



**ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA**

MARIA THAIS SILVA DE OLIVEIRA

**VIVÊNCIA DE PUÉRPERAS ACERCA DAS POSIÇÕES UTILIZADAS NO PARTO
NORMAL**

SALGUEIRO

2024

MARIA THAIS SILVA DE OLIVEIRA

**VIVÊNCIA DE PUÉRPERAS ACERCA DAS POSIÇÕES UTILIZADAS NO PARTO
NORMAL**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da Escola de Saúde Pública de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do título de especialização.

Orientador: Me. Gilson Nogueira Freitas

SALGUEIRO - PE

2024

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Nelson Chaves (ESPPE), com os dados fornecidos pelo autor.

O48c Oliveira, Maria Thais Silva de.

Conhecimento de puérperas acerca das posições utilizadas no parto normal / Maria Thais Silva de Oliveira. Salgueiro-PE, 2024.
45 fls.

Orientador (a): Ms. Gilson Nogueira Freitas
Monografia - TCR (Programa de Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica) (Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco - ESPPE).

1. Pré-natal. 2. Assistência ao Parto. 3. Parto Humanizado. I. Título

ESPPE / BNC

CDU – 618.6(813.42)

Bibliotecária Responsável: Anefátima Figueiredo – CRB-4/P-1488

RESUMO

Objetivo: analisar o conhecimento de puérperas acerca das posições utilizadas no parto. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa exploratória-descritiva com abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu na ambiência de um hospital maternidade de alto risco localizado no interior de Pernambuco a partir de um roteiro de entrevista semiestruturado. Participaram da pesquisa puérperas que estavam internadas no alojamento conjunto da unidade hospitalar no período de realização da coleta de dados e que atendiam aos seguintes critérios: de inclusão: puérperas com idade igual ou superior a dezoito anos, que tiveram filho vivo e a termo; parto por via vaginal; de exclusão: puérperas que tiveram parto assistido a fórceps ou extração à vácuo, parto gemelar; parto prematuro com idade gestacional inferior a 37 semanas e óbito fetal intraútero. **Resultados:** Responderam à entrevista quinze puérperas com idades entre 18 e 37 anos, seis tinham parido pela primeira vez, três pela segunda vez e seis possuíam três ou mais partos. Quanto às consultas de pré natal, treze realizaram seis ou mais consultas de pré natal durante a gestação e duas realizaram menos que seis consultas. A análise dos dados aconteceu segundo a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin e emergiram três categorias: tipo de informação recebida acerca das posições do parto; posições que foram utilizadas pelas participantes da pesquisa; direito de escolha da posição no parto na perspectiva da mulher. **Conclusão:** Houve escassez de informações fornecidas às mulheres a respeito das posições do parto e seus direitos de escolha principalmente durante o pré-natal, Apesar de se constatar que poucas mulheres possuíam o conhecimento de outras posições além da litotômica, observou-se que a maioria delas gostariam de poder escolher a posição durante o parto por perceberem que isso é capaz de oferecer mais conforto para elas. Recomenda-se que sejam elaborados mais estudos sobre o tema abordado, para que se possa compreender melhor onde se encontram as falhas existentes que resultam na falta de conhecimento das mulheres a respeito do parto.

Palavras-Chave: conhecimento; pré-natal; assistência ao parto; parto humanizado.

ABSTRACT

Objective: to analyze the knowledge of postpartum women about the positions used during childbirth. **Methods:** This is an exploratory-descriptive research with a qualitative approach. Data collection took place in the environment of a high-risk maternity hospital located in the interior of Pernambuco using a semi-structured interview guide. Postpartum women who were hospitalized in the hospital unit's shared accommodation during the data collection period and who met the following criteria participated in the research: inclusion: postpartum women aged eighteen years or over, who had a live and full-term child; vaginal birth; Exclusion criteria: postpartum women who had births assisted by forceps or vacuum extraction, twin births; premature birth with a gestational age of less than 37 weeks and intrauterine fetal death. **Results:** Fifteen postpartum women aged between 18 and 37 responded to the interview, six had given birth for the first time, three for the second time and six had three or more births. As for prenatal consultations, thirteen had six or more prenatal consultations during pregnancy and two had less than six consultations. Data analysis took place according to the content analysis technique proposed by Bardin and three categories emerged: type of information received about birth positions; positions that were used by research participants; right to choose the birth position from the woman's perspective. **Conclusion:** There was a lack of information provided to women regarding birth positions and their rights to choose, especially during prenatal care. Despite finding that few women had knowledge of positions other than lithotomy, it was observed that the majority of them would like to be able to choose their position during childbirth because they realize that this is capable of offering more comfort to them. It is recommended that more studies be carried out on the topic addressed, so that it can be better understood where the existing flaws are found that result in women's lack of knowledge about childbirth.

Keywords: knowledge; prenatal; birth assistance; humanized birth.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
3 OBJETIVOS	8
3.1 Objetivo geral	8
3.2 Objetivos específicos	8
4 REFERENCIAL TEÓRICO	9
4.1 Contexto histórico das posições adotadas no parto	9
4.2 Movimento de humanização do parto e o empoderamento da gestante	10
4.3 Posições adequadas para o parto baseadas em evidências	11
5 METODOLOGIA	13
5.1 Tipo de estudo	13
5.2 Local e período da realização do estudo	13
5.3 Seleção de participantes	13
5.4 Instrumento e procedimento para a coleta de dados	14
5.5 Análise de dados	14
5.6 Aspectos éticos	15
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	16
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista Semiestruturada	37
APÊNDICE B - Registro de Consentimento Livre e Esclarecido	39
ANEXO A - Carta de Anuência	43
ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	

1 INTRODUÇÃO

A gravidez e o parto são eventos naturais e fisiológicos que fazem parte da vida da mulher. Contudo, o processo gravídico-puerperal se constitui em uma experiência carregada de expectativas e emoções podendo a vivência deste momento deixar impactos físicos e psicológicos (Russo; Nucci, 2020).

Ao longo da história o parto sofreu inúmeras transformações. Passou a ser realizado em ambiente hospitalar com assistência de um médico, o que antes acontecia em casa com auxílio de uma parteira. Essas mudanças vieram para ofertar uma melhor assistência à mulher, porém, o uso rotineiro das novas tecnologias tem transformado algo natural em um evento complexo, submetendo a parturiente a várias intervenções como medicalização, episiotomia, assim como mudanças nas posições adotadas pela mulher no parto (Vendruscolo; Krueel, 2015).

É durante o pré-natal que as gestantes recebem a maior parte das informações necessárias para o momento do parto, contudo, isso não diminui a necessidade de também serem informadas durante a admissão na maternidade. A ausência de informação tem privado às parturientes o conhecimento para se sentirem seguras sobre como proceder e, em consequência disso, se tornam agentes passivas sem poder de decisão, dando ao profissional o total controle sobre o parto (Santos et al., 2019).

Os profissionais atuantes neste processo poderão ofertar à mulher, além da humanização, o empoderamento e a autonomia em suas escolhas, principalmente no momento do parto (Souza; Bassler; Taveira, 2019).

Para isso, a assistência no pré-natal deve ir além de questões quantitativas como o número de consultas ou exames realizados. É necessário esclarecer informações que envolvam aspectos técnicos como os tipos de parto, a fisiologia do trabalho de parto e nascimento, as posições do parto, de que forma o corpo trabalha para isso e quais rotinas e procedimentos poderão ser realizados, assim como os aspectos psicológicos e emocionais (Popolli et al., 2018).

Sabe-se que a escolha da posição no parto tanto pode limitar a atuação da mulher diminuindo a liberdade de movimentos, que é o caso da posição horizontal, quanto pode proporcionar benefícios, como a redução do período expulsivo, que é visto nos partos em posições verticais (Silva et al., 2016).

A autonomia da mulher para a escolha da posição no parto está entre as boas práticas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e cabe ao profissional oferecer orientações acerca das diferentes posições que podem ser utilizadas no parto e estimular a parturiente para que escolha a posição que lhe for mais adequada (WHO, 2018).

Presume-se que a insuficiência de informações recebidas pela mulher durante o processo gestacional tem grande interferência sobre as posições utilizadas na hora do parto, levando-a a seguir aquilo que melhor convir a equipe médica e negando sua autonomia de escolher a posição que melhor atenderá ao seu corpo e ao nascimento do bebê.

Com base no contexto exposto no presente estudo, pode-se levantar o seguinte questionamento: qual o conhecimento de puérperas presentes no alojamento conjunto de uma maternidade no interior de Pernambuco em relação às posições que podem ser adotadas durante o período expulsivo do parto normal?

