, construção, transformação coletiva, análise das forças sócio-históricas e políticas que atuam nas situações e das próprias implicações, inclusive dos referenciais de análise.”

O cenário do presente estudo foi o ambulatório da ME-UFRJ, onde foram coletados os dados. Esta Instituição, prestadora de serviços ao SUS, passa por momento de alteração no perfil devido às demandas. São atendidas especialidades no ambulatório de pré-natal, como: gestação molar, gemelar, hipertensão arterial sistêmica (HAS) pré-gestacional ou gestacional, diabetes, gestantes pós-cirurgia bariátrica, dentre outras, além de abordar algumas patologias fetais, com o serviço de Medicina Fetal em amplo crescimento.

Conta com emergência 24 horas, setor de ultrassonografia, lactário, UTI neonatal, alojamento canguru e URN, alojamento de nutrízes, alojamento conjunto, centro cirúrgico/obstétrico e sala de parto, que dispõe de tecnologias não farmacológicas de alívio da dor, como: deambulação, movimentos de agachamento, bola suíça, aromoterapia, escalda pés, musicoterapia, banho morno, massagem e respiração, que atuam não somente no alívio da dor, mas repercutem em redução do tempo de trabalho de parto.

Como citado anteriormente, a proposta para técnica de coleta de dados foi o grupo focal que permitiu aos participantes da pesquisa, a pró-atividade com reflexões e geração de suas próprias perguntas sobre a temática em questão.

### **3.1. Metodologia de coleta de dados**

O grupo foi realizado duas vezes por semana com duração de 1h30 a 02h, com dias e horários pré-estabelecidos em agenda específica, e número máximo de 6 (seis) gestantes e com a livre participação de acompanhantes a cada dia (APÊNDICE A). O local escolhido para realização do grupo foi o auditório do ambulatório localizado no 2º andar. A divulgação e convite à participação no grupo foi realizado por meio de indicação de profissionais, convites impressos, banners e folders situados em locais estratégicos da ME-UFRJ (APÊNDICE B)

Para se caracterizar como sujeito da pesquisa foram necessários os seguintes critérios de inclusão: mulheres com IG superior a 28 semanas; estar cadastrada no pré-natal da ME-UFRJ e a participação mínima de 2 (dois) encontros no grupo focal para obtenção de dados mais concretos na fase final do estudo. Como critérios de exclusão elencamos: não ser gestante; estar realizando pré-natal em outra Instituição que não seja a ME-UFRJ.

Para amostra, considerou-se por conveniência, as mulheres assistidas no ambulatório em questão entre dezembro de 2015 e Julho de 2016.

Foi pactuado entre os pesquisadores e o serviço, que frente às alterações clínicas que levassem a suspeita de parto prematuro, seria realizado apenas a abordagem teórica, evitando práticas abusivas à desfechos perinatais desfavoráveis.

O convite à participação no estudo foi realizado após a informação verbalizada sobre o objetivo da pesquisa, esclarecendo que é garantida a liberdade de recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa sem qualquer prejuízo ou penalização no seu cuidado. Após o aceite, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). (APÊNDICE C).

Cada encontro foi constituído de 3 (três) momentos: (1) apresentação dos participantes, com o preenchimento do “Questionário sociodemográfico e de história obstétrica”, constituído por perguntas semiestruturadas (APÊNDICE D); (2) exposição do tema, onde a partir dos dados obstétricos coletados via instrumento supracitado, a temática era abordada; e (3) plantão de dúvidas, espaço reservado para questionamentos pertinentes a intervenção desenvolvida.

Pra otimizar o segundo momento contamos com apoio multimídia, com apresentações de slides e vídeos sobre o desenvolvimento do feto, fisiologia da gestação, fisiologia do parto, as técnicas não farmacológicas de alívio da dor, relaxamento e respiração. Seguido por atividade prática, onde era proposto o exercício supervisionado pela pesquisadora, das técnicas ensinadas teoricamente. Também houve colaboração de materiais ilustrativos como apoio, como o instrumento institucional que evidencia as práticas executadas na unidade de intervenção.

Concretizada as atividades teórico-práticas, foi realizada entrevista com cada uma das participantes do grupo no período puerperal, com aplicação do instrumento semiestruturado com perguntas fechadas e uma pergunta aberta, que tem por finalidade investigar o impacto pessoal da capacitação vivenciada no grupo durante o trabalho de parto e parto (APÊNDICE E).

Para alcance do primeiro objetivo específico, que é “Identificar quais principais dúvidas relacionadas ao processo de trabalho de parto e parto” através do instrumento pré-parto, utilizou-se a lógica da análise de conteúdo de Bardin (1977) , que define que a partir da linguagem, é possível desvendar dos distintos núcleos de sentido que constituem a comunicação, ou seja, realizar o desmembramento do texto em unidades e realizar o seu (re) agrupamento em categorias ou classes.

Foi utilizada a técnica de análise temática, que segundo Minayo (1999, p. 209) consiste em “descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”.

Nesse sentido, os depoimentos provenientes das respostas foram analisados respeitando-se a individualidade e a especificidade de cada participante da pesquisa, porém os seus discursos foram agrupados em categorias, de acordo com os temas que emergiram das escritas das gestantes.

Após a realização da pré-análise, como primeira etapa a fim de descobrir os núcleos de sentido das escritas, segue a segunda etapa: “analítica”, que é caracterizada pela exploração e análise do material, ao realizar uma nova leitura das respostas na íntegra, agrupando-as nas unidades temáticas pré-definidas, permitindo desta forma, a leitura com maior clareza da realidade investigada.

Para abranger o terceiro objetivo específico, que é “Analisar de que forma as intervenções educativas propostas contribuíram para o processo de trabalho de parto e parto”, utilizou-se o instrumento pós-parto, ao quantificar e descrever os itens investigados, classificando os mais incidentes.

## **4 ANALISE E DISCUSSÃO**

### **4.1 Dinâmica dos encontros**

Os grupos ocorrerem em dois dias da semana (segundas e quintas-feiras), no período entre dezembro de 2015 e Julho de 2016. Neste período, nem todas as mulheres que propusemos o trabalho aderiram à proposta, devido a isso obtivemos um “N” de 37 mulheres no estudo, com duração de cada encontro entre 1h30 a 2h.

A cada encontro eram realizadas apresentação dos integrantes, expectativas relacionadas ao parto, preenchimento do formulário de histórico social e obstétrico, respondendo a pergunta final sobre quais as dúvidas pertinentes ao trabalho de parto e parto. A partir das respostas, iniciávamos o diálogo sobre o tema. Posteriormente iniciava-se a atividade prática, com a utilização de colchonetes, bola suíça, música e penumbra, conforme descrito no método.

Nesse momento, eram apresentadas as atividades que poderiam ser desenvolvidas no centro obstétrico, durante o trabalho de parto, com técnicas de respiração, relaxamento, movimentos circulares com a bola suíça, massagem manual e com dispositivos próprios, posicionamento para o toque, lateralidade e adicionando-se informações de acordo com a demanda de cada grupo, sempre com incentivo a inserção do acompanhante em todo o processo.

Como já relatado anteriormente, ao todo participaram do grupo 37 gestantes, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Apenas uma solicitou exclusão de sua participação, restando 36 participantes inclusas na pesquisa, em sua maioria com a presença do acompanhante, podendo este ser o marido, amiga, mãe, sogra ou qualquer outra pessoa de sua escolha.

Inicialmente foi solicitado o comparecimento a três encontros; dois encontros para participação do grupo de capacitação e um último para finalizar a coleta de dados. Porém, devido à dificuldade de agendamento por parte das mesmas o estudo prosseguiu com apenas um encontro para a capacitação no grupo. A justificativa apresentada pelas mesmas para não retornar ao novo encontro foram referidas de forma diversificada, sendo relatado pelas próprias gestantes: não haver tempo para retornar, por motivos pessoais; por terem suas dúvidas sanadas em apenas um encontro e mulheres que já estariam muito próximas do evento, parto.

#### 4.2 Primeira etapa da coleta de dados

Após apresentação dos integrantes do grupo e conhecendo um pouco sobre suas expectativas para o parto, foi distribuído o formulário de histórico social e obstétrico, sendo a primeira etapa da coleta de dados, que compilou os dados expostos em tabelas específicas apresentadas a seguir.

