

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF
ESCOLA DE ENFERMAGEM - EENF

Mariana Maria Pereira Cintra Farias Carvalho

**UTILIZAÇÃO DAS TECNOLOGIAS DE CUIDADO NO CONTEXTO DA
GESTAÇÃO DE ALTO RISCO**

MACEIÓ/AL

2023

MARIANA MARIA PEREIRA CINTRA FARIAS CARVALHO

**UTILIZAÇÃO DAS TECNOLOGIAS DE CUIDADO NO CONTEXTO DA
GESTAÇÃO DE ALTO RISCO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF), da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem, Ciência, Tecnologia e Inovação para o cuidado de Enfermagem.

Orientador(a): Profa. Dra. Amuzza Aylla Pereira dos Santos.

MACEIÓ/AL

2023

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

C331u Carvalho, Mariana Maria Pereira Cintra Farias.

Utilização das tecnologias de cuidado no contexto da gestação de alto risco / Mariana Maria Pereira Cintra Farias Carvalho. – 2023.
85 f. : il. color.

Orientadora: Amuzza Aylla Pereira dos Santos.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Maceió, 2023.

Bibliografia: f. 58-64.

Apêndice: f. 65-66.

Anexos: f. 67-85.

1. Tecnologias. 2. Cuidado de enfermagem. 3. Enfermagem obstétrica. 4. Gestação de alto risco. I. Título.

CDU: 616-083: 618.2

AGRADECIMENTOS

Começo meus sinceros agradecimentos com o clichê mais verdadeiro que existe: primeiramente, agradeço a Deus e a minha Virgem Santíssima, que foram meus alicerces em cada momento até aqui, e além. Representações da minha fé.

Agradeço a minha família, principalmente meu esposo Douglas e minha irmã Marina que, sem sombra de dúvidas, ainda que com tantos percalços, foram meus pilares e âncoras, com quem pude rir e chorar nos altos e baixos da vida. Neles me firmei e recebi morada de amor e carinho - morada essa que me transformou em tudo que sou hoje. Para eles, dedico minhas maiores conquistas!

Os amigos, já dizia Milton Nascimento com muita sabedoria: “*coisa para se guardar debaixo do peito, dentro de sete chaves*” - poderia citar cada abraço recebido, cada lágrima enxugada, cada conselho e palavra afirmativa de encorajamento e forças que recebi, mas: obrigada por serem abrigo para essa geminiana volátil! Agradeço especialmente à Núbia e Monik, minhas confidentes e amigas leais que ganhei nesta vida, que certamente abençoam-me com o privilégio de tê-las comigo nesta jornada.

À Prof. Dra. Amuzza que, mais que uma orientadora, foi canal da graça e do amor de Deus em muitos momentos desses curtos e tão intensos dois anos de trajetória. Alguém que por muitas vezes resgatou meus sonhos e deu força a cada um deles, sem nem perceber, apenas sendo exemplo para mim. Tenho orgulho de carregar seu nome no lattes e na vida, professora. Obrigada por tudo!

Preciso fazer menção especial às amigas que dividiram as dores e delícias dessa etapa de minha vida: Ana e Nathália - carinhosamente às minhas “paridinhas”: faltam palavras para descrever a parceria que tivemos juntas. Levarei sempre comigo o sorriso fácil e coração amável de vocês.

Agradeço à FAPEAL pelo importante financiamento e apoio a esta pesquisa. É reconhecidamente um privilégio ter instituições de fomento que acreditam e apostam na ciência neste país.

Por último, especialmente no último ano, descobri uma versão sobre mim que exalou minha essência e fez transbordar força, graça e maturidade. Agradeço às minhas versões que me tornaram uma mulher que tenho orgulho de ser, consciente do meu potencial e determinada a ser sempre a minha melhor versão.

“Não é sobre chegar no topo do mundo e saber que venceu. É sobre escalar e sentir que o caminho te fortaleceu! (...) A gente não pode ter tudo. Qual seria a graça do mundo se fosse assim? Por isso, eu prefiro sorrisos e os presentes que a vida trouxe pra perto de mim.”

Ana Vilela

RESUMO

INTRODUÇÃO: No Brasil, acontecem cerca de três milhões de nascimentos por ano. Destes, 98% ocorrem em estabelecimentos hospitalares (públicos ou privados), onde há a adoção de tecnologias com o objetivo de tornar a assistência mais segura para a mulher e o bebê. Nesse contexto, cuidado e tecnologia estão relacionados e proporcionam embasamento para práticas de assistência, de maneira que as tecnologias não invasivas de cuidado, implementadas, sobretudo, pela Enfermagem, ganham espaço sob a ótica de uma assistência humanística. **OBJETIVO:** Analisar a associação entre os fatores sociodemográficos e clínicos e a utilização de tecnologias de cuidado obstétrico. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório, observacional e do tipo transversal realizado nas duas principais maternidades de alto risco em Alagoas, cujas participantes foram puérperas em alojamento conjunto. A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2021 a outubro de 2022, através da aplicação de formulário semi-estruturado. Após a coleta de dados, os mesmos foram organizados e analisados a partir de estatística descritiva e inferencial, utilizando-se o Microsoft Excel e EpiInfo 2.0, sendo aplicado o teste de Qui-quadrado de associação, admitindo-se duas hipóteses e considerando diferença estatística significativa com valor de $p \leq 0,050$. Esta pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFAL e UNCISAL. **RESULTADOS:** Foram coletados 349 formulários, dos quais traçando-se um perfil sociodemográfico encontramos uma amostra com mulheres em sua maioria pardas, entre 20 e 29 anos, com renda familiar de até um salário mínimo, que possuíam ensino médio completo e eram solteiras. Nas variáveis clínicas encontramos média de gestações a termo, do tipo única, com pelo menos 7 consultas de pré-natal, desfechos neonatais em alojamento conjunto e com pelo menos uma comorbidade materna associada. Elencando-se as tecnologias de cuidado mais utilizadas, percebemos maior prevalência de tecnologias leves e duras no cenário de alto risco. Quanto às análises de inferência, não houve diferença significativa entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e o contexto de utilização de tecnologias leves, leve-duras ou duras, exceto pela associação entre a presença de comorbidades e a não utilização de tecnologias leve-duras. **CONCLUSÃO:** A partir dos resultados desse estudo, podemos identificar que no cenário de alto risco estudado as tecnologias leves e duras foram as mais utilizadas, de modo que, entre as tecnologias duras, a cesariana foi a que apresentou maior prevalência. Quanto às associações, embora a maioria não tenha sido significativa, convém ressaltar a necessidade de melhor utilização de tecnologias leve-duras, mesmo no contexto do alto risco, a fim de proporcionar prática baseada em evidências e experiência positiva do parto para as mulheres.

Palavras-chave: Gestação de alto risco; Tecnologia biomédica; Trabalho de parto; Parto; Enfermagem.

ABSTRACT

INTRODUCTION: In Brazil, there are about three million births per year. Of these, 98% occur in hospital establishments (public or private), where technologies are used in order to make care safer for women and babies. In this context, care and technology are related and provide a basis for care practices, so that noninvasive care technologies, implemented, above all, by nursing, gain space from the perspective of humanistic care. **OBJECTIVE:** To analyze the association between sociodemographic and clinical factors and the use of obstetric care technologies. **METHOD:** This is a quantitative, exploratory, observational and cross-sectional study conducted in the two main high-risk maternity hospitals in Alagoas, whose participants were postpartum women in joint accommodation. Data collection was performed from November 2021 to October 2022, through the application of a semi-structured form. After data collection, they were organized and analyzed based on descriptive and inferential statistics, using Microsoft Excel and EpiInfo 2.0, the Chi-square test of association was applied, assuming two hypotheses and considering a statistically significant difference with a value of $p \leq 0.050$. This research obtained approval from the Research Ethics Committee of UFAL and UNCISAL. **RESULTS:** We collected 349 forms, of which a sociodemographic profile was drawn, we found a sample of mostly brown women, between 20 and 29 years old, with a family income of up to one minimum wage, who had completed high school education and were single. In the clinical variables, we found a mean of term pregnancies, of the single type, with at least 7 prenatal consultations, neonatal outcomes in joint housing and with at least one associated maternal comorbidity. By contrasting the most used care technologies, we perceive a higher prevalence of light and hard technologies in the high-risk scenario. As for the inference analyses, there was no significant difference between sociodemographic and clinical variables and the context of use of light, light-hard or hard technologies, except for the association between the presence of comorbidities and the non-use of light-hard technologies. **CONCLUSION:** From the results of this study, we can identify that in the high-risk scenario studied, light and hard technologies were the most used, so that, among the hard technologies, the cesarean section was the one with the highest prevalence. As for the associations, although most were not significant, it is worth emphasizing the need for better use of soft-hard technologies, even in the high-risk context, in order to provide evidence-based practice and a positive childbirth experience for women.

Keywords: High-risk pregnancy; Biomedical technology; Labor; Parturition; Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Mapa geográfico das regiões de saúde de Alagoas, conforme dados do IBGE (2018) e atualizado em 2020.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características demográficas e sociodemográficas de puérperas internadas em duas maternidades do contexto de alto risco em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2022.

Tabela 2: Características obstétricas relacionadas às variáveis quantitativas de puérperas internadas em duas maternidades de alto risco em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2022.

Tabela 3: Características clínicas e obstétricas relacionadas às variáveis qualitativas quanto ao tipo de gravidez, clínica materna e desfecho neonatal de puérperas internadas em duas maternidades de alto risco em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2022.

Tabela 4: Análise das frequências absolutas e relativas das variáveis clínicas relacionadas à presença comorbidade materna associada. Maceió/AL, Brasil, 2022.

Tabela 5: Análise descritiva da prevalência do uso das tecnologias de cuidado obstétrico em duas maternidades de alto risco em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2022.

Tabela 6: Análise descritiva do uso de tecnologias leves de cuidado obstétrico em duas maternidades de alto risco em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2022.

Tabela 7: Análise descritiva do uso de tecnologias leve-duras de cuidado obstétrico em duas maternidades de alto risco em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2022.

Tabela 8: Análise descritiva do uso de tecnologias duras de cuidado obstétrico em duas maternidades de alto risco em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2022.

Tabela 9: Análise de associação das variáveis sociodemográficas e clínicas e o uso de tecnologias leves em duas maternidades de alto risco em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2022.

Tabela 10: Análise de associação das variáveis sociodemográficas e clínicas e o uso de tecnologias leve-duras em duas maternidades de alto risco em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2022.

Tabela 11: Análise de associação das variáveis sociodemográficas e clínicas e o uso de tecnologias duras em duas maternidades de alto risco em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2022.

LISTA DE ABREVIATURAS

ALCON- Alojamento conjunto
CEP- Comitê de Ética em Pesquisa
CNS- Conselho Nacional de Saúde
DP- Desvio-padrão
HUPAA- Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes
H0- Hipótese nula
H1- Hipótese alternativa
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IG- Idade gestacional
MESM- Maternidade Escola Santa Mônica
OMS- Organização Mundial da Saúde
OPAS- Organização Pan-Americana de Saúde
PNH- Política Nacional de Humanização
PHPN- Programa de Humanização do Parto e do Nascimento
TALE – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFAL- Universidade Federal de Alagoas
UNCISAL- Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
UTI/UCI – Unidade de Terapia Intensiva/Unidade de Cuidados Intermediários
WHO- World Health Organization

1.	INTRODUÇÃO	SUMÁRIO	12
2.	OBJETIVOS		16
	2.1 Objetivo Geral.....		16
	2.2 Objetivos Específicos.....		16
3.	REVISÃO DE LITERATURA		17
	3.1 Contexto histórico e caracterização da assistência obstétrica no Brasil.....		17
	3.2 Tecnologias em saúde e o cuidado obstétrico		21
4.	MATERIAL E MÉTODO		24
	4.1 Delineamento do estudo		24
	4.2 Local do estudo		24
	4.3 População, critério de amostragem e amostra		25
	4.4 Instrumento para coleta de dados		27
	4.5 Procedimento para coleta de dados		29
	4.6 Tratamento e análise dos dados.....		30
	4.7 Aspectos éticos e legais.....		32
5.	RESULTADOS		33
	5.1 Perfil sociodemográfico e clínico das parturientes.....		33
	5.2 Prevalência das tecnologias de cuidado no contexto obstétrico.....		36
	5.3 Análise da associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a utilização das tecnologias.....		41
6.	DISCUSSÃO		45
	6.1 Perfil sociodemográfico, clínico e obstétrico das parturientes.....		45
	6.2 Prevalência das tecnologias de cuidado no contexto obstétrico.....		49
	6.3 Análises da associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas da parturiente de alto risco e a utilização de tecnologias de cuidado obstétrico.....		52
	6.4 Limitações do estudo.....		55
7.	CONCLUSÃO		56

REFERÊNCIAS.....	SUMÁRIO	58
APÊNDICE A – Formulário de Coleta de Dados.....		65
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)		67
ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.) – Pai/Responsável.....		71
ANEXO C – TERMO DE ASSENTIMENTO PARA CRIANÇA E ADOLESCENTE (MAIORES DE 6 ANOS E MENORES DE 18 ANOS)		74
ANEXO D – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA MATERNIDADE ESCOLA SANTA MÔNICA.....		76
ANEXO E – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. ALBERTO ANTUNES		77

1. INTRODUÇÃO

Este estudo teve como objeto de pesquisa a associação entre os fatores demográficos, sociodemográficos e clínicos e a utilização de tecnologias de cuidado obstétrico durante o trabalho de parto e parto no contexto da gestação de alto risco.

No Brasil, acontecem cerca de três milhões de nascimentos por ano. Destes, 98% ocorrem em estabelecimentos hospitalares (públicos ou privados), onde há a adoção de tecnologias com o objetivo de tornar a assistência mais segura para a mulher e o bebê. Nesse quesito, a cesárea é um tipo de tecnologia cujas taxas no país estão em 55%, muito acima da média recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de 10 a 15%. Nem sempre as altas taxas de realização de cesáreas estão associadas à redução da mortalidade materna e neonatal (OMS, 2014; BRASIL, 2017; WHO, 2018).

Em Alagoas, no ano de 2019, aconteceram 38.467 partos, dos quais 55% se caracterizaram por partos normais e os outros 45%, cesáreos. Na capital, ocorreram 13.457 partos, dentre os quais 52% foram partos normais e os 48% restantes, partos cesáreos (BRASIL, 2019).

As taxas de cesariana marcam indicadores de qualidade na assistência à saúde, e, ao ser realizada na presença de justificativas clínicas, oferece potencial para redução dos riscos maternos e neonatais, impactando positivamente na redução da morbimortalidade. Em contrapartida, esse procedimento cirúrgico realizado sem indicação clínica, contribui, a curto prazo, para aumento da morbidade neonatal (ENTRINGER et al., 2018), com admissão em UTI neonatal, internação hospitalar e complicações respiratórias e, a longo prazo, aumenta as chances de desenvolver comorbidades como hipertensão arterial na juventude e na vida adulta (CAVAGGIONI, MARTINS, BENINCASA, 2020).

A cesárea, assim como o advento de tecnologias analgésicas e anestésicas, surge como um tópico de discussão que refuta a dor do parto como algo natural e inevitável, estando a serviço de médicos e mulheres, sobretudo às de classe social mais elevada e com convênio de saúde, como mais que uma possibilidade, mas uma “desnecessidade de dor no parto” (RISCADO et al., 2021).

Em paralelo, surgem consequências associadas ao aumento do índice de cesáreas, já que mulheres com cicatriz uterina prévia apresentam maior probabilidade de repercussões clínicas negativas que impactam diretamente nas chances de morte materna, predispondo a

ocorrência de infecções pós-parto, além de estar associada a risco aumentado de ruptura uterina, placentação defeituosa, gravidez ectópica, natimorto e parto prematuro em gestações futuras (ALMEIDA, 2020).

O aumento do índice de cesariana ocorreu justamente com o aumento do nível de escolaridade da mulher principalmente até o nível superior, pela sua participação na força de trabalho, vida pública e política, e parece refletir as necessidades da “mulher de hoje em dia”, cuja marcação cirúrgica com antecedência reafirma o arranjo social e institucional como uma vantagem em termos de planejamento, tempo social e produtivo (RISCADO et al., 2021).

Assim como a cesárea é classificada como um tipo de tecnologia, as demais tecnologias em saúde utilizadas, de acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (2007), são parte de um sistema que proporciona atendimento de qualidade, segurança, eficácia e com custo-efetividade comprovadas, cuja utilização deve estar baseada em evidências científicas de qualidade. Desse modo, cuidado e tecnologia estão relacionados e proporcionam embasamento para práticas da assistência, de maneira que as tecnologias não invasivas de cuidado, implementadas sobretudo pela Enfermagem, ganham espaço sob a ótica de uma assistência humanística (CANANÉA, COUTINHO, MEIRELLES, 2020).

Nesse contexto, o estado gravídico, de uma maneira geral, requer cuidado e manejo adequado de tecnologias relacionados às alterações fisiológicas no organismo materno, além de visualizar condições obstétricas desfavoráveis a partir da identificação de fatores que podem contribuir para um prognóstico negativo, como àqueles relacionados à idade materna, condições sociodemográficas nocivas e comorbidades maternas associadas, adquiridas na gestação ou prévias (NAGAI et al., 2022).

Esse cenário reflete o papel do profissional quanto ao uso racional de tecnologias de cuidado, associado também à cultura de experiências negativas relacionadas à dor do parto normal e ao medo de complicações obstétricas, em virtude da utilização de tecnologias desnecessárias que contribuem para a forte percepção, na mulher, da sensação de segurança oferecida pela cesárea (JUCÁ et al., 2021).

De uma maneira geral, somando-se aos dados relatados anteriormente, as tecnologias em saúde merecem espaço de reflexões, uma vez que podem assumir o papel principal no cuidado e torná-lo mecanizado e tecnicista, e até mesmo um cuidado indevido, gerando ambivalência e produzindo diferentes consequências com as possibilidades que permite (BOAVA, WEINERT, 2020).

Essas consequências são refletidas, principalmente, no componente subjetivo da experiência materna relacionada ao trabalho de parto e parto, podendo influenciar nos aspectos físicos, psíquicos e emocionais de cada mulher (JUCÁ et al., 2021). O parto e o nascimento, bem como seu cuidado intersubjetivo e integral, têm sido gradualmente substituídos por complexas tecnologias que visam tratar um corpo defeituoso que desconsidera a gestação como um evento fisiológico, de modo que a mulher se torna elemento secundário nesse processo (JARDIM, MODENA, 2018).