Justifica-se este estudo na compreensão de que o protagonismo da mulher no parto se inicia a partir das informações recebidas durante todo o processo gestacional, principalmente, através do pré-natal. Para isso, é fundamental conhecer a percepção das parturientes em relação às posições mais adequadas para o parto. Colabora-se, dessa forma, para uma melhor atuação dos profissionais que acompanham a gestante no sentido de orientar e empoderar sobre seus direitos de escolha no parto.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar o conhecimento de puérperas presentes no alojamento conjunto de uma maternidade no interior pernambucano acerca das posições utilizadas no parto.

3.2 Objetivos Específicos

- 1) Identificar as características sociodemográficas e gestacional da puérpera;
- 2) Analisar qual o tipo de informações que as puérperas receberam durante a gestação em relação às posições do parto;
- 3) Verificar o entendimento da puérpera sobre seus direitos de escolha de posição durante o parto;
- 4) Desvelar sobre a liberdade de escolha da posição da parturiente e a influência no protagonismo da mulher durante o trabalho de parto e parto.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Contexto histórico das posições adotadas no parto

Na antiguidade o parto era acompanhado por parteiras na própria residência da mulher e a forma comum de parir era na posição agachada ou sentada. Era um evento feminino e as parturientes preferiam dar à luz na presença de uma parteira, pois, naquela época, os médicos não tinham o conhecimento prático suficiente e se mostravam insensíveis às dores do parto, enquanto as parteiras eram geralmente pessoas próximas e de confiança e detinham o conhecimento com base nas suas experiências (Albuquerque et al., 2018).

Foi por volta do século XVI e início do século XVII que houve uma mudança de concepção. Tendo em vista o elevado número de óbitos maternos no parto, sentiu-se a necessidade de intervir com novas tecnologias, entre elas o fórceps, instrumento utilizado para extração do bebê quando houvesse complicação no parto e pudesse resultar em óbito materno (Vendruscolo; Kruehl, 2015)

Por temer complicações e sujeita às tecnologias, a mulher foi incumbida a desacreditar no potencial que o seu corpo possui para parir, enxergando, dessa forma, o profissional médico como o responsável pelo nascimento do seu bebê (Cabral; Perez, 2019).

Com a mudança do cenário de parto, sendo agora realizado em ambiente hospitalar, houve também alterações na posição adotada na parturição. Apesar de não existir nenhuma comprovação de segurança para a mulher, começou a ser utilizada a posição horizontal, especialmente por facilitar a manipulação médica sobre a parturiente no período expulsivo, possibilitando ao profissional uma melhor visão do canal vaginal (Gupta et al., 2017).

Ademais, estudos mostram que a posição horizontal proporciona o aumento das dores na parturiente, pois limita a movimentação, e não auxilia no relaxamento do períneo, o que vem a gerar o aumento de intervenções como a anestesia e a episiotomia, impossibilitando, assim, o protagonismo da mulher em vista de um melhor conforto para a manipulação médica (Pontes et al., 2014).

4.2 Movimento de humanização do parto e o empoderamento da gestante

Ao final do século XX, tornou-se conhecido o termo humanização da assistência ao parto através de um movimento social fundamentado nas recomendações feitas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no ano de 1985, que orientava práticas como: estimular o parto vaginal, tendo em vista que os partos cirúrgicos estavam crescendo de forma exponencial; promover a amamentação logo após o parto; permitir que a mulher tivesse a presença de um acompanhante; reduzir o número de intervenções que não tivessem embasamento científico (Zanardo et al., 2017).

Inspirando-se nessas recomendações, no ano de 2000 o Ministério da Saúde (MS) lança o Programa de humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e estabelece princípios e diretrizes com o objetivo de garantir à gestante um atendimento digno e qualificado em todo o processo de gestação, parto e puerpério. Assegura à mulher o direito ao acompanhamento no pré-natal e tem como condição fundamental a assistência humanizada e segura durante o parto e nascimento (Brasil, 2000).

Todo esse movimento de humanização parte do pressuposto de que o evento natural, porém complexo, do parto, foi se tornando uma matéria médica e hospitalar e se distanciando da realidade familiar e comunitária, observando-se que essa mudança tem desfavorecido o bem estar físico e emocional da mulher. Entendeu-se que, para que se atinja o verdadeiro humanizar do parto, é imprescindível que seja resgatado o protagonismo da mulher neste cenário (D'aquino, 2016).

Para que isto aconteça, além da assistência humanizada, se faz necessário, também, o seu empoderamento. É no pré-natal que a gestante tem o primeiro contato com a realidade obstétrica e, por isso, ele se torna um meio crucial para este empoderamento através do compartilhamento de informações e do esclarecimento de dúvidas das gestantes (Mouta et al., 2017).

Neste sentido, foi criada a Rede Cegonha, através da portaria Nº 4.459 de junho de 2011, que entre os seus componentes está a captação precoce da gestante para realização do pré-natal. Além de garantir a realização de exames necessários, facilita o acesso da gestante ao pré-natal através da disponibilização de transporte, promove a vinculação da gestante à maternidade para que conheçam

o ambiente e todo o processo realizado no parto e busca implementar estratégias de comunicação social e programas educativos (Brasil, 2011).

De fato, é possível observar a grande contribuição que o movimento para humanização do parto tem realizado em favor das mulheres, tendo como exemplo disso a garantia do direito à presença do acompanhante de sua escolha na hora do parto, que favorece um bem-estar tanto físico como emocional à parturiente (Vendruscolo; Kruehl, 2015).

No entanto, apesar da grande luta pelos direitos da mulher no processo gravídico puerperal, ainda existem barreiras que precisam ser vencidas como é o caso da comunicação entre o profissional e paciente. Um estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) mostrou, através das falas das gestantes, uma deficiência no diálogo com o profissional em relação às práticas baseadas em evidências e seus direitos enquanto parturientes (Jardim; Fonseca; Silva, 2019).

Para isso, há a necessidade de os profissionais de saúde implantarem estratégias educativas através de uma comunicação efetiva que tenha em pauta o verdadeiro empoderamento da gestante em todos os seus aspectos para que ao chegar na maternidade, tenha o conhecimento e a autonomia para decidir, junto com a equipe médica, o melhor para o momento parto (Souza; Bassler; Taveira, 2019).

4.3 Posições adequadas para o parto baseadas em evidências

Em 2017 o MS lançou as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal com o intuito de promover mudanças na prática clínica no sentido de diminuir as intervenções desnecessárias, difundir práticas baseadas em evidências e uniformizar as condutas dos profissionais na assistência ao parto. Sobre as posições de parto, o documento destaca a necessidade de desencorajar a parturiente a ficar em posição supina e incentivar a adoção de posições que sejam mais confortáveis para ela como a de cócoras, lateral ou quatro apoios, no entanto, a escolha da posição deve sempre ficar a critério da paciente (Brasil, 2017).

O diâmetro da cavidade pélvica varia a depender da posição adotada, visto que há alterações na relação entre o estreito superior e a coluna vertebral. Um estudo mostra a comparação entre vários diâmetros pélvicos, constatando-se que há uma diferença considerável nos diâmetros anteroposterior do estreito inferior, diâmetro interespinhoso e diâmetro intertuberoso quando adotada a posição de

cócoras ou quatro apoios em comparação a posição dorsal. Além disso, há um acréscimo de 10-35mmhg de pressão sobre a posição fetal quando utilizadas posições verticais, o que auxilia na redução do segundo período do parto (Torres et al., 2018).

Outro benefício constatado na posição vertical se dá pela maior eficiência das contrações uterinas, tendo em vista a redução da compressão dos vasos sanguíneos quando se assume esta posição. Constata-se, também, que auxilia no alívio da dor, minimiza a ocorrência de episiotomia e outras intervenções que por vezes se mostram desnecessárias (Silva; Peres; Araújo, 2018).

Inúmeras evidências comprovam os benefícios da posição vertical no momento do parto. Apesar disso, em muitas maternidades do Brasil, ainda é ofertada a posição de litotomia como a única opção para a mulher parir. Ressalta-se também que a OMS desestimula o uso desta posição, considerando-a prejudicial ou ineficaz (Sousa et al., 2018).

Evidencia-se assim, que há a necessidade de explanar mais sobre as diferentes posições que podem ser utilizadas no parto em busca do bem estar e protagonismo da parturiente. Para isso, desde o pré-natal até o momento do parto, os profissionais devem seguir a mesma linha de ofertar à mulher informações baseadas em evidências, estimular a escolha da posição que mais se adeque a cada uma e incluí-las em todas as tomadas de decisões (Paiva et al., 2018).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória-descritiva com abordagem qualitativa.

A pesquisa exploratória busca conhecer com maior aprofundamento o assunto abordado a fim de esclarecê-lo ou construir questões relevantes para o direcionamento da pesquisa. Já os estudos descritivos têm como objetivo principal a descrição das características de determinada população, fenômenos ou estabelecimento de relações entre as variáveis (Gil, 2002)

Richardson (1999) destaca que “os estudos que empregam uma metodologia qualitativa podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais”. Ressalta-se ainda que a pesquisa qualitativa pode ser contribuidora no processo de mudança de determinado grupo, podendo também possibilitar de forma mais profunda o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos.