Tabela 1 – características sociais de gestantes participantes do grupo Passaporte para o parto, atendidas no ambulatório da ME-UFRJ, 2016

IDADE		ESTADO CIVIL		ESCOLARIDADE	
27 A 32	%	CASADA	%	ENSINO MÉDIO	%
11	30,55	15	41,66	12	33,33

Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2016.

A idade das participantes variou entre 15 e 43 anos, sendo 03 participantes de 15 a 20 anos, 08 participantes de 21 a 26 anos, 11 participantes de 27 a 32 anos, 09 participantes de 33 a 38 anos e 05 participantes de 39 á 43 anos, destas 08 eram solteiras, 15 casadas e 12 em união estável. Ao nível de escolaridade havia 03 com ensino fundamental incompleto, 01 com ensino fundamental completo, 05 com ensino médio incompleto, 12 com ensino médio completo, 08 com Ensino superior incompleto, 06 com ensino superior completo e 01 com pós graduação (tabela 1).

No que se refere à idade gestacional no momento da participação no grupo, número de gestações e escolha do tipo de parto, seguem as informações abaixo:

Tabela 2 – Características de idade gestacional, número de gestações e tipo de parto de participantes do grupo Passaporte para o parto atendidas no ambulatório da ME-UFRJ, 2016.

IG		Nº GESTAÇÕES		PARTO	
28-37 S	%	2 OU MAIS	%	NORMAL	%
28	77,77	22	61,11	30	83,33

Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2016.



Entre 28 e 32 semanas foram 14 participantes, 33 a 37 semanas 14 participantes e de 38 semanas e 40 semanas e 3 dias foram 08 participantes. Sendo 14 primigestas e 22 com dois ou mais gestações anteriores. Ao serem questionadas sobre a preferência de tipo de parto, 30 participantes optaram pelo parto normal e 06 participantes pelo parto cesariana (tabela 2).

Na construção do Histórico social e obstétrico, as mulheres foram questionadas sobre a existência de dúvidas e inseguranças sobre o trabalho de parto e parto, e tais respostas fizeram emergir núcleos de significados, cujos sentidos foram analisados segundo o referencial temático de Bardin (1970). Das participantes 25 afirmaram possuir duvidas, e 11 participantes negaram.

A tabela a seguir refere-se à questão respondida pelas participantes sobre apresentar ou não apresentar dúvidas em relação ao trabalho de parto e parto.

Tabela 3 - Respostas afirmativas e negativas, sobre dúvidas no trabalho de parto, de participantes do grupo Passaporte para o parto atendidas no ambulatório da ME-UFRJ, 2016.

<b>SIM</b>	<b>%</b>	<b>NÃO</b>	<b>%</b>
<b>25</b>	<b>69,44</b>	<b>11</b>	<b>30,55</b>

Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2016.

Observamos nesta pergunta em específico que muitas mulheres tem dúvidas sobre seu processo parturitivo, apresentado das mais diversas formas, quer sejam primíparas ou múltiparas, cada qual com sua particularidade. A dúvida permeia os mitos ou experiências pregressas positivas ou traumáticas, sendo necessária desmistificação das mesmas. O medo do desconhecido traz muitas incertezas o que faz com que o evento, parto, seja enfrentado com grau aumentado de estresse e falta de confiança por parte das mulheres (tabela 3).

Em contrapartida, encontramos mulheres que referem não ter dúvidas (tabela 3) sobre o processo parturitivo. Esta resposta apresenta-se no discurso com as justificativas de partos anteriores, busca de informações na internet, participação no projeto cegonha ou consulta de enfermagem, realizada no ambulatório onde são apresentados diversos temas relacionados ao parto e cuidados com o bebê.

Porém, mesmo referindo não ter dúvidas, frequentemente abordavam temáticas mais específicas tecnicamente como, episiotomia, clampeamento tardio de cordão umbilical,

utilização de ocitocina e métodos não farmacológicos que poderiam ser utilizados durante o trabalho de parto; aspectos melhor descritos na tabela seguinte.

Analisando as respostas, podemos observar que independente da afirmativa ou a negativa relacionada a dúvidas, todas sem exceção apresentaram alguma demanda relacionada à temática proposta em grupo.

### **4.3 Categorização de dúvidas apresentadas.**

Trazemos agora a transcrição destas perguntas que foram trabalhadas juntamente com a teoria e prática proposta ao grupo. Após a identificação das principais dúvidas os mesmos foram agrupados e destes emergiram as 05 (cinco) categorias: Dor no trabalho de parto, Sinais de trabalho de parto/Tempo de trabalho de parto, Riscos do parto, Escolha do tipo de parto, Indução do trabalho de parto.

#### 4.3.1 - Categoria 1- Dor no trabalho de parto: Tenho medo da dor!

Nesta categoria surgiram as seguintes falas:

*“O que eu posso fazer para aliviar as dores das contrações? Mas ajudando no trabalho de parto?”*

*(Gestante 19)*

*“A dor medo de não ter força!”*

*(Gestante 14)*

*“As contrações duram quantos minutos e intervalo?”*

*(Gestante 24)*

*“Tenho algumas contrações, não sei se devo confiar, geralmente não tenho dor durante elas. Gostaria de saber se posso entrar em trabalho de parto sem dor?”*

*(Gestante 12)*

*“Caso eu sinta muita dor, posso pedir anestesia?”*

*(Gestante 24)*

*“Dor (Intensidade)”*

*(Gestante 28)*

*“Dor no parto”*

*(Gestante 5)*

*“Evolução e intensidade da dor?”*

*(Gestante 34)*

*“Medo da dor”*

*(Gestante 15)*

*“O que alivia a dor..”.*

*(Gestante 25)*

*“Dor, anestesia e como vai ser o parto”*

*(Gestante 8)*

*“Sobre as dores, contrações e como amamentar?”*

*(Gestante 6)*

De acordo com os núcleos formados, foram abordadas questões relacionadas a intensidade, incidência e métodos para a redução de dor, e para o entendimento dos mesmos foi realizada a abordagem teórica e prática descrita anteriormente, para melhor enfrentamento deste processo com praticas de respiração, relaxamento, musicoterapia e descrição do tipo de dor, sabendo-se que a dor é subjetiva e dependente do limiar de cada indivíduo.

Os métodos não farmacológicos que podem ser utilizados durante o processo foram expostos e realizados como forma de treinamento para o parto. Neste momento pude observar certa segurança para o enfrentamento da dor, onde pudessem dispor de outras formas de aliviá-la, sempre com o apoio dos acompanhantes presentes.

De acordo com Mamede (2007), sobre a fisiologia da dor, sabe-se que esta é subjetiva, única e influenciada por diversos fatores que incluem cultura, ansiedade, experiências anteriores, preparação para o parto e o suporte ofertado para este momento.

A dor representa um dos sintomas do início de trabalho de parto, com o componente mais importante, a dilatação cervical, somado a outros fatores como contração rítmica, com a distensão das fibras uterinas e do canal de parto, tração de anexos e peritônio, pressão na uretra, bexiga, estruturas pélvicas e pressão sobre as raízes do plexo lombo-sacro (BRASIL, 2001).

A inervação uterina é autonômica mediada principalmente pelo Sistema Nervoso Simpático, que conduz estímulos de características viscerais, com aferências no Sistema nervoso central no nível de vértebras torácicas T10, T11, T12 e vértebra lombar L1. Com a evolução do trabalho de parto e progressão da apresentação do concepto a dor aumenta em decorrência da distensão do períneo (REZENDE, 2013).

O nervo pudendo é formado por fibra de S2, S3, S4 (sacra) que inerva a maior parte da região perineal, os impulsos nociceptivos são conduzidos por fibras A $\delta$  e C, onde penetram pelo corno dorsal e fazem sinapse com os neurônios. Todo esse processo provoca respostas reflexas de centros hipotalâmicos, estrutura límbica e mecanismos psicodinâmicos de ansiedade e apreensão. (BRASIL, 2001)

Não podemos subestimar a dor de qualquer indivíduo, ela é única e dependente do limiar de cada um sabendo-se que ele é um importante sinal e acarreta em alterações metabólicas, comportamentais e psicológicas.

A mensuração da dor pode ser realizada pela aplicação de escalas de dor, podendo ser utilizadas a Escala de intensidade da dor numérica de 0 – 10 sendo classificada em sem dor, dor moderada e pior dor possível ou a Escala Analógica Visual (EVA), representada por fâcias de dor. Ambas são implementadas a partir da verbalização do paciente, referindo numericamente ou analogicamente a intensidade de sua dor. (BRUNNER, 2009)

As Portarias do Ministério da Saúde (MS) 2.815 de 1998 e posteriormente, a 572 de 2000, garantem à mulher a assistência ao parto com controle da dor quando necessário, que incluem a analgesia de parto realizada por médico anestesiológico. (BRASIL, 2001).

