

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL ESCOLA DE ENFERMAGEM -
EENF**

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

KALINE MALU GERÔNIMO SILVA DOS SANTOS

**TECNOLOGIAS APLICADAS À PARTURIENTE DE ALTO RISCO DURANTE O
TRABALHO DE PARTO E PARTO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

MACEIÓ

2023

KALINE MALU GERÔNIMO SILVA DOS SANTOS

**TECNOLOGIAS APLICADAS À PARTURIENTE DE ALTO RISCO DURANTE O
TRABALHO DE PARTO E PARTO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso apresentado ao curso de graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem (EENF-UFAL), da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Amuzza Aylla Pereira dos Santos.

MACEIÓ
2023

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

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

S237t Santos, Kaline Malu Gerônimo Silva dos.
Tecnologias aplicadas à parturiente de alto risco durante o trabalho de parto e parto em um hospital universitário / Kaline Malu Gerônimo Silva dos Santos. – 2023.
68 f. : il.

Orientadora: Amuzza Aylla Pereira dos Santos.
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem) –
Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2023.

Bibliografia: f. 46-52.
Apêndices: f. 53-54.
Anexos: f. 55-68.

1. Gravidez de alto risco. 2. Tecnologia biomédica. 3. Trabalho de parto. 4. Parto. 5. Enfermagem. I. Título.

CDU: 616-083:618.3/.4

KALINE MALU GERÔNIMO SILVA DOS SANTOS

**TECNOLOGIAS APLICADAS À PARTURIENTE DE ALTO RISCO DURANTE O
TRABALHO DE PARTO E PARTO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
corpo docente do Curso de graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de
Alagoas. Aprovado em: 01/06/2023

Documento assinado digitalmente
 AMUZZA AYLLA PEREIRA DOS SANTOS
Data: 25/06/2023 18:08:09-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Profª Draª Amuzza Ayilla Pereira dos Santos (Orientadora)/ UFAL

Banca Examinadora:

Documento assinado digitalmente
 MARIA ELISANGELA TORRES DE LIMA SAN
Data: 21/06/2023 18:43:05-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Profª Ma. Maria Elisângela Torres de Lima Sanches

Documento assinado digitalmente
 MARIANA MARIA PEREIRA CINTRA FARIAS
Data: 21/06/2023 21:03:30-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Profª Ma. Mariana Maria Pereira Cintra Farias Carvalho

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pelo dom da vida, por todas as realizações dos últimos anos, e por me fazer acreditar em dias melhores sempre.

À **minha mãe (Elke Malu) e aos meus avós (Gerilda rosas e Benedito Jerônimo)**, que me deram a oportunidade de ter uma vida privilegiada e poder realizar meus sonhos, eles que sempre fazem de tudo pra me ver bem e realizada. Hoje, sem todas as coisas que me proporcionaram durante a vida, não seria capaz de estar onde estou, por isso, a eles dedico todo meu amor e vitórias.

Ao **meu padrinho e pai de coração André José (tatá)** por sempre ter cuidado de mim e me apoiado nas minhas decisões, além de ter me dado irmãos incríveis.

Às **minhas irmãs de coração Maria Laura, Maria Stella**, por sempre se fazer presente em minha vida, me apoiando e comemorando comigo todas minhas conquistas.

À **minha família**, por ser tão presente e ter sonhado junto comigo a realização de concluir a graduação, em especial, às minhas tias Erica, Gilvana, Marcia por sempre confiar e acreditar na minha capacidade de vencer e conquistar meus sonhos, além de me ajudar a conquistá-los. e às minhas primas Ana Letícia, Mylena de Paula, Myrthes Costa e Camila Vitória por serem presentes em minha vida desde a infância, por todo apoio prestado a mim e por toda torcida positiva e comemorações em cada conquista minha.

Ao **meu namorado Arthur Domingos** por todo amor e assistência prestada a mim durante esse percurso, sempre estando ao meu lado, comemorando cada conquista e me apoiando em cada dificuldade.

Às **minhas amigas** da faculdade e da vida Letícia Marianny e Mayara Sousa por tornar esse processo mais leve e pelo apoio prestado, não só na faculdade mas nas dificuldades da vida.

À **minha orientadora**, professora Amuzza Aylla Pereira dos Santos, a quem sempre admirei por tamanha sabedoria e confiança, também por todas as oportunidades e ensinamentos que recebi.

À **Mestra Mariana Cintra**, pela oportunidade de participar junto a ela na construção da pesquisa, além de me auxiliar na minha pesquisa de PIBIC e TCC.

Aos meus preceptores de estágio enfermeiros(a) Marcus,Anderson,Flávia e Simone por toda oportunidade dada a mim de aprender e por toda empatia para com minhas dificuldades durante todo estágio. Além da equipe de técnicas de enfermagem que também me proporcionaram muito conhecimento.

RESUMO

No Brasil, ocorrem aproximadamente três milhões de nascimentos por ano, sendo que 98% deles acontecem em estabelecimentos hospitalares, sejam eles públicos ou privados. Esses locais adotam diversas tecnologias com o objetivo de proporcionar uma assistência mais segura tanto para a mãe quanto para o bebê. Nesse contexto classifica-se essas tecnologias em três, sendo elas: tecnologias leves, leves-duras e duras. O trabalho teve como objetivo levantar as tecnologias aplicadas à parturiente de alto risco durante o trabalho de parto e parto. Tratou-se de um estudo descritivo, exploratório, observacional com abordagem quantitativa, realizado no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes com 204 gestantes. Para a coleta de dados foi elaborado um formulário contendo variáveis dependentes e independentes para caracterizar a amostra e dados específicos no período de maio a outubro de 2022, após aprovação do Comitê de Ética pelas resoluções nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A pesquisa teve como principal resultado o elevado aproveitamento das tecnologias leves no contexto escolhido, mas também evidenciou o baixo uso no âmbito das tecnologias leves-duras. Portanto, pode-se concluir que ainda é necessário estudos futuros para pesquisar mais a fundo o que motivou a baixa adesão de algumas tecnologias nesse contexto.

Descritores: Gestação de alto risco; Tecnologia biomédica; Trabalho de parto; Parto; Enfermagem.

ABSTRACT

In Brazil, approximately three million births take place every year, and 98% of them take place in hospitals, be they public or private. These places adopt several technologies in order to provide safer care for both mother and baby. In this context, these technologies are classified into three: soft, soft-hard, and hard technologies. The objective of this study was to survey the technologies applied to the high-risk parturient woman during labor and delivery. This was a descriptive, exploratory, observational study with a quantitative approach, carried out at the Hospital Universitário Professor Alberto Antunes with 204 pregnant women. For data collection a form was prepared containing dependent and independent variables to characterize the sample and specific data in the period from May to October 2022, after approval of the Ethics Committee by resolutions No. 466/2012, 510/2016 and 580/2018 of the National Health Council (CNS). The research had as main result the high use of soft technologies in the chosen context, but also evidenced the low use in the context of soft-hard technologies. Therefore, it can be concluded that future studies are still needed to further investigate what motivated the low uptake of some technologies in this context.

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

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1: Utilização das tecnologias de cuidado obstétrico no contexto de alto risco de acordo com o local da pesquisa. Maceió/AL, Brasil, 2022.

Tabela 1: Distribuição das frequências referentes à utilização das tecnologias leves de cuidado obstétrico. Maceió/AL, 2022.

Tabela 2: Distribuição das frequências referentes à utilização das tecnologias leves-duras de cuidado obstétrico. Maceió/AL, 2022.

Tabela 3: Distribuição das frequências referentes à utilização das tecnologias duras de cuidado obstétrico. Maceió/AL, 2022.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1 Entendendo o trabalho de parto.....	13
2.2 Medicalização da assistência ao parto.....	14
2.3 Caracterização da gestação de alto risco.....	15
2.4 Caracterização das tecnologias em serviços de saúde no contexto da obstetrícia..	17
3. MATERIAL E MÉTODO.....	20
3.1 tipo de estudo.....	20
3.2 local do estudo.....	20
3.3 amostra do estudo.....	20
3.4 Critério de Inclusão e Exclusão.....	20
3.5 coleta de dados.....	21
3.6 análise dos dados.....	21
3.7 aspectos éticos.....	22
4. RESULTADOS.....	23
4.1 dados sociodemográficos.....	23
4.2 dados clínicos.....	24
4.3 descrição das tecnologias.....	26
5. DISCUSSÃO.....	30
5.1 Perfil sociodemográfico, clínico e obstétrico das parturientes.....	30
5.2 Descrição das tecnologias aplicadas às parturientes.....	33
6. CONCLUSÃO.....	42
7. REFERÊNCIAS.....	43
8. APÊNDICE.....	50
9. ANEXOS.....	53

1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem por objeto de estudo as tecnologias aplicadas à parturiente de alto risco durante o trabalho de parto e parto. O interesse em desenvolvê-la surgiu a partir da experiência como bolsista no Programa Institucional de Iniciação Científica da Ebserh (PIC/Ebserh), realizado no setor do alojamento conjunto (ALCON) do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes (HUPAA), que tinha como título: Utilização Das Tecnologias De Cuidado No Contexto Da Gestação De Alto Risco.

Nesse contexto, ao longo da pesquisa, ficou evidente a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre o uso das tecnologias de cuidado durante o trabalho de parto e parto, especialmente no que diz respeito às tecnologias duras, como o parto cesariana. Diante do fato de que essas intervenções podem trazer consequências negativas para a saúde da mãe e do bebê se utilizadas de forma inadequada, é crucial compreender as motivações que levam à sua utilização, a fim de minimizar o risco de complicações e garantir o bem-estar de todos os envolvidos (MEDEIROS *et al.*, 2020).

Desse modo, as tecnologias de cuidado podem ser classificadas em três tipos: leve, leve-dura e as duras. Nesse sentido, conforme o Ministério da Saúde (2010), é importante que as tecnologias sejam aplicadas com segurança e eficácia, a fim de proporcionar mais benefícios do que danos e riscos, oferecendo uma assistência de qualidade que atenda às necessidades do paciente, em conformidade com o princípio fundamental do SUS, a integralidade.

Durante a evolução do parto não se observa sua fisiologia, procurando constantemente correções desse processo fisiológico por meio da medicalização e do uso de intervenções que podem provocar consequências negativas sobre a saúde de mães e bebês (NICIDA *et al.*, 2020). Tendo isso em vista, é possível observar a quantidade de intervenções não necessárias a qual a mulher é submetida, a exemplo disso tem-se o aumento das taxas de realização de cesarianas.

Nesse cenário, há muito tempo as operações cesarianas são realizadas como procedimento obstétrico que contribui para reduzir a morbimortalidade materno-fetal. Contudo, mesmo sendo um procedimento com indicações específicas, sua prevalência vem aumentando nos últimos anos (BELARMINO *et al.*, 2022). Em outras palavras, apesar de

haver um alto índice de cirurgia, isso não necessariamente significa uma melhora na saúde das mães e dos bebês

Sabendo que, de acordo com a Organização mundial de saúde, o parto é caracterizado como uma atividade fisiológica vivenciada de forma saudável pela maioria das mulheres. No entanto, segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), no Brasil, aconteceram quase três milhões de nascimentos em 2021. Destes, 57% milhões foram por operação cesariana e somente 42,8% por parto vaginal (BRASIL, 2021).