5.2 Local e período da realização do estudo

A coleta de dados foi realizada na ambiência de um hospital maternidade de alto risco que garante atendimento de média e alta complexidade para as gestantes e puérperas da 4ª macrorregião do estado de PE, localizado no município de Salgueiro, pertencente a VII Região de Saúde do estado, que contemplam 7 cidades: Salgueiro, Mirandiba, Verdejante, Cedro, Terra Nova, Serrita e Belém do São Francisco. A instituição concordou e autorizou a realização da pesquisa, por meio, da Carta de Anuência (Anexo A). A pesquisa não gerou nenhum custo ou ônus para a instituição e ressalta-se que a coleta de dados foi iniciada após a aprovação do comitê de ética em pesquisa.

5.3 Seleção de participantes

Participaram da pesquisa puérperas que estavam internadas no alojamento conjunto da unidade hospitalar no período de realização da coleta de dados e que atendiam aos seguintes critérios:

De inclusão: Puérperas internadas no alojamento conjunto da maternidade, com idade igual ou superior a dezoito anos, que tiveram filho vivo e termo parto por via vaginal

De exclusão: Puérperas que tiveram parto assistido a fórceps ou extração à vácuo, parto gemelar; parto prematuro com idade gestacional inferior a 37 semanas e óbito fetal intraútero.

Para a seleção foi utilizada a técnica intencional. Essa técnica se faz vantajosa para a pesquisa, pois nela o pesquisador busca pessoas com um determinado perfil a partir do seu julgamento, baseando-se no problema de pesquisa (Saunders; Townsend, 2019). A população do estudo foi constituída por 15 puérperas que atendiam aos critérios da pesquisa.

5.4 Instrumento e procedimento para a coleta de dados

A obtenção dos dados ocorreu por meio da aplicação de um roteiro de entrevista semiestruturado (Apêndice A) composto por questões referentes ao perfil sociodemográfico e ao conhecimento e opinião das mulheres sobre as posições utilizadas no parto normal, assim como ao momento em que receberam as informações pertinentes. Após o esclarecimento do procedimento e consentimento do participante, foi utilizado um gravador para o registro das entrevistas.

5.5 Análise de dados

Após a coleta dos dados, transcreveu-se na íntegra as entrevistas gravadas (em aparelho celular), pela pesquisadora. A análise e interpretação dos dados, teve como objetivo explorar as respostas dos entrevistados acerca do tema estudado, por meio da técnica de análise de Bardin, que consistiu em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A pré-análise é a fase em que se organiza o material a ser analisado com objetivo de torná-lo operacional. Na fase de exploração do material temos a codificação e categorização do material, a terceira etapa diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação, destinada à análise dos resultados com

condensação e destaque das informações. Ocorrendo nesta fase que a análise reflexiva e crítica (Bardin, 2011).

5.6 Aspectos éticos

Nessa pesquisa foram respeitados os aspectos éticos e legais respaldados na resolução nº 580/18 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que estabelece especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) e na resolução nº 510/16 que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana.

Considera-se que a pesquisa implica o respeito pela dignidade humana e proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos. Com base neste princípio, esta pesquisa passou pela aprovação do Comitê de ética e pesquisa da FIS- Faculdade de Integração do sertão, sob número de parecer 6.695.717 e CAAE: 77305624.7.0000.8267.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista individual, contendo perguntas que, talvez, possam gerar constrangimento para a participante. Para minimizar esse risco, a pesquisadora, antes da coleta de dados, explicou o objetivo da pesquisa e apresentou à participante o conteúdo das perguntas, antes da gravação das respostas. Além disso, foi explicado que será mantido o anonimato da participante, sem informações que possam identificar, dessa forma, foi utilizado a letra P seguida da numeração cardinal para representar a participante. Apresentou-se o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) via impresso para que a mesma pudesse usufruir da sua leitura e conceder o seu aceite. Quanto aos benefícios, pode-se apresentar: aprofundamento da temática proposta e contribuição para a prática da assistência humanizada durante todo processo gravídico puerperal.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As 15 puérperas que participaram da pesquisa tinham idade entre 18 e 37 anos. Destas, três eram casadas, dez afirmaram ser solteiras e uma declarou possuir união informal. A respeito da escolaridade, uma concluiu o ensino superior, onze concluíram o ensino médio, uma estava cursando o ensino médio, uma possuía ensino fundamental completo e uma tinha o ensino fundamental incompleto.

Quanto aos dados obstétricos, seis tinham parido pela primeira vez, três pela segunda vez e seis possuíam três ou mais partos. quanto às consultas de pré natal, treze realizaram seis ou mais consultas de pré natal durante a gestação e duas realizaram menos que seis consultas.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e obstétricas participantes da pesquisa, Salgueiro, Pernambuco, 2024.

Identificação	Idade	Escolaridade	Estado civil	Nº de partos normais anteriores	Nº de consultas de pré-natal realizadas
P1	19	Ensino Médio	Solteira	1	10
P2	35	Ensino Médio	Solteira	0	5
P3	21	Ensino Médio	Casada	1	11
P4	21	Ensino Fundamental	Solteira	2	3
P5	24	Ensino Médio	Amasiada	2	10
P6	25	Ensino Médio	Casada	1	11
P7	18	Ensino Médio	Solteira	0	6
P8	18	Ensino Médio	Solteira	0	8
P9	18	Ensino Fundamental	Solteira	1	6
P10	18	Ensino Médio	Solteira	0	10
P11	37	Ensino Médio	Viúva	3	8
P12	23	Ensino Superior	Casada	0	16
P13	32	Ensino Médio	Solteira	4	10
P14	20	Ensino Médio	Solteira	0	7
P15	27	Ensino Médio	Solteira	1	11

Fonte: autoria própria

A partir do levantamento de dados, surgiram três categorias: tipo de informação recebida acerca das posições do parto; posições que foram utilizadas

pelas participantes da pesquisa; direito de escolha da posição no parto na perspectiva da mulher.

6.1 Tipo de informação recebida acerca das posições do parto

Durante o período pré-natal, as gestantes recebem uma série de cuidados médicos e orientações para garantir uma gestação saudável e um parto seguro. Uma parte crucial desse cuidado é educar as gestantes sobre os aspectos fisiológicos do parto e os cuidados necessários durante esse processo. A assistência pré-natal deve oferecer às gestantes a oportunidade de compreender os aspectos fisiológicos do parto, além de fornecer conhecimentos sobre práticas apropriadas e seguras durante o trabalho de parto, adaptadas à sua situação clínica específica. Isso não só ajuda a promover um parto seguro, mas também capacita as gestantes a tomar decisões informadas sobre seu cuidado e o nascimento de seus filhos (Souto et al, 2021).

Apesar da alta cobertura de pré-natal durante a gestação das puérperas entrevistadas, ao serem questionadas sobre quais informações ou orientações foram recebidas durante o pré-natal ou na maternidade sobre as posições que podem ser adotadas pela mulher no período expulsivo do parto, em apenas uma fala pôde-se observar alguma informação recebida durante o pré-natal sobre as posições do parto:

P5 - “Podia ficar de cócoras, fazer exercício na bola de pilates. Recebi no pré-natal e na maternidade”

Isso corrobora com um estudo transversal analítico realizado com 358 puérperas onde constatou-se que mais da metade delas, representando 52% da amostra, não recebeu qualquer orientação sobre o parto durante o período pré-natal. É notável que dentre essas mulheres, cerca de 38,2% estavam grávidas pela primeira vez. Além disso, a continuidade das orientações também foi escassa, com apenas 5,6% das mulheres recebendo orientações durante todo o pré-natal. Outro aspecto preocupante adicional é que 4,7% das mulheres informaram ter recebido orientações inadequadas sobre o tema do parto (Gonçalves et al, 2017).

A alta demanda para os profissionais durante o pré-natal e o curto tempo para realização da consulta, pode contribuir para que haja essa escassez de orientações sobre o parto, fazendo com que o profissional se preocupe apenas com o aspecto biológico da gestação. Uma estratégia relevante para a melhoria desta realidade são as rodas de conversa com gestantes, que oportuniza ao profissional assistente do pré natal abordar temas em comuns a todas as gestantes, incluindo as orientações baseadas nas evidências científicas no que diz respeito ao momento do parto (Silva et al, 2020).

Quando a mulher não é apresentada as diferentes formas de parir e não é informada sobre a sua autonomia de escolha no parto, ela passa a ser um sujeito passivo e deixa-se conduzir não pelo que a fisiologia do seu corpo pede, mas pelos profissionais que estão atuando naquele momento, levando muitas vezes a um maior desconforto para a mulher no momento do parto. Portanto, a falta de orientações contribui com que a mulher viva uma experiência negativa em seu parto (Dias, 2023).