O método não farmacológico de alívio da dor deve ser aplicado para a redução das intervenções farmacológicas durante o processo parturitivo, e o profissional que utiliza desta tecnologia considerada leve-dura, deve aplicá-la com base em conhecimento técnico científico para efetivo benefício à parturiente e ao bebe.

De acordo com Gayeski (2010), os métodos não farmacológicos nem sempre reduzem a dor efetivamente, mas reduzem os níveis de estresse e ansiedade, prevenindo assim a hiperventilação e conseqüente alcalose respiratória, o que reduz a liberação de catecolaminas contribuindo para melhor perfusão placentária e menores chances de acidose fetal, possibilitando melhores resultados neonatais.

4.3.2 - Categoria 2- Sinais de trabalho de parto: Como sei que estou entrando em Trabalho de parto? / Tempo de trabalho de parto: Será que vão insistir por muito tempo?

Essa categoria se apresenta em quase totalidade do grupo, não apenas nas primigestas, todas ainda tem dúvidas sobre a real necessidade de ir a maternidade no aparecimento de algum sinal ou sintoma. A preocupação sobre a peregrinação em maternidades, a subvalorização de suas queixas por parte dos profissionais, a possibilidade de ter um parto extra-hospitalar faz com que gestantes apresentem muita tensão quando se aproxima o momento tão esperado do parto, conflitos estes evidenciados nas seguintes falas:

*“Contrações, como é?”*

*(Gestante 27)*

*“Quando estourar a bolsa “em casa”, como proceder?”*

*(Gestante 24)*

*“Sinais de trabalho de parto”*

*(Gestante 25)*

*“Qual é o momento certo?”*

*(Gestante 12)*

A orientação sobre os sinais de trabalho de parto são de extrema importância para estas mulheres e próximos, sendo necessário que sejam repetidos até que sejam apreendidos pelas mesmas. Foram apresentados os principais sinais de alerta, perda de tampão mucoso, contrações e perda de líquido amniótico, com as orientações sobre quando procurar assistência.

Um dos principais sinais de início do trabalho de parto são as contrações uterinas, sendo necessária a diferenciação das contrações de Braxton-Hicks, que ocorrem em maior intensidade no terceiro trimestre de gestação (REZENDE, 2013).

O trabalho de parto tem por definição a presença de contrações uterinas com intervalos regulares, entre 3 e 5 minutos, com duração de 20 a 60 segundos, com progressão da frequência e intensidade, não diminuindo ao repouso, somado ao apagamento e dilatação progressiva do colo uterino. (BRASIL, 2001. p.39-40)

A perda do tampão mucoso e rompimento das membranas são sinais de alerta ao trabalho de parto, porém não são definitivos para o diagnóstico de seu início, visto que podem ocorrer semanas antes ao início do trabalho de parto efetivo, tendo a ruptura prematura de membranas seu tratamento específico em determinados casos.

Observamos nas frases abaixo a insegurança e medo no que se refere ao tempo de trabalho de parto, correlacionando sofrimento da parturiente e possível risco relacionado ao bebê. A partir desta demanda foi abordada a utilização do partograma pelos profissionais de saúde, com acompanhamento do trabalho de parto, realização do toque vaginal para verificação da dilatação do colo uterino e monitoramento cardíaco do bebê.

*“Todo o trabalho de parto é necessário o uso de medicamentos para indução de um parto mais rápido?”*

*(Gestante 19)*

*“Qual a duração de um trabalho de parto, sem indução de medicamentos?”*

*(Gestante 19)*

*“Duração do trabalho de parto”*

*(Gestante 28)*

*“Em média qual o tempo de trabalho de parto?”*

*(Gestante 24)*

*“Até quantas horas de dor podemos sentir antes do nascimento?”*

*(Gestante 29)*

*“Período de dor?”*

*(Gestante 25)*

O trabalho de parto se divide em 4 fases: dilatação, expulsivo, dequitação e o 4º período de Greenberg. A dilatação se divide em duas fases: a latente e a ativa.

A fase latente define-se como início ou pródromos de trabalho de parto, com a presença de contrações irregulares e colo uterino com dilatação de até 3cm. Neste período podem ocorrer a perda do tampão mucoso, sangramento ou ruptura da bolsa das águas (REZENDE, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil,2001), na fase latente a conduta é expectante, sendo observada a necessidade de reavaliação da parturiente entre 1-2h após o primeiro atendimento, com monitoramento fetal adequado, visto que, a fase latente pode na maioria das mulheres, ter duração superior a 20 horas. Com o intuito de evitar buscas desnecessárias a instituição de saúde ou intercorrências neste período, deve-se orientar os sinais de alerta para sangramentos, perda de líquido amniótico, regularidade das contrações e observação dos movimentos fetais.

A partir de 4 cm de dilatação cervical se inicia a fase ativa de trabalho de parto, com dilatação uterina mais rápida de 1cm a cada 1-2 horas e contratilidade uterina regular, sendo esta progressão esperada em primíparas, podendo ser inferior em múltíparas, considerando o tempo de até 1h30 (REZENDE, 2013).

A OMS, em 1994, tornou a utilização do Partograma obrigatória nas maternidades, sendo considerado um importante instrumento de acompanhamento da evolução do trabalho de parto e facilitador na comunicação entre profissionais, o que possibilita diagnóstico precoce de distócias e as necessárias intervenções para sua resolução.

Com a entrada na fase a ativa do trabalho de parto, se inicia o preenchimento do Partograma, instrumento de acompanhamento da evolução do trabalho de parto, com o registro da dinâmica uterina (tempo/quantidade de contrações), dilatação (em centímetros) e apagamento do cérvix (percentual), batimentos cardio-fetais, bolsa (íntegra/rota), líquido amniótico (cor/textura), uso de ocitócitos e outros medicamentos, e acompanhamento da descida e apresentação nos planos de De Lee (-3, -2, -1, 0, +1, +2, +3, +4) ou Hodge (I, II, III

e IV), com referência às espinhas isquiáticas no estreito médio da bacia (BRASIL, 2001. p.46).

A duração do trabalho de parto varia de acordo com a paridade, o nível de estresse da parturiente, bem como a aceitação dos métodos propostos para a aceleração do mesmo. Observa-se na primípara uma dilatação mais lenta com a ocorrência primeiramente do apagamento do colo uterino e posterior dilatação, em múltiparas este processo ocorre simultaneamente sendo a possível causa para a redução do tempo de trabalho de parto.

Foram esclarecidas as dúvidas sobre pródromos e trabalho de parto efetivo com o incentivo a utilização das atividades que acelerem o processo do trabalho de parto, como deambulação, bola suíça, banho morno e relaxamento. Nesse momento pude observar que as participantes estariam dispostas a fazer todo proposto para que o desfecho fosse mais rápido e favorável a elas e aos bebês.

#### 4. 3. 3 - Categoria 3 – Riscos do parto: Quais os riscos que tenho durante o parto?

Foram levantadas diversas questões sobre o risco, além das mencionadas abaixo, como por exemplo se é possível identificar se tem “passagem” para o bebê, riscos de circular de cordão umbilical, tempo de idade gestacional superior a 40 semanas, hipertensão arterial por estresse do trabalho de parto, diabetes gestacional, hipotensão e hipoglicemia por não ingerir alimentos.

*“Qual a causa da cesariana de emergência?”*

*(Gestante 27)*

*“Dúvidas gerais sobre anestésias, recuperação, riscos e etc...”*

*(Gestante 26)*

*“Fiz uma US na sexta-feira e a Alice parece grande. Isso atrapalha?”*

*(Gestante 12)*

*“Minha P.A. é baixa tenho medo de ficar fraca durante o parto. O que faço?”*

*(Gestante 12)*

*“Estou com diabetes gestacional gostaria de saber que alteração posso ter nesse momento?”*



(Gestante 12)

“Se o parto normal aumenta o risco de aumentar a PA?”

(Gestante 17)

“Tenho medo de passar do tempo de nascer.”

(Gestante 33)

“O que posso comer antes e após o parto?”

