

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**  
**MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**THAIS NUNES VICENTE**

**USO DE TECNOLOGIAS PARA ORIENTAÇÃO EDUCATIVA NA AVALIAÇÃO DO  
CONHECIMENTO DAS GESTANTES SOBRE O PARTO**

**VITÓRIA**

**2022**

**THAIS NUNES VICENTE**

**USO DE TECNOLOGIAS PARA ORIENTAÇÃO EDUCATIVA NA AVALIAÇÃO DO  
CONHECIMENTO DAS GESTANTES SOBRE O PARTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Epidemiologia.

Orientador: Prof. Dr. Edson Theodoro dos Santos Neto  
Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Silvia das Dores Rissino

**VITÓRIA**

**2022**

---

V632v Vicente, Thais Nunes, 1992-  
VicUso de tecnologias para orientação educativa na avaliação  
do conhecimento das gestantes sobre o parto / Thais Nunes  
Vicente. - 2022.  
198 f. : il.

Orientador: Edson Theodoro dos Santos Neto.  
Coorientadora: Silvia das Dores Rissino.  
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade  
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Cuidado pré-natal. 2. Educação em saúde. 3. Trabalho de  
parto. I. Santos Neto, Edson Theodoro dos. II. Rissino, Silvia  
das Dores. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de  
Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 614

---

THAIS NUNES VICENTE

**USO DE TECNOLOGIAS PARA ORIENTAÇÃO EDUCATIVA NA AVALIAÇÃO DO  
CONHECIMENTO DAS GESTANTES SOBRE O PARTO**

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof. Dr. Edson Theodoro dos Santos Neto**  
**Universidade Federal do Espírito Santo**  
**Orientador**

---

**Prof. Dra. Silvia das Dores Rissino**  
**Universidade Federal do Espírito Santo**  
**Coorientadora**

---

**Prof. Dra. Barbara Almeida Soares Dias**  
**Universidade Federal de Roraima**  
**Membro titular externo**

---

**Prof. Dra. Katrini Guidolini Martinelli**  
**Universidade Federal do Espírito Santo**  
**Membro titular interno**

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus pelo dom da vida, cuidado e amor, não só nessa etapa, mas em todos os outros momentos.

Ao meu orientador Prof. Dr. Edson Theodoro dos Santos Neto e a minha coorientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvia das Dores Rissino, por tão gentilmente compartilharem comigo tanto conhecimento, por todo apoio, disponibilidade e atenção.

Aos professores membros da banca, por aceitarem o convite e por toda contribuírem com a construção deste trabalho.

Aos meus pais e irmãs por todo apoio, cuidado e compreensão, por acreditarem em mim, mesmo quando eu não conseguia.

Aos meus colegas de turma por trilharem comigo essa jornada tão desafiadora.

Aos meus amigos e familiares por todo incentivo.

A cada gestante que participou da pesquisa e todos que me ajudaram a compartilhá-la, sem vocês não seria possível!

*Já que é preciso aceitar a vida, que seja  
então corajosamente.*

“Lygia Fagundes Telles”