Sobre as informações recebidas na maternidade, sete puérperas relataram ter recebido alguma informação sobre as posições do parto. Algo que pode-se destacar nas falas é a menção que fizeram ao profissional enfermeiro como veículo propagador da orientação:

P13 - “Eu ontem recebi na hora que eu tava lá na sala de parto, foi muito boa a posição que a enfermeira me indicou, ela me deitou de lado, do lado esquerdo e aí dilatou mais rápido.”

P6 - “A enfermeira obstetra disse que eu podia ficar acocorada”

P10 -”Durante o pré-natal nenhuma, mas aqui na maternidade as enfermeiras me falaram algumas formas de como eu poderia me sentir melhor durante as contrações [...]”

O enfermeiro obstetra desempenha um papel significativo ao promover o uso de práticas adequadas durante o trabalho de parto, levando em conta as necessidades individuais e promovendo a autonomia das mulheres nesse momento. Eles não apenas encorajam o protagonismo e o empoderamento das mulheres, mas também oferecem apoio emocional, realizam procedimentos e técnicas com competência, e fornecem orientações essenciais, transmitindo confiança e

assistência ao longo de todo o processo. Isso demonstra a importância dos enfermeiros obstetras na prestação de cuidados a essa população específica (Lima et al, 2020).

Um estudo que analisou as práticas de enfermeiras obstétricas numa unidade de pré-parto/parto/pós-parto(PPP) evidenciou que as práticas realizadas pelas enfermeiras obstétricas são baseadas em evidências científicas e diretrizes do governo, especialmente enfocando a humanização. Isso garante que as mulheres se sintam mais seguras e confortáveis durante o parto, enquanto também são encorajadas a tomar suas próprias decisões e ter um papel ativo no processo. Essa abordagem tem em vista melhorar o bem-estar das mães durante a gravidez e o parto (Alvares et al, 2018)

Enxergando a importância do enfermeiro obstetra na humanização do acompanhamento ao parto, órgãos como a OMS e o Ministério da Saúde têm investido cada vez mais na formação e qualificação destes profissionais assim como incentivado sua atuação na assistência ao parto (Kosloske et al, 2024).

Apesar dos avanços na humanização da assistência ao parto, muitas práticas retrógradas ainda são vistas no cenário do parto devido ao sistema educacional que continua a preparar profissionais de acordo com o modelo intervencionista tendo o profissional médico como figura principal. Muitos desafios ainda precisam ser superados para que a humanização do parto seja uma realidade vista em todos os lugares (Pereira et al, 2018).

Uma fala alarmante constatada na entrevista representa esse modelo de prática intervencionista sem base científica ainda adotada por muitos profissionais no parto:

P15 - “[...] falaram que eu tinha que prender o fôlego e fazer força.”

A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal desestimula a prática do puxo dirigido e recomenda o uso de puxos espontâneos no período expulsivo para mulheres sem uso de analgesia no parto (BRASIL, 2017). Um estudo de metanálise que comparou o puxo dirigido versus o puxo espontâneo, evidenciou que apesar de diminuir a duração do trabalho de parto, o puxo dirigido aumenta as chances de incontinência urinária na mulher no período pós parto (Shinozaki et al, 2022).

Outro estudo realizado com mulheres que estavam tendo seu primeiro filho e não apresentavam complicações, concluiu que a manobra de Valsalva durante o parto foi associada a níveis mais baixos de oxigênio no sangue do cordão umbilical dos recém-nascidos, em comparação com o puxo espontâneo. Isso aumenta o risco de necessidade de reanimação neonatal. Esse efeito não é comumente observado com o uso do puxo espontâneo já que neste os movimentos de respiração não são exagerados ou forçados, e os esforços para empurrar são menos intensos e mais breves (Monteiro et al, 2021)

Segundo Rattner (2009) apud Pereira et al (2018), o principal desafio para implementar um modelo de cuidados baseado na humanização está relacionado à integração entre os Ministérios da Saúde e da Educação. Isso é necessário para que os currículos dos cursos de saúde incluam não apenas os princípios da "Medicina Baseada em Evidências", mas também uma abordagem humanizada essencial para uma prática profissional eficaz.

Durante a entrevista foi perguntado as puérperas se buscaram por conta própria esse tipo de informação por algum outro meio, quatro delas afirmaram ter visto ou buscado orientação por meio da internet:

P1- “Não recebi nenhuma informação no pré natal ou aqui na maternidade. Já vi em vídeo no celular.”

P3 - “A enfermeira não falou sobre essas informações, mas eu já tinha visto na internet que você tem escolha.”

P10 - “Na internet eu vi algumas posições como a sentada, de quatro apoios, só que no final das contas eu não utilizei nenhuma.”

P14 - “Ninguém me falou nada não, não vou mentir. Já vi em vídeo na internet.”

Atualmente, com o advento da internet e o surgimento das redes sociais, as informações chegam às pessoas com muito mais rapidez do que acontecia há alguns anos. A humanização da assistência ao parto tem ganhado visibilidade nos espaços digitais e facilitado o acesso à informação a um vasto público, contribuindo cada vez mais para a autonomia das mulheres em seus partos. A propagação destas informações é algo positivo, pois faz com que as pessoas fiquem mais

familiarizadas com o que diz respeito ao parto normal e a assistência obstétrica humanizada (Luz; Gico, 2017)

Diante do que foi exposto, observa-se que os autores enfatizam a importância de informar a gestante sobre todos os procedimentos que serão realizados, permitindo que ela manifeste suas preferências, incluindo aqueles que não deseja. Dessa forma, é fundamental que a mulher tenha acesso a informações baseadas em evidências e seja envolvida no processo de tomada de decisões. Estabelecer um vínculo de confiança e compreender os desejos e expectativas da parturiente são aspectos essenciais para essa abordagem.

6.2 Posições que foram utilizadas pelas participantes da pesquisa

Durante a entrevista, as puérperas foram questionadas quanto ao tipo de posição em que estavam durante o período expulsivo do parto, 87% das entrevistadas afirmaram estar em posição litotômica. Algo que chamou atenção nas falas é o fato de não conseguirem expressar o nome da posição em que estavam, isso também evidencia a insuficiência de orientação recebida sobre as posições do parto:

P2 - “Deitada com as pernas abertas, não sei explicar.”

P3 - “Normal aquela na cama que bota as pernas assim pra cima.”

P9 - “Deitada de barriga pra cima e perna aberta.”

P12 - “Não sei o nome, mas foi aquela que fica com a perna aberta.”

P15 - “Não sei responder, aquela sentada com as pernas abertas.”

Com a hospitalização e medicalização da assistência ao parto, incluindo a criação do fórceps obstétrico, houve diversas alterações na forma como o parto era assistido. Uma dessas mudanças diz respeito à posição adotada pela mulher durante as diferentes fases do trabalho de parto e nascimento. Atribui-se ao médico francês do século XVII, François Mauriceau, a maior influência na mudança da posição da mulher no parto de vertical para semi reclinada. Neste contexto, a posição litotômica se estabeleceu em definitivo por facilitar o trabalho do profissional para extrair a criança, observar atentamente a situação do períneo e realizar a episiotomia (Karamanou et al 2013).

Apesar da posição supina ser predominante no contexto nacional de assistência ao parto, há inúmeros estudos que evidenciam suas desvantagens em relação a outras posições que podem ser utilizadas no período expulsivo. Dentre elas, pode-se destacar: redução das dimensões da pelve, compressão da aorta com redução do suprimento de oxigênio, maior risco de trauma perineal e incontinência urinária, falta do efeito gravitacional, além de impedir a livre movimentação da parturiente (Silva et al, 2019)

A livre movimentação no parto está associada a inúmeros benefícios para as parturientes como: melhorar seu senso de controle, permitindo a vivência de uma experiência positiva de parto; diminuir o tempo total do trabalho de parto; Favorece o processo de descida fetal, facilitando o alinhamento do feto aos planos da pelve materna; Proporciona maior mobilidade do sacro, promovendo mais espaço para o feto no estreito inferior da pelve; Melhora do bem-estar materno e fetal por evitar a compressão dos vasos intra-abdominais, especialmente a veia cava inferior, com menor padrão de frequência cardíaca fetal não tranquilizadora; Melhor equilíbrio ácido básico materno e fetal em posições não supinas; Descompressão do diafragma materno; Por ação da gravidade, a mulher recebe uma força extra de 30 a 40 mmHg para empurrar o bebê; Contrações uterinas mais eficientes pela melhor circulação uterina; Menor nível de dor nas contrações; Permite que a mulher busque posições de conforto, o que pode promover analgesia não farmacológica. (Huang et al, 2019; Berta et al, 2019; Gupta et al, 2017)

A imposição de uma posição específica durante o trabalho de parto e parto é reconhecida como uma forma de violência obstétrica, assim como a imposição de rotinas e intervenções obstétricas desnecessárias. Esse tipo de violência obstétrica ocorre ao perturbar e interferir no processo natural e fisiológico da evolução do parto, tornando a experiência uma vivência de terror, impotência e dor (Silva; Silva,2018)