(Gestante 2)

Neste contexto, identifiquei a necessidade do estabelecimento da confiança entre as gestantes e os profissionais de saúde, com vistas a informá-las mais concretamente sobre os riscos que estariam expostas no momento do parto. Todas as dúvidas mencionadas foram abordadas, e aceitas como satisfatórias as explicações por parte das gestantes, sentindo-se assim mais seguras e informadas sobre os possíveis riscos que poderiam vivenciar no momento do parto, a incluir a necessidade de intervenções cirúrgicas, permitindo assim que identificassem os sinais de alerta, para qualquer sinal ou sintoma de anormalidade.

Em busca teórica, sobre segurança do paciente frente a intervenção cirúrgica, encontramos a *Aliança Mundial para Segurança do Paciente*, lançada em 2004 pela OMS, com o objetivo de despertar a consciência profissional e o comprometimento político acerca da melhoria da segurança na assistência à saúde e a indução de boas práticas assistenciais por meio da formulação dos *Desafios Globais, para a segurança do paciente*.

A cada ano a *Aliança* organiza programas que buscam melhorar a segurança e a cada dois anos é formulado um novo desafio, para fomentar o comprometimento global e destacar temas relacionados às áreas de risco identificadas como significativas em todos os estados membros da OMS.

O Primeiro desafio global focou as infecções relacionadas com a assistência à saúde como: Higienização das mãos; procedimentos clínicos e cirúrgicos seguros; segurança do paciente e hemoderivados; administração segura de injetáveis e imunobiológicos; e segurança da água, saneamento básico e manejo de resíduos (OMS, 2009. p.07)

No Segundo desafio global, a atenção se direciona à segurança em cirurgias, para seus fundamentos e práticas, que são componentes essenciais da assistência a saúde. Com o objetivo de aumentar os padrões de qualidade relativos a cirurgia segura, o Ministério da Saúde, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde da Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) publica em 2009 o manual *Segundo desafio Global para a segurança do paciente: Cirurgias Seguras Salvam Vidas (orientações para cirurgia segura da OMS)*. Este novo programa contempla: prevenção de infecções em sítios cirúrgicos; anestesia segura; equipes cirúrgicas seguras; indicadores de assistência cirúrgica.

A segurança do paciente visa práticas benéficas na assistência ao paciente tendo como seu primeiro princípio não fazer mal, após foram classificadas com base em evidências clínicas, como: práticas altamente recomendadas; recomendadas e sugeridas. Como apoio as boas práticas cirúrgicas foram construídos dois produtos: A lista de verificação de segurança cirúrgica constituída de três etapas: verificação; demarcação de lateralidade e pausa cirúrgica, o que reduz possíveis erros no procedimento (OMS, 2009. p. 27).

As boas práticas assistenciais visam a redução de erros e consequentes agravos a saúde do paciente, as mesmas podem ser atingidas pelo uso de protocolos assistenciais, checklist e profissionais atualizados, que servem de barreira para que o risco não alcance o paciente. O modelo do “queijo suíço” de James Reason, parte do pressuposto que errar é humano, porém há mecanismos para evitar o erro, com o uso de barreiras para identificação dos erros antes mesmo que eles resultem em efeitos adversos (BRASIL, 2014. p.16).

#### 4. 3. 4 - Categoria 4 – Escolha do tipo de parto: Posso escolher o meu tipo de parto?

Esta categoria expressa a necessidade da gestante de ser protagonista do seu próprio parto, e o desejo da liberdade de escolha sobre o momento mais esperado de suas vidas. Verbalizam a necessidade de serem ouvidas e que suas vontades sejam respeitadas, tanto para opção do parto vaginal ou cesariana e também pela escolha de um parto sem medicamentos e intervenções desnecessárias.

*“Quais os métodos eu posso usar para ter um parto natural, sem medicação?”*

*(Gestante 19)*

*“Se posso escolher na hora do parto entre normal ou cesariana?”*

*(Gestante 36)*

*“Episiotomia, administração de ocitocina, de anestesia e parto cesariana”*

*(Gestante 4)*

*“E como seria o parto Cesario?”*

*(Gestante10)*

*“Dúvidas – Qual o momento e quando e quem decide tomar anestesia?”*

*(Gestante 16)*

*“Como é o parto Cesário”*

*(Gestante 2)*

*“Depois do parto normal, leva ponto?”.*

*(Gestante 2)*

*“Se o parto for Cesário vou ser obrigada a tomar anestesia?”.*

*(Gestante 2)*

*“As dúvidas são muitas mais é difícil falar, se vai demorar, se será normal ou cesariana, essas coisas...”.*

*(Gestante 13)*

Neste contexto, encontramos ambiguidades relacionadas à temática. Temos mulheres informadas sobre seus direitos, porém equivocadas do que realmente se faz necessário nesse momento. Os vídeos e sites de busca acabam por transmitir informações muito contraditórias, o que as levam a um total engessamento sobre seu processo parturitivo, confundindo-se o parto idealizado com o parto real, podendo acarretar desfechos traumáticos ao parto.

Os posicionamentos apresentados pelas mesmas foram confrontados, bem como as informações advindas de seu conhecimento e/ ou suas vivências, com reflexões sobre qual o melhor parto sendo este aquele em que mãe e bebê permaneçam saudáveis, compreendendo que cada gestante, cada gestação e cada parto tem sua própria trajetória.

Dentre os relatos referidos acima, percebemos que muitos mitos permeiam o imaginário das mulheres no período gravídico, e podem contribuir para que ocorram entraves

no processo de parto. Os mitos são crenças culturais, religiosas e populares que aparentemente conflitam com o saber científico e permanecem para cada indivíduo como verdade universal. Os profissionais de saúde convivem diariamente com estes mitos, estando contido em sua prática cotidiana o dever de desconstruí-los, respeitando a cultura e experiência pessoal de cada família e grupo social.

O *plano de parto* é um importante instrumento de comunicação entre gestantes e profissionais de saúde que possibilita a liberdade da mulher em expressar suas escolhas para o momento do parto. Para a confecção do mesmo se faz necessária intervenção educativa com vistas a possibilitar o conhecimento por parte das gestantes sobre os processos que envolvem o parto e a partir destas orientações permitir a criação do plano de parto à sua escolha.

O conceito de *plano de parto e nascimento* surgiu em 1980, com Sheila Kitzinger, nos Estados Unidos, onde enfatiza que mulheres devem obter informações sobre o parto e fazer suas próprias escolhas durante o processo parturitivo (CORTÉS, 2015)

De acordo com Cortés (2015), o plano de parto influencia positivamente no trabalho de parto e parto, trazendo a mulher sentimento de segurança e satisfação, bem como o seu empoderamento, o que produz maior eficácia no desfecho obstétrico e também destaca o aumento de partos normais e do contato pele a pele.

Após esta abordagem, foram apresentadas de forma teórica e prática a realização dos tipos de parto, com trabalho de respiração, musicoterapia, relaxamento, massagem, bola suíça e o incentivo da presença do acompanhante em todo o processo.

4.3.5 - Categoria 5 – Indução do trabalho de parto: A indução é mais dolorosa, como funciona?

“Por que induzir um trabalho de parto que não aconteceu naturalmente?”. Essa questão mostrou-se presente entre as gestantes participantes que receberam essa informação no pré-natal. Imagina-se um processo mais demorado e doloroso, com possível insucesso e posterior parto cesariano. A partir desta inquietação, pude explanar o assunto pontuando como ocorre, duração, início das contrações e qual seria o desfecho em caso de insucesso no processo.

*“Como seria um parto induzido?”*

*(Gestante 10)*

*“É verdade que a indução de parto dói mais?”*

*(Gestante 10)*

Na unidade de intervenção, indução do parto inicia-se com a estimulação artificial das contrações uterinas antes do início espontâneo. A indicação para este procedimento se faz necessária quando há riscos materno-fetais para a continuidade da gravidez e quando não há contraindicações para a realização da mesma. (ME-UFRJ, 2013. p. 241).

Como indicações para a realização da indução de trabalho de parto: Gestação pós-termo, rotura prematura de membranas ovulares, síndromes hipertensivas, óbito fetal, diabetes mellitus, doença renal, doença pulmonar crônica, restrição do crescimento fetal, Corioamnionite, malformações fetais incompatíveis com a vida, oligodramnia, doença hemolítica perinatal e interrupção legal da gestação.

As contraindicações para a indução do trabalho de parto podem ser, cicatrizes uterinas corporais, rotura uterina prévia, herpes genital ativo, placenta prévia, prolapso de cordão umbilical, apresentações anômalas, câncer cervical invasivo, desproporção cefalopélvica e alterações de frequência cardíaca fetal.