## RESUMO

A gravidez é um período de intensas transformações físicas e emocionais e, diante de tantas alterações, sentimentos como medo e insegurança são comumente vivenciados. Assim, o cuidado pré-natal, além de monitorar a evolução da gravidez, constitui-se como fonte de acolhimento, aprendizado e apoio. Dessa forma, a realização de atividades de educação em saúde contribui para a qualificação da assistência, além de ser uma estratégia fundamental para sanar dúvidas, promover autonomia e empoderamento da mulher, proporcionando uma melhor vivência da sua gestação, parto e maternidade. O objetivo deste estudo foi verificar o conhecimento de gestantes, que se encontravam no terceiro trimestre, sobre assuntos relacionados ao trabalho de parto e parto no Espírito Santo. Foi realizado um estudo transversal com 100 gestantes de terceiro trimestre gestacional, com idade igual ou maior que 20 anos, e que residiam no estado do Espírito Santo. A coleta de dados ocorreu de forma *on-line* entre setembro/2021 e março/2022 por meio de um questionário eletrônico construído na plataforma REDCap (*Research Electronic Data Capture*) contendo questões sobre características socioeconômicas, histórico obstétrico, dados da gestação atual, preferências para o parto e conhecimento sobre trabalho de parto e o parto. A avaliação do conhecimento sobre parto foi realizada pelo Sistema EOR (Elogiar-Orientar-Recomendar). As participantes da pesquisa, em sua maioria eram jovens, com renda familiar maior que três salários-mínimos, com emprego remunerado, nível superior completo e que viviam com o(a) companheiro(a). Com relação ao histórico obstétrico, a maior parte estava em sua primeira gestação, todas realizavam acompanhamento pré-natal, para a maior parte o acompanhamento, sendo realizado no serviço privado, pelo médico e com início antes da 13ª semana de gravidez. A maior parcela buscou ou recebeu informações sobre parto durante a gestação e tinha como preferência o parto vaginal. Na avaliação do conhecimento sobre parto e classificação EOR, 42% das participantes receberam o “Elogiar”, 41% receberam o “Orientar” e 17% receberam o “Recomendar”. Na classificação EOR, o elogiar esteve associado ao fato de ter buscado ou recebido informações sobre parto ( $p=0,000$ ), ter nível superior completo ( $p=0,007$ ), renda familiar maior que cinco salários-mínimos ( $p=0,032$ ), residir com até dois moradores no domicílio ( $p=0,036$ ), realização do acompanhamento pré-natal no serviço privado ( $p=0,030$ ) e preferência pelo parto

vaginal ( $p=0,000$ ). A utilização do sistema EOR que se mostrou eficiente para avaliar o conhecimento das gestantes sobre parto, e por meio dele fazer as orientações necessárias observadas a partir das lacunas de conhecimento, de forma a fortalecer a autonomia e encorajar a busca por informações.

**Palavras-chave:** Gravidez; Cuidado pré-natal; Educação em saúde; Trabalho de parto; Violência obstétrica; Tecnologia de informação.



## ABSTRACT

Pregnancy is a period of intense physical and emotional transformations, in the face of so many changes, feelings such as fear and insecurity are commonly experienced. In view of this, prenatal care in addition to monitoring the evolution of pregnancy, is a source of welcoming, learning and support. For this, the performance of health education activities contributes to the qualification of care, and is an important strategy to resolve doubts, promote autonomy and empowerment of women, providing a better experience of their pregnancy, childbirth and motherhood. The aim of this study was to verify the knowledge of third trimester pregnant women on issues related to labor and delivery in Espírito Santo. A cross-sectional study was carried out with 100 pregnant women in the third trimester, aged 20 years or older, and resided in the State of Espírito Santo. Data collection occurred online between September/2021 and March/2022 through an electronic questionnaire built on the REDCap platform (Research Electronic Data Capture) containing questions about socioeconomic characteristics, obstetric history, current pregnancy, childbirth preferences, knowledge about labor and delivery. The evaluation of knowledge about childbirth was carried out using the EOR System (Praise-Orient-Recommend). Most of the participants were young, with a family income greater than three minimum wages, with paid employment, complete higher education and who lived with a partner. Regarding the obstetric history, most of them were in their first pregnancy, all of them underwent prenatal care, for most of the follow-up was carried out in the private service, by the doctor and starting before the 13th week of pregnancy. Most searched or received information about childbirth during pregnancy and preferred vaginal delivery. In the assessment of knowledge about childbirth and EOR classification, 42% of the participants received the "Praise", 41% received the "Orient" and 17% received the "Recommend". In the EOR classification, praising was associated with having sought or received information about childbirth ( $p=0.000$ ), having completed higher education ( $p=0.007$ ), family income greater than five minimum wages ( $p=0.032$ ), living with up to two residents at home ( $p=0.036$ ), prenatal care in the private service ( $p=0.030$ ) and preference for vaginal delivery ( $p=0.000$ ). The use of the EOR system proved to be efficient to assess the knowledge of pregnant women about childbirth, and through it to provide the

necessary guidelines observed from the knowledge gaps, in order to strengthen autonomy and encourage the search for information.