Ao serem questionadas se a posição adotada foi uma escolha delas, constatou-se que 46% das puérperas que pariram em posição litotômica afirmaram não ter escolhido aquela posição para parir:

P8 - “Não. foi deles mesmo”

P9 - “Não, eles que pediram”

P11 - “Não, foram as enfermeiras que me orientaram”

P14 - “Foi elas que pediram pra ficar assim”

P15 - “Não”

Em contrapartida disso, a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal recomenda que as parturientes sejam desencorajadas pelos profissionais a ficarem em posição supina e sejam estimuladas a adotarem posições mais confortáveis e favoráveis a fisiologia do parto como é visto na posição lateral, de cócoras e em quatro apoios. Contudo, é importante deixar claro que a escolha da posição deve sempre estar de acordo com o desejo da parturiente (Brasil, 2017)

No cenário internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) advoga que os profissionais devem guiar sua prática durante o parto com base nas melhores evidências científicas disponíveis. A OMS destaca que entre as "Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento" estão a liberdade de escolha da posição e movimentação durante o trabalho de parto, o estímulo às posições verticais durante o parto e a restrição no uso da episiotomia. No documento revisado em 2018, reitera-se a recomendação de que os profissionais de saúde não devem impor uma posição específica de parto à mulher, mas sim encorajar a livre escolha da posição, incluindo as verticais, com foco no conforto e no respeito aos desejos da mulher (Rocha et al, 2020; WHO, 2018).

Observa-se que os profissionais de saúde que prestam assistência ao parto têm uma influência significativa sobre as escolhas das mulheres neste momento. Isso pode ser atribuído a diversos fatores, incluindo aspectos culturais e a vulnerabilidade em que a mulher se encontra durante o parto. A posição de poder dos profissionais de saúde e a confiança que as mulheres depositam neles podem levar as parturientes a seguir suas orientações, mesmo que isso vá contra suas preferências pessoais. É essencial reconhecer essa dinâmica e garantir que as mulheres tenham acesso a informações claras e imparciais, além de serem respeitadas em suas escolhas durante o parto (Oliveira et al, 2020).

Alguns autores consideram que essa resistência por parte dos profissionais em adotarem outras práticas durante o parto pode ser atribuída ao fato de que estes foram treinados e habituados a ter controle sobre o parto, sendo a posição de litotomia mais favorável para a manipulação do profissional sobre a parturiente. Isso ressalta a importância da educação contínua dos profissionais envolvidos na

assistência ao parto sobre as evidências científicas e as diversas posições maternas que podem ser adotadas durante o parto. Após uma intervenção educativa sobre a assistência ao parto, observou-se um aumento de cerca de 5% no uso de outras posições além da litotomia em uma maternidade pública no Amapá, o que enfatiza a eficácia das boas práticas quando devidamente informadas e implementadas (Silva et al, 2019; Pereira et al, 2018; Andrade et al, 2016).

Em relação a variedade de posições que podem ser adotadas pela parturiente, estudos mostram que a posição em decúbito lateral esquerdo (DLE) ou posição de Sims é a que mais oferece conforto para a mulher em relação às posições verticais e decúbito dorsal por proporcionar a redução da dor lombar, além de ser recomendada para melhora da oxigenação fetal quando necessário. Em contrapartida, ela não possui o benefício da gravidade como é visto nas posições verticais (Barbosa, 2018; Silva; Silva, 2018)

A fala de uma puérpera durante a entrevista corrobora com o que é mostrado nos estudos:

P13 - “De lado, com uma bola entre as pernas. Eu nunca tinha ouvido falar dessa posição, mas quando ela me falou ficou muito boa [...] quando eu levantei que fui fazer uns exercícios eu quis voltar pra aquela de novo porque sei lá, não sei explicar, era mais confortável, parece que a dor diminuía.”

Um estudo randomizado realizado com 158 nulíparas mostrou que as mulheres que utilizaram a posição lateral esquerda experimentaram os benefícios de menor risco de edema vulvar e menos episiotomias; as complicações incluíram uma frequência maior de lacerações labiais de primeiro grau do que aquelas mulheres que usavam a posição vertical semi-sentada. Além disso, os fatores de risco para laceração de segundo grau e episiotomia, edema vulvar e FCF menor que 120 bpm na posição vertical semi-sentada foram maiores. Observa-se assim que a posição lateral proporciona menos riscos de traumas perineais graves (Schirmer; Fustinoni; Basile, 2011)

No decorrer do trabalho de parto, é crucial que os profissionais de saúde não intervenham nas posições escolhidas pela parturiente, pois ela instintivamente procurará posições que auxiliem na dilatação dos principais diâmetros necessários naquela fase do parto. É essencial honrar a fisiologia natural da mulher e evitar desencorajar suas decisões durante o parto. Recomenda-se que as mulheres experimentem diferentes posições preferencialmente antes do início do trabalho de

parto, pois isso pode aumentar sua aceitação e conforto durante o parto. Sugere-se que esse trabalho seja iniciado durante o pré natal por meio de ações educativas no intuito de familiarizar a gestante com a fisiologia do parto (FIOCRUZ, 2023)

No presente estudo, percebeu-se que apenas uma parturiente permaneceu em posição vertical durante o segundo período do trabalho de parto. Em sua fala pode-se perceber a importância de oferecer diferentes opções de escolha para que a paciente experimente aquele que lhe for mais confortável ficar:

P12 - “Eu tava sentada na banquetta[...] Estava muito confortável, foi tentado de várias formas e eu só achei mais confortável sentada.”

Entre as posições verticais recomendadas durante o parto, a posição sentada, utilizando a banquetta de parto, tem se destacado. Os primeiros registros históricos de sua utilização remontam ao século XVI, na Itália. Na era moderna, houve um aumento na produção de diferentes modelos de cadeiras de parto, destinadas a facilitar partos na posição vertical. Além dos benefícios associados à posição verticalizada, a banquetta de parto também facilita a realização de massagens na região lombar, um método utilizado para alívio da dor durante o parto, e oferece apoio durante o período expulsivo, uma vez que os pés apoiados no chão proporcionam mais força à parturiente (Moreira; Marcelino; Rabelo, 2021).

Ademais, a posição vertical da mulher durante o trabalho de parto apresenta estímulos positivos para o apagamento do colo do útero. Isso ocorre porque a descida do feto é facilitada pelo posicionamento e pela compressão do colo pelo polo cefálico. Além disso, o posicionamento verticalizado ajuda na descompressão da artéria aorta e da veia cava, o que melhora a oxigenação fetal durante o trabalho de parto. A respiração da mãe também é facilitada, pois ela experimenta uma maior expansão pulmonar devido à descompressão dos pulmões pelo útero (Elias; Brito, 2024).

Entretanto, sua eficácia tem sido objeto de debate na literatura. As evidências disponíveis ainda são contraditórias, pois as pesquisas realizadas frequentemente têm amostras pequenas ou não demonstram diferenças estatisticamente significativas ao comparar o uso da banquetta com outras posições, como a posição horizontal (Baigorra; Silva; Furlanetto, 2023).

Os estudos atuais não conseguem apontar com precisão a eficácia das posições verticais em comparação com as posições horizontais para o desfecho de um períneo íntegro. No entanto, é recomendado que a mulher tenha sempre liberdade para escolher sua posição durante o parto, sendo encorajada nesse sentido. É importante que ela receba orientação sobre os riscos e benefícios tanto das posições verticais quanto das horizontais, para que possa fazer uma escolha informada (Gupta, et al, 2017; Rocha et al, 2020; Elias; Brito, 2024).

Ressalta-se ainda a importância de que seja avaliado individualmente cada trabalho de parto. Em um parto taquitélico, por exemplo, a posição acocorada tende a aumentar ainda mais a velocidade de descida, podendo aumentar o risco de laceração perineal grave. Já a posição lateralizada pode ajudar a diminuir a pressão sobre o assoalho pélvico. O conhecimento da fisiologia ajuda na sugestão da posição, que deve ser experimentada e decidida pela mulher (Huang et al, 2019).

6.3 Direito de escolha da posição no parto na perspectiva da mulher

Oferecer às parturientes a liberdade de movimento e de escolha da posição no parto tem em vista proporcionar maior conforto nesse momento em que elas vivenciam vários estímulos dolorosos decorrentes da ação do trabalho de parto. Quando questionadas sobre suas opiniões a respeito da posição do parto ser uma escolha da mulher, parte delas mencionou que isso é uma forma de permitir à mulher mais conforto durante o parto:

P5 - “Porque fica muito mais confortável para a pessoa, é muito mais confortável a gente saber que tá do jeito que a gente quer.”

P6 - “ Porque a mulher tem que encontrar um conforto pra ela, né.”

P7 - “Porque devido a algumas posições ameniza mais a dor e as contrações.”