A avaliação do colo uterino é realizada pelo índice de Bishop, que avalia parâmetros como: Apresentação da altura fetal (De Lee); dilatação (cm); Apagamento (%); consistência e posição, sendo realizado o calculo de acordo com os parâmetros obtidos da soma, com atribuição de pontos entre 0 (zero) e 3 (três) (ME-UFRJ, 2013. p. 242).

## Índice de Bishop

Parâmetros avaliados		Pontos atribuídos			
		0	1	2	3
Colo uterino	Altura da apresentação fetal (De Lee)	-3	-2	-1	0 ou abaixo
	Dilatação (cm)	0	1-2	3-4	>5
	Apagamento (%)	0-30	40-50	60-70	>80
	Consistência	Firme	Médio	Amolecido	
	Posição	Posterior	Intermediário	Central	

Fonte: Protocolos Assistenciais Maternidade Escola UFRJ, 2013.

A definição para o tipo de abordagem de indução do parto advém a partir do resultado da soma que caracteriza índice de Bishop  $\leq 6$  necessidade de amadurecimento cervical com utilização de método mecânico ou químico e Bishop  $> 6$  indução com ocitocina. Em protocolo institucional abordamos os métodos de Krause (mecânico) com a colocação de sonda Foley nº 14 ou 16, atingindo a cavidade uterina com o enchimento do balão com 30ml de água destilada ou soro fisiológico (ME-UFRJ, 2013, p. 242).

No método químico é utilizado o Misoprostol, 25 a 50 mcg 6/6h via vaginal, devendo ser mantido até que seja atingido o índice de Bishop  $\geq 6$  em 24 horas. Em caso de insucesso o caso deve ser revisto e avaliada possibilidade de reiniciar um novo ciclo por mais 24 horas. Após 48 horas sem evolução satisfatória, considera-se falha de indução (ME-UFRJ, 2013, p. 242).

A indução com ocitócito é realizada a partir da soma obtida no cálculos com índice de Bishop  $> 6$ , com a administração intravenosa de 5UI de ocitocina, diluída em 500 ml de soro glicosado a 5%, via bomba infusora com velocidade de 12 ml/h, com aumento a cada 15 minutos atingindo dose máxima de 40 ml/h, em vistas a atingir padrão contrátil adequado (ME-UFRJ, 2013, p. 243).

Todo o processo deve ser acompanhado de monitorização materno-fetal, observando intercorrências como taquissistolia, hipertonia uterina e sofrimento fetal, havendo assim a

possibilidade de intervenção imediata a partir do diagnóstico das mesmas (ME-UFRJ, 2013. p. 243).

#### **4.4 Segunda etapa da coleta de dados: puerpério.**

##### 4.4.1 Sobre o trabalho de parto e parto.

Na segunda etapa da coleta de dados que se realizou no período puerperal, foi respondido o questionário semiestruturado com as informações sobre o parto, no mesmo foram compilados os seguintes dados:

Das 36 participantes, apenas 04 não foram encontradas para o término da pesquisa, após diversas tentativas de contato telefônico. Dentre as 32 participantes; 21 finalizaram a coleta de dados, com o preenchimento do questionário pós parto, apenas 03 participantes não tendo realizado seu parto na maternidade escola, sendo 01 em outra Instituição pública de referência para risco materno devido a complicações no final da gestação, 01 em instituição privada para realização de parto natural com Doula, 01 em outra Instituição pública por desejar acompanhamento de Doula (tabela 4).

Tabela 4 – Participantes concluintes da pesquisa, partos realizados em outras instituições e partos realizados com a presença de doulas, de participantes do grupo Passaporte para o parto atendidas no ambulatório da ME-UFRJ, 2016.

<b>Participantes concluintes da pesquisa</b>	<b>%</b>	<b>Partos em outras instituições</b>	<b>%</b>	<b>Partos com doula</b>	<b>%</b>
<b>21</b>	<b>65,62</b>	<b>3</b>	<b>14,28</b>	<b>2</b>	<b>66,66</b>

Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2016.

Pertinente ao tipo de parto, 07 participantes tiveram partos cesariana, 14 participantes tiveram parto normal. Sobre acompanhantes, 20 tiveram acompanhantes durante o trabalho de parto e parto, apenas 01 não teve acompanhante. Dentre os acompanhantes em sua maioria foram os maridos das gestantes, totalizando 16, o restante se distribuiu entre mães, tias e amigas. Da utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor, 17 confirmaram a utilização, das 04 que não utilizaram este recurso tiveram as seguintes justificativas: 02 por partos cesariana agendados, 01 por referir muita dor durante a indução e 01 devido chegada á maternidade em período expulsivo (tabela 5).

Tabela 5 – Números de partos normais e partos cesária; número de acompanhantes e especificação de acompanhante; utilização de métodos não farmacológicos e não utilização dos métodos por partos agendados, de participantes do grupo Passaporte para o parto atendidas no ambulatório da ME-UFRJ, 2016.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Partos Normais</b>	<b>14</b>	<b>66,66</b>
<b>Partos Cesaria</b>	<b>07</b>	<b>33,33</b>
<b>Acompanhantes</b>	<b>20</b>	<b>95,23</b>
<b>Marido</b>	<b>16</b>	<b>76,19</b>
<b>MNF's</b>	<b>17</b>	<b>80,95</b>
<b>Partos agendados</b>	<b>02</b>	<b>9,52</b>

Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2016.

Dos métodos não farmacológicos utilizados durante o trabalho de parto: 13 referiram a utilização do banho morno para alívio da dor, 11 utilizaram a massagem manual ou com massageador, 11 utilizaram a bola suíça, 05 realizaram o agachamento, 04 utilizaram a deambulação como método para redução de tempo de trabalho de parto, 03 utilizaram a respiração, 02 aromaterapia como método de relaxamento e alívio da dor e 02 utilizaram o método de lateralidade. Não foi referida a utilização da musicoterapia, embora tenha sido exposta como uma técnica de relaxamento (tabela 6).



Tabela 6 – Número de métodos não farmacológicos utilizados durante o trabalho de parto, de participantes do grupo Passaporte para o parto atendidas no ambulatório da ME-UFRJ, 2016.

<b>MNF's</b>	<b>Nº de utilizações</b>	<b>%</b>
<b>Banho morno</b>	<b>13</b>	<b>76,47</b>
<b>Bola suíça</b>	<b>11</b>	<b>64,70</b>
<b>Massagem</b>	<b>11</b>	<b>64,70</b>
<b>Agachamento</b>	<b>05</b>	<b>29,41</b>
<b>Deambulação</b>	<b>04</b>	<b>23,52</b>
<b>Respiração</b>	<b>03</b>	<b>17,64</b>
<b>Lateralidade</b>	<b>02</b>	<b>11,76</b>
<b>Aromaterapia</b>	<b>02</b>	<b>11,76</b>
<b>Musicoterapia</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2016.

De acordo com o quadro acima podemos observar a preferência das parturientes pelos MNF's: banho morno (aspersão), movimentos na bola suíça e massagem, manual ou com massageador.

Os métodos auxiliam no relaxamento, possibilitando a diminuição da dor e maior controle sobre seu processo parturitivo, como citado anteriormente. Com a redução dos níveis de ansiedade e estresse é possível favorecer a progressão do trabalho de parto, melhorar a perfusão placentária e favorecer a bons desfechos perinatais (GAYESKI, 2010).

#### 4.4.2 – Sobre o impacto no trabalho de parto e parto, após ação educativa em grupo.

Frente ao instrumento utilizado pós-parto quando questionadas “A sua participação no grupo “Passaporte para o parto”, teve algum impacto no seu trabalho de parto e parto?”, 21 participantes obtivemos a resposta “afirmativa”, declarando que houve impacto benéfico ao seu processo parturitivo. De 100% das participantes recebemos a justificativa deste impacto ou a descrição do quão importante foi o momento do parto devido às temáticas abordadas em grupo o que evidencia a importância desta proposta de intervenção.

Após leitura e reflexão dos dados apresentados pelas participantes, consideramos relevante a apresentação dos manuscritos para demonstração dos reais benefícios considerados pelas puérperas em sua participação do grupo.

Os textos foram transcritos na íntegra, conforme abaixo. Observa-se em cada texto que o apoio, o sentimento de segurança para realização das técnicas aprendidas durante o grupo se repetem em diversos textos e apresentam a satisfação pela participação em seu processo parturitivo ativamente e demonstra também a importância da participação do acompanhante como parte do processo.