**Keywords:** Prenatal care, Health education, Labor, Obstetric violence, Information technology

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Características socioeconômicas das participantes.....	69
<b>Tabela 2:</b> Histórico obstétrico e dados da gestação atual.....	71
<b>Tabela 3:</b> Preferências para o momento do parto.....	73
<b>Tabela 4:</b> Buscou ou recebeu informações sobre parto durante a gestação.....	74
<b>Tabela 5:</b> Conhecimento sobre o parto.....	79
<b>Tabela 6:</b> Avaliação do questionário.....	86
<b>Tabela 7:</b> Formas de acesso à pesquisa.....	87
<b>Tabela 8:</b> Características socioeconômicas, histórico obstétrico e dados da gestação atual associadas a ter buscado/recebido informações sobre o parto.....	88
<b>Tabela 9:</b> Características socioeconômicas, histórico obstétrico e dados da gestação atual associadas ao <i>score</i> da classificação EOR.....	91
<b>Tabela 10:</b> Conhecimento de gestantes de terceiro trimestre sobre assuntos relacionados ao parto, e busca/recebimento de informações sobre o assunto.....	94

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Variáveis utilizadas no estudo com seus respectivos códigos, nomes, categorias e classificação.....	53
---	----

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1 – Participação na pesquisa.....</b>	<b>68</b>
---	-----------

## LISTA DE SIGLAS

CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EOR	Elogiar/Orientar/Recomendar
ES	Espírito Santo
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHPN	<i>Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento</i>
REDCap	<i>Research Eletronic Data Capture</i>
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
USP	Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>19</b>
2.1. A gestação e o pré-natal como uma oportunidade para a educação em saúde.....	19
2.2. Entendendo o parto: conhecimento como estratégia de empoderamento ...	22
2.3. Compreendendo a violência obstétrica e os direitos das gestantes relacionados ao momento do parto .....	27
2.4. Sistema EOR (ELOGIAR-ORIENTAR-RECOMENDAR) como estratégia de promoção a autonomia .....	29
2.5. A APLICAÇÃO DA TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE .....	32
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>37</b>
3.1. Objetivo geral .....	37
3.2. Objetivos específicos .....	37
<b>4. METODOLOGIA .....</b>	<b>38</b>
4.1. Delineamento do estudo .....	38
4.2. Local de realização .....	38
4.3. População do estudo.....	38
<b>4.3.1. Critérios de inclusão .....</b>	<b>39</b>
<b>4.3.2. Critérios de exclusão .....</b>	<b>39</b>
4.4. Processo de amostragem .....	40
4.5. Coleta de dados .....	40
4.6. Instrumento .....	42
4.7. Análise de dados.....	50
4.8. Armazenamento dos dados coletados .....	52
4.9. Descarte dos dados coletados .....	52

4.10.	Variáveis do estudo.....	52
4.11.	Análise estatística .....	64
4.12.	Riscos .....	64
4.13.	Benefícios .....	65
4.14.	Desfechos .....	66
4.14.1.	Desfecho primário .....	66
4.14.2.	Desfecho secundário .....	66
4.15.	Aspectos éticos.....	66
<b>5.</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>68</b>
<b>6.</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>95</b>
<b>7.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>106</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>108</b>
	<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....</b>	<b>120</b>
	<b>ANEXO B – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO .....</b>	<b>125</b>
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>127</b>
	<b>APÊNDICE B – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR .....</b>	<b>131</b>
	<b>APÊNDICE C – GESTANTES COM RESPOSTAS EFETIVAS.....</b>	<b>132</b>
	<b>APÊNDICE D – CARTA CONVITE.....</b>	<b>137</b>
	<b>APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO .....</b>	<b>138</b>
	<b>APÊNDICE F – CARTA DE FEEDBACK VIA E-MAIL .....</b>	<b>158</b>
	<b>APÊNDICE G – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO .....</b>	<b>161</b>
	<b>APÊNDICE G – ARTIGO .....</b>	<b>162</b>