P10 - “Porque dá a liberdade de se sentir melhor talvez.”

P12 - “Só a pessoa sabe né , como é que eu posso dizer, como fica mais confortável.”

Dentre os métodos não farmacológicos para alívio da dor está a liberdade de movimento no parto, a sensação de controle sobre seu próprio corpo permite que a

mulher vivencie uma experiência mais positiva. Compreender que é possível ter liberdade de movimento e escolher a forma que lhe será mais confortável estar, oferece à parturiente este controle e a autonomia em seu parto (Ferrão; Zangão, 2017)

A partir dos depoimentos coletados, percebeu-se que algumas mulheres enxergam no profissional que presta assistência ao parto o único ser detentor de conhecimento capaz de conduzir o parto:

P9 - “Eu acho que não, porque no meu caso eu não saberia escolher uma posição certa, adequada.”

P14 - “Acho que não né, porque elas têm mais conhecimento.”

No estudo conduzido por Silveira, Camargo e Crepaldi (2010), foi observado que, na perspectiva dos profissionais de saúde, o papel da mulher durante o parto era limitado a fazer força e auxiliá-los nesse processo, enquanto cabia aos profissionais orientar as parturientes sobre o momento adequado para realizar tais esforços, além de direcioná-las sobre o que e como proceder durante o processo de parto. Podemos observar que ainda hoje essa cultura tem se perpetuado, colocando a parturiente numa posição de passividade e submissão.

No cuidado à saúde, as práticas educativas desempenham um papel fundamental no desenvolvimento das capacidades humanas, permitindo a transformação da realidade e contribuindo para garantir os direitos fundamentais das pessoas. Apesar da predominância de uma cultura obstétrica que tende à medicalização e à objetificação das mulheres como objetos da prática assistencial, as práticas educativas têm o potencial de capacitar as mulheres a perceberem o processo do parto como algo natural. Isso as torna protagonistas de sua gravidez e parto, capacitando-as a tomar decisões ativas em relação aos seus cuidados de saúde (Pereira; Bento, 2011).

Para que se avance na humanização da assistência ao parto, um fator indispensável é empoderar a mulher como protagonista principal desse processo. A humanização da assistência em saúde implica compartilhamento de conhecimento e reconhecimento de direitos. De acordo com o Ministério da Saúde, a atenção humanizada engloba um conjunto de práticas, conhecimentos e atitudes voltados para a promoção de partos e nascimentos saudáveis, além da prevenção de

complicações maternas e perinatais. Esse cuidado inicia-se no pré-natal e visa garantir que a equipe de saúde adote procedimentos comprovadamente benéficos para a mãe e o bebê, evitando intervenções desnecessárias e respeitando a privacidade e autonomia da mulher (Silva et al, 2016; Brasil, 2011).

Segundo as orientações das diretrizes nacionais de assistência ao parto, os profissionais que prestam cuidados nesse momento devem ser incentivadores da autonomia da mulher em seus partos. o documento estabelece formas de comunicação que podem servir de instrumento para o alcance desse objetivo, tais como: avaliar o que a mulher sabe sobre estratégias de alívio da dor e oferecer informações balanceadas para encontrar quais abordagens são mais aceitáveis para ela; encorajar a mulher a adaptar o ambiente às suas necessidades; solicitar permissão à mulher antes de qualquer procedimento e observações, focando nela e não na tecnologia ou documentação, entre outras (Brasil, 2017).

Observa-se dessa forma que é urgente que os profissionais se aprofundem nas recomendações atuais da assistência ao parto e se empenhem a refleti-las em sua atuação obstétrica para que se preste à mulher um cuidado respeitoso e seguro, permitindo que resulte disto uma experiência positiva e agradável para ela. Para isso, é preciso dar prioridade aos programas de educação continuada em saúde, pois oferecem oportunidades para que os profissionais discutam e se sensibilizem em relação às práticas de cuidados durante o parto. Esses programas são fundamentais para manter os profissionais atualizados e capacitados, garantindo uma assistência ao parto mais qualificada e alinhada com as melhores práticas (Silva et al, 2019).

A necessidade da difusão de informações a respeito do parto também foi reconhecida durante a entrevista:

P11 - “[...]pode também ser orientada, né? pelas enfermeiras, que elas sabem mais sobre, né? elas estudaram pra isso.”

Durante o trabalho de parto e parto, as informações fornecidas sobre os procedimentos oferecem à mulher a oportunidade de fazer escolhas e ajudam a prevenir a violência obstétrica. É crucial que os profissionais de saúde criem oportunidades para educação em saúde, envolvendo diálogo, escuta atenta e

esclarecimento de dúvidas, pois o conhecimento adquirido capacita as mulheres a fazer escolhas conscientes e autônomas (Santos et al, 2022)

Segundo Medeiros et al (2019), uma estratégia eficaz para o empoderamento da gestante e a melhora entre a comunicação entre o profissional e a parturiente é a utilização do plano de parto, devendo este ser construído durante a assistência pré-natal. O plano de parto faz parte dos 10 passos para o pré-natal de qualidade, proposto pelo Ministério da Saúde e é um instrumento que possibilita a gestante expressar suas preferências durante o seu parto (Brasil, 2011).

Recomenda-se que o Plano de Parto seja elaborado após a gestante receber informações detalhadas sobre a fisiologia do trabalho de parto e parto, a oportunidade de fazer escolhas, a valorização do parto normal, métodos não farmacológicos para alívio da dor e os riscos associados a intervenções desnecessárias, como a cesariana sem indicação clínica, entre outros aspectos relevantes. Além das preferências e expectativas relacionadas ao manejo obstétrico, o conteúdo do Plano de Parto pode incluir informações sobre as pessoas de apoio presentes durante o parto, preferências quanto à ingestão de líquidos e alimentos, posições corporais desejadas, cuidados desejados com o recém-nascido, intervenções médicas em caso de complicações e considerações culturais (Gomes et al, 2017).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados obtidos neste estudo revelaram a escassez de informações, tanto em quantidade como em qualidade, fornecidas às mulheres sobre as diferentes posições que podem ser adotadas por elas no período expulsivo do parto. Essa escassez ocorreu principalmente no âmbito do pré-natal, resultando na falta de conhecimento das mulheres sobre as posições do parto e seus direitos de escolha. Apesar de se perceber que poucas mulheres possuíam o conhecimento de outras posições além da litotômica, observou-se que a maioria delas gostariam de poder escolher a posição durante o parto por perceberem que isso é capaz de oferecer mais conforto para elas.

Considera-se que é necessário voltar o olhar para a assistência pré-natal para além de cuidados biológicos durante a gestação, fornecendo mais informações no que diz respeito ao parto normal e tendo em vista a preparação da mulher para o parto também em seus aspectos subjetivos.

Além disso, para garantir uma atenção satisfatória ao parto normal, é fundamental compreendê-lo como um evento fisiológico, no qual a mulher é capaz de conduzir o processo. Nesse contexto, os profissionais de saúde devem oferecer cuidado, não controle. É responsabilidade deles respeitar as escolhas e a percepção do corpo da mulher, proporcionando um atendimento respeitoso e livre de qualquer forma de violência.

O estudo apresenta limitações, pois as participantes podem ter recebido a informação em algum momento durante o período gravídico, mas não se recordaram no momento da entrevista. Diante disso, recomenda-se que sejam elaborados mais estudos sobre o tema abordado, para que se possa compreender melhor onde se encontram as falhas existentes que resultam na falta de conhecimento das mulheres a respeito do parto.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Nayale Lucinda de Andrade et al. Percepção das puérperas acerca do parto verticalizado. **Enfermagem em Foco**, [s.l.], v. 9, n. 3, p. 3-7, 26 nov. 2018. Conselho Federal de Enfermagem - Cofen. <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707x.2018.v9.n3.1114>.
- ALVARES, Aline Spanevello et al. Humanized practices of obstetric nurses: contributions in maternal welfare. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 71, n. 6, p. 2620-2627, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0290>.
- ANDRADE, Priscyla de Oliveira Nascimento et al. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.L.], v. 16, n. 1, p. 29-37, 1 mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>.
- BAIGORRA, Ramine Fagundes; SILVA, Yasmin Podlasinski da; FURLANETTO, Magda Patrícia. Análise dos desfechos do uso da banqueta durante o trabalho de parto: revisão sistemática. **Fisioterapia Brasil**, [S.L.], v. 24, n. 2, p. 215-230, 2 maio 2023. Atlântica Editora. <http://dx.doi.org/10.33233/fb.v24i2.5169>.
- BARBOSA, Mariana Santos. Posições de parto vaginal e prevenção de traumas perineais. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde**, Salvador, v. 8, n. 8, p. 72-80, jul./dez. 2018.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011
- BERTA, Marta et al. Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis. **Bmc Pregnancy And Childbirth**, [S.L.], v. 19, n. 1, p. 1-10, 1 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-019-2620-0>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51p.
- BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 4.459, de junho de 2011. Institui a Rede Cegonha, no âmbito do sistema único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2000.
- BRITO, Ana Beatriz Sousa; ELIAS, Hygor Alessandro Firme. Partos verticalizados e ocorrência de lacerações perineais em casa de parto do distrito federal. **Nursing**, São Paulo, v. 27, n. 310, p. 10144-10149, 3 abr. 2024. <http://dx.doi.org/10.36489/nursing.2024v27i310p10144-10149>.