As intervenções e utilização de tecnologias no âmbito obstétrico, a princípio, reduziram o número de óbitos, mas aumentaram o número de complicações relacionadas à assistência. Sob a perspectiva de mudanças nesse cenário, as tecnologias não invasivas surgem dando espaço ao parto fisiológico, com o resgate ao protagonismo da mulher (CANANÉA, COUTINHO, MEIRELLES, 2020).

Estudo realizado por Vargens e outros autores (2017) demonstrou que as chances do índice de Apgar ser maior ou igual a 8 no primeiro e quinto minutos de vida do recém-nascido, são maiores quando implementadas as tecnologias não invasivas de cuidado em enfermagem obstétrica, em comparação a uma assistência tradicional.

Este dado demonstra que a implementação de tecnologias não invasivas não interfere na vitalidade do recém-nascido, de modo que fornece subsídios para a redução da medicalização associada ao trabalho de parto e parto, em uma assistência segura (VARGENS, et al., 2017).

Andrade e colaboradores (2016) abordaram em seu estudo que o uso indevido de tecnologias no processo de trabalho de parto e parto é considerado um tipo de violência obstétrica, havendo relação também entre o nível hierárquico e social das mulheres, demonstrando que quanto maior o grau de instrução, menor o uso de intervenções.

Ante ao exposto, entendendo que existem atualmente discussões pautadas na necessidade de menores intervenções durante o processo parturitivo (ANDRADE et al., 2016; BRASIL, 2017; LOPES et al., 2019), bem como o uso racional de tecnologias de cuidado obstétrico, esta pesquisa trouxe como questão norteadora: qual a associação entre os fatores sociodemográficos e clínicos e a utilização de tecnologias de cuidado obstétrico no contexto de alto risco em Alagoas?

A hipótese do estudo foi construída a partir de pautas que tratam as questões de tecnologias ofertadas pelos serviços de saúde, que na sua maioria entende que há uma relação direta na assistência prestada a mulheres em trabalho de parto e parto. Assim, esta pesquisa levanta como hipótese que há uma maior prevalência de tecnologias duras de cuidado obstétrico

- como o parto cirúrgico, episiotomia e o uso de ocitocina – durante o trabalho de parto e parto no contexto alto risco, sobretudo em mulheres de baixa renda e escolaridade.

Nesse sentido, esse estudo apresenta sua relevância por considerar a perspectiva de melhorias no contexto da assistência e violência obstétrica, sobretudo quanto à utilização de tecnologias de cuidado em alto risco, no recorte geográfico do estado de Alagoas, contribuindo para a geração de evidências científicas e preenchimento de lacunas sobre a temática, bem como poderá subsidiar a tomada de decisão de gestores e órgãos especializados no remodelamento de estratégias e políticas públicas que envolvam a parturiente.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar a associação entre a utilização de tecnologias de cuidado obstétrico e fatores demográficos, socioeconômicos e clínico-obstétricos.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico-obstétrico dos participantes da pesquisa;
- Identificar as tecnologias aplicadas à parturiente de alto risco durante o trabalho de parto e parto;
- Analisar o uso de tecnologias de cuidado aplicadas à parturiente de alto risco durante o trabalho de parto e parto, a partir da percepção da paciente.
- Classificar as tecnologias aplicadas à parturiente de alto risco durante o trabalho de parto e parto;

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Contexto histórico e caracterização da assistência obstétrica no Brasil

Anteriormente à chegada do capitalismo no Brasil, por volta dos séculos XVI e XVIII, as mulheres eram protagonistas no processo do trabalho de parto e parto, cuja assistência era realizada em ambiente domiciliar, com a ajuda de parteiras. A partir do advento da figura do médico e das tecnologias de cuidado obstétrico, como o surgimento do fórceps e da cesariana, esse processo torna-se patológico e perigoso para a mulher e o bebê (SOUZA et al., 2019).

Embora a inserção da prática médica no cenário do parto tenha contribuído significativamente para a redução da mortalidade materna e perinatal, muito se discute acerca das intervenções desnecessárias ao processo fisiológico, de modo que a partir da década de 50 surgiram as primeiras críticas à medicalização do parto (NICIDA et al., 2020).

A consolidação hegemônica desse modelo biomédico resulta na redução do processo de adoecimento à sua dimensão orgânica, de modo que o corpo e a vida humana passam a ser normatizados, ou seja, medicalizados e objetos da prática médica, estabelecendo-se, desta forma, uma relação autoritária entre profissional e paciente (SANTOS et al., 2022).

Nesse contexto relacional, há uma assimetria com supervalorização do saber técnico dotado pela equipe, que desconsidera a capacidade da mulher de participar do próprio processo de parturição (ROCHA, FERREIRA, 2020).

A medicalização da saúde, no geral, tornou-se uma medida de controle social, de modo que trata-se de uma ameaça na medida que tirou do paciente a capacidade de gerir a própria saúde, constituindo-se uma das maiores causas de iatrogenias (NICIDA et al., 2020).

No decorrer da década de 1990, observando-se a quantidade de intervenções desnecessárias à mulher e a medicalização do parto, surgiram discussões acerca da assistência obstétrica vigente, impulsionando uma rede de movimentos pela humanização do parto e nascimento, bem como o resgate de autonomia da mulher, o papel das enfermeiras obstétricas na implementação de práticas humanizadas nos serviços de saúde e o uso apropriado das tecnologias (PRATA et al., 2019).

Esses movimentos sofreram influência do feminismo no Brasil, em 1980, a partir da crítica ao modelo obstétrico tecnocrático, considerando-se essencial ampliar a visão acerca do parto para além de um evento biológico, e discutindo aspectos relacionados ao protagonismo de mulheres e reconhecimento de seus direitos (REIS et al., 2017).

As intervenções cujas violações ultrapassam o leque da obstetrícia constituem uma violência velada, na qual mulheres são desrespeitadas, agredidas e violadas física e emocionalmente, demonstrando uma violência de gênero (ABDALA, 2021), fruto da sociedade patriarcal e institucional, em que as mesmas não podem expressar-se livremente quanto aos desejos e preferências, e fruto de negligência ou falhas nas instituições (NASCIMENTO, et al., 2022).

Nesse quesito, a violência obstétrica surge como um problema de saúde pública e do campo do direito que suscita a análise de gênero e esclarece os estereótipos e as relações de poder, que permeiam as práticas obstétricas, de modo que o fato de “ser mulher” aborda um aspecto de subordinação, aliado ao sexismo e androcentrismo da prática biomédica hegemônica (ABDALA, 2021).

Trata-se de de uma violência de gênero, cometida contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, em todas as etapas da gravidez e pós-parto, inclusive em abortamento, cuja base advém do domínio patriarcal sob o corpo da mulher, sendo, portando, instrumento de violência física, moral, psicológica ou qualquer tipo dela oriunda (MARQUES, 2020).

Ainda segundo a autora supracitada (2018), a violência de gênero em todas as suas modalidades, está presente na estrutura social e é capaz de modificar comportamentos de acordo com a cultura machista, de modo que comportamentos violentos à mulher são tidos como aceitáveis dentro do paradigma social vigente.

Essa violência, no entanto, encontra barreiras tangentes à informação, de modo que o acesso ao conhecimento do termo, bem como seu significado, tem alcance desigual na sociedade, já que componentes como raça, classe e escolaridade incidem diretamente no acesso a esse recurso e, portanto, na possibilidade de se reconhecer vítima de uma violação (GABRIEL, SANTOS, 2020).

O impacto dessa violência atinge perspectivas micro e macro, desfavorecendo o vínculo e a promoção à saúde, contribuindo para que o parto seja, no imaginário da mulher, associado à dor e sofrimentos (ROCHA, FERREIRA, 2020).

Atualmente, vem sendo discutido cada vez mais as mudanças no que se refere à humanização e à adoção de tecnologias adequadas, que proporcionem nascimentos seguros, já que se trata de um momento importante, que pode deixar marcas positivas ou negativas, tanto para a mulher quanto para o bebê (BRASIL, 2017).

No tocante à humanização, Santos e colaboradores (2022) relatam que esta deve ser abordada de forma politizada nas instituições, de modo que ultrapasse a ideia de uma ação moralmente nobre e dependente da boa intenção do profissional, havendo associação de uma assistência obstétrica sólida, baseada em evidências científicas, ao uso adequado de intervenções bem indicadas.

A Política Nacional de Humanização, criada em 2003, contribuiu para a mudança do modelo a partir de um dos seus principais eixos que é o acolhimento. Este permite uma melhor prestação da assistência à saúde da mulher em todo seu ciclo de vida, inclusive no ciclo gravídico-puerperal. Articulação com outros serviços; caráter resolutivo; sujeito como protagonista da ação; escuta considerando queixas e necessidades; acolhimento está além do local físico – postura ética/atitude.

Diante da mudança de cenário na saúde em geral, a Política Nacional de Humanização (PNH) possui entre seus princípios o *Protagonismo, Corresponsabilidade e Autonomia dos sujeitos e coletivos*, em que reconhece que cada pessoa é cidadã de direitos, e valoriza e incentiva a sua atuação na produção de saúde (BRASIL, 2013).

Antes da Política de Humanização ser instituída, em 2000, o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização do Parto e do Nascimento (PHPN), através da Portaria/GM de nº 569/2000, que teve subsídio nas análises das necessidades de atenção específicas às gestantes, ao recém-nascido e a mãe no pós-parto.

O PHPN teve como objetivo principal assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. Inclusive, baseia-se nos preceitos de que a humanização na Assistência Obstétrica e Neonatal é a primeira condição para o adequado acompanhamento do parto e do nascimento, com atendimento digno e adoção de procedimentos benéficos, evitando-se procedimentos desnecessários (BRASIL, 2002).

Com o objetivo de melhorar a assistência a mulher, ao recém-nascido e à criança, o governo federal instituiu a Rede Cegonha no âmbito do SUS, cujo objetivo, entre outros, era assegurar uma assistência humanizada à mulher no período da gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2011). Essa iniciativa preconizava a inserção de enfermeiras obstétricas e obstetrias no âmbito da assistência ao parto normal de baixo risco, por mostrar vantagens em relação à redução de intervenções e maior grau de satisfação de mulheres (BRASIL, 2011; BRASIL, 2016).

A formação profissional do Enfermeiro Obstetra está agregada à humanização da assistência, resgatando o parto como um evento fisiológico, empregando as tecnologias de forma adequada e respeitando a mulher em sua integralidade (ROCHA et al., 2021).

O Brasil ainda apresenta um modelo de atenção baseado no uso excessivo de intervenções obstétricas e neonatais, que se associam a resultados maternos e perinatais desfavoráveis (LEAL, et al., 2019).

No que se refere ao trabalho de parto e parto, esse processo de redução de intervenções deve se iniciar, sobretudo, no diagnóstico correto da fase ativa do trabalho de parto, com internamento oportuno somente neste período, pois:

“(...) protocolos para retardar a admissão até se assegurar que a parturiente esteja em fase ativa do trabalho de parto resultaram em redução significativa do tempo no pré-parto (menos 5 h), redução da necessidade de ocitocina e de analgesia e maior satisfação das mulheres” (MONTENEGRO, REZENDE FILHO, 2017, pag. 394).

Segundo Rocha e outros autores (2021), as tecnologias de cuidado obstétrico consistem em um conjunto de conhecimentos e práticas relacionados à parturiente e que possuem o objetivo de resgatar a fisiologia do parto, de modo que devem ser desenvolvidas de forma não invasiva, tornando a mulher uma protagonista no processo de parturição.

Essas tecnologias podem ser favoráveis ao trabalho de parto e parto, sobretudo através da utilização da associação entre tecnologias leves e leve-duras, como a implementação de vínculo com a mulher, alívio da dor através de exercícios, massagens, banhos, livre deambulação e adoção de posições durante o trabalho de parto. Essas medidas influenciam na redução de infecções e mortalidade materna e neonatal (SOUZA et al., 2019).

Na assistência obstétrica de alto risco, os profissionais precisam ter habilidades que correspondam às tecnologias em saúde nas bases leve-dura e dura, a fim de proporcionar o manejo adequado das situações clínicas mais comuns, como as síndromes hipertensivas e infecções do trato urinário, sobretudo para prevenir desfechos negativos (SANTOS et al., 2018).

No modelo de humanização, é consenso entre os autores que os ambientes em que a mulher está exposta durante o período gravídico-puerperal são importantes por influenciar nos desfechos materno-neonatais, cabendo aos profissionais que as assistem valorizar mais os aspectos fisiológicos do gestar e parir, evitando, assim, intervenções desnecessárias e

garantindo um processo de trabalho qualificado e seguro para a mulher e seu bebê (DUARTE et al., 2019; OLIVEIRA, 2020; BARBOSA, 2018; SANTOS et al., 2018).

3.2 Tecnologias em saúde e o cuidado obstétrico

As tecnologias de cuidado envolvidas no processo de trabalho em saúde podem ser classificadas em três tipos: leve, que são tecnologias de relação interpessoal entre sujeitos (profissionais-usuário), autonomia e acolhimento do usuário; leve-dura, que se trata de um saber bem estruturado que opera no processo de trabalho em saúde; e duras, que são os equipamentos tipo instrumentais ou máquinas utilizados para os procedimentos executados pelos profissionais (MERHY, 2017).

As tecnologias de cuidado obstétrico são, nesse contexto, um conjunto de práticas e conhecimentos em relação à saúde da mulher que compreende o parto como um processo natural e fisiológico, priorizando o respeito e a integridade física e psíquica, sendo desenvolvidas através de condutas não invasivas, que tornam a mulher protagonista no processo de parturição (ROCHA et al., 2021).

Nesse âmbito, a Enfermagem Obstétrica surge como figura central no tocante à humanização e emprego de boas práticas, visto que suas ações remetem ao conceito de tecnologia de cuidado (DUARTE et al., 2019).

Ainda segundo Duarte e colaboradores (2019), essas ações estão, em sua maioria, relacionadas aos métodos não farmacológicos e não invasivos no trabalho de parto e parto, com objetivo de reafirmar o respeito à fisiologia, favorecendo o protagonismo da mulher, e elencadas a partir da utilização de banho morno de aspersão, massagem, bola suíça, banqueta meia lua, cavalinho, aromaterapia, musicoterapia, livre movimentação e/ou deambulação, penumbra e um ambiente acolhedor.

Os métodos não farmacológicos apresentam-se como uma opção para substituir a analgesia e auxiliar as mulheres quanto às queixas algícas decorrentes do trabalho de parto e parto (ROCHA et al., 2021).

No período expulsivo, tecnologias duras são comumente adotadas como intervenções muitas vezes desnecessárias, como a episiotomia, fórceps e cesárea, o que podem resultar em traumas e danos à saúde da mãe e do bebê que seriam evitados se a fisiologia do parto fosse respeitada (SOUZA et al., 2019).

Segundo o dossiê “*Parirás com dor*”, realizado por Ferreira e Gonçalves (2020), as cascatas de intervenções utilizadas no parto normal, como: tricotomia, enemas, episiotomia, amniotomia, indução das contrações uterinas com o hormônio sintético da ocitocina, manobra de kristeller, impedimento da presença de acompanhantes e doulas, imposição da litotomia, negação de alimentação, falta de mobilidade, baixo e mau uso do partograma, humilhações verbais, assédios sexuais, frases de ameaças, cesáreas eletivas ou desnecessárias, são tipificadas como violência obstétrica.

Ainda que essa temática de violência seja relativamente nova, sendo um tema importante de luta e pesquisa, as autoras supracitadas reforçam que:

“Não basta dar visibilidade aos dados, reflexões e denúncias baseada em evidências do que são as boas práticas em contraposição às intervenções desnecessárias, prejudiciais e sabidamente arriscadas e irreversíveis, como a morbidade materna e neonatal. Em suma, tornar público dados de pesquisas e tudo o mais já nomeado, descrito e discutido não mobiliza, por si só, mudanças e transformações suficientes e, em larga escala, para o fim da violência obstétrica. É urgente a necessária investigação e reflexão sobre como as relações intrínsecas entre ‘Estado’ e ‘Parto’ coordenam a disciplina sobre o corpo expropriado das mulheres” (FERREIRA, GONÇALVES, p. 30, 2020).

Essa realidade pode ser modificada sobretudo adotando-se tecnologias leves e leve-duras de cuidado em saúde, a fim de fortalecer o vínculo e a promoção de autonomia da mulher, além de fundamentar o cuidado baseado no mais alto nível de evidência, para favorecer a evolução do parto (SOUZA et al., 2019).

Ao fortalecer a autonomia da mulher e respeito à fisiologia do parto e nascimento, preceitos básicos de humanização são implementados, uma vez que a humanização garante que a mulher tenha ciência dos procedimentos que serão adotados, de tal forma, que seu poder de decisão e suas crenças são também respeitados (GOMES et al., 2022).

É necessário ainda que as mulheres tenham acesso às informações baseadas em evidências, de modo que possam decidir entre os cuidados que desejam e àqueles que não desejam (SOUZA et al., 2019), já que, muitas vezes, relatam segurança e satisfação no tocante à assistência profissional recebida como resultado da carência de informações e conhecimentos sobre os cuidados durante o trabalho de parto e parto (ROCHA et al., 2021).

Orientações e esclarecimentos fazem parte do cuidado obstétrico como uma ferramenta protetiva à prática impositiva às parturientes, influenciando-as a participarem ativamente do ato de parir desde o pré-natal (DUARTE et al, 2020).

Entretanto, convém ressaltar que é também papel do profissional de saúde identificar situações de risco que comprometam à saúde da mãe e do concepto, de modo que também é necessário preparar a mulher para casos em que o parto normal é contraindicado, objetivando manter o bom atendimento e o diálogo, no tocante à garantia de seus direitos (GOMES et al., 2022).

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo observacional, exploratório, do tipo transversal com abordagem quantitativa que, segundo *Lima-Costa* (2003), se configuram delineamentos que são determinados simultaneamente e utilizados para examinar a existência de associação entre uma exposição a uma doença ou condição relacionada à saúde.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em duas maternidades referência para alto risco, aqui denominadas de “*Betelgeuse*” e “*Rigel*”, e localizadas em Alagoas, Brasil.

A escolha dos nomes para os locais da coleta ocorreu por analogia à Constelação de Órion, considerada uma das mais significativas para a humanidade, sendo uma das constelações mais visíveis do céu na Terra. As estrelas que compõem esta constelação são as mais brilhantes no céu e as mais conhecidas no Brasil são as “Três Marias” que possuem, entre elas, um quadrilátero de estrelas representando seus ombros - *Betelgeuse*, *Bellatrix*, *Rigel* e *Saiph*.

Assim como *Betelgeuse* e *Rigel* representam as principais estrelas de Órion e as duas mais brilhantes no céu, as maternidades do estudo configuram-se como as principais maternidades de alto risco no recorte geográfico de Alagoas.