## 1. INTRODUÇÃO

A realização de ações educativas voltadas para o parto durante a gestação pode promover autonomia e empoderamento materno, favorecendo a vivência de uma experiência positiva em um momento tão marcante para a mulher e para a família (SILVA; LIMA; OSÓRIO, 2016; CARVALHO; OLIVEIRA; BEZERRA, 2019). No entanto, apesar de ser um tema discutido e de muita relevância para a saúde materna e infantil, poucos estudos buscam identificar o conhecimento de gestantes sobre a temática (GONÇALVES *et al.*, 2017; FÉLIX *et al.*, 2019).

A gestação é um período de muitas transformações, e o processo de tornar-se mãe tem importante impacto na vida da mulher (GONÇALVES *et al.*, 2017). Constitui-se em um momento de preparação física e psicológica para o parto e a maternidade, sendo uma oportunidade para o aprendizado e construção de conhecimentos (RIOS; VIEIRA, 2007). Diante de tantas mudanças, físicas e emocionais, que ocorrem durante a gestação, o cuidado pré-natal é uma importante fonte de acolhimento, aprendizado e apoio para as mulheres nesse período (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011).

Dessa forma, a assistência pré-natal constitui uma importante área do cuidado à saúde materna e neonatal, pois atua na prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de diversas doenças e/ou complicações, prevenindo danos ainda mais graves à saúde da gestante, puérpera e recém-nascido (BRASIL, 1998; BRASIL, 2006). Devido seu caráter preventivo, uma importante estratégia da atenção pré-natal é a realização de atividades de educação em saúde, que visam auxiliar a gestante e seus acompanhantes na construção de seus conhecimentos em saúde, facilitando a tomada de decisões de forma consciente e promovendo o autocuidado (BRASIL, 1998).

De modo geral, a educação em saúde tem como objetivo desenvolver a autonomia e responsabilidade dos indivíduos a partir dos seus saberes e práticas (SOUZA; JACOBINA, 2009). Quando realizadas durante a gestação, as ações de educação em saúde permitem maior participação da mulher no processo decisório e

na humanização da assistência no ciclo gravídico-puerperal (BESSA; MAMEDE, 2010; GUERREIRO *et al.*, 2014).

Assim como a gestação, o parto é um evento único e influenciado por elementos que vão desde o grau de informação da gestante e seu acompanhante, contexto socioeconômico, até as percepções e experiências das pessoas envolvidas (OLIVEIRA *et al.*, 2012). Dessa forma, o parto requer acolhimento e cuidado sensível e centrado na mulher, de modo a fortalecer sua autonomia (OLIVEIRA; MERCES, 2019).

Reconhecer os sinais do trabalho de parto e o momento ideal de buscar atendimento ainda é um desafio, e causa ansiedade em muitas gestantes e seus familiares. Compreender o processo de parturição, as vantagens e desvantagens dos tipos de partos, conhecer o hospital de referência e o momento ideal de ir para a maternidade contribuem para a redução da ansiedade e permitem maior autonomia, maior satisfação com a experiência do parto (OLIVEIRA *et al.*, 2012; BRITO; SILVA; CRUZ, 2015).

A partir do século XIX, a assistência obstétrica passou por importantes alterações. O parto, até então visto como um evento familiar, passou a ser considerado um evento patológico com necessidade de cada vez mais intervenções, muitas vezes desnecessárias e com impacto negativo na morbimortalidade materna e neonatal (OLIVEIRA *et al.*, 2021). Diante desse cenário, ao longo do século XX, em diversos países, surgiram denúncias, movimentos e, conseqüentemente, políticas públicas para combater os maus tratos sofridos por mulheres durante o parto (DINIZ *et al.*, 2015).