*“Sim! Me senti mais segura durante todos os procedimentos que foram feitos. Tive todas as orientações devidas p/ o meu parto. E assim foi um sucesso. Obrigada! Vocês estão de parabéns!”*

*(Puérpera 1)*

*“Sim o método de respiração relaxamento, ajudou muito no meu trabalho de parto entre outros ensinamentos...”*

*(Puérpera 2)*

*“Sim. Foi muito importante, para que eu e meu esposo mantese-mos a calma e aproveitarmos o momento mais importante de nossas vidas, devido as explicações que tivemos no encontro, já sabíamos na teoria como seria, então a pratica foi aplicada com sucesso. Muito obrigada pela oportunidade de aprender e conhecer esse mundo novo que nos aguarda.”*

*(Puérpera 3)*

*“Sim, com certeza. Desde as técnicas de respiração durante as contrações até a utilização da bola, tudo amenizou a dor e/ou acelerou o processo do parto. Fiquei mais confiante e perdi alguns preconceitos. Também tenho a impressão de que o: “Passaporte para o parto” influenciou positivamente o meu marido, tornando-o mais participativo e atencioso.”*

*(Puérpera 4)*

*“Sim. Fiquei mais tranquila, e me ajudou bastante; os métodos aprendidos para o trabalho de parto. Como o trabalho na bola.”*

*(Puérpera 5)*

*“Sim. Nas primeiras horas de trabalho de parto e parto com as massagens, a perda do medo para o momento do parto e entender as contrações, os exercícios e etc... A conexão com meu esposo também foi muito importante nas primeiras horas de trabalho de parto e parto. Ele aprendeu a fazer as massagens e foi muito bom. Em casa sozinha com meu bebe para amamentar, dar banho... Lembrava de tudo que aprendi. Foi uma experiência maravilhosa.”*

*(Puérpera 6)*

*“Sim, pois no grupo tirei minhas dúvidas em relação ao parto cesariana e amamentação.”*

*(Puérpera 7)*

*“Sim. Foi de grande ajuda para tirar dúvidas em relação a preocupação de como seria a questão da dor, se teria dilatação suficiente para o parto normal e apreensão do nascimento do bebê se estaria tudo bem com ele.”*

*(Puérpera 8)*

*“Sim. Pois me ajudou no alívio da dor e agilizou o trabalho de parto.”*

*(Puérpera 9)*

*“Sim, me ajudou a fazer o parto acontecer mais rápido. As dicas foram bastante importantes porque não sabia como ia acontecer. Ajudou a ficar claro como seria o parto.”*

*(Puérpera 10)*

*“Sim, aprendi técnicas que me ajudaram a aliviar muito as dores das contrações. A relaxar e respirar da forma correta. Foi muito válido ter participado do Passaporte para o parto. Uma experiência nova que não esqueço mais.”*

*(Puérpera 11)*

*Sim. Durante todo o trabalho de parto consegui ficar calma, fiz todos os métodos não farmacológicos que me foram oferecidos, respirei da maneira que aprendi no grupo e meu companheiro me ajudou muito, apesar de não participar do grupo eu passei as informações para ele. Infelizmente não pude ter um parto normal, mas se não fosse as aulas do “passaporte” meus momentos no trabalho de parto teriam sido bem ruins. O único momento em que perdi o controle foi quando me comunicaram que teria que fazer a cesariana. Creio que as orientações do passaporte para o parto são extremamente necessárias para todas gestantes.”*

*(Puérpera 12)*

*“Gostei muito de participar do grupo. Meu parto foi induzido sentir muita dor como a indução não deu certo o médico indicou a cesariana. A participação no grupo foi importante pois me deixou mais tranquila e confiante.”*

*(Puérpera 13)*

*“Sim As massagens no local da dor ajudou muito, as reuniões foram muito boas para que no parto, eu tivesse uma determinação e concentração maior. A parte da respiração foi fundamental tanto para aliviar a dor, quanto para o parto. Eu, aconselharia todas as gestantes a participar desse grupo, para um desenvolvimento maior do parto. Agradeço por tudo a dedicação e carinho da criadora do grupo T..., que em muitos momentos me auxiliou. Obrigada por tudo.”*

*(Puérpera 14)*

*“Teve sim, me deixou bem mais tranquila, durante as dores em casa, usei os métodos citados no passaporte, a respiração que você ensina é de grande ajuda, alivia muito a dor. Meu parto foi muito tranquilo, maravilhoso. Só tenho a agradecer o acompanhamento no pré-natal, o passaporte para o parto e toda a equipe que me atendeu no dia. Parabéns pelo projeto!”*

*(Puérpera 15)*

*“Meu parto acabou não sendo na maternidade escola. Eu achei o pré-natal realizado na maternidade escola muito bom. No final da gestação, chegou mais de 41/4 semanas, com medo da indução, chamei uma doula para me orientar e, por indicação dela, fomos ter o meu filho na maternidade Maria Amélia. Meu parto foi muito longo mais de 30 horas. Suas dicas na maternidade escola me ajudaram sim, muito. Tive a sorte de ter tido um encontro individual com você, que foi muito atenta e generosa. Obrigada! Por mais que estivesse sentindo muito as contrações e estivesse doidona, lembrei, não sei como, da respiração, dos exercícios que você me ensinou.. Eu tentei fazer, e me ajudaram bastante.”*

*(Puérpera 16)*

*“Sim Foi maravilhosa a participação no grupo! Estava preparada para usar as técnicas ensinadas, mas tive parto cesaria e não precisei usar o ensinado no grupo, além de não levantar a cabeça após o procedimento e repouso após. O que usei bastante durante a gestação, foi a massagem nas costas. Minha filha usava o vidro de desodorante para fazer a vez do carrinho. Fora o problema do retorno com hematomas de parede, devido a plaquetas baixas, anemia profunda, hemorragia e mais 18 dias de internada, graças á Deus, fui bem atendida no Pedro Ernesto, todos os plantões maravilhosos.”*

*(Puérpera 17)*

*“Todas as informações recebidas no passaporte para o parto foram muito bem utilizadas em meu parto. O trabalho com a bola e algumas posições me ajudaram muito durante toda a preparação.”*

*(Puérpera 18)*

*“Sim. Suas técnicas foram essenciais para o meu parto...Juro, se não tivesse tido aquela aula com você meu bebê com certeza tinha demorado mais tempo pra vir ao mundo...Pois é muito preguiçoso... E como tive aquela aula ajudou demais no trabalho de parto.”*

*(Puérpera 19)*

*“Sim. Serviu mesmo não usando nada.”*

*(Puérpera 20)*

*“ Sim, e muito! Pra mim me ajudou bastante ter participado grupo “Passaporte do parto”, mesmo eu não conseguindo ter meu bebê de parto normal. Foi muito esclarecedor a palestra, e os exercícios com bolas, os banhos quentes, as massagens que meu acompanhante aprendeu na palestra, na hora do meu trabalho do parto me ajudaram bastante a aliviar as dores fortes do parto, foi um impacto muito positivo pra mim.”*

*(Puérpera 21)*

Observamos nos textos acima a satisfação das parturientes com seu desfecho obstétrico, associando-a a importância na participação da ação educativa em grupo, o que interferiu em diversos aspectos do processo. Foram explicitados pontos positivos como: maior controle sobre seu corpo; controle da dor; confiança; tempo reduzido de trabalho de parto; apoio dos profissionais e a participação do acompanhante.

De acordo com Bessa (2010), como já citado no marco teórico, a ação educativa prestada á gestantes favorece a troca de saberes e permite o fortalecimento da relação entre gestantes, familiares e profissionais de saúde, propiciando a autonomia e o protagonismo da mulher no seu trabalho de parto, o que pode ser observado nos textos acima.

Para tal, se faz necessária a inclusão do acompanhante em todo o processo, do pré-natal ao parto, a fim de preparar e orientar os mesmos, permitindo a compreensão do seu papel de acompanhante, como instrumento de apoio emocional, auxílio no conforto físico e incentivador na realização dos métodos não farmacológicos, através das orientações recebidas. Os profissionais de saúde tem importante papel nesta interação, facilitando a inserção do acompanhante no cuidado, de forma a orientar e supervisionar os métodos realizados, encorajando-os á participação ativa durante o trabalho de parto (CUNHA, 2007).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir este trabalho observamos o êxito no cumprimento do primeiro objetivo específico proposto, em que identificamos as principais dúvidas e inquietações das participantes durante a ação educativa, categorizados como pontos principais: Dor no trabalho de parto, Sinais de trabalho de parto/Tempo de trabalho de parto, Riscos do parto, Escolha do tipo de parto e Indução do trabalho de parto.