O Estado de Alagoas possui 102 municípios, que estão subdivididos em dez regiões de saúde, também conhecidas como distritos sanitários (FIGURA 1). Para a cobertura de gestação de alto risco, as duas maternidades supracitadas são consideradas as principais referências estaduais através de protocolos de regulação atualmente definidos pela Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI), instituída em 2022, em substituição à Rede Cegonha.

Betelgeuse recebe, prioritariamente, as gestantes vinculadas de uma parte da 1ª região de saúde, da 3ª e da 4ª região. Enquanto que *Rigel*, compreende a outra parte da 1ª, a 2ª, a 5ª e a 6ª regiões de saúde.

Convém ressaltar que a 1ª região de saúde compreende também o município de Maceió, capital alagoana e, por esse motivo, a divisão dos bairros é feita para as duas maternidades supracitadas.

Figura 1: Mapa geográfico das regiões de saúde de Alagoas, conforme dados do IBGE (2018) e atualizado em 2020.



As maternidades supracitadas possuem perfis assistenciais semelhantes, pois recebem gestantes de alto risco, principalmente através de protocolos de regulação, conforme disponibilidades de leitos, tanto materno, quanto em Unidades de Terapia Intensiva neonatais, e de acordo também com a região de saúde adscrita e para cada cenário.

Entretanto, eventualmente, esses cenários recebem gestantes de risco habitual que deram entrada no serviço em período expulsivo. Além disso, em ambos os serviços, as gestantes que são atendidas em seus ambulatórios de Pré-natal de alto risco também são encaminhadas às suas urgências/emergências, de acordo com necessidade clínica e sem prévia regulação.

4.3 População, critério de amostragem e amostra

Participaram do estudo as puérperas em situação de alojamento conjunto, alocadas nas maternidades e após análise primária dos critérios de inclusão e exclusão para a pesquisa a partir da triagem realizada no mapa de enfermagem setorial. A Amostragem utilizada foi probabilística do tipo aleatória simples, considerando uma população de 1.910 partos, ocorridos

em *Betelgeuse* e, 1.381 em *Rigel*, totalizando uma amostra de 3.291 partos no ano de 2019, identificada através da base do DataSUS¹.

O tamanho da amostra foi calculado através de calculadora amostral eletrônica², adotando margem de erro de 5%, nível de confiança de 95%, totalizando uma amostra de 345 participantes, cuja divisão foi proporcional à população, estabelecendo 200 participantes para *Betelgeuse* e 145, para a *Rigel*.

Para participar da pesquisa, as participantes tiveram que atender aos seguintes **critérios de inclusão**: puérperas de gestações de alto risco³ em situação de alojamento conjunto, de qualquer faixa etária, que entraram em trabalho de parto e também às que não entraram em trabalho de parto.

Como **critérios de exclusão**: foram excluídas as mulheres que chegaram durante o período expulsivo ou tiveram parto em trânsito, uma vez que estas não foram submetidas às tecnologias de cuidado, ou aquelas que apresentaram natimorto (considerando o respeito ao luto). Além das puérperas que apresentaram alguma alteração fisiológica ou psicológica que inviabilize sua participação na pesquisa, como por exemplo àquelas admitidas em pós-operatório imediato ou apresentando quadro de blues puerperal e similares e em estado de isolamento, por quaisquer tipos de patógeno, considerando a proteção das pesquisadoras e demais pacientes.

Após os trâmites éticos, a coleta de dados foi finalizada com uma amostra total de 349 formulários coletados, respeitados os critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos, dos quais 204 foram referentes aos dados em *Betelgeuse* e 145, em *Rigel*, proporcionais à população incluída através dos cálculos de amostragem para os dois cenários da pesquisa.

¹Disponível no site do DATASUS - www2.datasus.gov.br. A estratégia para identificação do número de partos ocorreu através dos dados de *Informações de Saúde (TABNET); Assistência à Saúde; Produção Hospitalar (SIH/SUS); Dados consolidados AIH (RD), por grupo procedimento, a partir de 2008; Abrangência geográfica – Alagoas*, com as seguintes variáveis: AIH aprovadas; Município de Maceió; Estabelecimento de coleta; Procedimentos “Parto Normal”, “Parto Normal em gestação de alto risco”, “Parto Cesariano”, “Parto Cesariano em gestação de alto risco”.

²Calculadora amostral eletrônica on-line e disponível em: <https://pt.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>.

³Gestação de alto risco é aquela sobre a qual a vida da mãe e/ou do concepto possuem maiores chances de serem atingidas, com maior probabilidade de evolução desfavorável (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013).

4.4 Instrumento para coleta de dados

O instrumento utilizado para a coleta de dados trata-se de um formulário estruturado (APÊNDICE A), contendo as seguintes variáveis:

INDEPENDENTES:

- a) *Sociodemográficas*: faixa etária, escolaridade, renda familiar, cor/raça autodeclarada, situação conjugal, naturalidade e município de residência.
- b) *Clínicas e obstétricas*: paridade, dias de internação hospitalar, intervalo interpartal, idade gestacional, tipo de gravidez, número de consultas de pré-natal, desfecho neonatal e comorbidades - como hipertensão, diabetes, cardiopatias e outros.

As variáveis sociodemográficas como faixa etária, escolaridade, renda família, situação conjugal foram organizadas em variáveis qualitativas ordinais, enquanto que a variável cor/raça, qualitativa nominal. São também variáveis qualitativas nominais relacionadas ao desfecho neonatal.

Quanto às variáveis clínicas e obstétricas, constituem-se como variáveis quantitativas contínuas: paridade, dias de internação hospitalar, intervalo interpartal, idade gestacional e número de consultas de pré-natal. Em relação às comorbidades, as autoras do estudo consideraram a presença de uma comorbidade materna associada, classificando-as como qualitativas nominais.

DEPENDENTES:

- a) *Exposição a tecnologias*: leves, como a relação profissional paciente (Tratamento gentil, acolhimento, informações e orientações, liberdade para esclarecimento de dúvidas, explicações e autorizações de procedimentos); leve-duras, que incluem o uso da bola suíça, musicoterapia, massagem, banho morno, escada de Ling, partograma, massagem perineal, compressa para proteção do períneo e local do parto; e duras, como ausculta intermitente e monitorização eletrônica fetal contínua, fórceps, episiotomia, ocitocina e cesárea.

As variáveis dependentes elencadas neste estudo respeitaram as tecnologias que se mostravam presentes nos dois cenários de estudo no período de coleta, considerando que o

padrão de exposição seria o mesmo para as participantes em ambos os locais da pesquisa. Sendo assim, são, portanto, qualitativas nominais.

Para fins de classificação das tecnologias, foram criados conceito e classificação das tecnologias de cuidado obstétrico a partir do conceito de Merhy (2017), recriando analogia presente nas variáveis dependentes utilizadas no contexto obstétrico vigente nos cenários da pesquisa.

Desse modo, segundo classificação recriada, entende-se como **tecnologias leves de cuidado obstétrico** àquelas relativas ao relacionamento interpessoal entre profissional envolvido na assistência obstétrica e parturiente (MERHY, 2017). Classificam-se tecnologias leves em obstetrícia àquelas relacionadas ao componente de acolhimento e humanização da assistência, sobretudo às elencadas como: “Tratamento gentil”, “Acolhimento”, “Informações sobre o acompanhante”, “Orientações acerca do quadro clínico”, “Liberdade para esclarecimento de dúvidas” e “Explicações e autorizações para realização de procedimentos”.

Entendendo que **tecnologias leve-duras de cuidado obstétrico** estão relacionadas aos saberes estruturados para acompanhamento do cuidado implementado (MERHY, 2017), e desta forma, podem se associar aos métodos não farmacológicos para alívio da dor e estratégias para acompanhamento e evolução do trabalho de parto, e boas práticas de assistência ao parto, são tecnologias leve-duras em obstetrícia: “Uso da bola suíça”, “Musicoterapia”, “Massagem”, “Banho morno”, “Partograma”, “Escada de Ling”, “Massagem Perineal” e “Compressa para proteção do períneo”. Neste conceito, entende-se que o local do parto também é um tipo de tecnologia leve-dura, podendo ocorrer em leito comum de enfermaria, leito de PPP (pré-parto, parto e pós-parto) e em centro cirúrgico/centro obstétrico.

Do mesmo modo, as **tecnologias duras de cuidado obstétrico** estão relacionadas aos instrumentos para realização de procedimentos, invasivos ou não, pelos profissionais (MERHY, 2017), sobretudo presentes no acompanhamento de vitalidade fetal e desfechos de partos, incluindo-se métodos de aceleração/encurtamento de primeiro e segundo período de trabalho de parto, sendo àqueles relacionados principalmente à: monitorização fetal, medicamentos e desfechos operatórios/instrumentais, classificando-se como tecnologias duras em obstetrícia: “Ausculta intermitente”, “Monitorização eletrônica fetal contínua”, “Fórcipes”, “Episiotomia”, “Cesárea” e “Ocitocina”.

Para o preenchimento do formulário quanto às variáveis relacionadas às tecnologias leve-duras, considera-se como resposta “Não se aplica” àquelas submetidas a cesárea eletiva/de urgência, que não entraram em trabalho de parto. Do mesmo modo, para os Partogramas que

foram preenchidos apenas para justificar via de parto/nascimento, e não como um instrumento de representação gráfica da evolução do trabalho de parto, também foi considerado como “Não se aplica”.

A utilização de “Massagem” presente nesta pesquisa é relativa àquela utilizada em região lombar, como método não-farmacológico para alívio da dor no trabalho de parto. Em relação à “Massagem perineal” e “Compressa para proteção perineal”, tratam-se de intervenções utilizadas durante o segundo período do parto de maneira indiscriminada a fim de prevenir lacerações perineais, mas cuja prática deve ser desestimulada (BRASIL, 2017).

Quanto ao uso de ocitocina em tecnologias duras, para fins de entendimento de sua utilização nesta pesquisa, considera-se como resposta positiva àquelas utilizadas como método de indução e/ou estimulação do trabalho de parto. Já que a utilização de ocitocina pós-parto é grau de recomendação A para medidas de prevenção de hemorragia pós-parto em todos os nascimentos (OPAS, 2018).

4.5 Procedimento para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no Alojamento Conjunto de ambas as maternidades do estudo, na qual foi solicitada previamente a autorização do responsável por cada instituição. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), foi emitida uma autorização definitiva para início da coleta de dados (ANEXOS D e E).

Diante da aprovação do CEP, inicialmente foi realizado um teste do instrumento proposto que, ao atender aos objetivos e respondendo-se à pergunta de pesquisa, deu início a coleta de dados, de modo que os testes não foram incluídos na amostra final da pesquisa.

Para iniciar a coleta de dados, chegando ao setor de alojamento conjunto, a pesquisadora realizou uma pré-seleção de mulheres aptas a participar da pesquisa através da análise do mapa de enfermagem setorial e de seus respectivos prontuários.

Posteriormente, a pesquisadora fez o convite às mulheres para participar do estudo respondendo a um formulário estruturado, cujo preenchimento se deu com o auxílio do pesquisador diante da presença de dúvidas pela puérpera participante por meio de entrevista.

Em relação às variáveis dependentes relacionadas ao uso do partograma e da ocitocina, foram utilizadas a análise dos prontuários como ferramenta complementar, diminuindo, desta forma, o viés de resposta das participantes.

Esta etapa da pesquisa ocorreu no período entre novembro de 2021 a outubro de 2022, cujo cronograma se deu, preferencialmente, em dias intercalados durante a semana a fim de obter o maior número de mulheres para a amostra, de modo que os horários para a realização da mesma ocorreu de acordo com a disponibilidade das pesquisadoras para coleta de dados, respeitando-se as normas de acesso aos locais do estudo.

4.6 Tratamento e análise dos dados

Após a coleta de dados, as informações obtidas através dos formulários foram armazenadas em planilhas do Microsoft Excel (Windows versão 2016, Microsoft Corporation; Redmond, WA, EUA), cuja organização foi validada com método de revisão duplo-cego a fim de garantir a integridade e confiabilidade quanto ao padrão de respostas dadas no instrumento. Posteriormente, os resultados foram interpretados no programa estatístico Epi Info®, e realizada uma análise utilizando estatística descritiva, das variáveis quantitativas e qualitativas, e inferencial, das variáveis quantitativas e dicotômicas relacionadas ao contexto sociodemográfico, clínico e obstétrico e à utilização de tecnologias.

A análise estatística descritiva da amostra foi feita para todas as variáveis do estudo através do cálculo de frequência absoluta (n) e percentual para as variáveis qualitativas: faixa etária, renda familiar per capita, escolaridade, situação conjugal, cor/raça autodeclarada, comorbidade materna associada, bem como às relacionadas ao uso de tecnologias de cuidado obstétrico. Para as variáveis quantitativas, utilizou-se cálculos de média (Me), desvio padrão (dp) e intervalo de confiança. Além disso, foram calculados coeficientes de prevalência para as variáveis qualitativas nominais: uso de tecnologias leves, leve-duras e duras. e comorbidades maternas associadas.

Para a análise de associação entre fatores demográficos/sociodemográficos e clínicos-obstétricos com as tecnologias, as variáveis foram transformadas em dicotômicas, de modo que foram classificadas da seguinte maneira: faixa etária (adolescentes – até 19 anos; e adultos – 20 anos ou mais); renda familiar (até 01 salário mínimo e 02 ou mais salários); escolaridade (analfabetas e alfabetizadas); cor/etnia (brancas e não brancas) e situação conjugal (com companheiro e sem companheiro).

Do mesmo modo, as variáveis quantitativas referentes ao contexto clínico e obstétrico, considerou-se à presença ou ausência de comorbidades materna, enquanto variável dicotômica.

Para análise de associação entre as características sociodemográficas/clínicas e o desfecho do caso (utilização de tecnologia leve, leve-dura e dura) foi aplicado o Teste Qui-quadrado de associação (ou independência) que, segundo *Capp e Nienov (2020)*, é realizado em estudos transversais e de coorte para verificar associação entre as categorias. Entretanto, quando o número de células foi pequeno (caselas menor que 5), determinando a imprecisão do teste Qui-quadrado, utilizou-se o valor de p do teste Exato de Fisher, automaticamente calculado pelo programa. Em paralelo, foi descrito também o valor de *Odds ratio* (Razão de chances) para determinar a força de associação entre as variáveis.

Para análise de inferência nas associações, admitiu-se as seguintes hipóteses para esta pesquisa:

H0 ou hipótese nula: não existe associação entre a variável categórica e a utilização da tecnologia.

H1 ou hipótese alternativa: existe associação entre a variável categórica e a utilização da tecnologia.

A interpretação do valor de p vai determinar o significado estatístico, descrevendo a força de evidência contra a hipótese nula (*H0*). Ou seja, um valor de $p \leq 0,050$ infere que há diferença estatística significativa entre as variáveis, logo, *H1* é verdadeira. Se $p > 0,050$, não há significância estatística considerando, portanto, que *H1* não é verdadeira (*CAPP, NIENOV, 2020*).

Quando o Qui-quadrado é igual a zero, entende-se que não existe associação entre as variáveis e, embora o qui-quadrado não meça a força de associação, quanto maior o seu valor, maior a chance de existir associação entre as variáveis (*BERGAMASCHI, SOUZA, BRAGA, 2005*).

Para fins de verificar a associação entre as variáveis, foram consideradas apenas as respostas “sim” relativas à utilização das tecnologias e as variáveis categóricas. Os valores de p são descritos respectivamente nesta ordem para cada tipo de tecnologia de cuidado obstétrico.

A pesquisa adotou o intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5% ($p = 0,05$), e os dados foram apresentados por meio de tabelas e discutidos com base na literatura.

4.7 Aspectos éticos e legais

Em conformidade com as Resoluções nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o projeto foi encaminhado para apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), sob o parecer de nº 5.025.223 (ANEXO F), e anuência do CEP da Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), enquanto instituição coparticipante sob o nº 5.361.926 (ANEXO G).

Foi lavrado pelo pesquisador o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para as participantes com 18 anos ou mais, e o Termo de Assentimento (TALE) (ANEXOS A e C), para o caso de menores de 18 anos, além do TCLE relativo ao Pai/Responsável (ANEXO B) baseado nas diretrizes das resoluções acima referidas, assegurando e firmando o marco de inclusão na pesquisa.

O TCLE, TCLE Pai/Responsável e o TALE foram emitidos em duas vias iguais, ambas devidamente assinadas, ficando uma cópia com a participante voluntária da pesquisa e outra com o pesquisador responsável.

As participantes convidadas receberam todas as informações necessárias e cabíveis que façam jus aos esclarecimentos sobre a pesquisa em todas as suas etapas, deixando-as ciente que sua participação será de acordo com sua vontade, podendo desistir a qualquer momento sem prejuízos e/ou danos.

Foram respeitados os princípios bioéticos da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça durante todo o processo da pesquisa, não apenas no levantamento dos dados, mas também nas etapas de análise e interpretação dos dados, com o objetivo de garantir os direitos e deveres que dizem respeito aos dados dos participantes da pesquisa.

5. RESULTADOS

5.1 Perfil sociodemográfico e clínico das parturientes

Foram coletados 349 formulários, dos quais 58,4% (n= 204) foram relativos à *Betelgeuse*, enquanto que 41,6% (n=145), à *Rigel*. A partir daí, foi realizando a caracterização sociodemográfica das participantes da pesquisa, observando que são, em sua maioria, com faixa etária entre 20 e 29 anos (49,28%, n= 172), mulheres pardas (62,46%, n=272), cuja renda familiar *per capita* é de até 01 salário mínimo (45,27%, n=158), solteiras (43,27%, n=151) e que apresentaram ensino médio completo (44,7%, n=156) no momento da coleta (Tabela 1).

Além disso, quanto ao município de residência, as respostas foram classificadas de acordo com as regiões de saúde de Alagoas, evidenciando que a maioria da amostra estudada pertencia a 1ª região de saúde (n= 218, 62,5%), conforme descrito na tabela 1 abaixo.

Tabela 1: Características demográficas e sociodemográficas de puérperas internadas em duas maternidades do contexto de alto risco em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2022.

Faixa etária	n	%
<19 anos	47	13,47%
20 a 29 anos	172	49,28%
30 a 39 anos	114	32,66%
40 a 49 anos	16	4,58%
TOTAL	349	100%
Renda Familiar per capita		
Até 1 salário mínimo	158	45,27%
2 a 3 salários mínimos	62	17,77%
4 a 5 salários mínimos	6	1,72%
6 ou mais mínimos	3	0,86%
Não desejo responder	119	34,10%
TOTAL	349	100%
Raça/Cor autodeclarada		
Branca	45	12,89%
Preta	56	16,05%
Parda	218	62,46%
Indígena	4	1,15%
Amarela	21	6,02%
Não desejo responder	5	1,43%
TOTAL	349	100%
Escolaridade		
Analfabeta	3	0,86%
Ens. Fundamental incompleto	77	22,06%

(continua)

Tabela 1: Características demográficas e sociodemográficas de puérperas internadas em duas maternidades do contexto de alto risco em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2022.