No início dos anos 2000, na América Latina e Espanha, surgiu o conceito e o termo “violência obstétrica” (KATZ *et al.*, 2020), que pode ser compreendido como “as diversas formas de violência ocorridas na assistência à gravidez, ao parto, ao pós-parto e ao abortamento” (DINIZ *et al.*, 2015, p.3). Diversas situações podem ser configuradas como violência obstétrica: abuso físico, imposição de intervenções não consentidas ou ainda aceitas com consentimento realizado a partir de informações incompletas, cuidado não confidencial ou indigno, abuso verbal, discriminação durante a assistência, detenção no serviço, além de ações como abandono, negligência ou recusa de atendimento (TESSER *et al.*, 2015).

No Brasil, aproximadamente um quarto das mulheres brasileiras sofre algum tipo de violência obstétrica em algum momento da gestação (BISCEGLI *et al.*, 2015). Além disso, assistência ao parto e ao nascimento é marcada por altas taxas de cesariana, segundo dados do Ministério da Saúde do Brasil (MS), em 2020, aproximadamente 57% dos nascimentos no Brasil ocorreram por meio de cesarianas (BRASIL, 2022a), no entanto, segundo estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), taxas de cesarianas superiores a 10% não estão associadas a melhores desfechos como redução da mortalidade materna e neonatal (WHO, 2015). E, somado a isso, o cuidado pré-natal nem sempre garante acesso a informações de qualidade relacionadas ao parto (GONÇALVES *et al.*, 2017). Dessa forma, percebe-se a necessidade de um cuidado qualificado, com troca de conhecimento e que contribua para a autonomia da gestante e sua família, para que possam vivenciar de forma adequada esse momento tão marcante em suas vidas.

Diante dessa necessidade de fortalecer a autonomia e o empoderamento feminino, a utilização de sistemas que avaliam a qualidade do cuidado pré-natal e a realização das atividades educativas podem ser fundamentais para a melhoria da assistência e incentivo às práticas educativas, como preconizado pelo Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000b).

Uma estratégia que pode ser utilizada é o Sistema de Classificação EOR (Elogiar-Orientar-Recomendar), desenvolvido por pesquisadores da Universidade de São Paulo e aplicado na atenção básica no município de São Paulo na atenção à saúde materna e infantil (SÃO PAULO, 2016). Nesse sentido, o sistema EOR avalia o cuidado como adequado, inadequado, ausente ou mantendo-se inadequado ou ausente mesmo após orientações prévias, e tendo como ações respectivamente com “Elogiar”, “Orientar” ou “Recomendar” (SÃO PAULO, 2016).

Dessa forma, a utilização do Sistema de Classificação EOR surge como uma valiosa tecnologia de cuidado, pois permite avaliar os indivíduos de forma integral e, desse modo, fortalecer suas habilidades e percepções (SÃO PAULO, 2016). Devido sua versatilidade, o sistema EOR pode ser aplicado durante a assistência por meio de instrumentos físicos em papel como a cartilha “Toda hora é hora de cuidar” (SÃO PAULO, 2016), e pode ser codificado em linguagem computacional e ser aplicado

em pesquisas (DE BORTOLO *et al.*, 2022; PRADO *et al.*, 2022), telemonitoramento, entre outros.

Com o avanço tecnológico, o uso da internet na área da saúde tem crescido nos últimos anos e se mostrado cada vez mais útil, tanto para os profissionais, quanto para os usuários. Por meio dele é possível facilitar o acesso às informações de saúde, organizar a assistência (SILVA; RAMOS; SILVA, 2018; SILVA *et al.*, 2019a), buscar informações em saúde, de forma segura e de qualidade (HUNDERTMARCK *et al.*, 2021), além da coleta de dados em pesquisas em saúde (VAN GELDER; BRETVELD; ROELEVELD, 2010; FRANKLIN; GUIDRY; BRINKLEY, 2011).