A partir da identificação dos mesmos pudemos esclarecer as questões trazidas pelas participantes, respondendo ao segundo objetivo específico e elucidar estas dúvidas, permitindo a reflexão sobre os cuidados e de que forma o trabalho de parto poderia ser conduzido, com o emprego das técnicas de relaxamento, respiração e o uso dos métodos não farmacológicos de alívio da dor, desempenhados em atividades práticas durante a ação educativa.

Neste momento percebemos algumas mudanças de realidade, como é esperado na pesquisa de intervenção, em que o esclarecimento das dúvidas foi considerado satisfatório pelas participantes, se demonstrando mais confiantes frente ao trabalho de parto, com expectativas positivas e mais encorajadas à autonomia do seu processo parturitivo. .

Desta forma, podemos refletir sobre os diversos aspectos que tangem o evento parto, com o emprego de ações educativas durante o pré-natal que possibilitem a identificação de dúvidas pertinentes ao parto, inserção do acompanhante e interação entre profissionais, parturientes e família, o que proporciona o cuidado integral e humanizado, disponibilizando à mulher, uma escolha informada e/ ou compartilhada.

O emprego da ação educativa em grupo possibilitou a interação entre as gestantes, a aproximação aos profissionais e a familiarização com o processo de parto, o que culminou em parturientes e acompanhantes participativos, seguros e informados a cerca do processo parturitivo. Observamos neste ponto, que estes resultados se fizeram presentes devido à compreensão dos processos inerentes ao parto e dos benefícios proporcionados pelos métodos não farmacológicos, o que facilitou a sua realização no Centro Obstétrico.

A inserção do acompanhante em ação educativa se mostrou de suma importância, visto que os mesmos desempenharam seu papel com mais propriedade, dispondo do apoio necessário para o evento. Desta forma, há que se considerar que a simples aceitação do acompanhante no Centro Obstétrico não garante o benefício para a parturiente. Precisamos de acompanhantes preparados e para tal, devemos incentivar cada vez mais sua participação em

ações educativas, com vistas a se tornarem mais seguros no apoio prestado às suas parturientes.

Os dados obtidos e analisados para cumprimento do terceiro objetivo específico nesta pesquisa nos possibilitou identificar que o Grupo Passaporte para o parto, teve significativo impacto no trabalho de parto e parto das participantes, contribuindo para a satisfação no desfecho obstétrico e relevância na participação do acompanhante, o que levou a autonomia e protagonismo da mulher em seu processo parturitivo.

O grupo “Passaporte para o parto” se apresenta como instrumento de apoio, informação e autonomia a estas mulheres, o que reflete não apenas no indivíduo atendido, mas também no fluxo institucional pois desta forma temos gestantes mais informadas sobre o momento ideal para a procura do atendimento hospitalar, o que reduz o número de visitas desnecessárias à instituição, minimizando a sobrecarga no atendimento emergencial e otimizando o tempo de trabalho de parto, levando a maior rotatividade dos leitos de pré-parto e parto.

Com a obtenção destes resultados podemos sugerir a permanência do grupo “Passaporte para o parto”, com a inclusão da equipe multiprofissional para maior abrangência da assistência ao parto e nascimento, assim agregando mais valor educativo no que concerne aos aspectos físicos e emocionais que permeiam os ciclos gestacional e puerperal.

## REFERÊNCIAS

BACKES, D. S. COLOMÉ, J. S. EH, ERDMANN, R. H. LUNARDI, V. L. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O Mundo da Saúde*, São Paulo: v. 35, n.4, p. 438-442, 2011. Acesso em: 05/10/15. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo\\_focal\\_como\\_tecnica\\_coleta\\_analise\\_dados\\_pesquisa\\_qualitativa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_dados_pesquisa_qualitativa.pdf)>.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70,1977.

BESSA, L. F., MAMEDE, M. V. Ação educativa: Uma perspectiva para humanização do parto?. *Revista Baiana de enfermagem*, Salvador, v. 24, n 1, 2, 3, p.11-22 jan./dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente/ Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília; Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569/GM de 1º de Junho de 2000. Acesso em: 05/10/15. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html)>.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Acesso em: 04/10/15. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 11.108 de 7 de Abril de 2005: altera a Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990, para garantir as parturientes a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília (DF); 2005. Acesso em: 05/10/15. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm)>.

BRASIL. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento/ Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para acompanhamento dos ODM. Brasília: Ipea : MP, SPI, 2014. Acesso em: 05/10/15. Disponível em: <[http://www.pnud.org.br/Docs/5\\_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf](http://www.pnud.org.br/Docs/5_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf)>

CORTÉS, ET AL. Uso e influencia dos planos de parto e nascimento no proceso de parto humanizado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Forthcoming, 2015. Disponível em <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt\\_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf)>



CUNHA, M.L.K. Orientações para acompanhantes das parturientes: uma proposta para a educação na saúde. Lume Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007. Disponível em <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/107817>>

DIAS, C. A. Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. Informação & Sociedade: Estudos, v. 10, n. 2, 2000.

FREIRE, Paulo, Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. 29 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

MAMEDE FV, e cols. A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação. Revista Latino-Am de Enfermagem. v.15 n.6 Ribeirão Preto Nov/Dec.2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692007000600016&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692007000600016&script=sci_arttext&lng=pt)>.

ME-UFRJ. Protocolos Assistenciais: Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro: coletânea de artigos: anestesiologia, neonatologia, obstetrícia / organização Rita Guérios Borna, Ivo Basilio da Costa Júnior, Joffre Amim Junior. – 1.ed. – Rio de Janeiro: PoD, 2013.

MINAYO, S. C. M. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 6.ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1999.

OMS. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras Salvam Vidas (orientações para cirurgia segura da OMS)? Organização Mundial de Saúde; tradução de Marcela Sanchez Nilo e Irma Angélica Durán – Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde, Agencia Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Maternidade Segura - Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1996. Acesso em: 05/10/15. Disponível em: <[http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56\\_a.pdf](http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf)>.

REZENDE. Fundamentos de obstetrícia/ Carlos Antonio Barbosa Montenegro, Jorge de Rezende Filho. – 12 ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

ROCHA, M. L. Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. Psicologia Ciência e Profissão, v. 23, n. 4, p. 64-73; 2003. Acesso em: 05/10/15. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v23n4a10.pdf>>.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Programa Cegonha Carioca. Prefeitura do Rio de Janeiro. Anexo I. Rio de Janeiro, 2010. Acesso em: 05/10/15. Disponível em: <<http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/manuais/146.pdf>>.

SILVA EF, STRAPASSON MR, FISCHER ACS. Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto e parto. Rev Enferm UFSM. v. 1, n. 2, p. 261-271, 2011. Acesso em: 05/10/15. Disponível em: <<http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs2.2.2/index.php/reufsm/article/viewArticle/2526>>.

APÊNDICE A – Agenda mantida na recepção do ambulatório para marcação.

## **Passaporte para o parto**

### **Agendamento do grupo**

Grupo destinado a gestantes com idade gestacional a partir de 28 semanas, que estejam inclusas no pré-natal da ME.