(conclusão)

Escolaridade		
Ens. Fundamental completo	34	9,74%
Ens. Médio incompleto	51	14,61%
Ens. Médio completo	156	44,70%
Ens. Superior	28	8,02%
TOTAL	349	100%
Situação Conjugal		
Solteira	151	43,27%
Casada	107	30,66%
União Estável	82	23,50%
Divorciada	7	2,01%
Viúva	1	0,29%
Não desejo responder	1	0,29%
TOTAL	349	100%
Distritos Sanitários		
	n	%
1ª Região de Saúde	218	62,5%
2ª Região de Saúde	21	6,0%
3ª Região de Saúde	40	11,5%
4ª Região de Saúde	25	7,2%
5ª Região de Saúde	24	6,9%
6ª Região de Saúde	8	2,3%
7ª Região de Saúde	7	2,0%
8ª Região de Saúde	2	0,6%
9ª Região de Saúde	2	0,6%
10ª Região de Saúde	0	0,0%
Outros Estados	2	0,6%

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

No que se refere às variáveis relacionadas ao perfil clínico-obstétrico materno, observou-se que a idade gestacional apresentou uma média de 37 semanas e 1 dia (*dp* 4,56) e intervalo interpartal, 3,41 anos (*dp* 4,3). Quanto ao número de consultas de pré-natal, a amostra estudada apresentou uma média de 7,86 consultas (*dp* 3,79). A Tabela 2 abaixo descreve as variáveis clínicas numéricas e suas respectivas médias e desvio-padrão.

Tabela 2: Características obstétricas relacionadas às variáveis quantitativas de puérperas internadas em duas maternidades de alto risco em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2022.

Variáveis clínicas e obstétricas	Média	Desvio-padrão (dp)	Intervalo de confiança
Idade Gestacional (sem,dias)	37,1	4,56	36,2 - 37,5
Paridade (n°)			
Gestação	2,48	1,75	2,2 - 2,6
Parto	2,12	1,42	1,9 - 2,2
Aborto	0,33	0,8	0,2 - 0,4
Intervalo Interpartal (anos)	3,41	4,3	2,9 - 3,8
Dias de internação hospitalar	5,16	5,62	4,5 - 5,7
Consultas de Pré-Natal (n°)	7,86	3,79	7,4 - 8,2

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

Ainda quanto às demais variáveis relacionadas ao tipo de gravidez, clínica materna e desfecho neonatal, pode-se destacar na amostra estudada que a maioria das gestações era única (n=343, 98%), cuja amostra apresentava pelo menos uma comorbidade materna associada (n=261, 81,94%) e com desfecho neonatal de Alojamento conjunto (n= 242, 69,3%), conforme mostra a Tabela 3 abaixo.

Tabela 3: Características clínicas e obstétricas relacionadas às variáveis qualitativas quanto ao tipo de gravidez, clínica materna e desfecho neonatal de puérperas internadas em duas maternidades de alto risco em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2022.

Tipo de gravidez	n	%
Única	343	98%
Dupla	5	1,43%
Tripla ou mais	1	0,29%
Clínica materna		
Comorbidade materna associada	286	81,94%
Sem comorbidade materna	63	18,05%
Desfecho neonatal		
UTI/UCI ¹	107	30,7%
ALCON ²	242	69,3%

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

Legenda: ¹Unidade de Terapia Intensiva/Unidade de Cuidados Intermediários neonatais;

²Alojamento Conjunto.

Acerca das comorbidades clínicas maternas, evidenciou-se que a maioria (66,2%, n= 231) apresentava como principal comorbidade alguma Síndrome Hipertensiva, seguida por

11,2% diagnosticadas como diabetes mellitus/diabetes gestacional, enquanto que apenas 18,1% (n=63) da amostra estudada não apresentaram nenhum tipo de comorbidade materna associada. Ademais, a Tabela 4 demonstra os dados relativos também ao quantitativo de duas ou mais comorbidades maternas associadas, conforme diagnósticos elucidados em formulário.

Tabela 4: Análise das frequências absolutas e relativas das variáveis clínicas relacionadas à presença comorbidade materna associada. Maceió/AL, Brasil, 2022.

Única comorbidade associada	n	%	Coeficiente de prevalência (%)
Síndromes Hipertensivas	231	66,2%	81,9%
DMG ou DM	39	11,2%	
Cardiopatias	6	1,7%	
Outras ¹	10	2,9%	
Sem comorbidades	63	18,1%	
Duas comorbidades associadas			
Síndromes Hipertensivas	0	0%	10,4%
DMG ou DM	18	5,2%	
Cardiopatias	1	0,3%	
Outras ¹	8	2,3%	
Três ou mais comorbidades associadas			
Síndromes Hipertensivas	0	0%	1,1%
DMG ou DM	0	0%	
Cardiopatias	1	0,3%	
Outras ¹	2	0,6%	

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

Legenda: Outras¹: Febre reumática (n=2); Obesidade (n=6); Epilepsia (n=2); Asma (n=1); Trombofilias (n=4); Endometriose (n=1); Lúpus (n=1); Leucemia Mielóide Crônica (n=1); Púrpura trombocitopênica (n=1) e Anemia falciforme (n=1).

5.2 Prevalência das tecnologias de cuidado no contexto obstétrico

De acordo com os resultados da pesquisa pode-se determinar a distribuição da utilização das tecnologias, destacando-se que as mais prevalentes são as tecnologias leves e duras. Em contrapartida, a utilização de tecnologias leve-duras, normalmente implementadas durante trabalho de parto e parto, tiveram baixos percentuais para a amostra estudada. A Tabela 5 demonstra o coeficiente de prevalência do uso de tecnologias.

Tabela 5: Análise descritiva da prevalência do uso das tecnologias de cuidado obstétrico em duas maternidades de alto risco em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2022.

Uso de tecnologias	Coefficiente de prevalência (%)
Leves	99,4%
Leve-duras	40,1%
Duras	98,5%

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

Especificando-se essas tecnologias, àquelas referentes ao relacionamento profissional-paciente, conceituadas como **leves** foram as mais prevalentes no contexto de cuidado (“*tratamento gentil*”, 91,98%, n=321; “*acolhimento*”, 91,98%, n=321; “*informações sobre acompanhante*”, 84,24%, n= 294; “*orientações do quadro clínico*” 87,39%, n=305; “*liberdade para esclarecimento de dúvidas*”, 87,39%, n=305; e “*explicações e autorizações para procedimentos*”, 91,12%, n=318), conforme mostra a Tabela 6 abaixo.

Tabela 6: Análise descritiva do uso de tecnologias leves de cuidado obstétrico em duas maternidades de alto risco em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2022.

			(continua)
Tecnologias leves de cuidado obstétrico	n	(%)	Coefficiente de Prevalência (%)
Tratamento gentil			
Sim	321	91,98%	92,2%
Não	27	7,74%	
Não desejo responder	1	0,29%	
TOTAL	349	100%	
Acolhimento			
Sim	321	91,98%	92,2%
Não	27	7,74%	
Não desejo responder	1	0,29%	
TOTAL	349	100%	

Tabela 6: Análise descritiva do uso de tecnologias leves de cuidado obstétrico em duas maternidades de alto risco em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2022.

			(conclusão)
Tecnologias leves de cuidado obstétrico	n	(%)	Coefficiente de Prevalência (%)
Informações sobre acompanhante			
Sim	294	84,24%	84,4%
Não	54	15,47%	
Não desejo responder	1	0,29%	
TOTAL	349	100%	
Orientações do quadro clínico			
Sim	305	87,39%	87,6%
Não	43	12,32%	
Não se Aplica	0	0,00%	
Não desejo responder	1	0,29%	
TOTAL	349	100%	
Liberdade para esclarecimento de dúvidas			
Sim	305	87,39%	87,6%
Não	43	12,32%	
Não desejo responder	1	0,29%	
TOTAL	349	100%	
Explicações e autorizações acerca de procedimentos			
Sim	318	91,12%	91,3%
Não	30	8,60%	
Não desejo responder	1	0,29%	
TOTAL	349	100 %	

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Em contrapartida, quanto às tecnologias **leve-duras**, normalmente implementadas durante assistência ao trabalho de parto e parto, o uso do partograma foi recorrente em 31,81% (n=111), seguidos pela massagem (10,6%, n=37) e banho morno (10,6%, n= 36), enquanto que instrumentos como a bola suíça (5,73%, n= 20), musicoterapia (7,74%, n=27) e escada de Ling (3,44%, n= 12) apresentaram baixos percentuais de uso (Tabela 7).

Tabela 7: Análise descritiva do uso de tecnologias leve-duras de cuidado obstétrico em duas maternidades de alto risco em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2022.

			(continua)
Tecnologias leve-duras de cuidado obstétrico	n	%	Coefficiente de Prevalência (%)
Uso da bola suíça			
Sim	20	5,73%	13,3%
Não	130	37,25%	

Não se Aplica 198 56,73%

Tabela 7: Análise descritiva do uso de tecnologias leve-duras de cuidado obstétrico em duas maternidades de alto risco em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2022.

(continua)			
Tecnologias leve-duras de cuidado obstétrico	n	%	Coefficiente de Prevalência (%)
Uso da bola suíça			
Não desejo responder	1	0,29%	
TOTAL	349	100%	
Musicoterapia			
Sim	27	7,74%	
Não	123	35,24%	
Não se Aplica	198	56,73%	18%
Não desejo responder	1	0,29%	
TOTAL	349	100%	
Massagem			
Sim	37	10,60%	
Não	114	32,66%	
Não se Aplica	198	56,73%	24,5%
Não desejo responder	1	0,29%	
TOTAL	349	100%	
Banho morno			
Sim	37	10,60%	
Não	121	34,67%	
Não se Aplica	198	56,73%	23,4%
Abstenções	1	0,29%	
TOTAL	349	100%	
Partograma			
Sim	111	31,81%	
Não	33	9,46%	
Não se Aplica	204	58,45%	77%
Não desejo responder	1	0,29%	
TOTAL	349	100%	
Escada de Ling			
Sim	12	3,44%	
Não	137	39,26%	
Não se Aplica	200	57,31%	8%
Não desejo responder	0	0,00%	
TOTAL	349	100%	
Massagem perineal			
Sim	17	4,87%	
Não	128	36,68%	
Não se Aplica	203	58,17%	11,7%
Não desejo responder	1	0,29%	
TOTAL	349	100%	

Tabela 7: Análise descritiva do uso de tecnologias leve-duras de cuidado obstétrico em duas maternidades de alto risco em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2022.

(conclusão)

Tecnologias leve-duras de cuidado obstétrico	n	%	Coeficiente de Prevalência (%)
Compressa para proteção do períneo			
Sim	26	7,45%	18%
Não	118	33,81%	
Não se Aplica	204	58,45%	
Não desejo responder	1	0,29%	
TOTAL	349	100%	

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Legenda: Não se aplica: não entrou em trabalho de parto.

No que concerne ao uso de tecnologias **duras** no alto risco, a ausculta intermitente (51,58%, n=180) e a cesárea (76,22%, n=266) foram os instrumentos mais utilizados, demonstrando que apenas 23,78% (n=83) dessas mulheres evoluíram para parto vaginal (TABELA 8).

Tabela 8: Análise descritiva do uso de tecnologias duras de cuidado obstétrico em duas maternidades de alto risco em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2022.

(continua)

Tecnologias duras de cuidado obstétrico	n	%	Coeficiente de Prevalência (%)
Ausculta intermitente			
Sim	180	51,58%	91,3%
Não	17	4,87%	
Não se Aplica	149	42,69%	
Não desejo responder	3	0,86%	
TOTAL	349	100%	
Monitorização eletrônica fetal contínua			
Sim	72	20,63%	36,7%
Não	124	35,53%	
Não se Aplica	149	42,69%	
Não desejo responder	4	1,15%	
TOTAL	349	100%	
Fórcipes			
Sim	1	0,29%	0,6%
Não	157	44,99%	
Não se Aplica	189	54,15%	
Não desejo responder	2	0,57%	
TOTAL	349	100%	
Episiotomia			
Sim	4	1,15%	2,5%
Não	155	44,41%	

Tabela 8: Análise descritiva do uso de tecnologias duras de cuidado obstétrico em duas maternidades de alto risco em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2022.

			(conclusão)
Tecnologias duras de cuidado obstétrico	n	%	Coefficiente de Prevalência (%)
Episiotomia			
Não se Aplica	189	54,15%	
Não desejo responder	1	0,29%	
TOTAL	349	100%	
Cesárea			
Sim	266	76,22%	
Não	83	23,78%	76,2%
TOTAL	349	100%	
Ocitocina			
Sim	45	12,89%	
Não	142	40,69%	
Não se Aplica	161	46,13%	24%
Não desejo responder	1	0,29%	
TOTAL	349	100%	

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Legenda: Não se aplica: não entrou em trabalho de parto.

5.3 Análise da associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a utilização das tecnologias

Para determinar a associação das variáveis sociodemográficas e clínicas, foi realizado cruzamento dos dados para cada categoria, cujos dados serão representados através de tabelas.

A análise da tabela única que determinou o cruzamento entre os dados agrupados da situação conjugal, faixa etária, renda familiar *per capita*, escolaridade, raça/cor autodeclarada e comorbidades e a utilização das tecnologias leves apresentou valores de p acima de 0,05, não demonstrando diferença estatística significativa, excluindo-se a hipótese alternativa e considerando *H0* como verdadeira, conforme mostra a Tabela 09 abaixo.

Tabela 09: Análise de associação das variáveis sociodemográficas e clínicas e o uso de tecnologias leves em duas maternidades de alto risco em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2022.

Variáveis Sociodemográficas e clínicas		Tecnologias Leves		OR [¥]	Valor de p ^{**}
		Sim n (%)	Não n (%)		
Situação Conjugal	Com companheiro	185 (53,1)	04 (1,1)	0,292	0,244 [§]
	Sem companheiro	158 (45,4)	01 (0,2)		
Faixa etária	Até 19 anos	47 (13,4)	02 (0,5)	0,00	0,748 [§]
	Acima de 19 anos	300 (85,9)	02 (0,5)		
Renda	Até 1 salário mínimo	157 (68,2)	01 (0,4)	2,213	0,529 [§]
	2 ou mais salários mínimos	71 (30,8)	01 (0,4)		
Escolaridade	Analfabetas	03 (0,8)	00 (0)	0,00	0,982 [§]
	Alfabetizadas	344 (98,5)	02 (0,5)		
Raça/Cor	Branças	45 (13)	02 (0,5)	0,00	0,742 [§]
	Não brancas	279 (81,1)	02 (0,5)		
Comorbidades	Com comorbidade	283 (81,3)	02 (0,5)	0,00	0,671 [§]
	Sem comorbidade	63 (18,1)	00 (0)		

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

[¥]OR = Odds ratio

[§]Teste Exato de Fisher

^{**}Nível de confiança 95%

Do mesmo modo, para a associação das variáveis supracitadas e a utilização de tecnologias leve-duras, não houve diferença estatística significativa, com valor de p acima de 0,05, exceto pela variável de comorbidade materna, cuja análise da tabela única evidenciou significância estatística, com valor de $p = 0,013$, admitindo-se, neste caso, H1 como verdadeira para comorbidade materna associada e a utilização da tecnologia citada, conforme demonstrado na Tabela 10 abaixo.

Tabela 10: Análise de associação das variáveis sociodemográficas e clínicas e o uso de tecnologias leve-duras em duas maternidades de alto risco em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2022.

(continua)

Variáveis sociodemográficas e clínica		Tecnologias Leve/duras		OR [¥]	Valor de p ^{**}
		Sim n (%)	Não n (%)		
Situação Conjugal	Com companheiro	188 (54)	01 (0,2)	1,189	0,705 [§]
	Sem companheiro	158 (45,4)	01 (0,2)		
Faixa etária	Até 19 anos	23 (6,5)	24 (6,8)	1,515	0,184 [*]
	Acima de 19 anos	117 (33,5)	185 (53)		

Tabela 10: Análise de associação das variáveis sociodemográficas e clínicas e o uso de tecnologias leve-duras em duas maternidades de alto risco em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2022.

(conclusão)

Variáveis sociodemográficas e clínica		Tecnologias Leve/duras		OR [¥]	Valor de p ^{**}
		Sim n (%)	Não n (%)		
Renda	Até 1 salário mínimo	55 (23,9)	103 (44,7)	0,944	0,848*
	2 ou mais salários mínimos	26 (11,3)	46 (20)		
Escolaridade	Analfabetas	0 (0)	0 (0,0)	0,00	0,213 [§]
	Alfabetizadas	140 (40,1)	206 (59)		
Raça/Cor	Branças	13 (3,7)	22 (7,3)	0,565	0,099*
	Não brancas	125 (36,3)	174 (50,5)		
Comorbidades	Com comorbidade	106 (30,3)	100 (21,3)	0,502	0,013*
	Sem comorbidade	34 (9,7)	29(8,3)		

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

[¥]OR = Odds ratio

[§]Teste Exato de Fisher

*Teste Qui-quadrado de Pearson

** Nível de confiança 95%

Entretanto, a interpretação quanto à presença de comorbidade, infere que pode haver relação quanto à não utilização da tecnologia leve-dura, já que, para a amostra estudada, a associação entre a presença de comorbidade materna foi mais significativa para quem não recebeu a tecnologia citada.

Em sequência, semelhante à análise de associação para tecnologias leves, quanto à utilização de tecnologias duras também não se evidenciou diferença estatística significativa, cujos valores de p obtiveram resultados acima de 0,05, admitindo-se, mais uma vez, H0 como verdadeira (Tabela 11).

Tabela 11: Análise de associação das variáveis sociodemográficas e clínicas e o uso de tecnologias duras em duas maternidades de alto risco em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2022.