Diante do exposto, o presente estudo tem como problema de pesquisa: “A autoaplicação de uma tecnologia de orientação educativa permite a avaliação e auxilia na promoção do conhecimento de gestantes de terceiro trimestre sobre assuntos relacionados ao trabalho de parto e parto?”.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1.A GESTAÇÃO E O PRÉ-NATAL COMO UMA OPORTUNIDADE PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A gestação é o período que compreende do momento da fecundação até o nascimento (MESQUITA *et al.*, 2015). Trata-se de um evento fisiológico com importantes alterações físicas, psicológicas e sociais. Configura-se num momento único e que envolve a mulher, a família e a coletividade em que está inserida. (DARÓS *et al.*, 2010; LOURENÇO *et al.*, 2020).

Por ser um momento de intensas mudanças e permeado por inseguranças e medos, é fundamental que a gestante se sinta acolhida e tenha a oportunidade de compartilhar sua história e percepções, para se fortalecer e conseguir construir conhecimentos e saberes relativos à sua condição (BESSA; MAMEDE, 2010; BRITO; SILVA; CRUZ, 2015). Assim, o cuidado pré-natal tem importante papel na redução dessas inseguranças, por promover a troca de conhecimentos entre a gestante e o profissional, visando maior compreensão do processo gestacional e a vivência de uma experiência positiva na gravidez, no parto, no puerpério e na amamentação (SILVA; LIMA; OSÓRIO, 2016).

A assistência pré-natal pode ser definida como um “conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de vigiar a evolução da gravidez e promover a saúde da gestante e da criança” (BRASIL, 1998, p.6). Um dos objetivos da assistência pré-natal consiste na detecção e intervenção oportuna de fatores de risco e intercorrências relacionadas à gestante e ao feto. No entanto, este cuidado vai além da realização de procedimentos como a anamnese, o exame físico e a solicitação e interpretação de exames. Diante do caráter educativo do cuidado pré-natal, a utilização de estratégias educacionais que permitam uma visão integral da mulher que está gestando é fundamental para o bom acompanhamento da gravidez (SILVA; LIMA; OSÓRIO, 2016).

O Ministério da Saúde (MS) preconiza a realização de pelo menos seis consultas de pré-natal (BRASIL, 2000a). Segundo dados do Sistema de Informação do SUS, a cobertura da assistência pré-natal no Brasil tem sido ampliada nos últimos anos. Em 2000, ano que foi instituído pelo MS o número mínimo de consultas, aproximadamente 43,7% das gestantes realizaram sete ou mais consultas de pré-natal (BRASIL, 2021a). Nos anos de 2019 e 2020, cerca de 72% e 71% das mulheres realizaram mais que o número mínimo de consultas (BRASIL, 2021b; BRASIL, 2022a).

Dessa forma, observa-se que ao longo dos últimos anos, o número de consultas de pré-natal aumentou no país, reflexo de políticas públicas que visam ampliar e melhorar a qualidade da assistência à gestação, ao parto e ao nascimento como o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) também no ano 2000 (BRASIL, 2000b) e a Rede Cegonha instituída em 2011 (BRASIL, 2011). Um estudo que avaliou os indicadores de pré-natal no âmbito do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB), entre 2012 e 2013, encontrou que 89% das gestantes realizaram seis ou mais consultas de pré-natal no SUS (TOMASI *et al.*, 2017). Além disso, percebe-se que, apesar das dificuldades enfrentadas durante o período da pandemia de covid-19, a cobertura do serviço pré-natal não sofreu grandes mudanças.

Além do número mínimo de consultas, outros aspectos estão relacionados a uma assistência pré-natal de qualidade: a realização da primeira consulta preferencialmente no primeiro trimestre da gestação, a solicitação de exames laboratoriais e de imagem em tempo oportuno, a realização de vacinas, suplementação de vitaminas e minerais e o tratamento de doenças diagnosticadas no período gestacional, além da transcrição das consultas, procedimentos e exames na Caderneta para a Gestante (LEAL *et al.*, 2021).