No que se refere a Alagoas, localizada na região nordeste, no mesmo ano ocorreram 48.601 nascimentos, no qual 22.944 foram partos normais e 25.615 nascimentos cirúrgicos. Em Maceió, especificamente, tem-se o total de 21.773 nascimentos, no qual 41,8% nasceram de parto vaginal e 58% por operação cesárea (BRASIL, 2021).

Com isso, é possível notar que em relação ao número de operações cesarianas, tanto o percentual do país, quanto o do estado de Alagoas apresentam taxas significativamente maiores que a faixa de 10 a 15% recomendada pela Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2021).

Diante disso, sabendo que com a evolução da história as mulheres foram deixando de ser protagonistas do processo de parturição, nota-se uma maior exposição das mesmas à intervenções no âmbito das tecnologias duras como a episiotomia e do uso do fórceps, além do aumento de cesáreas, marcando a sobreposição da tecnologia dura em detrimento da leve e leve-dura (SOUZA et al., 2019).

A hipótese desta pesquisa é de que as tecnologias duras de cuidado obstétrico - tais como a operação cesariana, episiotomia, uso de ocitocina - são mais prevalentes durante o trabalho de parto e parto em contextos de alto risco.

Isto posto, a relevância deste projeto está no levantamento das tecnologias empregadas às parturientes, especialmente as inseridas no contexto do alto risco para construir evidências científicas sobre o tema, uma vez que é notório que os profissionais necessitam ter aptidão para escolher ações que justificam e fundamentam o uso das tecnologias de cuidado, com a finalidade de proporcionar o manejo adequado das situações clínicas. Com isso, este trabalho irá contribuir para uma reflexão crítica sobre o uso adequado das tecnologias obstétricas, sobretudo as leve-duras e duras.

Desse modo, a presente pesquisa buscou estudar a seguinte questão norteadora: quais as tecnologias aplicadas à parturiente de alto risco durante o trabalho de parto e parto em um hospital universitário?

Para isso, o seguinte objetivo foi disposto: descrever as tecnologias aplicadas à parturiente de alto risco durante o trabalho de parto e parto em um hospital universitário.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Entendendo o parto

Os principais eventos que influenciam a contração uterina são as mudanças hormonais progressivas que aumentam a excitabilidade da musculatura uterina e mudanças mecânicas (GUYTON, 2017).

No que se refere aos fatores hormonais, sabe-se que a progesterona inibe a contratilidade uterina durante a gravidez, para que essa gestação seja mantida. Ao contrário disso, os estrogênios aumentam o grau de contratilidade uterina, em parte porque aumentam o número de junções comunicantes entre as células do músculo liso uterino adjacentes, e também devido a outros efeitos pouco entendidos ainda (GUYTON, 2017).

A ativação do mecanismo contrátil uterino de origem já foi falado anteriormente mas existem algumas teorias no meio científico que abordam como é desencadeado o trabalho de parto em si, tais como a teoria ocitocínica, teoria da gangorra, teoria da prostaglandina e teoria fetal (ZUGAIB, 2016).

Atualmente, a teoria mais aceita é a fetal, sabe-se que durante a gravidez, o crescimento do útero sob ação dos estrogênios fornece espaço para o desenvolvimento do feto. Porém, no final da gestação, quando cessa o crescimento do útero, o aumento da tensão nas paredes uterinas sinaliza para o início do parto. Por essa razão, o parto se inicia antes na gravidez gemelar, na macrosomia fetal e no polidrâmio, conduzindo à prematuridade (ZUGAIB, 2016).

Esses eventos estão relacionados provavelmente com a sobredistensão do miométrio, que ocorre na multiplicidade ou na macrosomia fetal, e no excesso de líquido amniótico. Na maioria das estruturas musculares lisas, o estiramento determina a contração. À medida que o termo se aproxima, há elevação da concentração do CRH placentário, estímulo para a produção de ACTH pela hipófise fetal e de estrogênios pela suprarrenal (GUYTON, 2017).

O DHEA elaborado em quantidades crescentes pela zona fetal da suprarrenal é rapidamente metabolizado na placenta em estrogênios. A concentração elevada de cortisol induz a maturação dos pulmões, elevando a produção da proteína surfactante A e dos fosfolípidios que são críticos para a função pulmonar. No líquido amniótico, a proteína surfactante A pode promover a inflamação, que é observada em membranas fetais, colo e

miométrio. Há considerável evidência de que esse processo inflamatório (COX-2, interleucina-8) seja um dos elementos que conduzem ao início do parto (GUYTON, 2017).

Durante a gravidez, é normal sentir contrações no segundo ou terceiro trimestre que não irão levar ao parto. Estas são conhecidas como contrações de Braxton Hicks. As mesmas, não são contrações do trabalho de parto e, sim, contrações do músculo uterino. Elas ajudam a amolecer o seu colo uterino e exercitar todos os músculos que você usará para empurrar o bebê para fora. Sem a ajuda das contrações de Braxton Hicks, o trabalho de parto seria uma experiência muito mais difícil e dolorosa (REZENDE, 2017).

Sabendo dos processos fisiológicos, nota-se que o trabalho de parto é um processo fisiológico complexo que envolve a dilatação do colo do útero, o avanço do feto através do canal de parto e sua expulsão. O parto natural é aquele que ocorre sem o uso de medicamentos e com intervenções adequadas, permitindo que a mulher experimente o processo de forma mais natural possível, com a liberação dos hormônios necessários dentro do contexto fisiológico do trabalho de parto (ZUGAIB, 2016).

Esse processo é composto por quatro períodos distintos, sendo eles a dilatação, o expulsivo, a dequitação e o período de Greenberg. Com isso, o primeiro estágio, chamado de dilatação, é responsável pela dilatação do colo do útero em até 10 centímetros, através de contrações dolorosas e rítmicas. O segundo estágio, conhecido como período expulsivo, começa após a dilatação máxima e se encerra com a expulsão do feto. Nesta fase, a mãe realiza os puxos para ajudar a conduzir o bebê pelo canal de parto. O terceiro estágio, também chamado de secundamento ou dequitação, é quando ocorre o desprendimento da placenta e membranas. Já o quarto estágio, chamado de período de Greenberg, tem como objetivo a prevenção de sangramento genital durante a primeira hora após o parto.(RAMOS, 2018).

2.2 Medicalização da assistência ao parto

Historicamente, as mulheres pariam em suas casas contando com a ajuda de parteiras, comadres e curiosas que contribuem com o nascimento dos bebês de modo não intervencionista. Assim, a parturiente era a protagonista no processo de parto, o que proporciona uma vivência mais intensa, afetiva, familiar e pessoal deste processo (SOUZA et al., 2019).

Nessa perspectiva, as mulheres se entre-ajudavam, considerando suas práticas e experiências antecedentes. Assim, a obstetrícia teve início com as mulheres, pelos seus

métodos, e trabalhos que se seguiram ao longo do tempo fundamentados nas experiências empíricas das próprias mulheres durante o período de parto, pós-parto e ainda nas outras dificuldades da gravidez (KAPPAUN, 2020).

Nesse contexto, no século XVII se iniciou o processo de medicalização da assistência ao parto e ao nascimento, mas foi a partir do início do século XIX que de fato foi se consolidando o parto hospitalar como prática dominante (FERREIRA *et al.*, 2020). No Brasil, especificamente, tem-se como data da criação de maternidades o início do século XX, período no qual as reformas sanitárias se tornaram mais intensas e a medicalização do parto foi vista como uma das estratégias de civilização da população (PALHARINI, 2018).

Com o advento da institucionalização, as parteiras paulatinamente foram perdendo seu lugar de protagonistas na assistência ao parto e foram substituídas pelos médicos como principais responsáveis pela assistência ao parto. Assim, devido à perda de espaço das mulheres, houve uma mudança no protagonismo de gênero nesse campo, que antes era protagonizado em maior parte pelas mulheres, passando a ser de competência quase exclusiva dos homens, já que apenas eles tinham acesso à formação científica (TRINDADE, 2021; PALHARINI, 2018).

Com essa colonização do parto, os médicos precisavam que as mulheres fossem hospitalizadas para que os acadêmicos pudessem praticar a profissão durante sua formação, fato esse que foi fortemente defendida em diversos tratados que a apontavam como a única alternativa para a evolução da obstetrícia (TRINDADE, 2021).

Ante ao exposto, como consequência houve a evolução de um modelo hospitalocêntrico, biomédico e tecnológico do parto e nascimento, descaracterizando a condição feminina, modelo este focado na intervenção de práticas danosas, da gestação e parto considerados eventos patológicos que necessitavam presença do profissional médico (DUARTE *et al.*, 2019). Além disso, vale ressaltar que o processo de institucionalização do parto, contribuiu para as vivências de violência obstétrica.

2.3 Caracterização da gestação de alto risco

Como dito anteriormente, a gravidez é um processo natural, na maioria dos casos sem grandes problemas. No entanto, algumas condições podem prejudicar a saúde tanto da mãe quanto do feto, e isso pode tornar a gestação mais arriscada em comparação com outros casos (WANDERLEY, 2022). Nesse sentido, de acordo com o Ministério da Saúde, a gestação de

alto risco é caracterizada por condições médicas ou obstétricas que podem colocar a saúde da mãe ou do feto em risco (BRASIL, 2022).

Desse modo, alguns exemplos de condições que podem levar a uma gestação de alto risco incluem diabetes, pressão arterial elevada, doenças cardíacas, trabalho de parto prematuro, gêmeos ou múltiplos, e idade avançada da mãe. As gestações de alto risco geralmente requerem cuidados médicos adicionais, como monitoramento frequente do feto, e podem resultar em um parto cesáreo ou outros procedimentos de parto de emergência (BRASIL, 2022).

É crucial lembrar que mesmo uma gravidez que está se desenvolvendo normalmente pode se tornar perigosa a qualquer momento. Portanto, é necessário reavaliar o risco em cada consulta pré-natal e durante o trabalho de parto. Uma intervenção rápida e adequada pode prevenir atrasos que podem causar danos graves à mãe ou ao bebê, incluindo morte materna ou perinatal (BRASIL, 2022).

Ademais, definir o risco gestacional é uma tarefa desafiadora, e há muita variação na literatura médica sobre listas e critérios para tal. Embora o pré-natal seja, por si só, uma avaliação contínua de risco, algumas condições podem ser identificadas já na primeira consulta pré-natal e classificar a gestante como de alto risco (BRASIL, 2022).

Isso posto, além das condições patológicas que podem levar a uma gravidez de risco, alguns fatores como características individuais, condições sociais, histórico reprodutivo anterior e condições médicas pré-gravidez, podem aumentar o risco de complicações durante a gravidez. No entanto, essas características não formam uma lista definitiva e imutável, e devem ser avaliadas de acordo com o perfil epidemiológico das gestantes de cada região (BRASIL, 2022).

Com base nisso, geralmente, a presença de um ou mais fatores de risco não requer imediatamente recursos mais avançados que os comumente oferecidos em um pré-natal de baixo risco. No entanto, significa que a equipe de saúde deve prestar mais atenção à gestante. Isso pode se traduzir apenas em mais consultas e visitas domiciliares, com intervalos definidos de acordo com o fator de risco identificado e a situação da gestante no momento (BRASIL, 2022).