Variáveis sociodemográficas e clínica		Tecnologias duras		OR [¥]	Valor de p ^{**}
		Sim n (%)	Não n (%)		
Situação Conjugal	Com companheiro	69 (19,8)	120 (34,4)	0,712	0,122*
	Sem companheiro	71(20,4)	88 (25,2)		
Faixa etária	Até 19 anos	46 (13,1)	01(0,2)	0,617	0,516 [§]
	Acima de 19 anos	298 (85,3)	04(1,1)		
Renda	Até 1 salário mínimo	155 (67,3)	03(1,3)	0,00	0,322 [§]
	2 ou mais salários mínimos	72 (31,3)	00 (0)		
Escolaridade	Analfabetas	03 (0,8)	00 (0)	0,00	0,957 [§]
	Alfabetizadas	341(97,7)	05(1,4)		
Raça/Cor	Branças	44 (12,7)	01(0,2)	0,599	0,506 [§]
	Não brancas	295 (85,7)	04 (1,1)		
Comorbidades	Com comorbidade	283 (81)	03 (0,8)	3,092	0,198*
	Sem comorbidade	61(17,4)	02 (0,5)		

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

[¥]OR = Odds ratio

[§]Teste Exato de Fisher

*Teste Qui-quadrado de Pearson

** Nível de confiança 95%

6. DISCUSSÃO

6.1 Perfil sociodemográfico, clínico e obstétrico das parturientes

A partir dos resultados do estudo, pode-se delimitar que o perfil sociodemográfico materno da amostra estudada compreende mulheres em sua maioria pardas, em idade jovem - cuja faixa etária é de 20 a 29 anos, com baixa renda familiar, solteiras e com ensino médio completo.

Quanto aos achados resultantes da variável cor/raça, esses resultados, justificam-se de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2021), já que a maioria da população brasileira, cerca de 47%, se autodeclara de cor/raça parda, embora o quantitativo de pretos autodeclarados tenha apresentado aumento significativo na série temporal dos últimos 10 anos.

De modo geral, ao avaliar o contexto de saúde é necessária uma análise das iniquidades, a fim de resgatar diferenças históricas, identificando-se, sobretudo, o perfil sociodemográfico e devendo considerar diferenças biológicas, inseridas em fatores como a raça, para além das diferenças genéticas ou geográficas (PACHECO, et al., 2018). Nesse ponto, apesar de estarem em menor proporção, no âmbito obstétrico, existem diferenças significativas quanto à presença de hipertensão crônica, baixa escolaridade, multiparidade e ausência de ocupação em mulheres negras. Embora não exista diferença significativa quanto à influência de desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis - mesmo naquelas com comprovada interferência genética pela presença de comorbidades como a hipertensão crônica e diabetes mellitus (PACHECO, et al., 2018).

Os resultados apresentaram o perfil sociodemográfico semelhante ao estudado por *Barbosa* (2017) e *Andrade* (2018), ambos com seus colaboradores, exceto pela situação conjugal em que sua amostra demonstrou que a maioria das mulheres atendidas na maternidade possuía companheiro fixo.

A maioria das participantes do estudo foi considerada adultas jovens, mas houve percentual significativo de mulheres com gestações acima de 30 anos, e, em menor proporção, também acima de 40 anos (32% e 4,58%, respectivamente), compreendido por um terço da amostra estudada. Nesse quesito, uma idade materna avançada é aquela que considera gestações após 35 anos (LOFRANO, CARVALHO, OLIVEIRA, PAULA, 2021), o que segue uma tendência mundial quanto à mudança nos padrões reprodutivos, levando às mulheres a postergar

gestações, contribuindo para uma transição da fecundidade que necessita de intervenções e cuidados de acordo com uma gestação em idade tardia (ALDRIGHI, et al., 2018; LOFRANO, CARVALHO, OLIVEIRA, PAULA, 2021).

Ainda que os resultados desse estudo não corroboram com os autores supracitados, é importante ressaltar que a transição da fecundidade materna denota uma transição demográfica (ANDRADE, et al., 2018), na qual ocorre uma mudança nas taxas vitais de natalidade e mortalidade para níveis em queda, característico de países desenvolvidos (GONÇALVES, CARVALHO, WONG, TURRA, 2019).

Conforme evidenciado por Gonçalves e outros autores (2019), essa transição está associada às condições econômicas das mulheres e ao desenvolvimento local, reforçando que quanto maior o poder aquisitivo, menor as taxas de fecundidade, embora a renda familiar per capita da amostra tenha sido de até um salário mínimo (45,27%).

De acordo com Andrade e colaboradores (2018), gestações em idade avançada deveriam perder a conotação negativa, de que foge da normalidade, considerando justamente a mudança nos padrões reprodutivos que são consequência de transformações sociais e do progresso da medicina.

Entretanto, Salvo e colaboradores (2021) reforçam que os extremos relacionados à idade materna, constituídos por gestações em adolescentes e em idade avançada, são fatores determinantes que influenciam diretamente nas condições de nascimento dos recém-nascidos, impactando em variáveis neonatais como peso ao nascer, índices de Apgar no primeiro e quinto minuto de vida e prematuridade.

É importante ressaltar que os profissionais envolvidos na assistência devem estar aptos a prestar cuidado individualizado, com objetivo de identificar precocemente fatores de risco associados à idade, minimizando as consequências de possíveis complicações (ALDRIGHI, et al., 2018).

No tocante à escolaridade, há uma relação direta ao acesso à informações e ao nível socioeconômico, transformando-a em variável essencial para a compreensão de diferenças no comportamento em saúde reprodutiva e, conseqüentemente, contribuindo para a transição demográfica (BARBOSA, et al., 2017; GONÇALVES, CARVALHO, WONG, TURRA, 2019).

Ao contrário do evidenciado por Barbosa e colaboradores (2017), em estudo que avaliou fatores sociodemográficos e obstétricos parturientes assistidas em um hospital público,

o nível de escolaridade das participantes da pesquisa foi satisfatório, evidenciando que há uma maior preocupação quanto ao grau de instrução dessas mulheres.

Quando se fala de via de parto, Santos e colaboradores (2022) ressaltam que taxas de cesarianas são maiores em mulheres com maior escolaridade e em situação conjugal casada, associando-as aos melhores níveis socioeconômicos e condição de vida materna.

As variáveis sociodemográficas, sobretudo, àquelas relacionadas à idade materna avançada, baixa escolaridade, cor/raça parda e situação conjugal solteira, associam-se a maiores índices de mortalidade materna (BARRETO, et al., 2021), o que reforça a importância de conhecer o perfil das mulheres assistidas para implementação de linha de cuidado que reduza desfechos maternos negativos.

Quanto ao perfil clínico materno das participantes da pesquisa, evidenciamos que houve diminuição da paridade materna, aumento do intervalo entre os partos e do número de consultas de pré-natal. A média da idade gestacional das participantes também foi um resultado positivo, em gestações de maioria única e de termo.

Os dados relativos à paridade, idade gestacional, número de consultas, tipo de gravidez encontrados nesta pesquisa, corroboram com os resultados encontrados por Aldrighi et al (2018) e outros autores, evidenciando uma melhora nas tendências relacionadas ao planejamento reprodutivo e consequente redução da prematuridade (ALDRIGHI, et al., 2018; BARBOSA, et al., 2017; ANDRADE, et al., 2018).

Quanto às consultas de pré-natal, evidenciou-se uma média de 7,86 (*dp* 3,79) consultas, que corroboram com as recomendações do Ministério da Saúde quanto ao calendário de acompanhamento para pré-natal com atendimento intercalado entre médico e enfermeiro, e um mínimo de seis consultas de pré-natal (BRASIL, 2012). Outras recomendações incluem pelo menos oito consultas de pré-natal, com o objetivo de melhorar a experiência das mulheres com os cuidados durante a gestação (WHO, 2016; LAVRAS, 2018).

Entretanto, considerando-se os cenários estudados, esse quantitativo referente a amostra que pode refletir o perfil das gestantes atendidas em pré-natal de alto risco, no qual pressupõe um cuidado de pré-natal compartilhado com serviços especializados em virtude do risco gestacional (BRASIL, 2022). Com base nisso, Silveira e colaboradores (2020) ressaltam que um acompanhamento pré-natal de qualidade contribui para minimizar desfechos maternos e neonatais negativos, de modo que o maior número de consultas está associado às condições socioeconômicas, como escolaridade (CARVALHO, et al., 2021) e região do país.

Em paralelo aos resultados deste estudo, considerando o perfil sociodemográfico da amostra, essa associação apenas reforça que pode tratar-se do perfil de gestantes de alto risco, não necessariamente associadas às condições citadas pelos autores acima.

No entanto, embora o número de consultas seja uma medida objetiva para avaliar indicadores assistenciais, a qualidade desses atendimentos é indicador subjetivo fundamental para garantir um bom prognóstico para o recém-nascido, principalmente quanto à prematuridade (JUNQUEIRA, ARAÚJO, KAIRALA, 2020). Segundo os autores supracitados, as condições pós-natais dos recém-nascidos prematuros são proporcionais à qualidade e quantidade dos pré-natais realizados pela genitora, o que influencia diretamente na morbidade neonatal.

De acordo com a literatura robusta, fatores como a grande multiparidade e cicatriz uterina prévia, decorrentes principalmente de cesárea anterior, contribuem para a ocorrência de ruptura uterina que pode acontecer na gravidez e durante o parto, pois enfraquecem a parede uterina, assim como gestações sucessivas com intervalos de partos inferiores à dois anos (REZENDE, 2017).

Um intervalo interpartal mínimo de dois anos faz parte da avaliação pré-concepcional (BRASIL, 2012), e deve ser sugerido associado à decisão informada sobre métodos contraceptivos de planejamento familiar, com objetivo de reduzir morbimortalidade materna e perinatal (LAVRAS, 2018). Segundo os autores supracitados, os resultados dessa pesquisa demonstram uma redução em fatores de risco relacionados à história obstétrica pregressa no tocante à redução da paridade e intervalo entre os partos, que pode reduzir desfechos de morbimortalidade associados.

Considerando que a média da idade gestacional (IG) das participantes da pesquisa foi de 37,1 semanas, consideradas gestações a termo, que reduz fatores de risco neonatais decorrentes da prematuridade, como necessidade de internação em unidades de terapia intensiva neonatais (BRASIL, 2014), podemos considerar que o desfecho neonatal evidenciado nesta pesquisa (com apenas 30,7% de desfechos neonatais em UTI/UCI) pode ter relação com a IG ao nascer.

Com base nisso, a média da IG encontrada nos resultados da pesquisa corrobora com os resultados de Cordeiro e outros autores (2019), cujo desfecho neonatal desfavorável que esteve baseado nos baixos índices de Apgar foram maiores e com significância estatística em situações como a prematuridade (IG > 37 semanas).

Quanto à variável relacionada aos dias de internação hospitalar (5,16 e *dp* 5,62), esses resultados podem ser avaliados considerando que a maioria (66,2%, *n*=231) das mulheres participantes da pesquisa apresentaram pelo menos uma comorbidade materna associada classificada em síndrome hipertensiva.

É a partir da estratificação de risco realizada no pré-natal que são identificadas quais mulheres têm maiores riscos de apresentar eventos adversos à saúde que levam ao aumento de internações hospitalares, podendo otimizar os recursos e tecnologias adequadas para reduzir a morbidade materna e neonatal (FERNANDES, CAMPOS, FRANCISCO, 2019; CARVALHO, et al., 2021; BRASIL, 2022).

As síndromes hipertensivas e hemorrágicas da gravidez, infecções puerperais, complicações no parto e abortamento inseguro são as principais causas de mortalidade materna no Brasil e no mundo, representando cerca de 75% do total de óbitos maternos no contexto mundial (BRASIL, 2022).

Observando o cenário atual decorrente da emergência de saúde pública pela Covid-19, gestantes com comorbidades associadas são consideradas de risco aumentado para morbimortalidade nesse contexto (BRASIL, 2020). Segundo Nakamura-Pereira e outros (2020), a hipertensão é a primeira causa de morte materna e de near miss materno no Brasil, podendo-se ser observado um quadro de pré-eclâmpsia equivalente em mulheres com quadro grave de covid-19.

Embora a amostra não tenha identificado gestantes nesta condição, considera-se que o grande percentual de mulheres com pelo menos uma comorbidade associada, seja um fator de risco importante para desfechos relacionados à covid-19, seja pela fisiopatologia da desordem associada ou pelas características da gestação que predispõe desfechos negativos nesse contexto (BRASIL, 2020; NAKAMURA-PEREIRA, et al., 2020).

6.2 Prevalência das tecnologias de cuidado no contexto obstétrico

Em relação à utilização de tecnologias, a partir dos resultados do estudo pode-se identificar que houve uma maior prevalência de tecnologias leves e duras de forma homogênea nos dois cenários da pesquisa considerados de alto risco.

A utilização de tecnologias leves reforça uma preocupação no tocante à humanização e acolhimento das participantes mesmo em um cenário de alto risco, o que, conforme citado por Bourguignon e Grisotti (2018), denota intrinsecamente uma crítica ao modelo hegemônico

convencional e está associada ao resgate da dignidade da pessoa humana, com enfoque nos direitos reprodutivos.

A utilização de tecnologias não invasivas, neste caso correlacionadas às bases leve-duras, conforme evidenciado por Pereira e colaboradores (2018), ressignificam a necessidade de intervenções positivas e de uso adequado, que aumentam o grau de satisfação das mulheres através da implementação de métodos não-farmacológicos para alívio da dor no parto.

A dor durante o parto é considerada um feedback fisiológico que varia de forma subjetiva em cada parturiente, e é resultante de impulsos sensoriais causados pela contratilidade uterina, de modo que, aliviar a dor com técnicas não farmacológicas, fazem parte de um contexto de humanização (PINHEIRO, SANTOS, AGUIAR, SALES, 2021).

A tecnologia no processo de cuidado está relacionada ao desenvolvimento de práticas na gestação e parto que respeitem a fisiologia do corpo feminino, sua mente e privacidade. Sendo assim, no contexto obstétrico é necessário considerar tecnologias leves e leve-duras, reforçando o poder de decisão e auxiliando a parturiente sem intervenções desnecessárias (SANTOS, RANGEL, 2020).

Entre as tecnologias que possuem grau A de recomendação e devem ser encorajadas durante a assistência ao trabalho de parto e parto, estão elencadas: respeito à escolha e informações sobre acompanhante, fornecer informações e explicações às mulheres; utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor; monitorização fetal com ausculta intermitente; liberdade de posição e movimento; estímulo às posições não-supinas; monitorizar evolução do trabalho de parto com o uso do partograma, entre outros (WHO, 2018; BRASIL, 2017).

Acerca da utilização adequada de tecnologias em obstetrícia, conforme evidenciado por Pereira e colaboradores (2018), os cuidados são percebidos de forma a aliviar a dor e proporcionar bem-estar, acelerando o trabalho de parto e fornecendo orientações que contribuem para uma experiência positiva do parto.

Entretanto, Portela e colaboradores (2018) ressaltam que algumas medidas devem ser melhor discutidas, definindo-se claramente os papéis que são atribuídos às lideranças e aos profissionais da saúde, de modo a facilitar a coordenação e continuidade do cuidado, de forma individualizada e atenta ao nível de risco observado.

As tecnologias elencadas nesta pesquisa e que foram mais utilizadas estão relacionadas às tecnologias leves, a exemplo das informações sobre acompanhante e informações e

explicações de procedimentos. Entre as tecnologias duras, embora em menor proporção, a ausculta intermitente também foi bastante utilizada.

Não obstante, a administração de ocitócicos e massagens ou distensão do períneo durante o parto, além de utilização de manobras relacionadas à proteção ao períneo e a mobilização do polo cefálico, com manipulação ativa do feto no momento de nascimento, possuem respectivamente graus de recomendação B e C, elencados como condutas que devem ser desestimuladas (WHO, 2018; BRASIL, 2017).

Essas tecnologias estão classificadas sobretudo como leve-duras e, exceto pelo o uso de ocitocina, classificada nesta pesquisa como tecnologia dura, ambas foram utilizadas em menores percentuais, já que a maioria da amostra do estudo teve um desfecho de parto cesariano enquanto tecnologia dura mais utilizada.

Nesse contexto, entre as condutas que possuem grau D de recomendação e são frequentemente utilizadas de maneira inadequada, estão elencadas a correção da dinâmica uterina com ocitocina, parto operatório através de cesariana e o uso liberal ou rotineiro de episiotomia (WHO, 2018; BRASIL, 2017).

Convém ressaltar que, embora o cenário de gestação de alto risco possa predispor prognósticos mais negativos na assistência materno-fetal, devido a fisiopatologia associada (BRASIL, 2022), não significa ser sinônimo de cesarianas, já que quanto maior a taxa de cesárea, mais forte é a associação com mortalidade materna e neonatal (FERNANDES, CAMPOS, FRANCISCO, 2019).

Quanto ao uso de ocitocina, os resultados da pesquisa demonstraram uma prevalência acima de 20% para sua utilização, considerado um percentual relativamente baixo, embora não seja possível, pelo estudo, inferir se essa utilização ocorreu de maneira adequada, com colo uterino favorável à indução com esse análogo de prostaglandinas (BRASIL, 2022).

O uso rotineiro de ocitocina durante o trabalho de parto é considerado prejudicial, uma vez que resulta em maior incidência de desacelerações da frequência cardíaca fetal (FCF), aumento da contratilidade uterina com hipertonia e taquissístolia, mais dor no parto e maior desfecho de partos operatórios, sendo indicada sumariamente como método de indução, com colo favorável e na vigência de hipoatividade uterina (BRASIL, 2022).

Um resultado positivo relacionado à utilização de tecnologia dura, refere-se ao baixo percentual de episiotomia (0,98% e 1,38%) em ambos os cenários da pesquisa, demonstrando diminuição dessa conduta inicialmente muito comum no modelo hegemônico de assistência ao parto (BOURGUIGNON, GRISOTTI, 2018).

A episiotomia, segundo Matos, Magalhães e Féres-Carneiro (2021), evidencia uma relação de poder desigual entre profissional e paciente, definida como um modo de “castração” da mulher, já que sua utilização abrevia o momento de plenitude feminina e, conseqüentemente, o acesso a essa representação de “ser potente”, estando mais a serviço de quem assiste o parto, do que do bebê e da parturiente.

6.3 Análises da associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas da parturiente de alto risco e a utilização de tecnologias de cuidado obstétrico.

No tocante às análises de inferência, o presente estudo não identificou diferença estatística significativa quanto às associações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas maternas e a utilização de tecnologias, sejam elas leves, leve-duras ou duras, exceto pela relação entre a presença de comorbidade e o recebimento ou não recebimento de tecnologias leve-duras.

Esses resultados, em sua maioria, discordam de resultados expostos por estudos semelhantes, que avaliaram o perfil sociodemográfico de parturientes, e reforçaram que variáveis como idade e escolaridade, estão relacionadas à maior incidência de cesárea e fornecimento de informações (BARBOSA, et al., 2017; GONÇALVES et al., 2019; SALVO, et al., 2021), paralelas à tecnologias dura e leve, respectivamente .