Outro aspecto do cuidado pré-natal que está relacionado com a sua qualidade é a realização de ações de educação em saúde. A gestação, bem como o acompanhamento pré-natal, são momentos de intensa busca por informações. O fato de tornar-se mãe, o parto, a amamentação e cuidados com o recém-nascido são aspectos da maternidade de grande interesse para gestantes, em especial as que passam por este processo pela primeira vez (MAZZETTO *et al.*, 2020). Diante

disso, os profissionais de saúde devem aproveitar a oportunidade para desenvolver práticas educativas, contribuindo com uma vivência positiva do processo de gestar e parir, bem como na promoção de saúde para além da gestação (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011).

A educação em saúde visa desenvolver a autonomia e responsabilidade dos indivíduos a partir dos seus saberes e práticas (SOUZA; JACOBINA, 2009). As ações de educação em saúde, desenvolvidas durante a gravidez, permitem maior participação da mulher no processo decisório e na humanização da assistência no ciclo gravídico-puerperal, por meio do diálogo e socialização dos saberes, permitindo assim, o rompimento da visão assistencialista e mecanicista do corpo feminino (GUERREIRO *et al.*, 2014; BESSA; MAMEDE, 2010).

Para que sejam efetivas, as ações de educação em saúde devem ser diversas, de modo a atender às necessidades das gestantes e famílias. Estratégias individuais, como o momento da consulta pré-natal, e coletivas, como grupos, cursos, palestras e uso de materiais educativos, que agregam benefícios da presença de diversos atores na realização das ações de educação em saúde (DUARTE; BORGES; ARRUDA, 2011; REBERTE 2012; WILD *et al.*, 2015; FÉLIX *et al.*, 2019; ANDRADE *et al.*, 2019; MARQUES *et al.*, 2021). O uso de tecnologias educacionais, voltadas para a capacitação dos profissionais, também contribuem para a (re)organização dos serviços levando a melhoria da assistência prestada (REIS *et al.*, 2019).

Ações de educação em saúde durante a gestação também contribuem para a realização adequada do cuidado pré-natal. Estudo realizado no Tibet, com 168 gestantes atendidas em um hospital terciário, comparou o efeito do pré-natal de rotina mais uma intervenção educativa *on-line*, com o cuidado pré-natal regular ofertado pelo serviço. E encontrou que as gestantes que participaram da intervenção apresentaram 2,64 consultas quando comparadas às gestantes do grupo controle (CHEN *et al.*, 2020). Dessa forma, percebe-se a importância das atividades educativas no pré-natal, principalmente quando podem ser estimuladas por meio de tecnologias interativas digitais.

Para além das ações de educação em saúde feitas por profissionais de saúde durante o atendimento, outras fontes de informações em saúde são comumente

utilizadas por gestantes. Um estudo realizado com mães que possuíam filhos com até dois anos objetivou identificar as lacunas de conhecimento sobre saúde, isto é, os assuntos que as participantes desejavam receber informações, porém não receberam, encontrou que saúde mental e sexual foram as maiores lacunas de informação sobre saúde no pós-parto. Além disso, da metade das entrevistadas, durante a gravidez, buscou informações em *websites*, com amigos e familiares e em livros. Mais de um terço obteve informações em aulas de parto, com doulas, em redes sociais e fóruns *on-line* (GUERRA-REYS *et al.*, 2016).

Sejam as atividades desenvolvidas de forma individual durante as consultas, ou coletivas como em grupos ou cursos, as gestantes reconhecem a importância e os benefícios dessas práticas para uma experiência positiva e com maior autonomia (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011)

Entre os temas comumente abordados nas ações de educação em saúde durante a gravidez estão: a promoção de hábitos de vida saudável, as alterações gravídicas, puerperais e queixas comuns desses períodos, os sinais de risco e o que fazer em sua ocorrência, o preparo para o parto e incentivo ao parto normal, o uso de métodos para alívio da dor, o incentivo ao aleitamento materno, os cuidados com o recém-nascido, o acompanhamento puerperal, puericultura e planejamento reprodutivo (MAEDA *et al.*, 2014; KARABULUT *et al.*, 2016).