Além disso, gravidez de alto risco requer que o pré-natal seja acompanhado por serviços especializados de atenção secundária, bem como pela Atenção Primária à Saúde, de

forma integrada. Todos os níveis da equipe de saúde têm a responsabilidade de detectar precocemente quaisquer complicações e encaminhar casos graves para atendimento especializado (ALVES *et al.*, 2021).

Logo, é inegável que a assistência à gestante de alto risco requer que os profissionais possuam capacitação, habilidades e aptidão para lidar com situações de alerta, emergências ou complicações potenciais durante todo o processo gravídico-puerperal. É essencial que os enfermeiros estejam presentes em todos os níveis do sistema de saúde, a fim de garantir diagnósticos precisos, fornecer orientações e apoio psicoemocional, e trabalhar para a prevenção e promoção da saúde tanto da gestante de alto risco quanto do feto (ALVES *et al.*, 2021).

2.4 Caracterização das tecnologias em serviços de saúde no contexto da obstetrícia

As tecnologias são produtos ou processos que possibilitam a participação dos profissionais na assistência ao usuário e no aprimoramento do processo de educação em saúde, favorecendo a disponibilização de informações pertinentes ao público-alvo (LIMA *et al.*, 2019)

À luz do que foi exposto, o conceito de Merhy é atualmente o mais difundido no âmbito da tecnologia em saúde. Conforme este autor, as tecnologias podem ser classificadas em leve, leve-dura e dura. No entanto, independentemente da sua classificação, todas as tecnologias requerem o acompanhamento do trabalho vivo para que o serviço em saúde seja efetivo. As tecnologias leves podem ser entendidas como processos de produção da comunicação, as leve-duras como saberes estruturados nas disciplinas que atuam na área da saúde e as duras como materiais e equipamentos (MERHY, 2002).

Fazendo uma analogia, pode-se dizer que as tecnologias de cuidado obstétrico são um conjunto de práticas e conhecimentos voltados para a mulher, sendo o parto um processo natural e fisiológico, com foco no respeito e na preservação da integridade física e psicológica. Assim, essas tecnologias devem ser realizadas através de abordagens não invasivas, valorizando o protagonismo da mulher durante o trabalho de parto (SANTOS; RANGEL, 2020).

No Brasil, a assistência obstétrica é predominantemente realizada em ambiente hospitalar e utiliza tecnologias para garantir maior segurança tanto para a mãe quanto para o bebê. Desse modo, a aplicação de tecnologias em saúde faz parte de um sistema que busca

fornecer assistência de qualidade, segura, eficaz e comprovadamente de custo-efetividade, e deve ser baseada em evidências científicas de qualidade (WHO, 2018).

Com base nisso, a estratificação de risco é uma ferramenta importante em gestações de alto risco, e é frequentemente associada às tecnologias leves. Essa ferramenta começa com a avaliação pré-concepcional e contínua em cada consulta pré-natal, permitindo a otimização dos recursos e reduzindo a mortalidade materna e neonatal, além de buscar equidade no atendimento. Dessa forma, as tecnologias oferecidas são adaptadas à complexidade da paciente (BRASIL, 2022).

Diante disso, em referência ao uso das tecnologias da saúde, na presente pesquisa as tecnologias leves no contexto da obstetrícia são aquelas relacionadas ao acolhimento e assistência humanizada, tais como: tratamento gentil, acolhimento, informações sobre acompanhante, orientações acerca do quadro clínico, liberdade para esclarecimento de dúvidas e explicações e autorizações para realização de procedimentos (CARVALHO, 2022).

No caso das tecnologias leves-duras, pode-se dizer que estão inclusos, especialmente, os métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o parto, além das manobras de proteção do períneo e instrumentos de acompanhamento do trabalho de parto. Assim, tem-se como exemplo: a musicoterapia, a massagem, o banho morno, a escada de Ling, a bola suíça, a massagem perineal, a compressa de proteção para o períneo, e outras técnicas não invasivas, tal como o uso do partograma (CARVALHO, 2022).

Ademais, no que tange às tecnologias duras, estas estão relacionadas com os métodos de avaliação da vitalidade fetal, métodos de aceleração/encurtamento do trabalho de parto e a operação cesariana. Com isso, dentre as intervenções mais comuns, estão a episiotomia, o uso de ocitocina sintética para induzir ou acelerar as contrações uterinas, o uso de fórceps para ajudar na expulsão fetal e a cesariana mas o estudo abordou ainda a monitorização eletrônica fetal contínua e a ausculta intermitente (CARVALHO, 2022).

Diante disso, considerar a tecnologia como um conjunto de saberes e conhecimentos científicos sistematizados, provenientes da pesquisa e da experiência diária dos profissionais, permite que estes reflitam, ajam e se tornem ativos em seu processo de existência (SALBEGO *et al.*, 2022).

Vale ressaltar que, abordar a tecnologia sob uma perspectiva de construção, baseada na vivência dos profissionais de enfermagem em diferentes cenários, requer a introdução de

estratégias (processos) e materiais (produtos) que atendam às necessidades identificadas por meio da avaliação e reflexão frente às demandas cotidianas da disciplina.(SALBEGO *et al.*, 2022)

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1 Tipo de Estudo

Tratou-se de um estudo descritivo, exploratório, observacional com abordagem quantitativa, utilizando-se de dados primários que foram obtidos a partir de formulário aplicado às puérperas que pariram em uma maternidade de alto risco.

3.2 Local do Estudo

O local onde foi desenvolvida a pesquisa foi o alojamento conjunto (ALCON) localizado no sexto andar do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes (HUPAA), situado na cidade de Maceió, no estado de Alagoas, na região Nordeste do Brasil. O HUPAA é vinculado à Universidade Federal de Alagoas (UFAL), sendo o hospital de referência para gestantes de alto risco para a comunidade assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Maceió e municípios do interior.

3.3 Amostra do estudo

A Amostragem utilizada foi probabilística do tipo aleatória simples, considerando uma população de 1.910 partos, ocorridos no Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes, identificada através da base do DataSUS no ano de 2021.

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 204 participantes.

3.4 Critério de Inclusão e Exclusão

Foram incluídas puérperas em situação de alojamento conjunto e de qualquer faixa etária.

Foram excluídas àquelas 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 disso, foram excluídas as puérperas que apresentarem qualquer alteração fisiológica ou psicológica que inviabilize sua participação na pesquisa.

3.5 Coleta de Dados

A coleta foi realizada no Alojamento Conjunto do hospital do estudo, no período de maio a outubro de 2022. Foi solicitada previamente a autorização do responsável pela instituição. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), foi encaminhada ao responsável institucional para a emissão da autorização definitiva

Diante da aprovação do CEP, a coleta de dados foi iniciada de modo que, chegando ao setor de alojamento conjunto, a pesquisadora realizou a pré-seleção de mulheres aptas a participar da pesquisa através da análise de seus respectivos prontuários. Posteriormente, a pesquisadora convidou as mulheres que estavam internadas no referido setor, 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.

O formulário foi composto por questões objetivas (APÊNDICE A), contendo as seguintes variáveis:

Independentes:

a) Sociodemográficas: faixa etária, escolaridade, renda familiar, cor/ etnia, situação conjugal, naturalidade e município de residência.

b) Clínicas: paridade e intervalo interpartal, comorbidades, como hipertensão, diabetes, cardiopatias e outros.

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.

3.6 Análises dos Dados

As informações foram armazenadas em planilhas do Microsoft Excel (Windows versão 2016, Microsoft Corporation; Redmond, WA, EUA). Para a análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva. Os resultados foram dispostos em forma de tabelas, com

números absolutos e porcentagens.

3.7 Aspectos Éticos

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). 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) (ANEXO A e B, respectivamente), para o caso de menores de 18 anos, baseado nas diretrizes das resoluções acima referidas, assegurando e firmando o marco de inclusão na pesquisa. O TCLE 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 a finalidade de garantir os direitos e deveres que dizem respeito aos dados dos participantes da pesquisa.

4. RESULTADOS

Foram entrevistadas 204 mulheres, que estavam em situação de alojamento conjunto, que responderam a um formulário com informações baseadas na utilização das tecnologias do cuidado utilizadas durante o processo de trabalho de parto e parto. De acordo com os resultados do estudo, as tecnologias leves e duras foram as mais comuns em um contexto de alto risco.

4.1 Dados sociodemográficos

Os dados sociodemográficos, representados na Tabela 1, apresentam variáveis relacionadas à faixa-etária, situação conjugal, escolaridade, cor/raça, renda, naturalidade e residência.

De maneira que, torna-se possível evidenciar na Tabela 1, que as puérperas participantes do estudo, caracterizam-se por estar na faixa-etária de 20 a 39 anos de idade, sendo a maioria representada por 20 a 29 anos, o que equivale a 47,06% do estudo (n=96). São mulheres que, em maioria, se autodeclararam como pardas (58,33%), seguido de pretas (17,65%) e brancas (16,18%), e que possuem, em maior número, o ensino médio completo (45,59%).

Tabela 1: Dados sociodemográficos de puérperas internadas em uma maternidade do contexto de alto risco, de acordo com o local da pesquisa. Maceió/AL, Brasil, 2023.

(Continua)

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	<i>f</i>	%
Faixa Etária		
<19 anos	29	14,22
20 a 29 anos	96	47,06
30 a 39 anos	68	33,33
40 a 49 anos	11	5,39
50 anos ou mais	0	0
Ignorado	0	0
Situação Conjugal		
Solteira	71	34,8
Casada	62	30,39
União estável	65	31,86
Divorciada	5	2,45
Viúva	0	0
Ignorado	1	0,49

Tabela 1: Dados sociodemográficos de puérperas internadas em uma maternidade do contexto de alto risco, de acordo com o local da pesquisa. Maceió/AL, Brasil, 2023.

(Conclusão)

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	<i>f</i>	%
Escolaridade		
Analfabeta	2	0,98
Ens. Fundamental incompleto	51	25
Ens. Fundamental completo	17	8,33
Ens. Médio incompleto	26	12,75
Ens. Médio completo	93	45,59
Ens. Superior	15	7,35
Ignorado	0	0
Cor/Raça		
Branca	33	16,18
Preta	36	17,65
Parda	119	58,33
Índigena	3	1,47
Amarela	12	5,88
Ignorado	1	0,49
Renda		
Até 1 salário	109	53,43
2 a 3 salários	44	22,06
4 a 5 salários	3	1,47
6 ou mais salários	1	0,49
Ignorado	46	22,55

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Legenda: Ign (ignorado), relativa às respostas “não desejo responder”;

É possível evidenciar, ainda na Tabela 1, que a maioria das mulheres são solteiras (34,8%) ou convive com seus companheiros, seja em união estável (31,86%) ou civil (30,39%). Além disso, observa-se que a faixa de renda familiar é de até um salário mínimo, equivalente ao percentual de x% (n=109).

No que se refere às variáveis relacionadas ao perfil clínico-obstétrico materno, observou-se que maioria (61,27%) da amostra eram primíparas, que 37,25% (n=76) do total de gestações da amostra tiveram desfecho de aborto. Quanto ao tipo de gestação, notou-se que 99,02% (n=202) eram de feto único e que o desfecho neonatal delas, em sua maioria (76,96%), era a ida para o alojamento conjunto.

Tabela 2: Características obstétricas relacionadas às variáveis clínicas e obstétricas de puérperas internadas em uma maternidade de alto risco, Maceió/AL, Brasil, 2022. pesquisa. Maceió/AL, Brasil, 2022.