CABRAL, Stella Mari de Souza Colhado; PEREZ, Deborah Karolina. Violência obstétrica: produção científica de psicólogos sobre o tema. **Ecós**, Campos dos Goytacazes, v. 9, n. 2, p. 270-283, 2019.

D'AQUINO, Lúcia Souza. O movimento de humanização do parto como movimento social e suas semelhanças com os protestos que tomaram o mundo em 2013. **Novos Saberes**, Jaraguá do Sul, v. 3, n. 1, p. 46-58, 2016.

DIAS, Ernandes Gonçalves et al. Orientações sobre o parto no pré-natal e a influência no tipo de parto praticado. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, João Pessoa, v. 21, n. 2, p. 203-210, 30 ago. 2023. Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. <http://dx.doi.org/10.17695/rcsne.vol21.n2.p203-210>.

FERRÃO, Ana Cristina; ZANGÃO, Otília Brites. Liberdade de movimentos e posições no primeiro estágio do trabalho de parto. **Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento**, [S.L.], v. 3, n. 1, p. 886-900, 25 out. 2017. [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2017.3\(1\).886](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2017.3(1).886).

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. **Postagens: Principais Questões sobre Posições para o Parto**. Rio de Janeiro, 09 fev. 2023. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-posicoes-para-o-parto/>>.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, Rebeca Pinto Costa et al. DELIVERY PLAN IN CONVERSATION CIRCLES: women's choices. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 1-8, 1 fev. 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170043>.

GONÇALVES, Mariana Faria et al. Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 38, n. 3, p. 1-8, 12 mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2016-0063>.

GUPTA, Janesh et al. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, [s.l.], p. 1-96, 25 maio 2017. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd002006.pub4>.

HUANG, Jing et al. A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. **International Journal Of Nursing Sciences**, [S.L.], v. 6, n. 4, p. 460-467, 1 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.06.007>.

JARDIM, Mara Julyete Arraes; FONSECA, Lena Maria Barros; SILVA, Andressa Arraes. Contribuições do Enfermeiro no Pré-Natal para a Conquista do Empoderamento da Gestante. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 11, n. 2, p. 432-440, 21 jan. 2019. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.432-440>.

KARAMANOU, M. et al. Practising obstetrics in the 17th century: françois mauriceau (1637-1709). **Journal Of Obstetrics And Gynaecology**, [S.L.], v. 33, n. 1, p. 20-23, 21 dez. 2012. <http://dx.doi.org/10.3109/01443615.2012.725787>.

KOSLOSKE, Amanda da Costa et al. Papel do enfermeiro durante o trabalho de parto: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem e Atenção À Saúde**, [S.L.], v. 13, n. 1, 7 fev. 2024. Universidade Federal do Triangulo Mineiro. <http://dx.doi.org/10.18554/reas.v13i1.5911>.

LIMA, Margarete Maria de et al. Enfermeiras obstétricas no processo de parturição: percepção das mulheres. **Revista Enfermagem UERJ**, [S. l.], v. 28, 2020. DOI: 10.12957/reuerj.2020.45901

LUZ, Lia Hecker; GICO, Vânia de Vasconcelos. As redes sociais digitais e a humanização do parto no contexto das Epistemologias do Sul. **Revista Famecos**, [S.L.], v. 24, n. 1, 2 jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-3729.2017.1.24801>.

MEDEIROS, Renata Marien Knupp et al. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 40, p. 1-12, 1 fev. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>.

MONTEIRO, Paloma Gabrielly Amorim et al . Desfechos neonatais associados às intervenções obstétricas realizadas no trabalho de parto em nulíparas. **Rev. Rene**, Fortaleza , v. 22, e67921, 2021. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20212267921>.

MOREIRA, Marina da Cruz; MARCELINO, Mateus Oliveira. RABELO, Érika Marina. Lacerações e desfechos perineais imediatos de partos assistidos na banqueta de parto e posição semi-sentada. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.1, p. 1736-1747, jan-fev. 2021

MOUTA, Ricardo José Oliveira et al. Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. **Revista Baiana de Enfermagem**, [s.l.], v. 31, n. 4, p. 1-10, 20 dez. 2017. *Revista Baiana de Enfermagem*. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i4.20275>.

OLIVEIRA, Amanda Nunes et al. Mulher e a posição corporal no processo de parturição: realidade de um hospital universitário. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 9, n. 9, 8 set. 2020. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7968>.

PAIVA, Eline Feitosa et al. Posições assumidas durante o parto normal: percepção de puérperas atendidas numa maternidade de jataí-goias. **Itinerarius Reflectionis**, [s.l.], v. 14, n. 4, p. 01-21, 5 dez. 2018. Universidade Federal de Goiás. <http://dx.doi.org/10.5216/rir.v14i4.54977>.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo; BENTO, Amanda Domingos. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. **Rev Rene**, [S. l.], v. 12, n. 3, 2011.

PEREIRA, Ricardo Motta et al. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 11, p. 3517-3524, nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182311.07832016>.

PONTES, Monise Gleyce de Araujo et al. Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. **Revista Ciência e Saúde**, Nova Esperança, v. 12, n. 1, p. 69-78, jun. 2014.

POPOLLI, Elisandra de Cássia et al. Vinculação da gestante com a maternidade: a influência no tipo de parto. **Enfermagem Brasil**, [s.l.], v. 17, n. 3, p. 199-207, 16 jul. 2018. Atlantica Editora. <http://dx.doi.org/10.33233/eb.v17i3.2404>.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROCHA, Bruna Dedavid da et al. Posições verticalizadas no parto e a prevenção de lacerações perineais: revisão sistemática e metanálise. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 54, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018027503610>.

RUSSO, J A; NUCCI, M F. Parindo no paraíso: parto humanizado, ocitocina e a produção corporal de uma nova maternidade. **Interface** [online]. 2020, vol.24, e180390. Epub Jan 17, 2020. ISSN 1414-3283. <http://dx.doi.org/10.1590/interface.180390>.

SANTOS, Amanda Basílio Bastos dos et al. Grau de conhecimento das gestantes do serviço público sobre parto humanizado. **Abcs Health Sciences**, [s.l.], v. 44, n. 3, p. 172-179, 20 dez. 2019. NEPAS. <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v44i3.1393>.

SANTOS, Jaqueline Silva et al. Percepção de mulheres sobre a assistência ao parto normal: revisão integrativa. **Brazilian Journal Of Development**, [S.L.], v. 8, n. 9, p. 61026-61039, 5 set. 2022. South Florida Publishing LLC. <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv8n9-041>.

SAUNDERS, M.; TOWNSEND, K. **The SAGE Handbook of Qualitative Business and Management Research Methods: History and Traditions**. Londres: SAGE Publications Ltd, 2019. p. 480-492.

SCHIRMER, Janine; FUSTINONI, Suzete Maria; BASILE, Anátalia Lopes de Oliveira. Perineal outcomes on the left lateral versus vertical semi-sitting birth positions: a randomized study. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 24, n. 6, p. 745-750, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002011000600002>.

SHINOZAKI, Katsuko et al. Postpartum urinary incontinence and birth outcomes as a result of the pushing technique: a systematic review and meta-analysis. **International Urogynecology Journal**, [S.L.], v. 33, n. 6, p. 1435-1449, 1 fev. 2022. <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-021-05058-5>.

SILVA, Antonia Bárbara Barbosa; SILVA, Nilza Bezerra Pinheiro da. Posições de parto e a sua influência no alívio da dor: uma revisão integrativa. **Rev. Ciênc. Saúde**, São Luís, v.21, n.1, 2019

SILVA, Camilly Roberta da et al. Parto em posição não supina: percepção de profissionais na assistência hospitalar/ birth in a non-supine position. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [S.L.], v. 18, n. 4, 7 ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v18i4.45203>.

SILVA, Daylane Fernandes da; PERES, Lídia Câmara; ARAÚJO, Núbia Costa de Sousa. Conhecimento das gestantes sobre as posições de parto. **Refaci**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 1-9, jul. 2018.

SILVA, Lorena Sabadine da et al. Os saberes das mulheres acerca das diferentes posições de parir: uma contribuição para o cuidar. **Reuol**, [s.l.], v. 10, n. 4, p. 3531-3536, 2016.

SILVA, Maria Eduarda Pacoaloto da et al. Rodas de conversa com gestantes como estratégias para promoção à saúde no período pré-natal. **Nursing**, São Paulo, v. 23, n. 263, p. 3760-3765, 27 jul. 2020. <http://dx.doi.org/10.36489/nursing.2020v23i263p3760-3765>.