Além disso, convém ressaltar, que alguns estudos de mesma temática já evidenciam que quanto maior o poder aquisitivo da mulher e sua escolaridade, menor a chance de ocorrência de violência obstétrica, caracterizada por intervenções que desrespeitam a integridade da mulher e violam sua dignidade e direitos reprodutivos (ZANARDO, CALDERÓN, NADAL. HABIGZANG, 2017; LANSKY, et al., 2019).

Segundo os autores supracitados, tecnologias como a ausência para o esclarecimento de dúvidas e o uso indiscriminado de ocitocina para acelerar o trabalho de parto, são frequentemente utilizadas em mulheres de baixa renda familiar e baixa escolaridade.

Nesse contexto, o poder institucional e profissional, numa relação desigual entre profissional-paciente, é especialmente mais forte em mulheres com baixo nível socioeconômico e minorias étnicas, de modo que a característica opressora e dominadora exclui o traço de subjetividade feminina para a construção de uma assistência centrada à mulher, com exercício pleno de sua cidadania (JARDIM, MODENA, 2018).

Configura-se como violência obstétrica uma violência de gênero, na qual são identificadas relações de poder desiguais na sociedade, abrangendo a não utilização de

procedimentos recomendados na assistência à gestação, ao parto e puerpério, bem como a utilização de procedimentos desnecessários, que podem causar iatrogenias e resultar em efeitos evitáveis sobre a saúde da mulher e do bebê (LANSKY, et al., 2019).

Acerca das repercussões relativas às condições clínicas maternas e fatores sociodemográficos, mulheres com comorbidade associada, idade materna acima de 35 anos, escolaridade elevada (acima de 8 anos de estudos) e alto nível socioeconômico, apresentam maiores chances de desfechos de partos cesarianos (ONGARATTO et al., 2021; GABIRA et al., 2023).

No tocante à associação entre a presença de comorbidade e a não utilização de tecnologias leve-duras, parece que essa relação demonstra uma insegurança do profissional em implementar, sobretudo, as boas práticas de assistência ao trabalho de parto e parto, em detrimento do perfil clínico e obstétrico das gestações de alto risco.

Os serviços hospitalares de referência para o alto risco devem adotar boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, contemplando também outros instrumentos como o Plano de Parto, e de acordo com a classificação de risco (BRASIL, 2013).

Em um estudo realizado por Souza e outros autores (2019) que trouxe uma reflexão das tecnologias utilizadas durante esse contexto, também à luz do conceito de Merhy (2017), reforça que àquelas envolvidas nas bases leves e leve-duras, são consideradas ferramentas de mudanças a fim de evitar um cenário de intervenções desnecessárias e proporcionar uma experiência positiva do parto para a mulher e sua família.

As gestações de alto risco, embora respondam pela morbidade, mortalidade materna e pela maioria dos desfechos perinatais desfavoráveis, possuem regulamentação de atividade do enfermeiro, a exemplo da consulta de enfermagem no pré-natal de alto risco, de modo que esse profissional atua, ao mesmo tempo, também onde há predominância de tecnologias leve-duras e duras (ERRICO et al., 2018).

Esses profissionais são especialmente citados por proporcionar uma atuação autônoma, inclusive para com gestantes e parturientes de alto risco, e baseada no conhecimento científico, de forma que podem focar na avaliação e monitoramento do risco gestacional e vitalidade materno-fetal, além de implementar tecnologias não-invasivas de cuidado, desenvolvidas de modo compartilhado com esses sujeitos do cuidado (NASCIMENTO et al., 2022).

A implementação dessas tecnologias fortalece o potencial positivo da experiência relacionada ao trabalho de parto e parto, já que, mulheres de gestação de alto risco

frequentemente possuem expectativas influenciadas por crenças de uma cultura tecnicista (SALES et al., 2018).

Estudo realizado pelos autores supracitados (2018), analisou as representações sociais do parto normal para primíparas que passaram pela experiência de uma gestação de alto risco, de modo que a sensação de “abandono” aliada forte percepção da dor do trabalho de parto enquanto processo degradante, marcou à tendência à não utilização de tecnologias não invasivas, que seriam fortes aliadas para o fortalecimento de uma experiência positiva de parto, baseado em evidências e boas práticas obstétricas.

Entretanto, embora já expresse o potencial no tocante à utilização de tecnologias leves para desfechos de partos seguros e com experiências positivas para a mulher, os profissionais envolvidos na assistência encontram barreiras relativas à necessidade de treinamentos para sua implementação (BOAVENTURA et al., 2020).

Ainda segundo Boaventura e colaboradores (2020), a utilização de tecnologias leves exige especialização dos profissionais quanto à busca por novos conhecimentos e técnicas que possam fortalecer a experiência do parto, já que a maternidade é um ambiente de complexidade e demanda profissionais preparados para lidar com as tecnologias de maneira adequada.

Acerca dos níveis de cesárea cada vez mais crescentes no Brasil, pode-se estabelecer uma relação entre essa epidemia de cesáreas e o medo do parto vaginal, associado, normalmente, à intervenções dolorosas e a crença de que o trabalho de parto não trará resultados (ZANARDO, CALDERÓN, NADAL. HABIGZANG, 2017).

As tecnologias de cuidado precisam de gerenciamento e administração adequados quanto à sua utilização, de modo que a mulher possa ser participante ativa no processo de cuidado, entendendo as modificações e processos que envolvem seu próprio corpo (SANTOS, RANGEL, 2020), auxiliando, dessa forma, na redução dos níveis de violência obstétrica e respeito à integridade feminina e seus direitos reprodutivos.

Enquanto profissionais envolvidos diretamente com a assistência ao cuidado, a equipe de enfermagem possui papel fundamental nesse gerenciamento, proporcionando assistência de qualidade e experiências positivas no cenário obstétrico (SANTOS, RANGEL, 2020).

Ao aplicar o processo de enfermagem nesse contexto, o Enfermeiro favorece uma segurança na tomada de decisões, diminui fragmentação e proporciona continuidade do cuidado, fortalecendo a enfermagem enquanto ciência do cuidado (FRAGA, et al., 2018), não somente no cenário de assistência ao parto e parto.

6.4 Limitações do estudo

Quanto às limitações encontradas para a implementação desta pesquisa, destaca-se o momento de emergência mundial vivenciada pela pandemia da covid-19, já que, mesmo diante das medidas de flexibilização atualmente vigentes, as unidades assistenciais reduziram o acesso de pesquisadores em virtude do risco de exposição para profissionais e pacientes.

A fim de reduzir essas limitações, o acesso aos cenários da pesquisa ocorreu seguindo as normas de vigilância sanitária para a redução de contaminação e exposição nos ambientes hospitalares, cuja coleta exigiu manutenção de uso de máscaras cirúrgicas e descartáveis, vestimenta apropriada, higienização das mãos frequentemente com álcool à 70% e reduzido acesso aos leitos de isolamento por quaisquer patógenos.

Além disso, por se tratar de estudo sob a ótica de percepção da parturiente, pode apresentar viés de resposta, relacionado ao conhecimento das mesmas quanto às tecnologias implementadas no processo de trabalho de parto e parto. Entretanto, para minimizar esse viés, foram utilizadas ferramentas, como a própria aplicação do formulário pelas pesquisadoras, e a análise de seus prontuários.

7. CONCLUSÃO

A partir dos resultados desse estudo, pode-se identificar que mesmo em um contexto de alto risco, em que as mulheres apresentaram comorbidades bem definidas, as tecnologias leves, relativas à relação profissional-paciente, são as mais prevalentes, demonstrando uma preocupação no que se refere ao acolhimento e humanização da assistência em saúde, sobretudo diante de um perfil característico de mulheres em vulnerabilidade social, ou seja, com baixa renda familiar, apesar dos maiores níveis de escolaridade encontrados.

Este resultado apresenta potencial positivo ao considerarmos que condições maternas relacionadas ao contexto sociodemográfico, além de condições clínico-obstétricas no geral, não estão associadas, necessariamente, a um tipo de tecnologia de cuidado obstétrico, como a própria cesárea, no cenário de alto risco.

Do mesmo modo, as tecnologias duras também apresentaram maior prevalência, embora não possa inferir, pelos resultados do estudo, associação com o perfil sociodemográfico e clínico da amostra, e estando a cesárea como tecnologia dura mais utilizada nesse contexto.

Quanto às tecnologias leve-duras, a maioria das análises também não obteve diferença estatística significativa, excetuando-se pela presença de comorbidade materna e a não utilização de tecnologias leve-duras, trazendo à reflexão que os profissionais envolvidos na assistência podem apresentar inseguranças ou até mesmo despreparo, para a utilização e implementação de boas práticas de assistência ao parto no contexto de alto risco. Em paralelo, os dados descritivos do estudo sugerem que deve haver um melhor aproveitamento da utilização de tecnologias leve-duras nesse cenário, já que no geral, essas tecnologias possuem um baixo custode aplicação e uma alta efetividade para acompanhamento e evolução de trabalho de parto e parto, proporcionando potencial positivo de experiência do parto para as mulheres de gestação de alto risco.

Nesse contexto, as tecnologias leve-duras demonstram principalmente que os profissionais envolvidos neste âmbito da assistência obstétrica precisam desenvolver melhores habilidades para a condução de parturientes com desfechos de partos não cesarianos. Neste ponto, ressalta-se a importância no gerenciamento das tecnologias de cuidado obstétrico, de modo a proporcionar uma experiência positiva relacionada ao parto e nascimento, considerando o nível de risco observado para cada parturiente.

De um modo geral, esta pesquisa possibilita trazer conhecimento e reflexões da prática clínica para a comunidade acadêmica e assistencial, ressaltando a importância do profissional

em relação ao uso adequado das tecnologias de cuidado obstétrico, sobretudo, em um contexto de alto risco. Essas reflexões sugerem, principalmente, que apesar das discussões pautadas no âmbito da assistência ao parto, ainda existem limitações na prática que mitigam o leque de possibilidades de intervenções positivas e importantes no desfecho do parto, como a necessidade de aperfeiçoamento para a implementação do uso de tecnologias leve-duras para mulheres com gestação de alto risco.

É importante que a gestão desses cenários esteja preparada e habilite seus profissionais para lidar com tecnologias, sobretudo nas bases leve-duras, respeitando-se a evolução fisiológica do parto, e mantendo-se, ao mesmo tempo, o olhar crítico do profissional para o segmento relativo às alterações que podem estar presentes nesse perfil de assistência materna.

Sendo assim, sugere-se como proposta para continuidade do estudo, expandir as análises para contexto populacionais maiores, e em macro-regiões, alcançando-se contextos e amostras heterogêneas para outros resultados nas análises de inferência para associações, bem como ampliando para a percepção do profissional.

REFERÊNCIAS

- ABDALA, L. Sé que me cortaron, pero lo olvidé inmediatamente cuando te vi”. La violencia obstétrica como un nuevo marco para dotar de inteligibilidad las memorias y experiencias de los partos en la argentina reciente. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**. ISSN 1984-6487, n. 37, 2021. DOI: 10.1590/1984-6487.sess.2021.37.e21203.a.
- ALMEIDA, L.L.F. Impacto clínico da cicatriz na funcionalidade em mulheres submetidas à cesariana. **Dissertação de mestrado**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Belo Horizonte, 2020.
- ALDRIGHI, J.D. et al. Perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres em idade materna avançada. **Rev Enferm UFSM** 2018 Jul./Set.;8(3): 423-437. ISSN 2179-7692.
- ANDRADE, S.G. et al. Perfil sociodemográfico, epidemiológico e obstétrico de parturientes em um hospital e maternidade de Sobral, Ceará. **Rev Pre Infec e Saúde**[Internet]. 2018;4:7283. Available from: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/7283> DOI: <https://doi.org/10.26694/repis.v4i0.7283>
- ANDRADE, P.O.N. SILVA, J.Q.P. DINIZ, C.M.M. CAMINHA, M.F.C. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**. Vol.16 No.1 Recife. Jan./Mar., 2016.
- BARBOSA, E.M. et al. Perfil sociodemográfico e obstétrico de parturientes de um hospital público. **Rev Rene**. 2017 mar-abr; 18(2):227-33. DOI: 10.15253/21756783.2017000200012.
- BARRETO, B.L. Perfil epidemiológico da mortalidade materna no Brasil no período de 2015 a 2019. **Rev Enferm Contemp**. 2021;10(1):127-133. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v10i1.3709>.
- BERGAMASCHI, D.P. SOUZA, J.M.P. BRAGA, P.E. **Introdução à Bioestatística**. Material de apoio Didático de Curso de Atualização do Programa de Verão da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.
- BOAVA, L.M. WEINERT, W.R. Tecnologia em saúde: uma reflexão necessária. **Revista Mundi Engenharia, Tecnologia e Gestão**. Paranaguá, PR, v.5, n.3, p. 243-01, 243-13,2020. DOI: 10.21575/25254782rmetg2020vol5n31246.
- BOAVENTURA, T. BAIER, L.C.D. SILVA, M.G. MARTINS, A.R. BORGES, P.K.O. Tipologia de Tecnologias em Saúde presentes nas maternidades segundo perspectivas dos profissionais gestores e enfermeiros. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 6, p.39215-39229, ISSN 2525-8761. Jun, 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n6-459.
- BOURGUIGNON, A.M. GRISOTTI, M. Concepções sobre humanização do parto e nascimento nas teses e dissertações brasileiras. **Saúde Soc**. São Paulo, v.27, n.4, p.1230-1245, 2018. DOI 10.1590/S0104-12902018170489.

BRASIL. **Portaria nº 569 de 01 de Junho de 2000**. Dispõe sobre a criação do Programa de Humanização do Parto e do Nascimento. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasil, DF.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Programa de Humanização do Parto e do Nascimento (PHPN). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Brasília, DF. 2002.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS . Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 121, 27 jun. 2011. Seção 1, p. 109.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. 5. ed. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013**. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Brasília, 2013.

BRASIL, **Ministério da Saúde**. Política Nacional de Humanização – PNH. HumanizaSUS. 1ª edição, Brasília, DF, 2013.

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

BRASIL, **Ministério da Saúde**. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. 2019. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>.

BRASIL, **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19. Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Brasília, 2022.

CARVALHO, F.C. et al. Fatores de risco maternos mais prevalentes relacionados à ocorrência de partos prematuros: revisão de literatura. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**. ISSN *online*: 2317-4404. Vol.36,n.1,pp.112-123. Set – Nov, 2021.

CANANÉA, B.A. COUTINHO, L.C. MEIRELLES, L.X. A parturição na perspectiva das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem: narrativas de vida. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 11, p. 87145-87156, nov. 2020. ISSN 2525-8761.

CAPP, E. NIENOV, O.H. **Bioestatística quantitativa aplicada**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. ISBN: 978-65-86232-43-1. Porto Alegre, 2020.

CAVAGGIONI, A.P.M. MARTINS, M.C.F. BENINCASA, M.B. Influence of type of birth on child development: a comparison by Bayley- III Scale. **J Hum Growth Dev.** 2020; 30(2):301-310. DOI: <https://doi.org/10.7322/jhgd.v30.10382>.

CORDEIRO, A.C.S. et al. Relação entre a qualidade do pré-natal e desfecho materno fetal em uma maternidade pública em Macapá. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 04, Ed. 07, Vol. 11, pp. 53-66. Julho de 2019. ISSN: 2448-0959

DUARTE, M.R. ALVES, V.H. RODRIGUES, D.P. SOUZA, K.V. PEREIRA, A.V. PIMENTEL, M.M. Tecnologias do cuidado na enfermagem obstétrica: contribuições para o parto e nascimento. **Cogitare enferm.** 24: e54164, 2019. DOI: [dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.54164](https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.54164).

ENTRINGER, A.P. GOMES, M.A.S.M. COSTA, A.C.C. PINTO, M. Impacto orçamentário do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva sem indicação clínica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica.** 2018; 42:e116. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.116>.

ERRICO, L.S.P. BICALHO, P.G. OLIVEIRA, T.C.F.L. MARTINS, E.F. O trabalho do enfermeiro no pré-natal de alto risco sob a ótica das necessidades humanas básicas. **Rev Bras Enferm.** 71(Suppl 3):1257-64. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0328>.

FERNANDES, J.A. CAMPOS, G.W.S. FRANCISCO, P.M.S.B. Perfil das gestantes de alto risco e a cogestão da decisão sobre a via de parto entre médico e gestante. **Saúde Debate.** Rio de Janeiro, V. 43, N. 121, P. 406-416, Abr-Jun, 2019.

FERREIRA, M.S. GONÇALVES, E. “Parirás com dor”: a violência obstétrica revisitada. **Revista Sociedade e Cultura.** V. 23: e60230. ISSN:1980-8194. 2020. DOI: 10.5216/sec.v23.e60230.

FRAGA, T.F. et al. Processo de enfermagem em centro obstétrico: perspectiva dos enfermeiros. **Texto Contexto Enferm.** 2018; 27(3):e4600016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180004600016>.

GABIRA, F.G. OLIVEIRA, G. MASCARELLO, K.C. OLIVEIRA, E.R.A. Fatores sociodemográficos e via de parto: revisão sistemática. **R Pesq Cuid Fundam** [Internet]. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.11779>

GABRIEL, A.B. SANTOS, B.R.G. A injustiça epistêmica na violência obstétrica. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, 28(2): e60012. 2020. DOI: 10.1590/1806-95842020v28n260012.

GOMES, M.D. SILVA, G.O. RIBEIRO, M.S.J. Assistência de enfermagem para o parto humanizado. **Gestão & Tecnologia Faculdade Delta**. Ano XI, V. 1 Edição 34. ISSN 2176-2449. Jan/Jun, 2022.

GONÇALVES, G.Q. CARVALHO, J.A.M. WONG, L.L.R. TURRA, C.M. A transição da fecundidade no Brasil ao longo do século XX: uma perspectiva regional. **R. bras. Est. Pop.**, v.36, 1-34, e0098, 2019. DOI <http://dx.doi.org/10.20947/S0102-3098a0098>.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Diretoria de pesquisas, Coordenação de pesquisas por Amostras de domicílios. Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios Contínuas 2012-2021. 2021. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18319-cor-ou-raca.html>.

JARDIM, D.M.B. MODENA, C.M. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 26:e 3069, 2018. DOI: 10.1590/1518-8345.2450.3069.

JUCA, L.A. LAGO, R.R. BORGES, M.F.S.O. A percepção de mulheres acerca da dor no parto normal. **Brazilian Journal of Development**. Curitiba, v.7, n.4, p.41956-41975 apr 2021. DOI:10.34117/bjdv7n4-587.