Variáveis clínicas e obstétricas	n	%
Paridade		
Primípara	79	38,73%
Múltipara	125	61,27%
Aborto	76	37,25%
Tipo de Gravidez		
Única	202	99,02%
Dupla	2	0,98%
Tripla ou mais	0	0,00%
Desfecho Neonatal		
UTI/UCI	47	23,04%
ALCON	157	76,96%
Comorbidades		
Síndromes Hipertensivas	145	71,00%
DMG ou DM	34	17,00%
Cardiopatias	3	1,00%
Outras*	10	5,00%
Ign	12	6,00%

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

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

2 Alojamento Conjunto.

*outras:

Tabela 3: Características obstétricas relacionadas às variáveis quantitativas de puérperas internadas em uma maternidade de alto risco, Maceió/AL, Brasil, 2022. pesquisa. Maceió/AL, Brasil, 2022.

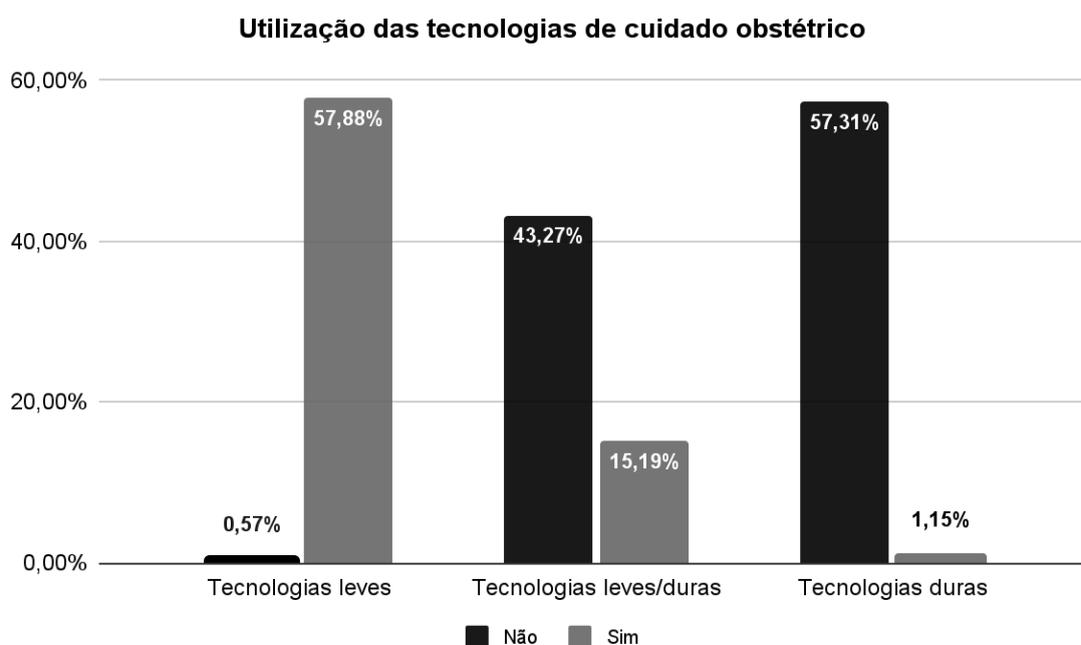
	Média
Idade gestacional (semanas)	37,4
Dias de internação hospitalar (dias)	4,85
Consultas de pré natal (n°)	8,02

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Ainda nesse quesito, a tabela 3 acima descreve as demais variáveis relacionadas às variáveis clínicas e obstétricas, assim, notou-se que a idade gestacional apresentou uma média de 37,4. Quanto ao número de dias de internação, a amostra estudada apresentou uma média

de 4,85 dias, além disso a média das consultas de pré-natal realizadas pela gestante foi de 8,02 consultas.

Gráfico 1: Análise descritiva do uso de tecnologias de cuidado obstétrico em uma maternidade de alto risco. Maceió/AL, Brasil, 2023.



Com relação à utilização das tecnologias no contexto geral, o estudo demonstrou que as tecnologias leves foram amplamente utilizadas em 57,88% das puérperas. Entretanto, o uso das tecnologias duras foi necessário em apenas 1,15% das mulheres. É importante destacar que houve um baixo aproveitamento das tecnologias leves/duras, com 15,19% das mulheres não as utilizando.

Ao analisar as tecnologias leves de forma individual, através da tabela 3, foi possível observar um bom aproveitamento delas, além de percentuais semelhantes entre elas, variando de 86% a 93,66% do total de parturientes utilizando essas tecnologias.

Tabela 4: Distribuição das frequências referentes à utilização das tecnologias leves de cuidado obstétrico. Maceió/AL, 2023.

(Continua)

TECNOLOGIAS LEVES	<i>f</i>	%
Tratamento gentil		
Ign	1	0,49
Sim	187	91,67
Não	16	7,84

Tabela 4: Distribuição das frequências referentes à utilização das tecnologias leves de cuidado obstétrico. Maceió/AL, 2023.

TECNOLOGIAS LEVES	<i>f</i>	(Conclusão)
		%
Acolhimento		
Ign	1	0,49
Sim	186	91,18
Não	17	8,33
Informações sobre acompanhante		
Ign	1	0,49
Sim	172	84,31
Não	31	15,2
Orientações quadro clínico		
Ign	1	0,49
Sim	178	87,25
Não	25	12,25
Liberdade dúvidas		
Ign	1	0,49
Sim	176	86,27
Não	26	12,75
Explicações e autorizações de procedimentos		
Ign	1	0,49
Sim	191	93,63
Não	12	5,88

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Legenda: Ign (ignorado), relativa às respostas “não desejo responder”.

Todavia, no que se refere às tecnologias leves-duras (tabela 2), a pesquisa evidenciou um declínio no aproveitamento dessas tecnologias em relação às tecnologias leves, no qual, a massagem obteve o maior número de utilizações com 13,73% (n=28), seguido da utilização do partograma com 13,24%, (n=27). Observou-se ainda, que a escada de Ling 4,9% (n=10), massagem perineal com 7,84% (n=16) e bola Suíça com 8,33% (n=17), foram os recursos menos utilizados. Vale ressaltar que o baixo aproveitamento dessas tecnologias no local estudado, pode não está apenas ligado ao não oferecimento delas, mas também a não aceitação da parturiente para participar dos métodos.

Tabela 5: Distribuição das frequências referentes à utilização das tecnologias leve-duras de cuidado obstétrico. Maceió/AL, 2022.

TECNOLOGIAS LEVE-DURAS	<i>f</i>	%
Bola suíça		
Ignorado	0	0
Sim	17	8,33
Não	49	24,02
Não se aplica	138	67,65
Musicoterapia		
Ignorado	0	0
Sim	21	10,29
Não	45	22,06
Não se aplica	138	67,65
Massagem		
Sim	28	13,73
Não	38	18,63
Não se aplica	138	67,65
Banho morno		
Ignorado	0	0
Sim	21	10,29
Não	45	22,06
Não se aplica	138	67,65
Partograma		
Ignorado	0	0
Sim	27	13,24
Não	20	9,8
Não se aplica	157	76,96
Escada de ling		
Sim	10	4,9
Não	56	27,45
Não se aplica	138	67,65
Massagem perineal		
Ignorado	1	0,49
Sim	16	7,84
Não	47	23,04
Não se aplica	140	68,63
Compressa para proteção do períneo		
Ignorado	1	0,49
Sim	18	8,82
Não	44	21,57
Não se aplica	141	69,12

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Legenda: Ign (ignorado), relativa às respostas “não desejo responder”;

Não se aplica: não entrou em trabalho de parto.

Tabela 6: Distribuição das frequências referentes à utilização das tecnologias duras de cuidado obstétrico de acordo com os cenários da pesquisa. Maceió/AL, 2022.

TECNOLOGIAS DURAS	<i>f</i>	%
Ausulta intermitente		
Ignorado	0	0
Sim	55	26,96
Não	11	5,39
Não se aplica	138	67,65
Monitorização eletrônica fetal contínua		
Ignorado	0	0
Sim	19	9,31
Não	47	23,04
Não se aplica	138	67,65
Fórceps		
Sim	1	0,49
Não	62	30,39
Não se aplica	141	69,12
Episiotomia		
Ignorado	0	0
Sim	2	0,98
Não	61	29,9
Não se aplica	141	69,12
Cesárea		
Ignorado	0	0
Sim	144	70,59
Não	0	0
Não se aplica*	60	29,41
Ocitocina		
Ignorado	0	0
Sim	26	12,75
Não	40	19,61
Não se aplica	138	67,65

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Legenda: Ign (ignorado), relativa às respostas “não desejo responder”;

Não se aplica: não entrou em trabalho de parto;

Não se aplica*: parto vaginal.

Quando questionadas sobre a utilização das tecnologias duras, observou-se que a tecnologia mais referida foi o parto por cesariana com 70,59% (n=144), demonstrando que apenas 29,41% (n=60) das parturientes tiveram desfecho para parto vaginal. Em segundo

lugar, a ausculta intermitente foi bastante utilizada com 26,96% (n=55) como método de avaliação da vitalidade fetal.

Ademais cabe ressaltar que apenas 0,98% (n=2) das mulheres foram submetidas a episiotomia e somente 0,49% (n=1) ao uso do fórceps durante o parto.

5. DISCUSSÃO

5.1 Perfil sociodemográfico, clínico e obstétrico das parturientes

Com base nos resultados do estudo, é possível afirmar que a maioria das mulheres da amostra estudada possui um perfil sociodemográfico materno caracterizado por serem pardas, jovens - com idade entre 20 e 29 anos-, com baixa renda familiar, solteiras e com o ensino médio completo.

No que se refere à idade materna, observou-se que a maioria das participantes do estudo encontrava-se na faixa-etária considerada jovem adulta, mas houve percentual significativo de mulheres com gestações acima de 30 anos, e, em menor proporção, também acima de 40 anos o que pode indicar uma tendência de adiamento da maternidade. Essa tendência vem sendo observada em diversos estudos, como o de Bernardino e colaboradores, que também evidenciou um aumento na idade materna na população brasileira (BERNARDINO et al., 2021).

Ademais, embora em menor proporção, notou-se ainda um considerável índice de gravidez em idade mais avançada. Com isso, estudos como o de Trigo e colaboradores destacam a importância de cuidados diferenciados para gestações em idade avançada, principalmente no que se refere ao risco de complicações obstétricas e neonatais. Nesse sentido, é importante que serviços de saúde estejam preparados para atender às demandas específicas de mulheres com idade acima de 35 anos, garantindo uma assistência de qualidade e segurança para mães e bebês (TRIGO et al., 2021).

Além disso, Dias e Lopes têm apontado que a escolaridade das mulheres tem sido um fator importante para o adiamento da maternidade, uma vez que a busca por formação educacional e inserção no mercado de trabalho pode levar à postergação da gravidez. Dessa forma, é importante considerar que o perfil socioeconômico materno das participantes do estudo com idade mais avançada pode estar associado a essas tendências observadas na população em geral (DIAS; LOPES, 2019).