SILVEIRA, Sandra Cristina da; CAMARGO, Brígido Vizeu; CREPALDI, Maria Aparecida. Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 01-10, 1 abr. 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-79722010000100002>.

SOUZA, Evely Vitória Azevedo de; BASSLER, Thais carolina; TAVEIRA, Ananda Gonçalves. Educação em saúde no empoderamento da gestante. **Reuol**, [s.l.], v. 13, n. 5, p. 1527-1531, maio 2019.

SOUSA, Joelma Lacerda de et al. Percepção de puérperas sobre a posição vertical no parto. **Revista Baiana de Enfermagem**, [s.l.], v. 32, p. 1-10, 14 dez. 2018. *Revista Baiana de Enfermagem*. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v32.27499>.

SOUTO, Raissa Emanuelle Medeiros et al. Orientações sobre trabalho de parto e parto durante o pré-natal. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [S.L.], v. 95, n. 36, p. 1-13, 18 nov. 2021. *Revista Enfermagem Atual*. <http://dx.doi.org/10.31011/read-2021-v.95-n.36-art.1164>.

TORRES, Mariana et al. Evidência sobre a posição da grávida no segundo estágio do trabalho de parto. **Acta Obstet Ginecol Port**, Coimbra, v. 12, n. 4, p. 277-283, dez. 2018.

VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia**: Série: Ciências Humanas, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015.

WHO recommendations: **intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization; 2018.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. Violência obstétrica no brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, [s.l.], v. 29, p. 1-11, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista Semiestruturada

I. Dados de Identificação

1. Identificação da Puérpera: _____

2. Idade

- () 18 - 25 anos () 26 – 30 anos
 () 31 – 40 anos () Acima de 40 anos

3. Estado civil

- () Solteira () Casada
 () União Estável () Viúva
 () Divorciada

4. Escolaridade

- () Ensino fundamental completo () Ensino fundamental incompleto
 () Ensino médio completo () Ensino médio incompleto
 () Ensino superior completo () Ensino superior incompleto

II. Dados obstétricos

1. Número de partos

- () 1
 () 2
 () 3 ou mais

1. Número de consultas de Pré-natal na gestação atual

- () 1 () 3 () 5
 () 2 () 4 () 6 ou mais

III. Questões da Pesquisa

- Quais informações ou orientações você recebeu durante o pré-natal ou na maternidade sobre as posições que podem ser utilizadas no momento do parto? Se não recebeu orientação, você buscou algum tipo de informação por outro meio?
- Em qual posição você estava na hora do nascimento do seu bebê? Foi uma escolha sua?

3. Você gostaria de ter escolhido outra posição?
4. Quais as posições que podem ser assumidas no parto você conhece?
5. Você acha importante que seja uma escolha da mulher a posição no momento do parto?

APÊNDICE B - Registro de Consentimento Livre e Esclarecido**ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO GOVERNO DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA
HOSPITAL REGIONAL INÁCIO DE SÁ****REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)**

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa: Conhecimento de Puérperas Acerca das Posições utilizadas no Parto Normal, que está sob a responsabilidade dos pesquisadores **Gilson Nogueira Freitas**, RG: 9497610; CPF: 10082749418; Endereço: Av. Júlio Pacheco Freire Filho, nº 179, Centro, Arcoverde-PE; Contato: celular: (87) 981056626 e e-mail: gilsonnogueira10@gmail.com ; e da pesquisadora **Maria Thais Silva de Oliveira** - RG: 20080446439; CPF: 06558183323; Endereço: Rua Francisco Correa 348, Prado, Salgueiro-PE, 56000-000; Contato: celular: (88)988782176 e e-mail:tsilvaoliveira2013@gmail.com

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

A mulher deve ser sempre a protagonista do seu parto, para isso é necessário que a mesma receba informações sobre o trabalho de parto e parto durante a gestação para que esteja bem preparada para este momento. Conhecer as posições que podem ser utilizadas no parto é de extrema importância para que a parturiente tenha autonomia de escolha da posição que melhor lhe atender no momento do parto. O objetivo dessa pesquisa é analisar o conhecimento que as puérperas têm sobre as posições que podem ser adotadas durante o parto normal. A coleta dos dados acontecerá por meio de uma entrevista utilizando um gravador para registro, ocorrerá no alojamento conjunto do Hospital Regional Inácio de Sá de forma presencial que durará em torno de 20 minutos. Para a entrevista, o participante precisará consentir e assinar o RCLE que será emitido em duas vias, sendo uma via do pesquisador e a outra via do participante da pesquisa.

Ao participar da pesquisa, o participante poderá correr o risco de constrangimento devido alguma pergunta contida no questionário. Para minimizar esse risco, o pesquisador, antes da coleta de dados, irá explicar o objetivo da pesquisa e dispor à participante o conteúdo das perguntas, antes da gravação das respostas. Além disso, também será explicado que será mantido o anonimato da participante, sem informações que possam identificar, assim serão utilizados codinomes como Puérpera seguidos na numeração cardinal. As entrevistas semiestruturadas serão realizadas, respeitando a privacidade do entrevistado, em uma sala fechada.

A pesquisa resulta em benefício para a participante pois contribuirá para a prática humanizada da assistência ao parto normal que favorecerá a usuária ao retornar a utilizar os serviços nesse âmbito e proporcionará à participante um conhecimento mais aprofundado sobre a temática proposta na pesquisa.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. As gravações coletadas nesta pesquisa, ficarão armazenadas em computador pessoal, sob a responsabilidade do

pesquisador, no endereço acima informado pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). O participante terá acompanhamento e assistência imediata, integral e gratuita (durante, após e/ou na interrupção) da pesquisa.

Nessa pesquisa serão respeitados os aspectos éticos e legais respaldados na resolução nº 580/18 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que estabelece especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) e na resolução nº 510/16 que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana.

A pesquisa passará pela aprovação do Comitê de ética e pesquisa da FIS-Faculdade de Integração do sertão.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar O CEP- Comitê de ética em pesquisa da FISFaculdade de Integração do Sertão está localizada na Rua João Luiz de Melo, 2110, bairro Tancredo Neves, CEP – 56906-205, Serra Talhada – PE. Telefone – 87 3831 1472 Horário de funcionamento 14 as 21 horas.

Gibon Noqueira Freitas

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “Conhecimento de puérperas acerca das posições utilizadas no parto”, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção da assistência prestada a mim.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

ANEXOS

ANEXO A - Carta de Anuência



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO - SES/PE
HOSPITAL REGIONAL INÁCIO DE SÁ



CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, Allain Charles de Carvalho Cabral, diretor do Hospital Regional Inácio de Sá, autorizo Maria Thais Silva de Oliveira, Residente de Enfermagem Obstétrica, da Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco, Campus Salgueiro para realização da pesquisa intitulada "Conhecimento de Puérperas Acerca das posições Utilizadas no Parto Normal", que tem como objetivo: Analisar o conhecimento das puérperas presentes no alojamento conjunto acerca das posições que podem ser adotadas durante o período expulsivo do parto normal.

O pesquisador acima qualificado se compromete a:

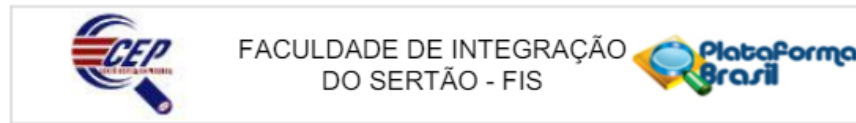
1. Iniciar a coleta de dados somente após o projeto ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos.
2. Obedecer às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
3. Assegurar a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantir que não utilizará as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na resolução CNS N°S10/2016, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5, incisos XeXIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

Salgueiro, de 14 de Junho de 2017

Allain Carvalho
Direção Geral - HRIS
Mat. 459.419-3
Portaria nº 3711

Assinatura e Carimbo

ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO DE PUÉRPERAS ACERCA DAS POSIÇÕES UTILIZADAS NO PARTO NORMAL

Pesquisador: MARIA THAIS SILVA DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

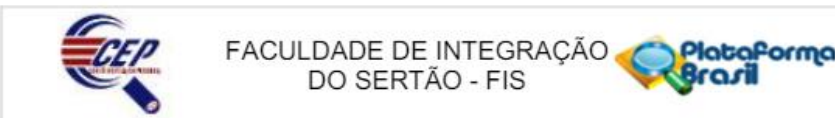
CAAE: 77305624.7.0000.8267

Instituição Proponente: ESCOLA DE SAUDE PUBLICA DE PERNANBUCO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.695.717



Continuação do Parecer: 6.695.717

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SERRA TALHADA, 11 de Março de 2024

Assinado por:
Lidia Pinheiro da Nóbrega
(Coordenador(a))