JUNQUEIRA, M.C.O. ARAÚJO, V.S. KAIRALA, A.L.R. Número de consultas pré-natais e escore de risco em recém-nascidos pré-termo internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Brasília Med**. v. 57; 2020: 3-6. DOI - 10.5935/2236-5117.2020v57a02.

LANSKY, S. et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(8):2811-2823, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018248.30102017.

LAVRAS, C.C. São Paulo, Secretaria Estadual da Saúde. **Linha de cuidado gestante e puérpera: manual técnico do pré-natal, parto e puerpério**. São Paulo: SES/SP, 2018.

LEAL, M.C. et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cad. Saúde Pública**. 2019; 35(7):e00223018. DOI: 10.1590/0102-311X00223018.

LIMA-COSTA, M.F. BARRETO, S.M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Vol. 12, nº 4. Out-Dez, 2003.

LOFRANO, H.S.N. CARVALHO, M.L. OLIVEIRA, M.K. PAULA, E.C. o perfil clínico e socioeconômico das gestantes tardias brasileiras. **Revista Corpus Hippocraticum**, v. 2 n. 1 (2021).

LOPES, G.C. GONÇALVES, A.C. GOUVEIA, H.G. ARMELLINI, C.J. Atenção ao parto e nascimento em hospital universitário: comparação de práticas desenvolvidas após Rede Cegonha. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2019. 27:e3139. DOI: 10.1590/1518-8345.2643-3139.

- MARQUES, S.B. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. **Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.**, Brasília, 9(1): jan./mar., 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v9i1.585>.
- MATOS, M.G. MAGALHÃES, A.S. FÉRES-CARNEIRO, T. Violência Obstétrica e Trauma no Parto: O Relato das Mães. *Psicologia: Ciência e Profissão* 2021 v. 41, e219616, 1-13. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003219616>,
- MERHY, E.E. A cartografia do trabalho vivo. *Hucitec [Internet]*. Rio de Janeiro, 24(8):1953-7. 2017.
- MONTENEGRO, C.A.B. REZENDE FILHO, J. **Rezende Obstetrícia**. 13. ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
- NAGAI, M.M. et al. Gestação de alto risco: caracterização do perfil de utilização de medicamentos e associação com fatores clínicos e sociodemográficos. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, 22 (3): 619-629 jul-set., 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202200030010>.
- NAKAMURA-PEREIRA, M. et al. COVID-19 e morte materna no Brasil: uma tragédia invisível. **Femina**. 2020;48(8):496-8.
- NASCIMENTO, D.E.M. et al. Vivências sobre violência obstétrica: boas práticas de enfermagem na assistência ao parto. **Nursing São Paulo**. 25(291): 8242-8253, ago.2022.
- NASCIMENTO, J.W.A. et al. Atuação do enfermeiro na gestação de alto risco: uma revisão sistemática. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 1, e16311124616, ISSN 2525-3409. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i1.24616>.
- NICIDA, L.R.A. TEIXEIRA, L.A.S. RODRIGUES, A.P. BONAN, C. Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(11):4531-4546, 2020. DOI: 10.1590/1413812320202511.00752019.
- ONGARATTO, F. BOMFIM, S.B. ROSSETO, M. Características sociodemográficas e clínicas de uma coorte de puérperas em um hospital de Santa Catarina. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, e34510111288, 2021. ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11288>.
- OMS, **ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE**. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas [Internet] Genebra; 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/who_rhr_15.02_por.pdf;jsessionid=4E023CBB9F015EF451CAA90663B9113C?sequence=3. Acesso em: 22 de Out. de 2020.
- OPAS, **ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE**. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília: OPAS, 2018.
- PACHECO, V.C. et al. As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, V. 42, N. 116, P. 125-137, JAN-MAR 2018. DOI: 10.1590/0103-1104201811610.

- PEREIRA, P.S.L. et al. Tecnologias não invasivas de cuidado: percepção das puérperas. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 12(8):2129-36, ago., 2018. ISSN: 1981-8963. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i8a236584p2129-2136-2018>.
- PINHEIRO, B.M. SANTOS, C.V. AGUIAR, M.G. SALES, O.P. Métodos não-farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto. **Revista Multidebates**, v.5, n.2 Palmas-TO, abril de 2021. ISSN: 2594-4568.
- PORTELA, M.C. et al. Cuidado obstétrico: desafios para a melhoria da qualidade. **Cad. Saúde Pública** 2018; 34(5):e00072818. DOI: 10.1590/0102-311X00072818.
- PRATA, J.A. ARES, L.P.M. VARGENS, O.M.C. REIS, C.S.C. PEREIRA, A.L.F. PROGIANTI, J.M. Tecnologias não invasivas de cuidado: contribuições das enfermeiras para a desmedicalização do cuidado na maternidade de alto risco. **Esc Anna Nery**, 23(2):e20180259. 2019.
- RISCADO, L. BONAN, C. SIMÕES-BARBOSA, R. RODRIGUES, A. Controle tecnológico do corpo e da vida: cesariana entre mulheres usuárias do setor privado. **Psicologia e Sociedade**. 33, e219735, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2021v33i219735>.
- ROCHA, E.P.G. MOURA, N.A.S. ALBUQUERQUE, G.P.M. HOLANDA, E.R. HOLANDA, V.R. Tecnologias do cuidado na assistência ao parto normal: práticas de enfermeiros e médicos obstetras. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro/RECOM**. 2021; 11/4218.
- ROCHA, N.F.F. FERREIRA, J. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde Debate Rio de Janeiro**. v. 44, n. 125, p. 556-568, ABR-JUN 2020. DOI: 10.1590/0103-1104202012521.
- REIS, T.L.R. PADOIN, S.M.M. TOEBE, T.R.P. PAULA, C.C. QUADROS, J.S. Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. *Rev. Gaúcha de Enfermagem*. Mar;38(1):e64677.2017. DOI: [10.1590/1983-1447.2017.01.64677](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64677).
- SALES, C.G. AVELAR, T.C. ALÉSSIO, R.L.S. Parto normal na gravidez de alto risco: representações sociais de primíparas. **Estudos e pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 18 n. 1 p. 303-320. ISSN 1808-4281. Jan-abril, 2018.
- SALVO, G.M. et al. A influência das características maternas e obstétricas no perfil neonatal. **Rev. Enferm. UFPE on-line**. 2021;15(2):e244776. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.244776>.
- SANTOS, C.S. SOUZA, J.S. CAMPOS, .A.L. HARTWIG, S.V. Perfil materno, gestacional e classificação de Robson por tipo de parto ocorridos em Cáceres-MT. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, e8111124663, 2022. ISSN 2525-3409. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i1.24663>.
- SANTOS, G.G. RANGEL, S.D. Gerenciamento de tecnologias e procedimentos na assistência obstétrica. **Rev. Eletrônica Evidência e Enfermagem**. 2020;6(1):40-48. DOI: <https://dx.doi.org/10.26544/Reeev6n12020-40-48>.

SANTOS, M.P.S. CAPELANES, B.C.S. REZENDE, K.T.Z. CHIRELLI, M.Q. Humanização do parto: desafios do projeto Apice On. **Ciência & Saúde Coletiva**, 27(5):1793-1802, 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022275.23602021.

SANTOS, I.D.L. MEDEIROS, F.F. FERRARI, R.A.P. SERAFIM, D. MACIEL, S.M. CARDELLI, A.A.M. Maternal near-miss in labor and delivery in the light of technologies in health. **Rev Esc Enferm USP** · 2018;52:e03409. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017049603409>.

SILVEIRA, L.I. et al. Fatores associados ao número de consultas no pré-natal: análise segundo a autopercepção de usuárias da Atenção Primária no Brasil. **ACM arq. catarin. med** . 49(2): 29-42, 06/07/2020.

SOUZA, F.M.L.C. SANTOS, W.N. SANTOS, R.S.C. RODRIGUES, O.B. SANTIAGO, J.C.D. SILVA, R.A.R. Tecnologias apropriadas ao processo de trabalho de parto humanizado. **Enferm Foco** [Internet].10(2): 11=8-124. 2019.

VARGENS, O.M.C. et al. Tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica: repercussões sobre a vitalidade do recém-nascido. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2017; 25:e21717.

WHO, **WORLD HEALTH ORGANIZATION**. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007.

WHO, **WORLD HEALTH ORGANIZATION**. Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. I. World Health Organization, 2016.

WHO, **WORLD HEALTH ORGANIZATION**. Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

ZANARDO, G. L. P. CALDERÓN, M. NADAL, A. H. R. HABIGZANG, L. F. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, 29: e155043. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>.

APÊNDICE A – Formulário de Coleta de Dados

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS	
DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Identificação:	
1. FAIXA ETÁRIA	
<input type="checkbox"/> Menor de 18 anos <input type="checkbox"/> Entre 18 e 35 anos <input type="checkbox"/> Acima de 35 anos <input type="checkbox"/> Não desejo responder	
2. RENDA FAMILIAR	
<input type="checkbox"/> Até 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> De 1 a 2 salários mínimos <input type="checkbox"/> De 2 a 3 salários mínimos <input type="checkbox"/> Mais de 3 salários mínimos <input type="checkbox"/> Não desejo responder	
3. COR/RAÇA AUTODECLARADA	
<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Não desejo responder	
3 NÍVEL DE ESCOLARIDADE	
<input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Ens. Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ens. Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ens. Médio incompleto <input type="checkbox"/> Ens. Médio Completo <input type="checkbox"/> Ens. Superior <input type="checkbox"/> Não desejo responder	
4 SITUAÇÃO CONJUGAL	
<input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Não desejo responder	
5 NATURALIDADE:	
_____.	
6 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:	
_____.	
DADOS CLINICOS	
1. PARIDADE: G P A .	
2. INTERVALO INTERPARTAL:_____.	

3. COMORBIDADES:

- () Síndromes Hipertensivas
 () Diabetes Gestacional ou prévia
 () Cardiopatias
 () Outros: _____

TECNOLOGIAS DE CUIDADO OBSTÉTRICO:				
1. LEVES:	S	N	N/A *	NÃO DESEJO RESPOND ER
Tratamento gentil				
Acolhimento – apresentação da equipe				
Informações sobre acompanhante				
Orientações acerca do quadro clínico				
Liberdade para esclarecimento de dúvidas				
Explicações e autorizações acerca de procedimentos				
2. LEVE-DURAS:				
Uso da bola suíça				
Musicoterapia				
Massagem				
Banho morno				
Partograma**				
Local do parto***	1	2	3	
Escada de Ling				
Massagem perineal				
Compressa para proteção do períneo				
3. DURAS:				
Ausculta intermitente				
Monitorização eletrônica fetal contínua				
Fórcipes				
Episiotomia				
Cesárea				
Ocitocina				

Legenda: * Paciente não entrou em trabalho de parto; **Partograma "não se aplica" se aberto apenas para justificar nascimento ou cesárea; **1. Enfermaria; 2. Sala de parto; 3. Centro cirúrgico.

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa **UTILIZAÇÃO DAS TECNOLOGIAS DE CUIDADO OBSTÉTRICO NO CONTEXTO DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO** dos pesquisadores **MARIANA MARIA PEREIRA CINTRA FARIAS CARVALHO** e **AMUZZA AYLLA PEREIRA DOS SANTOS**. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. O estudo possui como objetivo analisar a força de associação entre os fatores sociodemográficos e clínicos e a utilização de tecnologias de cuidado obstétrico, bem como levantar as tecnologias aplicadas à parturiente de alto risco durante o trabalho de parto e parto; classificar as tecnologias aplicadas à parturiente de alto risco durante o trabalho de parto e parto; analisar a utilização de tecnologias de cuidado obstétrico no contexto das duas maternidades de alto risco de Alagoas, durante o trabalho de parto e parto.
2. A importância deste estudo consiste na possibilidade de gerar evidências científicas que colaborem para o preenchimento das lacunas sobre o tema, bem como contribuir para gestores e órgãos especializados no remodelamento de estratégias e políticas públicas que envolvam a parturiente.
3. Os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: quais tipos de tecnologias são mais prevalentes em cada maternidade do estudo, classificando cada uma delas em leves, leve-duras e duras, bem como qual o resultado da associação entre os fatores sociodemográficos e clínicos da parturiente e a utilização dessas tecnologias, no contexto de alto risco em Alagoas.
4. A coleta de dados começará em Setembro/2021 e terminará em Outubro/2022.
5. O estudo será feito da seguinte maneira: as participantes serão abordadas para participar da pesquisa, seja em formato presencial ou online, a fim de responder um formulário, que posteriormente será analisado e discutido conforme os objetivos desta pesquisa.
6. A sua participação será nas seguintes etapas: preenchimento do formulário estruturado, fornecido pelos pesquisadores.

7. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental são: se sentir constrangido em responder ao questionário, gerando desconforto. Como também o fato de ter que desprender certo tempo para responder ao questionário desta pesquisa. Ademais, para minimizar estes riscos me será garantido o direito de não responder aos questionamentos que julgar necessário, bem como, me será concedida flexibilidade em entregar o questionário na data e horário que me aprouver.
8. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente são: são que os resultados do estudo serão encaminhados aos órgãos competentes do Estado, a fim de que sejam tomadas medidas em prol de uma assistência de qualidade dos serviços ofertadas, além de contribuir com conhecimento científico relevante e atual à comunidade acadêmica e aos profissionais da saúde. Com isso, terá informações e respostas sobre como lutar pelos meus direitos e escolhas enquanto gestante em trabalho de parto e parto. Também contribuindo para a ciência e saúde da população e, possíveis projetos incentivando medidas para melhorar a qualidade da assistência à mulher;
9. Você será informado(a) do resultado final do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.
10. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.
11. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.
12. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você.
13. Você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa (nexo causal).
14. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Eu, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço da equipe da pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Universidade Federal de Alagoas - UFAL
 Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro.
 Cidade/CEP: Maceió/CEP: 57072-900.
 Telefone: (82) 3214-1100
 Ponto de referência: -

Contato de urgência: Sr(a). Mariana Maria Pereira Cintra Farias

Endereço: Av. Jorge Montenegro Barros, 3639, Santa Amélia.
 Cidade/CEP: Maceió/CEP: 57063-000.
 Telefone: (82) 99801-6155.
 Ponto de referência: Principal da Santa Amélia.

ATENÇÃO: *O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:*

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas

Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões, Cidade

Universitária

Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Maceió, de de .

--	--

Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas	Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas)
--	---

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.) – Pai/Responsável

Você, pai/responsável pelo menor....., está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa **UTILIZAÇÃO DAS TECNOLOGIAS DE CUIDADO OBSTÉTRICO NO CONTEXTO DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO** dos pesquisadores MARIANA MARIA PEREIRA CINTRA FARIAS CARVALHO e AMUZZA AYLLA PEREIRA DOS SANTOS. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. O estudo possui como objetivo analisar a força de associação entre os fatores sociodemográficos e clínicos e a utilização de tecnologias de cuidado obstétrico, bem como levantar as tecnologias aplicadas à parturiente de alto risco durante o trabalho de parto e parto; classificar as tecnologias aplicadas à parturiente de alto risco durante o trabalho de parto e parto; analisar a utilização de tecnologias de cuidado obstétrico no contexto das duas maternidades de alto risco de Alagoas, durante o trabalho de parto e parto.
2. A importância deste estudo consiste na possibilidade de gerar evidências científicas que colaborem para o preenchimento das lacunas sobre o tema, bem como contribuir para gestores e órgãos especializados no remodelamento de estratégias e políticas públicas que envolvam a parturiente.
3. Os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: quais tipos de tecnologias são mais prevalentes em cada maternidade do estudo, classificando cada uma delas em leves, leve-duras e duras, bem como qual o resultado da associação entre os fatores sociodemográficos e clínicos da parturiente e a utilização dessas tecnologias, no contexto de alto risco em Alagoas.
4. A coleta de dados começará em Setembro/2021 e terminará em Outubro/2022.
5. O estudo será feito da seguinte maneira: as participantes serão abordadas para participar da pesquisa, seja em formato presencial ou online, a fim de responder um formulário, que posteriormente será analisado e discutido conforme os objetivos desta pesquisa.
6. A sua participação será nas seguintes etapas: através do preenchimento do formulário estruturada, fornecido pelos pesquisadores.

7. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental são: se sentir constrangido em responder ao questionário, gerando desconforto. Como também o fato de ter que desprender certo tempo para responder ao questionário desta pesquisa. Ademais, para minimizar estes riscos me será garantido o direito de não responder aos questionamentos que julgar necessário, bem como, me será concedida flexibilidade em entregar o questionário na data e horário que me aprover.
8. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente são: são que os resultados do estudo serão encaminhados aos órgãos competentes do Estado, a fim de que sejam tomadas medidas em prol de uma assistência de qualidade dos serviços ofertadas, além de contribuir com conhecimento científico relevante e atual à comunidade acadêmica e profissionais da saúde. Com isso, terá informações e respostas sobre como lutar pelos meus direitos e escolhas enquanto gestante em trabalho de parto e parto. Também contribuindo para a ciência e saúde da população e, possíveis projetos incentivando medidas para melhorar a qualidade da assistência à mulher;
9. Você será informado(a) do resultado final do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.
10. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.
11. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.
12. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você.
13. Você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa (nexo causal).
14. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Eu..... , responsável pelo menor que foi convidado a participar da pesquisa, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a participação no mencionado estudo e estando consciente dos direitos, das responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a

participação implicam, concordo em autorizar a participação do menor e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço da equipe da pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Universidade Federal de Alagoas - UFAL
 Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro.
 Cidade/CEP: Maceió/CEP: 57072-900.
 Telefone: (82) 3214-1100
 Ponto de referência: -

Contato de urgência: Sr(a). Mariana Maria Pereira Cintra Farias

Endereço: Av. Jorge Montenegro Barros, 3639, Santa Amélia.
 Cidade/CEP: Maceió/CEP: 57063-000.
 Telefone: (82) 99801-6155.
 Ponto de referência: Principal da Santa Amélia.

ATENÇÃO: *O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:*

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas

Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo , Campus A. C. Simões,

Cidade Universitária

Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Maceió, de de .

Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas	Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas)

**ANEXO C – TERMO DE ASSENTIMENTO PARA CRIANÇA E ADOLESCENTE
(MAIORES DE 6 ANOS E MENORES DE 18 ANOS)**

O termo de assentimento não elimina a necessidade de fazer o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que deve ser assinado pelo responsável ou representante legal do menor de 18 anos ou legalmente incapaz.

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **“UTILIZAÇÃO DAS TECNOLOGIAS DE CUIDADO OBSTÉTRICO NO CONTEXTO DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO”**. Seus pais permitiram que você participe.

Queremos saber qual a força de associação entre os fatores sociodemográficos e clínicos e a utilização de tecnologias de cuidado obstétrico em Alagoas.