De acordo com Oliveira e colaboradores, a cor/raça é um fator determinante no acesso à saúde materna, pois mulheres negras e pardas apresentam maior dificuldade em acessar serviços de saúde de qualidade e especializados. Esse resultado pode estar relacionado à baixa renda familiar, uma vez que a maior parte da amostra estudada se enquadra nessa categoria (OLIVEIRA et al., 2020).

Por outro lado, Santos e colaboradores destacam a importância do ensino médio completo para a melhoria da saúde materna. Segundo o estudo, mulheres com maior escolaridade apresentam melhores condições de saúde e maior acesso a informações sobre cuidados com a gestação e o parto. Nesse sentido, políticas públicas de incentivo à educação podem ser importantes para a melhoria das condições de saúde materna, além de contribuir para a melhoria geral da qualidade de vida das mulheres (SANTOS et al., 2020).

Em relação ao estado civil, notou-se que maioria das mulheres da amostra estudada são solteiras, dessa forma Do nascimento e colaboradores, cita que a proporção significativa de mulheres solteiras na amostra estudada pode indicar a falta de uma rede de apoio familiar e social durante a gestação e pós-parto. A ausência de um parceiro ou de uma rede de apoio pode estar relacionada com um maior risco de depressão pós-parto e dificuldades na amamentação (DO NASCIMENTO et al., 2022).

Nessa perspectiva, estudos como o de Avanzi e colaboradores corroboram com isso, destacando a importância do apoio social durante a gestação e o pós-parto, independentemente do estado civil da mulher. Segundo o estudo, mulheres que contam com um suporte social adequado apresentam melhor bem-estar psicológico e menor risco de complicações obstétricas. Nesse sentido, é importante que serviços de saúde considerem a importância do suporte social durante todo o processo gestacional, incluindo ações voltadas para a promoção do vínculo afetivo entre mãe e bebê (AVANZI et al., 2019).

No que tange o perfil clínico das gestantes, verificou-se uma diminuição na paridade materna, sugerindo um intervalo maior entre as gestações, além de um aumento no número de consultas de pré-natal, indicando um melhor cuidado pré-natal. Além disso, a média da idade gestacional foi um resultado satisfatório, indicando que a maioria das gestações foi de termo e de gestação única. Essas tendências positivas podem ser indicativas de uma melhoria na qualidade da assistência obstétrica recebida pelas mulheres.

Dessa maneira, observou-se uma diminuição da paridade materna, o que pode indicar mudança nos padrões reprodutivos das mulheres da amostra. Esse resultado está em consonância com o estudo de Martinelli e colaboradores, que também encontraram uma diminuição da paridade em sua amostra de puérperas (MARTINELLI et al., 2021).

A elevada taxa de aborto observada na amostra do presente estudo (37,25%) é preocupante, pois o aborto é um grave problema de saúde pública e pode ter consequências negativas para a saúde física e mental das mulheres. É importante investigar as causas desse elevado índice de aborto na amostra, bem como adotar políticas públicas e estratégias de saúde para prevenção e tratamento desse problema. Essa alta taxa de aborto também foi observada em outros estudos, como o de Neto e colaboradores, também encontrou altas taxas de aborto em sua amostra (NETO et al., 2020).

A predominância de gestações únicas na amostra estudada é um resultado esperado e desejado, já que gestações múltiplas estão associadas a maior risco para a saúde materna e fetal. Além disso, a maioria das gestações foram de termo, o que é um resultado positivo para a saúde materna e fetal. Esses resultados estão em consonância com outros estudos, como o de Santos e colaboradores, que também encontraram uma alta proporção de gestações únicas e de termo em sua amostra de puérperas (SANTOS et al., 2020).

Observou-se ainda que, a ida para o alojamento conjunto foi o desfecho neonatal mais comum na amostra estudada, o que é um resultado positivo, já que a prática do alojamento conjunto é recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pode trazer benefícios para a saúde do recém-nascido, como melhor adaptação à amamentação e menor risco de infecções. Esses resultados estão em consonância com o estudo de França e colaboradores, que também encontraram uma alta proporção de recém-nascidos indo para o alojamento conjunto em sua amostra de puérperas (FRANÇA et al., 2021).

A ocorrência de patologias durante a gestação, como a hipertensão arterial, diabetes e infecção urinária, pode aumentar significativamente o risco de parto prematuro e, consequentemente, aumentar a morbidade e mortalidade perinatal. Além disso, a hipertensão arterial crônica pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia, enquanto o diabetes pode aumentar o risco de pré-eclâmpsia em até três vezes (PAIVA et al., 2019). Desse modo, corroborando com essa informação, notou-se que a comorbidade mais descrita pelas mulheres na pesquisa foi a hipertensão arterial, seguida da diabetes mellitus/diabetes mellitus gestacional.

Vale destacar que, o Ministério da Saúde cita a primiparidade entre os fatores considerados como precursores para a elevação dos fatos decorrentes de uma hipertensão arterial no período gestacional (BRASIL, 2012). Em concordância a essa

informação, notou-se que tanto a primiparidade quanto a hipertensão como comorbidade gestacional tiveram relevantes taxas na pesquisa.

Com base nisso, no que tange à variável relacionada aos dias de internação hospitalar, os resultados podem ser analisados considerando que a maioria das mulheres participantes da pesquisa apresentaram pelo menos uma comorbidade materna.

A partir disso, de acordo com Arantes e colaboradores, a frequência de internação hospitalar pós-parto devido a comorbidades da gestante é um importante indicador de saúde materna. No entanto, a média de dias de internação em seu estudo foi muito maior que a presente pesquisa. Muito embora os resultados sejam distintos nesse aspecto, vale dizer que os resultados destacam a importância da realização de um acompanhamento adequado da gestação e do parto, além da necessidade de medidas preventivas e de tratamento para as comorbidades maternas, a fim de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal (ARANTES et al., 2020).

Quanto à média de 8,02 consultas de pré-natal encontrada no estudo, a mesma está em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde, que recomendam um mínimo de seis consultas durante a gestação com atendimento intercalado entre médico e enfermeiro (BRASIL, 2012).

Por fim, a média da idade gestacional (IG) das participantes da pesquisa foi de 37,4 semanas, consideradas gestações a termo, isso reduz fatores de risco neonatais decorrentes da prematuridade, como necessidade de internação em unidades de terapia intensiva neonatais (BRASIL, 2012). Corroborando com isso, vale lembrar que, como citado anteriormente, a minoria dos nascidos tiveram desfecho para ALCON após o nascimento.

5.2 Descrição das tecnologias aplicadas às parturientes

Por meio do presente estudo, foi possível observar que as tecnologias leves foram as mais utilizadas de acordo com as afirmativas das mulheres que participaram. Nessa perspectiva, de acordo com Santos e Rangel, o uso das tecnologias leves no trabalho de parto, como o acolhimento humanizado por meio de técnicas de comunicação eficaz, empatia e escuta ativa, têm se mostrado extremamente importantes para a saúde emocional e física da gestante, do bebê e de toda a equipe envolvida no processo de parto (SANTOS; RANGEL et al., 2020).

Isso porque a humanização do atendimento durante o trabalho de parto contribui para reduzir a ansiedade, o medo e a dor da gestante, além de melhorar a relação entre profissionais de saúde e pacientes. Essas tecnologias leves são fundamentais para um parto mais seguro e respeitoso, com melhores resultados para a saúde da mãe e do bebê (DA SILVA, 2021).

Nesse contexto, uma tecnologia leve muito vivida pelas parturientes da pesquisa foi a participação do acompanhante no parto, dado importante, haja vista , que é uma medida regulamentada por lei, adotada para promover o trabalho de parto humanizado (BRASIL, 2005). Assim, é indiscutível que o acompanhante escolhido pela parturiente tem contribuído significativamente no processo de parturição, oferecendo suporte emocional à mulher e auxiliando no parto (SOUZA, 2019).

Além disso, apesar do contexto de alto risco, vale ressaltar que, mesmo o tipo de parto sendo cesárea, a lei do acompanhante também é válida (BRASIL, 2005). Fato notável nos resultados da pesquisa, visto que, independentemente da via de parto, mais de 80% das parturientes declararam que tiveram as devidas informações sobre o acompanhante.

Nesse contexto, sabe-se que a Política Nacional de Humanização (PNH), estabelecida pelo Ministério da Saúde (MS), enfatiza o acolhimento como uma das suas diretrizes essenciais. Essa política preconiza que todos os profissionais de saúde devem fornecer acolhimento em todos os momentos de atendimento, não apenas aos pacientes, mas também aos seus acompanhantes (BRASIL, 2004).

Muito embora Brusamarello e Souza afirmaram em seu estudo que muitas vezes os profissionais de saúde têm uma compreensão limitada do acolhimento, restringindo esse cuidado a uma etapa específica do atendimento, geralmente limitado à recepção e triagem no momento da entrada do paciente nos serviços de saúde, a presente pesquisa mostrou que, em quase sua totalidade, o atendimento foi gentil e acolhedor para com as parturientes e acompanhantes (BRUSAMARELLO; SOUZA, 2020).

Sabendo disso, vale salientar que, é crucial que as opiniões, crenças e valores da mulher, seu parceiro e sua família sejam considerados e respeitados em relação aos cuidados com o bebê e com ela própria. Para isso, as mulheres devem ser envolvidas de maneira integral para que o cuidado possa ser personalizado e adaptado de acordo com as necessidades

individuais e do bebê, tendo como principal objetivo a prevenção e tratamento de possíveis complicações, além de garantir um parto seguro (BRASIL, 2022).

Nesse sentido, explicar e ter autorização de procedimentos por parte da parturiente também são práticas fundamentais para garantir que a mãe entenda os procedimentos que estão sendo realizados durante o trabalho de parto e tenha a oportunidade de dar ou negar o consentimento informado para cada procedimento. Diante disso, as explicações devem incluir detalhes sobre o propósito, benefícios e riscos de cada procedimento, bem como as alternativas disponíveis. Isso ajuda a mãe a compreender o que está acontecendo e a tomar decisões informadas sobre o tratamento (BRASIL, 2022).

Isso posto, fica evidente que, acolher e tratar gentilmente, explicar procedimentos à mulher, obtendo o seu consentimento informado verbal e, quando apropriado, por escrito para alguns procedimentos, além de esclarecer as dúvidas e orientar sobre a realidade do caso clínico, são exemplos de como possibilitar um atendimento respeitoso, individualizado e seguro ao parto (BRASIL, 2022). Logo, os resultados da pesquisa, nesse âmbito, se mostraram bastante satisfatórios, colocando em prática os benefícios evidenciados e propostos pela literatura.

Logo, expressar a humanização no cuidado em saúde envolve a aplicação de tecnologias leves, que promovam comunicação, acolhimento, autonomia, relações e vínculos entre profissionais e usuários. No entanto, é necessário um entendimento dos valores e conceitos atribuídos ao ser humano, além da aplicação de princípios e empatia. Portanto, a assistência ao paciente só pode ser considerada humanizada se houver o uso adequado das tecnologias leves (DE OLIVEIRA; ANDRADE, 2020).

Entrando no contexto das tecnologias leves-duras, vale lembrar que, a dor proveniente do trabalho de parto, no Brasil, é sinônimo de sofrimento e está comumente associada ao medo entre as gestantes e, quando associada ao stress e à tensão, promove na parturiente uma sensação de aumento de intensidade (CAMACHO *et al.*, 2019)

Entre as opções para reduzir a dor do parto, os métodos não farmacológicos devem ser incentivados, pois proporcionam analgesia e permitem à parturiente mais controle sobre suas ações durante o processo. Além disso, esses métodos favorecem a capacidade da parturiente de fazer força durante a expulsão do bebê (CAMACHO *et al.*, 2019).