**2ª e 5ª feiras** no auditório do ambulatório (2º andar). Início às **13h30min** e término as **15h00min**.

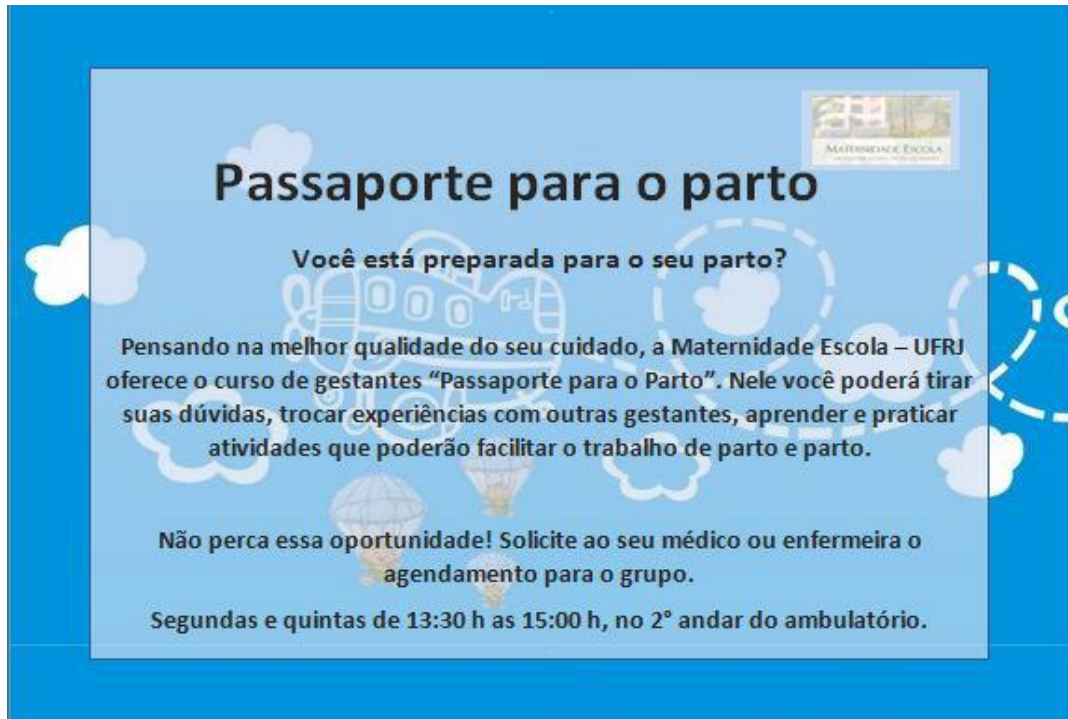
**Data: 00/00/0000**

	<b>Nome</b>	<b>Prontuário</b>	<b>IG</b>	<b>Telefone</b>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

**Data: 00/00/0000**

	<b>Nome</b>	<b>Prontuário</b>	<b>IG</b>	<b>Telefone</b>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

**APÊNDICE B** – Impressos para divulgação e convite á participação no grupo.



**Você acaba de receber um convite para participar do curso de gestantes da Maternidade Escola – UFRJ!**

Saiba mais sobre o que vamos apresentar:

- ✓ O desenvolvimento do bebê durante a gestação;
- ✓ Alterações que ocorrem no corpo durante a gestação;
- ✓ Sinais de início do trabalho de parto;
- ✓ Técnicas para alívio da dor durante o trabalho de parto;
- ✓ Técnicas de relaxamento e respiração durante o trabalho de parto (massagens com óleos, música, aromas);
- ✓ Exercícios que podem reduzir o tempo de trabalho de parto (bola de pilates);
- ✓ Orientações ao seu acompanhante.

Convide o seu acompanhante a participar também!

**APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

De acordo com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, as pesquisas que envolvem seres humanos deverão ser submetidas à apreciação de um Comitê de Ética em pesquisa.

Portanto, os aspectos ético-legais serão respeitados e atendidos, onde toda(o)s participantes serão convidadas para o estudo e assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após terem sido informada(o)s dos riscos, benefícios e objetivos da pesquisa, sendo garantido o anonimato e permissão para desistir de participar em qualquer momento sem nenhum tipo de penalização ou constrangimento.

O projeto intitulado “PASSAPORTE PARA O PARTO: Proposta de intervenção educativa à Humanização da Assistência à Parturiente” vem através deste convidá-lo a participar das etapas que o compõe. Que tem por objetivo empregar ação educativa em grupo durante o pré-natal para mulheres com idade gestacional (IG) superior a 28 semanas, utilizando deste método para o alcance de gestantes participativas do seu processo parturitivo, ou seja, deseja lhe preparar para um melhor enfrentamento desta última fase de sua gestação, compreendendo o trabalho de parto e parto, te tornando ativa nestes momentos.

Os resultados desta pesquisa serão publicados na forma de artigos científicos em revistas científicas, sem haver a identificação dos voluntários que aceitarem participar, ou seja, as suas informações pessoais serão mantidas em sigilo. A sua participação nesta pesquisa não lhe trará ônus algum.

Em caso de dúvida ou necessidade de mais esclarecimentos, faça contato com Thatiane Fernandes dos Santos, através do telefone (21) 983568990 ou através do email: thatianefds01@gmail.com endereço Rua das Laranjeiras 180, Laranjeiras. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Declaro ter sido suficientemente informado sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim. Eu discuti com a pesquisadora Thatiane Fernandes dos Santos responsável sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que

minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos e sem a perda de atendimento nesta Instituição ou de qualquer benefício que eu possa ter adquirido e autorizo o uso de minhas imagens, bem como a gravação de áudios ou vídeos nesta pesquisa.

Eu receberei uma cópia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a outra ficará com o pesquisador responsável por essa pesquisa. Além disso, estou ciente de que eu (ou meu representante legal) e o pesquisador responsável deveremos rubricar todas as folhas desse TCLE e assinar na última folha.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

Nome do sujeito de pesquisa

---

Nome do pesquisador

---

Assinatura do sujeito da pesquisa

---

Assinatura do pesquisador

**APÊNDICE D – Questionário sociodemográfico e de histórico obstétrico (Primeira etapa da coleta de dados)**

**PASSAPORTE PARA O PARTO**

**QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE HISTÓRICO OBSTÉTRICO**

**Dados pessoais:** N° prontuário: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos.

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Estado civil:**  Solteira  Casada  Divorciada  Viúva  União estável

Quantas pessoas moram com você? \_\_\_\_\_

**Quem mora com você?**  Companheiro  Filho (os)  Pais  Parentes  Amigos  Outros \_\_\_\_\_

**Escolaridade:**  E. Fundamental incompleto  E. Fundamental completo  E. Médio incompleto  E. Médio completo  
 E. Superior incompleto  E. superior completo  Pós graduação

**Profissão:** \_\_\_\_\_ **Você trabalha?**  Sim  Não **Qual ocupação:** \_\_\_\_\_

**Tem vínculo empregatício (carteira assinada)?**  Sim  Não

**Qual a renda familiar?**  1 salário  2 a 3 salários  4 a 5 salários  Mais de 5 salários

**Histórico obstétrico:**

Quantas vezes você engravidou? \_\_\_\_\_ Quantos partos normais? \_\_\_\_\_ Quantos partos cesarianos? \_\_\_\_\_

Quanto tempo da última gravidez? \_\_\_\_\_ Teve algum parto prematuro?  Sim  Não  Normal  Cesariana

Teve algum aborto?  Sim  Não Com que idade de gestacional? \_\_\_\_\_

Teve algum problema na gestação anterior?  Sim  Não Qual? \_\_\_\_\_

**Gestação atual:**

Qual sua idade gestacional? \_\_\_\_\_ A gravidez foi planejada?  Sim  Não

Você está feliz com a gestação?  Sim  Não Você tem apoio de sua família ou amigos?  Sim  Não

Qual o sexo do bebê?  Masculino  Feminino  Não sei Qual o nome do bebê? \_\_\_\_\_

Qual tipo de parto você prefere?  Normal  Cesariana Sabe o que é parto humanizado?  Sim  Não

Já ouviu falar sobre os métodos não farmacológicos no alívio da dor durante o parto?  Sim  Não

Já ouviu falar sobre musicoterapia?  Sim  Não Aromaterapia?  Sim  Não

Você tem dúvidas/ inseguranças sobre o trabalho de parto e parto?  Sim  Não

Quais?  
 \_\_\_\_\_

**APÊNDICE E** – Roteiro de entrevista semiestruturada, segunda etapa da coleta de dados.

**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

Nome: \_\_\_\_\_ Pront.: \_\_\_\_\_

Data do Parto: \_\_\_\_\_ Tipo de parto: \_\_\_\_\_

Teve acompanhante? Quem? \_\_\_\_\_

Utilizou algum método não farmacológico de alívio da dor?  Sim  Não

Qual/quais? \_\_\_\_\_

A sua participação no grupo “Passaporte para o parto”, teve algum impacto no seu trabalho de parto e parto?

Sa596 Santos, Thatiane Fernandes dos

Passaporte para o parto: Proposta de intervenção educativa para Humanização da Assistência à Parturiente / Thatiane Fernandes dos Santos. -- Rio de Janeiro: UFRJ/Maternidade Escola, 2016.

55 f. ; 31 cm.

Orientadora: Prof. Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

Trabalho de Conclusão de Curso da Residência Multiprofissional (Especialização) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, Saúde Perinatal, 2016.

Referências bibliográficas: f.

1. Parto humanizado. 2. Métodos não farmacológicos de alívio da dor. 3. Educação em saúde. 4. Responsáveis. 5. Saúde Perinatal – Monografia. I. Esteves, Ana Paula Vieira dos Santos II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola. III. Título.