As adolescentes que irão participar desta pesquisa têm menos de 18 anos de idade.

Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir.

A pesquisa será feita na Maternidade do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes (HUPAA) e na Maternidade Escola Santa Mônica, onde as adolescentes serão abordadas para participar. Para isso, será usado um formulário. O uso do formulário é considerado seguro, mas é possível ocorrer o risco de quebra do sigilo e confidencialidade considerando a grande quantidade de questionários, pode haver desconforto ou até o fato de não se sentir à vontade para respondê-lo, em virtude de alguma pergunta que possa causar-lhe constrangimento. Para diminuir qualquer risco iremos organizar e armazenar os dados buscando preservar a sua identidade e lhe garantindo o direito de se recusar ou desistir da pesquisa a qualquer momento, além de proporcionar um ambiente confortável e individualizado para responder a pesquisa. Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar pelo telefone (82) 99801-6155 do(a) pesquisador(a) **MARIANA MARIA PEREIRA CINTRA FARIAS CARVALHO**.

Mas há coisas boas que podem acontecer como o fato de nos ajudar a analisar a utilização de tecnologias de cuidado obstétrico no contexto das duas maternidades de alto risco de Alagoas, durante o trabalho de parto e parto, construindo também um conhecimento maior sobre a sua saúde.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar as crianças e adolescentes que participaram.

Quando terminarmos a pesquisa iremos analisar os dados em uma planilha do computador e divulgar os resultados na Universidade, sempre procurando diminuir os riscos da quebra de sigilo e preservando a sua identidade.

Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar.

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Eu _____ aceito participar da pesquisa **“UTILIZAÇÃO DAS TECNOLOGIAS DE CUIDADO OBSTÉTRICO NO CONTEXTO DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO”**.

Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer.

Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai ficar furioso.

Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis.

Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

Maceió, _____ de _____ de _____.

Assinatura ou impressão datiloscópica do voluntário(a)

Pesquisador(a)

Orientadora

ANEXO D – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA MATERNIDADE ESCOLA SANTA MÔNICA



ESTADO DE ALAGOAS
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS - UNICISAL
Maternidade Escola Santa Mônica - MESM
 Av. Comendador Luís, S/N - Povo da Serra - Maceió/AL, CEP 57.000-000
 Fone: (31) 4023-4403 - CNPJ 03.517.793/0006-04

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INÍCIO DE PESQUISA

Nº 003/2022

Autorizamos a pesquisadora **Mariana Maria Pereira Cintra Farias**, aluna do curso do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEMF), da Universidade Federal de Alagoas e a orientadora **Profa. Dra. Aruizza Aylla Pereira dos Santos** a terem acesso à Unidade II (alojamento conjunto) da Maternidade Escola Santa Mônica para iniciar a coleta de dados do subtipo de pesquisa intitulada: "Utilização das tecnologias de cuidado no contexto da gestação de alto risco." conforme **PII_PARECER_CONSUBSTANCIADO_DEP_5361.606** do Comitê de Ética em Pesquisa da UNICISAL.

Ao pesquisador caberá:

- 1 - Fazer compromisso ético de seguir as normas e rotinas de serviço, zelar pela organização e não obtenção dos documentos manipulados, sendo terminantemente proibida a retirada, fotocópia e fotografia de prontuários dos pacientes da instituição;
- 2 - Manter sigilo da identificação do (s) paciente, e não divulgar os dados obtidos em reuniões e publicações científicas;
- 3 - Informar a Chefe Docente Assistencial a data de início e término da pesquisa, sob pena de ter seu trabalho interrompido e notificado junto ao Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição de Ensino responsável;
- 4 - Entregar cópia do projeto, após o término do trabalho, para a Chefe Docente Assistencial e se comprometer a apresentar os resultados em evento científico, quando convocado, na Maternidade Escola Santa Mônica.

Declaro que concordo e farei cumprir as exigências acima estabelecidas.

Pesquisadora(s):
Mariana Maria P. Cintra Farias

Orientador(a):

Arzuiza Aylla Pereira dos Santos
ARUZZAAYLLA PEREIRA DOS SANTOS
 CREA: 2015/19022-201234-0100
 São Paulo em 04/04/2022, às 16:30h

Maceió, 29/04/2022.


Gracilene Elise Szwarcwsky
 Chefe Docente Assistencial – CDV/ MESM
 Matrícula nº 2788-4



MESM



UNICISAL
 Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

**ANEXO E – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROF. ALBERTO ANTUNES**



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. ALBERTO ANTUNES

**AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA
EXECUÇÃO DE PESQUISA NO HUPAA/UFAL**

Autorizo a pesquisadora **Amuzaa Aylla Pereira dos Santos** a ter acesso ao Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas (HUPAA/UFAL), objetivando a realização do trabalho de pesquisa, com título **“Utilização das tecnologias de cuidado no contexto da gestação de alto risco”**. Projeto devidamente cadastrado no Setor de Gestão de Pesquisa e Inovação tecnológica, **protocolado sob nº 1028**, para fins de **Projeto de pesquisa, autorizado pelo Comitê de Ética em 05/07/2021, CAAE 48088721.3.0000.5013** devendo o mesmo seguir os preceitos de pesquisa, conforme o que estabelece as Resoluções 466/12 e CNS 510/16, a Constituição Federal Brasileira (1988) art. 5º, Incisos X e XIV; o Código Civil Brasileiro arts.20 – 21, o Código Penal Brasileiro arts. 153-154, o Código de Processo Civil arts. 347, 363 e 406, o Código de Defesa do Consumidor arts. 43-44, a Resolução da ANS (Lei nº 9961 de 28/01/2000), a Resolução Normativa nº 21, o Código de Ética Médica – CFM arts. 11, 70, 102, 103, 105, 106 e 108, a Resolução do CFM nº 1605/2000, 1638/ 2002 e 1642/2002 e o Parecer CFM nº 08/2005. Só sendo permitido a divulgação dos resultados, preservando a identidade do paciente, em reuniões e publicações científicas e/ou junto ao grupo de estudo, relacionado a pesquisa.

Maceió, 21 de outubro de 2021.

Dr. Mário Jucá
Chefe do Setor de Pesquisa e
Inovação Tecnológica
SIAPE 278614
HUPAA/UFAL/EBSERH

Prof. Dr. Mário Jucá
SIAPE 278614

Chefe do Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica
HUPAA/UFAL/EBSERH

ANEXO F – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (UFAL)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Utilização das tecnologias de cuidado no contexto da gestação de alto risco

Pesquisador: Amuzza Aylla Pereira dos Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 48088721.3.0000.5013

Instituição Proponente: Universidade Federal de Alagoas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Outros

Detalhe: Resposta as pendências

Justificativa: Em resposta ao parecer emitido pelo Comitê de ética ao qual foi enviado como

Data do Envio: 14/08/2021

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.025.223

Apresentação da Notificação:

Este estudo tem como objeto de pesquisa a utilização de tecnologias de cuidado durante o trabalho de parto e parto no contexto da gestação de alto risco.

Objetivo da Notificação:

Em resposta ao parecer emitido pelo Comitê de ética ao qual foi enviado como aprovado, porém o projeto apresenta pendências conforme descrito no final do parecer. Como não conseguimos enviar pela plataforma estou encaminhando para ser avaliada as pendências solicitadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos relacionados à pesquisa serão mínimos, pois serão inerentes ao fato da participante se sentir constrangida ao relatar experiências vividas, cansaço ou perda de tempo ao participar da pesquisa e a exposição de informações do pesquisador.

As medidas para minimizar os riscos serão organizadas de modo a proporcionar um ambiente

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 5.025.223

confortável e individualizado, manter a privacidade das participantes na coleta e armazenamento de dados, em que os pesquisadores resguardarão o sigilo das informações obtidas, reservando-lhes inclusive o direito de se recusarem ou desistirem de participar da pesquisa em qualquer momento.

As participantes serão identificadas através da designação P1, P2, P3 etc. a fim de resguardar a sua identidade. Além disto, as informações das participantes estarão armazenadas em local de acesso exclusivo do pesquisador através de senha.

Entre os benefícios da pesquisa, tendo em vista que a temática é de interesse público e social, os resultados do estudo serão encaminhados através de relatórios aos órgãos competentes do Estado, a fim de subsidiar medidas em prol de uma assistência de qualidade por parte dos serviços.

Além disso, busca-se construir conhecimento científico relevante e atual para a comunidade acadêmica e profissionais da saúde, para que sejam também influenciados pelas boas práticas de assistência ao parto e ao nascimento preconizadas pelo Ministério da Saúde, acerca de uso adequado das tecnologias de cuidado obstétrico.

Neste sentido, após a finalização da pesquisa, será enviado um relatório à maternidade, com o resultado estatístico do estudo e, caso necessário, elaboração de propostas que visem melhores práticas profissionais de atenção à saúde da mulher.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório, observacional e do tipo transversal, com a participação das puérperas em situação de alojamento conjunto e seus respectivos prontuários, cujo objetivo geral é analisar a utilização de tecnologias de cuidado no contexto da gestação de alto risco, durante o trabalho de parto e parto.

A Amostragem utilizada foi probabilística do tipo aleatória simples, considerando uma população de 1.910 partos, ocorridos no Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes e, 1.381 na Maternidade Escola Santa Mônica, totalizando uma amostra de 3.291 partos no ano de 2019, identificada através da base do DataSUS. O tamanho da amostra foi calculado através de calculadora amostral eletrônica, adotando margem de erro de 5%, nível de confiança de 95%, totalizando uma amostra de 345 participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados e modificados conforme indicação na carta resposta.

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL.
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 5.025.223

Recomendações:

Ajustar cronograma.

Adicionar ao final do TCLE e TALE o texto sobre a importância do CEP, conforme o modelo: "Se voce tiver duvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, voce pode contatar Comite de Etica em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFAL, pelo telefone: (82) 3214- 1041, no período pandêmico uar o email cep@ufal.br. O CEP trata-se de um grupo de individuos com conhecimento cientificos que realizam a revisao etica inicial e continuada do estudo de pesquisa para mante-lo seguro e proteger seus direitos."

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo Aprovado

Prezado (a) Pesquisador (a), lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, assinado e rubricado pelo (a) pesquisador (a) e pelo (a) participante, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V.Sª. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS**



Continuação do Parecer: 5.025.223

vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	projeto.docx	14/08/2021 21:26:40	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Postado
Outros	publicizacao.pdf	14/08/2021 21:26:54	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Postado
Outros	responsavel.pdf	14/08/2021 21:27:02	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Postado
Outros	resposta.pdf	14/08/2021 21:27:27	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Postado
Outros	tcle.pdf	14/08/2021 21:27:36	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Postado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

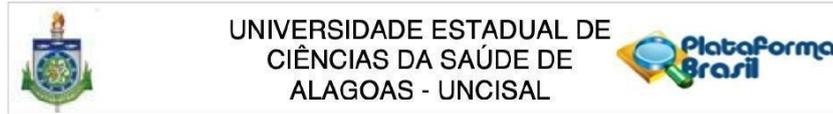
MACEIO, 07 de Outubro de 2021

Assinado por:

CAMILA MARIA BEDER RIBEIRO GIRISH PANJWANI
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

ANEXO G – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (UNCISAL)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Utilização das tecnologias de cuidado no contexto da gestação de alto risco

Pesquisador: Amuzza Ayla Pereira dos Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 48088721.3.3001.5011

Instituição Proponente: maternidade escola santa mônica

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.361.926

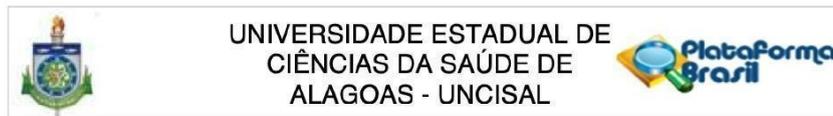
Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, exploratório e observacional e transversal, que tem o no contexto da gestação de alto risco. A hipótese é de que há uma maior prevalência de tecnologias duras de cuidado - como o parto cirúrgico, episiotomia e o uso de ocitocina – durante o trabalho de parto e parto no contexto da gestação de alto risco, de modo que é possível comparar quais tecnologias são mais frequentes em cada maternidade do estudo, com perfil assistencial semelhante.

As participantes da pesquisa serão puérperas em situação de alojamento conjunto e seus respectivos prontuários. O critério de inclusão: puérperas em situação de alojamento conjunto e de qualquer faixa etária, tendo como critérios de exclusão: àquelas que chegaram durante o período expulsivo ou tiveram parto em trânsito, as que apresentaram natimorto (considerando o respeito ao luto) ou as puérperas que apresentarem qualquer alteração fisiológica ou psicológica que inviabilize sua participação na pesquisa.

A Amostragem utilizada é do tipo probabilística, aleatória simples, considerando uma população de 1.910 partos, ocorridos no Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes e, 1.381 na Maternidade Escola Santa Mônica, totalizando uma amostra de 3.291 partos no ano de 2019, identificada através da base do DataSUS. O tamanho da amostra foi calculado através de calculadora amostral eletrônica, adotando margem de erro de 5%, nível de confiança de 95%, totalizando uma amostra de 345 participantes.

Endereço: Rua Jorge de Lima, 113		CEP: 57.010-300
Bairro: PRADO		
UF: AL	Município: MACEIO	
Telefone: (82)3315-6787	Fax: (82)3315-6787	E-mail: cep@uncisal.edu.br



Continuação do Parecer: 5.361.926

A coleta de dados será realizada por meio de formulário estruturado, após uma pré-seleção das candidatas baseadas nas informações de seus respectivos prontuários. Estas serão convidadas a participar do estudo respondendo a um formulário estruturado, contendo questões objetivas, cujo preenchimento se dará com o auxílio do pesquisador diante da presença de dúvidas pela puérpera participante. Considerando o momento de pandemia de COVID 19, as pesquisadoras indicam a possibilidade de aplicar formulário eletrônico online e/ou coleta por videochamada.

Os dados serão consolidados em planilha de excel e depois analisados por inferência por meio da aplicação do teste qui-quadrado (X^2) de Pearson em programa estatístico recomendado pelo orientador da pesquisa, onde será adotado um nível de significância de 95% (p valor < 0,05). Os resultados serão dispostos em forma de tabelas, com números absolutos, porcentagens e p valor.

Objetivo da Pesquisa:

objetivo geral:

Analisar a utilização de tecnologias de cuidado no contexto da gestação de alto risco, durante o trabalho de parto e parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos:

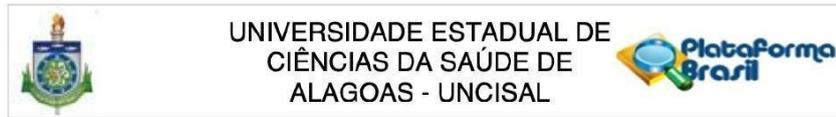
A pesquisa estão relacionados a possibilidade da participante se sentir constrangida ao relatar experiências vividas, cansaço ou perda de tempo ao participar da pesquisa e a exposição de informações do pesquisador.

As medidas para minimizar os riscos serão organizadas de modo a proporcionar um ambiente confortável e individualizado, manter a privacidade das participantes na coleta e armazenamento de dados, em que os pesquisadores resguardarão o sigilo das informações obtidas, reservando-lhes inclusive o direito de se recusarem ou desistirem de participar da pesquisa em qualquer momento. Além disso, as participantes serão identificadas através da designação P1, P2, P3 etc. a fim de resguardar a sua identidade. Além disso, as informações das participantes estarão armazenadas em local de acesso exclusivo do pesquisador através de senha.

Os Benefícios:

Por se tratar de temática de interesse público e social, os resultados do estudo serão

Endereço: Rua Jorge de Lima, 113
 Bairro: PRADO CEP: 57.010-300
 UF: AL Município: MACEIO
 Telefone: (82)3315-6787 Fax: (82)3315-6787 E-mail: cep@uncisal.edu.br



Continuação do Parecer: 5.361.926

encaminhados através de relatórios aos órgãos competentes do Estado, a fim de subsidiar medidas em prol de uma assistência de qualidade por parte dos serviços.

Além disso, busca-se construir conhecimento científico relevante e atual para a comunidade acadêmica e profissionais da saúde, para que sejam também influenciados pelas boas práticas de assistência ao parto e ao nascimento preconizadas pelo Ministério da Saúde, acerca de uso adequado das tecnologias de cuidado obstétrico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente estudo se encontra de acordo com a Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O presente estudo se encontra de acordo com a Resolução 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O presente estudo se encontra de acordo com a Resolução 466/12.

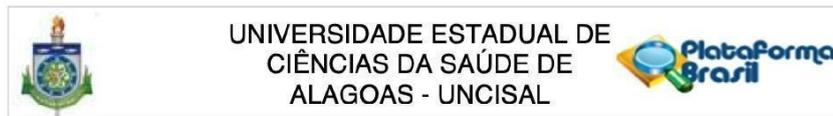
Considerações Finais a critério do CEP:

Nesta oportunidade, lembramos que o pesquisador tem o dever de durante a execução do experimento, manter o CEP informado através do envio a cada seis meses, de relatório consubstanciado acerca da pesquisa, seu desenvolvimento, bem como qualquer alteração, problema ou interrupção da mesma.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMações BÁSICAS DO PROJETO_1911157.pdf	18/03/2022 07:29:48		Aceito
Declaração de Pesquisadores	declarar.pdf	18/03/2022 07:29:31	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo.pdf	18/03/2022 07:28:04	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	responsavel.docx	17/03/2022 12:09:36	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.pdf	17/03/2022 12:09:25	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
Outros	coleta.pdf	17/03/2022	Amuzza Aylla	Aceito

Endereço: Rua Jorge de Lima, 113
 Bairro: PRADO CEP: 57.010-300
 UF: AL Município: MACEIO
 Telefone: (82)3315-6787 Fax: (82)3315-6787 E-mail: cep@uncisal.edu.br



Continuação do Parecer: 5.361.926

Outros	coleta.pdf	12:08:57	Pereira dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tale.docx	17/03/2022 12:08:38	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	17/03/2022 12:08:20	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	rosto.pdf	17/03/2022 12:01:30	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
Parecer Anterior	parecer.pdf	02/12/2021 12:09:33	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	responsavel.pdf	14/06/2021 14:13:22	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tale.pdf	14/06/2021 14:13:11	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	14/06/2021 14:13:02	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	14/06/2021 14:11:23	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 21 de Abril de 2022

Assinado por:
MARIA DO CARMO BORGES TEIXEIRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Jorge de Lima, 113
Bairro: PRADO CEP: 57.010-300
UF: AL Município: MACEIO
Telefone: (82)3315-6787 Fax: (82)3315-6787 E-mail: cep@uncisal.edu.br