À vista disso, durante a gravidez, sabe-se que as mulheres experimentam mudanças fisiológicas e anatômicas, Essas mudanças podem aumentar o risco de enfraquecimento e lesões na musculatura perineal, bem como causar lacerações durante o parto vaginal devido à redução da flexibilidade na região do canal vaginal. (DE JESUS TEIXEIRA *et al.*, 2022).

Nesse contexto, a massagem perineal e as compressas de proteção perineal como tecnologia, são utilizadas para prevenir traumas e a realização de episiotomias. A técnica visa relaxar os músculos e aumentar a vasodilatação dos vasos sanguíneos, tornando a musculatura mais flexível (AQUINO *et al.*, 2020)

Nessa perspectiva, Monguilhott e colaboradores, afirmam que incluir os companheiros na realização dessas técnicas pode ser uma forma de envolvê-los nos cuidados preparatórios para o parto. Pois, quando a gestante deseja essa participação, permitir que o companheiro faça a massagem pode ser uma oportunidade para fortalecer o vínculo com a parceira e o bebê (MONGUILHOTT *et al.*, 2022).

No entanto, embora os autores supracitados concordem que as práticas de manuseio do períneo durante o TP são favoráveis, a organização mundial da saúde, afirma que as massagens ou distensão do períneo, no momento do trabalho de parto, além de utilização de manobras de proteção perineal, possuem graus de recomendação B, pautadas como procedimentos que devem ser desestimulados, por serem práticas que são claramente prejudiciais ou ineficazes (WHO, 2018).

Ainda sobre essas técnicas, o uso de banho morno durante o trabalho de parto pode auxiliar na redução da dor do trabalho de parto por meio do relaxamento do corpo da parturiente. O calor da água promove vasodilatação, o que aumenta a circulação sanguínea e pode ajudar a diminuir o estresse causado pelas contrações (MIELKE, 2019).

Outra forma muito utilizada é a massagem, a mesma auxilia na redução da excreção de adrenalina e noradrenalina e no aumento da liberação de endorfinas e ocitocina. Essa técnica simples pode trazer alívio para a parturiente (CAMACHO, *et al.*, 2019). Em concordância com esses estudos, observou-se que dentre as tecnologias leves-duras a massagem foi uma das mais utilizadas.

Acerca do uso da bola Suíça, cavalcanti e colaboradores 2019, deixa claro que realizar exercícios perineais com uma bola suíça pode ajudar na descida e rotação da apresentação fetal, estimular a posição vertical, oferecer benefícios psicológicos e

proporcionar relaxamento da musculatura lombar e do assoalho pélvico. Esses exercícios também podem aliviar o desconforto pélvico (CAVALCANTI *et al.*, 2019). Apesar disso, observou-se um baixo uso do seu uso na prática do dia a dia da maternidade estudada.

Outra forma de alívio da dor é a musicoterapia que consiste em uma forma de terapia complementar que utiliza a música como ferramenta para alcançar objetivos terapêuticos. A música pode ser utilizada de diversas formas, como por exemplo, para criar um ambiente tranquilo e relaxante, para ajudar a concentração, para ajudar a relaxar, e para ajudar a diminuir a dor (LORENCETTO, *et al.*, 2021). Mas, apesar dos benefícios, essa prática também foi pouco utilizada no contexto estudado.

Outra tecnologia avaliada como leve-dura no estudo foi o partograma. A sua utilização é recomendada pela Organização Mundial da Saúde como uma estratégia efetiva para melhorar a qualidade da assistência obstétrica e reduzir a morbimortalidade materna e perinatal (WHO, 2018).

Além disso, permite a comunicação efetiva entre a equipe de saúde, facilitando a troca de informações e garantindo uma assistência mais integrada e coordenada. Dessa forma, a utilização do partograma contribui para a melhoria da qualidade da assistência obstétrica, tornando o parto mais seguro e humanizado (MEDEIROS *et al.*, 2020).

Muito embora seu uso seja favorável, Lucena em sua pesquisa mostra que a utilização do partograma ainda é limitada nas maternidades, e, quando utilizado, não é preenchido em sua totalidade. Isso indica a necessidade de medidas efetivas para capacitar e conscientizar os profissionais que realizam o acompanhamento do trabalho de parto sobre a importância do uso desse instrumento (LUCENA, 2019). Essa realidade foi observada através do estudo, uma vez que, dentre as mulheres que tiveram parto natural, uma significativa quantidade não teve seu partograma aberto ou foi aberto apenas para justificar nascimento.

Com base no exposto, de Souza e pesquisadores, em seu estudo, mostram algumas justificativas para a não adesão ao uso dos Métodos Não Farmacológicos (MNF), dentre elas, destaca-se a falta de oferta dos mesmos pela equipe, seguida do fato de que os MNF não chegaram a tempo para serem utilizados, principalmente em casos de parto iminente. Outros motivos incluem razões diversas e a recusa do uso pelos pacientes, mesmo quando ofertados pela equipe (SOUZA *et al.*, 2022).

Ademais, salienta-se que, em sua maioria, as tecnologias leve-duras tiveram baixo aproveitamento por parte das parturientes, visto que a maioria delas não fizeram uso dessas técnicas. Fato que deve ser melhor observado, uma vez que essas tecnologias, de acordo com a organização mundial da saúde, são Práticas com grau de recomendação A, que significa que são comprovadamente úteis e que devem ser incentivadas (WHO, 2018).

É importante ressaltar que a elevada porcentagem de pacientes que não recebeu a oferta dos MNF destaca a necessidade de envolvimento da gestão na valorização desses métodos pela equipe multiprofissional, para que a assistência prestada esteja em conformidade com as boas práticas recomendadas (BERNARDO *et al.*, 2020).

Vale enfatizar que de acordo com os estudos realizados por Oliveira et al. (2019), as enfermeiras obstétricas reconhecem a importância das relações interpessoais e das técnicas não invasivas, para promover um cuidado humanizado e um processo de parto mais saudável.

Desse modo, é necessário que os profissionais de saúde reconheçam a importância dessas práticas, já que existem evidências científicas que comprovam seus benefícios tanto para a mãe quanto para o recém-nascido. Visto que um elevado número de mulheres não receberam essas práticas para alívio da dor, o que reforça a necessidade de maior aceitação e difusão dessas práticas na assistência ao parto

No que se refere às tecnologias duras, elas são frequentemente utilizadas em casos de complicações ou para acelerar o processo de parto, mas seu uso excessivo pode trazer riscos para a mãe e para o bebê.

Diante disso, Bernardy afirma que o uso dessas técnicas no parto pode ser relevante, especialmente, em gestações de risco, onde há maior probabilidade de complicações para a mãe e/ou o bebê. Em tais casos, intervenções obstétricas podem ser necessárias para garantir um parto seguro e evitar ou minimizar riscos à saúde (BERNARDY, 2021).

Contudo, Medeiros e colaboradores apontam que o uso excessivo dessas intervenções pode aumentar o risco de complicações. Além disso, intervenções desnecessárias podem interferir no processo fisiológico natural do parto e na relação mãe-bebê, podendo afetar a amamentação e o vínculo afetivo (MEDEIROS *et al.*, 2020)

Por esse motivo, as organizações de saúde, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil, recomendam o uso criterioso das intervenções

obstétricas e a adoção de práticas baseadas em evidências que promovam o parto fisiológico e respeitem as escolhas e necessidades da mulher (BRASIL, 2022)

Dessa maneira, sabe-se que a indução do parto consiste em estimular as contrações uterinas antes do início do trabalho de parto espontâneo, com o objetivo de promover a dilatação cervical e a descida do feto (SANTOS *et al.*, 2020).

A escolha do método de indução deve levar em consideração o amadurecimento do colo uterino, visando evitar partos prolongados e complicações durante a indução, como alterações nas contrações uterinas e o aumento da morbimortalidade materna devido a problemas como hemorragia, infecção e tromboembolismo (SANTOS *et al.*, 2020).

Sabendo disso, a infusão endovenosa de ocitocina é utilizada para estimular ou aumentar as contrações uterinas em qualquer momento da gravidez, embora a resposta do útero seja maior conforme o final da gestação se aproxima. No entanto, o uso excessivo e indiscriminado de ocitocina durante o parto pode ter efeitos adversos na parturiente e no feto (SANTOS *et al.*, 2022).

Embora Moraes e colaboradores, afirmem que o uso da ocitocina deve ser muito bem avaliado pela equipe multidisciplinar, a fim de reduzir possíveis danos, levando em consideração sua condição fisiológica e a do bebê. Na presente pesquisa, notou-se que, das parturientes que tiveram parto natural ou que entraram em trabalho de parto, quase metade delas usaram ocitocina exógena. Vale enfatizar ainda que, a administração de ocitocina exógena confere grau de recomendação B, pautada como prática que deve ser desestimulada (MORAES *et al.*, 2022; BRASIL, 2022).

A técnica amplamente utilizada para monitorar o feto durante o trabalho de parto é a ausculta intermitente. Essa técnica pode ser realizada com o estetoscópio de Pinard ou de DeLee, para avaliar a frequência cardíaca fetal. Desse modo, a ausculta intermitente é o método de escolha para o monitoramento fetal durante o trabalho de parto normal. À luz dessa informação, e em concordância com ela, apesar da população estudada não se tratar de risco habitual, ainda assim observou-se um alto uso dessa tecnologia na maternidade de pesquisa (SILVEIRA, 2018; WHO, 2018).

O método de monitorização eletrônica continua sendo menos utilizado entre as parturientes da pesquisa. Este é um método não invasivo e razoavelmente preciso na medição

dos batimentos cardíofetais, número de contrações (mas não sua intensidade) e movimentos fetais (SILVEIRA, 2018).

Nesse sentido, sabendo que tanto a correção da dinâmica com a utilização de ocitocina, quanto a monitorização eletrônica fetal foram tecnologias com considerável número de utilizações, cabe ressaltar que de acordo com a OMS são Conduas frequentemente utilizadas de modo inadequado e portanto devem ser desestimuladas (WHO, 2018).

A episiotomia ainda é uma intervenção comum durante o parto. Nesse quesito, tanto a Organização Mundial da Saúde quanto o Ministério da Saúde recomendam que a episiotomia seja usada com moderação e consideram o seu uso rotineiro e excessivo como uma prática prejudicial que deve ser evitada. Visto isso, Silva et al., cita que a indicação adequada da episiotomia é de cerca de 10% a 15% dos casos (SILVA *et al.*, 2018). Corroborando com isso, o estudo mostrou que a episiotomia foi necessária em apenas 2 mulheres.

No que tange ao uso dos fórceps, é possível que ele esteja associado a riscos, como laceração do couro cabeludo, paralisia do nervo facial, fratura craniana e lesão da coluna cervical (MACHADO, 2018). Em consonância com a literatura, levando em consideração os riscos desse instrumento, notou-se que ele foi usado em apenas 1 mulher no período pesquisado.

Ainda no âmbito das tecnologias duras, sabe-se que a gestação de alto risco aumentar a probabilidade de eventos adversos à saúde da mulher, devido à fisiopatologia materna associada, mas é importante destacar que altas taxas de cesáreas, não devem estar associadas a esse contexto, já que seu uso excessivo está relacionado a taxas mais elevadas de mortalidade materna e neonatal (CARVALHO *et al.*, 2023).

Nessa perspectiva, muito embora, saiba-se que a escolha pela operação cesariana muitas vezes está fundamentada em concepções distorcidas, sabe-se que as gestações classificadas como de alto risco geralmente são encaminhadas para instituições de saúde de alta complexidade a fim de prevenir ou atender emergências que possam surgir tanto para a mãe quanto para o bebê (SOARES *et al.*, 2021).

Assim, notou-se que a maioria das gestações concluídas neste estudo foram por meio de cesariana, ultrapassando a taxa de 15% recomendada pelo Ministério da Saúde. Mesmo para gestantes de alto risco, a OMS destaca que o parto cesáreo deve ser indicado apenas quando necessário (OMS, 2014).

É importante ressaltar que o simples fato de pertencer a um grupo de alto risco não é uma indicação para realizar uma cesariana e que o parto vaginal é preferível à cesariana, pois reduz os riscos associados ao estresse cirúrgico (BRASIL, 2022).

6. CONCLUSÃO

Diante do exposto, foi possível concluir que, as tecnologias leves e duras foram amplamente utilizadas na maioria das parturientes, em contrapartida, notou-se que as tecnologias leves-duras não foram bem aproveitadas na maternidade abordada, uma vez que muitas mulheres relataram não ter passado pela experiência da maioria dessas técnicas descritas.

Dessa forma, os achados deste estudo ressaltam a necessidade de otimizar a utilização das tecnologias leves-duras no alto risco. Em linhas gerais, essas tecnologias se destacam por sua aplicação de baixo custo e alta eficácia no acompanhamento e evolução do trabalho de parto e parto, o que promove um potencial positivo para a experiência das mulheres em gestações de alto risco. Portanto, é incontestável a importância de explorar ao máximo essas tecnologias, levando em consideração os benefícios em termos de custo e eficácia, a fim de proporcionar uma experiência de parto positiva para essas mulheres.

De maneira ampla, essa pesquisa possibilita a aquisição de conhecimento e estimula reflexões acerca da prática clínica no meio acadêmico e assistencial, enfatizando a relevância do profissional na utilização apropriada das tecnologias de cuidado obstétrico, principalmente em situações de alto risco.

É crucial 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.

Além disso, seria relevante realizar uma investigação mais aprofundada sobre as barreiras e desafios enfrentados pelos profissionais no uso dessas tecnologias, a fim de propor estratégias de capacitação mais efetivas. Essas abordagens complementares poderiam fornecer uma visão mais abrangente e embasada para aprimorar a implementação e utilização das tecnologias de cuidado obstétrico em benefício das mulheres e profissionais envolvidos.

7. REFERÊNCIAS

- AQUINO, C. I.; GUIDA, M.; SACONNE, G.; CRUZ, Y.; VITAGLIANO, A.; ZULLO, F.; BERGHELLA, V. Massagem Perineal durante o trabalho de parto: revisão sistemática e metanálise de ensaios controlados randomizados. *J Matern Fetal Neonatal Med.*, 33(6), 1051-1063, 2020.
- ALVES, T. O.; NUNES, R. L. N.; DE SENA, L. H. A.; ALVES, F. G.; DE SOUZA, A. G. S.; SALVIANO, A. M.; OLIVEIRA, B. R. D.; SILVA, D. I. de S.; LOPES, L. M.; SILVA, V. D.; DE ALMEIDA, L. P.; OLIVEIRA, R. D.; DE JESUS, E. C. P.; RUAS, S. J. S.; SANTOS, M. A.; PEREIRA, Z. A. S.; DIAS, J. L. C. Gestação de alto risco: epidemiologia e cuidados, uma revisão de literatura / High risk pregnancy: epidemiology and care, a literature review. *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 4, n. 4, p. 14860–14872, 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n4-040.
- ARANTES, B. M.; ARANTES, K. M.; FREITAS, E. A. M.; LIMONGI, J. E. FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO NEAR MISS MATERNO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: ESTUDO DE CASO CONTROLE. *Saúde (Santa Maria)*, [S. l.], v. 47, n. 1, 2021. DOI: 10.5902/2236583464883. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/64883>.
- AVANZI, S. A.; DIAS, C. A.; SILVA, L. O. L. e; BRANDÃO, M. B. F.; RODRIGUES, S. M. Importância do apoio familiar no período gravídico-gestacional sob a perspectiva de gestantes inseridas no PHPN. *Revista de Saúde Coletiva da UEFS*, [S. l.], v. 9, p. 55–62, 2019. DOI: 10.13102/rscdauefs.v9i0.3739. Disponível em: <http://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/3739>.
- BERNARDY, L. N.; MEDEIROS, F. F.; CAPELLO, T. da S.; SANTOS, I. D. de L.; CARDELLI, A. A. M.; BERNARDY, C. C. F. INCLUSÃO DO ACOMPANHANTE NA ROTINA DE ASSISTÊNCIA AO PARTO DE ALTO RISCO. *Revista Unimontes Científica*, [S. l.], v. 23, n. 1, p. 1–10, 2021. DOI: 10.46551/ruc.v23n1a05. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/4556>.
- 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. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei Federal nº11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único De Saúde-SUS.* Brasília, DF; 2005
- BERNADO, J. N. T.; DE ALMEIDA, E. J. R.; DA SILVA, M. I. S.. Atuação do enfermeiro como medida estratégica para aumentar a adesão aos métodos não farmacológicos para alívio

da dor no trabalho de parto em salas de pré-parto, parto e puerpério (ppp). **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 11, p. 85989-86014, 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. 2021. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>.

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.

BERNARDINO, F. B. S.; GONÇALVES, T. M.; PEREIRA, T. I. D.; XAVIER, J. S.; DE FREITAS, B. H. B. M.; GAÍVA, M.A.M. TENDÊNCIA DA MORTALIDADE NEONATAL NO BRASIL DE 2007 A 2017. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] (2021/Fev). **Está disponível em:** <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/tendencia-da-mortalidade-neonatal-no-brasil-de-2007-a-2017/17935?id=17935>

DE SOUZA, A. C. S.; FERRARI, R. A. P.; SODRÉ, T. M.; MIRANDA, L. L.; BEGALE, I. S.; BERNARDY, C. C. F. Fatores que influenciam a via de parto em mulheres com cesárea anterior / Factors that influence the labor path in women with previous cesárea. *Brazilian Journal of Development*, [S. l.], v. 7, n. 11, p. 103669–103688, 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n11-135. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/39271>.

BELARMINO, V.; CARLOTTO, K.; MADUELL, M. C. P. ; GONÇALVES, C. V. . Spatial distribution of cesarean sections in Brazil from 2000 to 2019. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 11, n. 4, p. e43211427657, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i4.27657. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/27657>. .

BRUSAMARELLO, T.; SOUZA, S. R. R. K.; FARAGO, D. F. Acolhimento dos acompanhantes de mulheres em processo de parto numa maternidade de alto risco. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 8, n. 4, p. 827-836, 2020. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v8i4.4295>. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/4295>

CAMACHO, E.N.P.R.; TEXEIRA, W. L.; GUSMÃO, A. C.; CARMO, L. F.; CAVALCANTE, R. L.; SILVA, E.F. Conhecimento e aplicabilidade dos métodos não farmacológicos utilizados pelos enfermeiros obstetras para alívio da dor no trabalho de parto. *Nursing (São Paulo)*, [S. l.], v. 22, n. 257, p. 3192–3197, 2019. DOI: 10.36489/nursing.2019v22i257p3192-3197. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/382>.

CARVALHO, M.M.P.C.; PEREIRA, A.A.P.S.; TAVARES, N.V.S.; DA SILVA, N.L.; LÔBO, A.L.S.F.; SANTOS, J.A.M.; DOS SANTOS, K.M.G.S; DO NASCIMENTO, A.C.A. Tecnologias de cuidado utilizadas no cuidado obstétrico a partir do conceito de Merhy. **Revista European Academic Research**, v. 10, 2022.

CAVALCANTI, A. C. V.; HENRIQUE, A. J.; BRASIL, C. M.; GABRIELLONI, M. C. Terapias complementares no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 40, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190026>

DA SILVA, E. L.; ANDRADE, M.E.A; CARVALHO, S.S.L; LEONHARDT, V.; BEZERRA, M.L.R. Parto humanizado: benefícios e barreiras para sua implementação. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 15, e528101523275, 2021 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i15.23275>

DE OLIVEIRA PONTES, I. R.; ANDRADE, K. G. M. A CONTRIBUIÇÃO DAS TECNOLOGIAS LEVES NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PARTO NORMAL. **Revista Interdisciplinar Pensamento Científico**, v. 6, n. 1, 2020.

DE JESUS TEIXEIRA, D. M.; MARQUES, V. E. S.; ANDRADE, D. S.; SANTOS, F. C.; PAULO, L. R. Massagem perineal como recurso fisioterapêutico para prevenção de laceração no parto vaginal: revisão de literatura . **Research, Society and Development**, v. 11, n. 9, e30911931791, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i9.31791>

DE SOUZA, B. et al. Uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor no parto normal/Use of non-pharmacological methods of pain relief in normal birth. **Journal of Nursing and Health**, v. 11, n. 2, 2021.

DIAS, T. M. B.; LOPES, R. E. Composição e tendência da fecundidade no Brasil: evidências a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2004-2014). **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 36, n. 2, p. 367-385, 2019.

DO NASCIMENTO, J. W. A.; CONCEIÇÃO, D. S. O.; FILHO, A. T. V.P.; SILVA, C. A. V.; ARAÚJO, J. S.; MOTA, C. S. M.; SILVA, F. R.S.;ALMEIDA, J. F. P.;SILVEIRA, M. E. R. R.; SOUZA, A.L. Fatores associados à ocorrência de depressão pós-parto: uma revisão sistemática. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, p.e43811326858-e43811326858, 2022. | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26858>

DOS SANTOS LOPES, L.; DE FRANÇA, A.M.B.; PEDROSA, A. K.;MIYAZAEWA,A. P. Síndromes hipertensivas na gestação: perfil clínico materno e condição neonatal ao nascer. **Revista baiana de saúde pública**, v. 43, n. 3, p. 599-611, 2019.DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2019.v43.n3.a2974>

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).

DE FRANÇA, K. E. X.; VILELA, M. B. R.; DE FRIAS, P. G.; CHAVES, M. A.; SARINHO, S.W. . Near miss neonatal em hospitais de referência para gestação e parto de alto risco: estudo transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00196220, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00196220>

GUYTON, A.C. e Hall J.E.– Tratado de Fisiologia Médica. **Editora Elsevier**. 13ª ed., 2017.

KAPPAUN, A.; DA COSTA, M. M. M. A institucionalização do parto e suas contribuições na violência obstétrica. **Revista Paradigma**, v. 29, n. 1, p. 71-86, 2020.

LIMA, A. G. S. et al. Métodos para construção de tecnologias em saúde: uma revisão integrativa. **XV Semana Acadêmica; 2019; Fortaleza, Brasil**, 2019.

LORENCETTO, S.B.; LEMES, S.C.; BERTELLA, C. B.; TUCI, B. M.; MAIA, J. S. Música e parto: uma terapia para o alívio da dor. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 11, n. 34, p. 277-286, 2021. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.34.277-286>

LUCENA, T.S.; SANTOS, A. A.P.; MORAIS, R.J.L. Análise do preenchimento do partograma como boa prática obstétrica na monitorização do trabalho de parto. **Rev Fun Care Online**. 2019 jan/mar; 11(1):222-227. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.222-227>

MACHADO, L. O.; SAID NETO, M. Uso do fórceps: uma revisão de literatura. **Revista de Patologia do Tocantins**, [S. l.], v. 5, n. 3, p. 56–59, 2018. DOI: 10.20873/uft.2446-6492.2018v5n3p56. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/patologia/article/view/5707>. Acesso em: 16 fev. 2023.

MARTINELLI, K. G.; GAMA, S. G. N.; SANTOS NETO, E. T. O papel da paridade no tipo de parto em mulheres com idade materna avançada. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, p. 65-75, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000100004>

Marcelo Z. Zugaib obstetríaa. editora associada. Rossana Pulâneli Vieira Francisco; [ilustrações Sírio José Braz Cançado). - 3. ed. - Barueri, SP: Manole, 2016.

MONTENEGRO, C.A.B. REZENDE FILHO, J. Rezende Obstetrícia. 13. ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

MEDEIROS, A. B.; DE FREIRE, I. L. S.; DOS SANTOS, F. R.; SILVA, B. C. O.; DA BATISTA, G. F. de M.; DE MENEZES, M. M. Partograma: instrumento de segurança no

cuidado multidisciplinar. **Revista Cuidarte**, v. 11, n. 3, 2020. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1046>

MEDEIROS, A. S. de S. .; MACHADO, M. G. .; RODRIGUES, D. P.; ALVES, V. H. .; REIS, L. C. dos .; PAULA , E. de .; BRANCO, M. B. L. R. .; SANTOS, . M. V. dos .; AGUIAR , C. C. V. de .; SAMPAIO , L. B. C. .; LIMA, L. M. .; CASTRO, T. M. de .; VIANA, A. P. da S. . Reflections on invasive procedures and interventions in care of birth and birth assistance. *Research, Society and Development, [S. l.]*, v. 9, n. 10, p. e7869109063, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i10.9063. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9063>.

MIELKE, K. C.; GOUVEIA, H.G.; DE CARVALHO GONÇALVES, A. A prática de métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto em um hospital universitário no Brasil. **Avances en Enfermería**, v. 37, n. 1, p. 47-55, 2019. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.72045>.

MONGUILHOTT, J.J.C.; BRÜGGEMANN, O. M.; VELHO, M. B.; KNOBEL, R.; COSTA, R. Massagem perineal pré-natal para prevenção do trauma: piloto de ensaio clínico randomizado. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, 2022. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO0381345>

MORAES, A. C. M. M. de; MELO, L. V. de .; MOUTRAN, L. G. .; SANTIAGO, R. C. .; MAIA, J. S. . Parto e ocitocina: a violência obstétrica caracterizada pela imprudência. *Revista Remecs - Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde, [S. l.]*, v. 7, n. 12, p. 11–20, 2022. DOI: 10.24281/rremecs2022.7.12.11-20. Disponível em: <http://www.revistaremeccs.com.br/index.php/remecs/article/view/811>.

MERHY, E.E. A cartografia do trabalho vivo. *Hucitec [Internet]*. Rio de Janeiro, 24(8):1953-7. 2017.

NETO, L. H. T. de S.; DA SILVEIRA, E. F.; AROSSI, G. A.; PÉRICO, E. Perfil socioeconômico e gestacional de gestantes de um município da Amazônia Brasileira / Socioeconomic and gestational profile of pregnant women from a municipality in Brazilian Amanzonia. *Brazilian Journal of Development, [S. l.]*, v. 6, n. 10, p. 82253–82269, 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n10-598. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/18912>.

NICIDA, L. R. A. A medicalização do parto no Brasil a partir do estudo de manuais de obstetrícia. 2020. 288 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020.

OLIVEIRA, M. de N. J.; DE SOUSA, N. F.; SILVA, S. S.; CUNHA, K. J. B. Avaliação do primeiro período clínico do trabalho de parto. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 20, p. e378, 3 fev. 2019. DOI:<https://doi.org/10.25248/reas.e378.2019>

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. .

PALHARINI, L. A.; FIGUEIRÔA, S.F. M. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, p. 1039-1061, 2018.

PAIVA, D. S. B. S. et al. Pré-natal de alto risco em um serviço de referência: perfil sociodemográfico e clínico. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 2, p. e136-e136, 2019.

RAMOS W.M.A; AGUIAR B.G.C; CONRAD D.; AGUIAR, B.G.C.; PINTO, C.B.;MUSSUMECI, P.A. Contribuição da enfermeira obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento. **Rev Fund Care**, v.10, n.1, p:173-179, 2018.

SALBEGO, C.; NIETZSCHE,E.A.;ILHA, A.G.; RAMOS, T.K.; COGO, S.B.;ANTUNES, A.P. Tecnologia em enfermagem: análise conceitual à luz do modelo evolucionário de Rodgers. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, p. e27611225712-e27611225712, 2022.

SILVEIRA, N. S.; DE AZEVEDO, M. das G. Avaliação da efetividade dos métodos não farmacológicos no alívio da dor durante o trabalho de parto / Evaluation of the effectiveness of non-pharmacological methods in pain relief during labor. *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 5, n. 4, p. 12537–12549, 2022. DOI: 10.34119/bjhrv5n4-049.

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.

SOARES, L. G.; HIGARASHI, A.H.; PARIS, M.C.; LENTSCK, M.H. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. **Rev. méd. Minas Gerais**, p. 31106-31106, 2021.

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, K. L. A.; FARIAS, C. R. B. L.; CAVALCANTE, J. S. .; SANTOS, E. A. .; SILVA, J. M.; DUARTE, A. P. R. da S. Ocitocina sintética no trabalho de parto induzido e suas

repercussões materno-fetais. *Diversitas Journal*, [S. l.], v. 5, n. 3, p. 1787–1804, 2020. DOI: 10.17648/diversitas-journal-v5i3-946. Disponível em: https://www.diversitasjournal.com.br/diversitas_journal/article/view/946. Acesso em: 16 fev. 2023.

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>.

SILVA, L. S. R.; GUIMARÃES, N. N.A.; MATOS, D. P.; DOUBERIN, C. A. Análise de fatores associados à prática da episiotomia. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, [S.L.], v. 12, n. 4, p. 1046, 4 abr. 2018. *Revista de Enfermagem, UFPE Online*. <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a231010p1046-1053-2018>.

TRIGO, I. G.; ELLER, J.X.; VAZ, M.R.; CALIL, C.; SILVA, L.R.; BARBOZA, B.P. Idade materna avançada e seus desfechos. **Cadernos da Medicina-UNIFESO**, v. 2, n. 3, 2020.

TRINDADE, T. T. C. **Sobre parir e ver parir: : Estudando partos naturais através de uma perspectiva antropológica das técnicas**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis, 2021

WANDERLEY, H.; FREIRE, N.; GOMES, R.; SOUZA, D.; FARIA, M. O enfrentamento do internamento hospitalar pela gestante de alto risco. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 23, n. 1, p. 345-352, 2022.

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

APÊNDICE A - Formulário de Coleta de Dados

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS	
DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Identificação:	
1. IDADE:	_____.
2. DIH:	_____.
3. RENDA FAMILIAR:	_____.
4. COR/RAÇA AUTODECLARADA	
1 () Branca	
2 () Parda	
3 () Preta	
4 () Indígena	
5 () Amarela	
6 () Não desejo responder	
5. NÍVEL DE ESCOLARIDADE	
7 () Analfabeta	
8 () Ens. Fundamental incompleto	
9 () Ens. Fundamental Completo	
10 () Ens. Médio incompleto	
11 () Ens. Médio Completo	
12 () Ens. Superior	
13 () Não desejo responder	
6. SITUAÇÃO CONJUGAL	
14 () Solteira	
15 () Casada	
16 () União Estável	
17 () Divorciada	
18 () Viúva	
19 () Não desejo responder	
7. NATURALIDADE:	
_____.	
8. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____.	
DADOS CLÍNICOS	
1. PARIDADE: G P A _____.	
2. INTERVALO INTERPARTAL: _____.	
3. IDADE GESTACIONAL: _____.	
4. TIPO DE GRAVIDEZ: Única () Dupla () Tripla ou mais ()	
5. N° DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL: _____.	
6. DESFECHO NEONATAL:	
UTI/UCI ()	
ALCON ()	

7. COMORBIDADES:

- 1 () Síndromes Hipertensivas
 2 () Diabetes Gestacional ou prévia
 3 () Cardiopatias
 4 () Outros: _____

TECNOLOGIAS DE CUIDADO OBSTÉTRICO:

	S	N	N/A *	NÃO DESEJO RESPOND ER
1. LEVES:	a.	b.	c.	d.
1 Tratamento gentil				
2 Acolhimento – apresentação da equipe				
3 Informações sobre acompanhante				
4 Orientações acerca do quadro clínico				
5 Liberdade para esclarecimento de dúvidas				
6 Explicações e autorizações acerca de procedimentos				
2. LEVE-DURAS:				
7 Uso da bola suíça				
8 Musicoterapia				
9 Massagem				
10 Banho morno				
11 Partograma**				
12 Local do parto*** ^(1,2,3)				
13 Escada de Ling				
14 Massagem perineal				
15 Compressa para proteção do períneo				
3. DURAS:				
16 Ausculta intermitente				
18 Monitorização eletrônica fetal contínua				
19 Fórceps				
20 Episiotomia				
21 Cesárea				
22 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.

ANEXOS A - TCLE

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 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 utilização de tecnologias de cuidado obstétrico no contexto das duas maternidades de alto risco de Alagoas, durante o trabalho de parto e parto, 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 força de associação entre os fatores sociodemográficos e clínicos e a utilização de tecnologias de cuidado obstétrico.
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 Janeiro/2022 e terminará em Agosto/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, 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/AL, _____ de _____ de 2022. .

<p>Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas</p>	<p style="text-align: center;"><i>Mariana Maria P. Cintra Farias</i></p> <p style="text-align: center;">Nome e Assinatura do Pesquisador (Rubricar as demais páginas)</p>
---	---

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.) –
PAI/RESPONSÁVEL**

Você, pai/responsável pelo menor, está sendo convidado(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 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 utilização de tecnologias de cuidado obstétrico no contexto das duas maternidades de alto risco de Alagoas, durante o trabalho de parto e parto, 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 força de associação entre os fatores sociodemográficos e clínicos e a utilização de tecnologias de cuidado obstétrico.
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 **Janeiro/2022** e terminará em **Agosto/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 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 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, 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/AL, _____ de _____ de 2022. .

<p>Assinatura ou impressão datiloscópica do, a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas</p>	<p><i>Mariana Maria P. Lima Farias</i></p> <p>Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas)</p>
---	---

ANEXO B - Termo de Assentimento

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 quais as tecnologias de cuidado obstétrico foram utilizadas durante seu trabalho de parto e parto em maternidades de alto risco de 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.

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” é 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 C - 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 D - 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, nº 1444, 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 disso, 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, n°1444, 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.S^a. 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, n°1444, 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