## 2.2. ENTENDENDO O PARTO: CONHECIMENTO COMO ESTRATÉGIA DE EMPODERAMENTO

A gravidez é o momento de preparação, tanto física quanto psicológica, para o momento do parto. É um período de intenso aprendizado e que favorece o desenvolvimento da autonomia, empoderamento e contribui para o processo de tomada de decisões com relação ao parto (DARÓS *et al.*, 2010).

O empoderamento feminino pode ser percebido com um processo em que as mulheres passam a exercer controle sobre suas relações, reforçam a autoestima, fortalecem a autoconfiança e identidade por meio da retomada do seu poder interior,



e assim passam a expressar e defender seus direitos, como forma de exercer sua cidadania e reforçar o seu papel na sociedade (PROGIANTI; MOUTA; NASCIMENTO, 2013; KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2018). No que se refere ao momento da gestação e do parto, o empoderamento se reflete na confiança da mulher em seu corpo e em sua capacidade de parir (PROGIANTI; MOUTA; NASCIMENTO, 2013). Originalmente, o empoderamento individual e comunitário surge na Carta de Ottawa, em 1986, como um dos elementos da promoção da saúde, sendo visto como um processo nos indivíduos e na comunidade, de desenvolvimento de controle e habilidades capazes de promover mudanças nos fatores que influenciam a saúde (WHO, 1986a).

O empoderamento é uma das formas de controlar o medo, sentimento este muito vivenciado durante a gestação, especialmente quando relacionado ao nascimento e complicações que podem ocorrer neste momento (MESQUITA *et al.*, 2015). Um estudo, realizado com gestantes em dois serviços públicos de atendimento pré-natal em Sergipe, encontrou que 58% das entrevistadas relataram medo das dores do trabalho de parto e 44% relataram medo da cesariana (SANTOS *et al.*, 2019).

Uma estratégia para a minimização do medo da dor durante o trabalho de parto é a instrumentalização das gestantes sobre métodos farmacológicos e não farmacológicos para alívio dessa dor. A utilização dessas tecnologias de cuidado está relacionada à maior satisfação com a experiência do parto e redução da ansiedade materna (MESQUITA *et al.*, 2015; FELISBINO-MENDES *et al.*, 2017; SILVA; CORRÊA-CUNHA; KAPPLER, 2018; VIEIRA *et al.*, 2018; BLANK *et al.*, 2019).

Um estudo realizado com gestantes entre 24 e 28 semanas, na Turquia, encontrou que as mulheres que participaram de um programa educativo, com duração de cinco semanas, que envolvia aulas sobre saúde na gestação, parto, exercícios respiratórios, amamentação, cuidados com o recém-nascido e puerpério e planejamento familiar, apresentaram maior redução do medo do parto quando comparadas às gestantes que receberam o cuidado pré-natal habitual (KARABULUT *et al.*, 2016).

Já as orientações recebidas pelas mulheres sobre o trabalho de parto, os sinais que podem anteceder-lo e os sinais de risco para complicações, podem favorecer o reconhecimento da fase ativa e do melhor momento para buscar atendimento, além de contribuir com a sensação de confiança e empoderamento da mulher e redução da insegurança e ansiedade (LAUZON; HODNETT, 1998; FÉLIX *et al.*, 2019).

Isto pôde ser observado em um estudo realizado nos Estados Unidos, no final da década de 1980, com 208 gestantes de 37 semanas de idade gestacional, em que metade das mulheres participou de uma intervenção durante o atendimento pré-natal por enfermeiras, com o objetivo de orientar o reconhecimento da fase ativa do trabalho de parto, e a outra metade recebeu o cuidado pré-natal habitual. Observou-se que o número de atendimentos antes do início do trabalho de parto foi quase o dobro nas mulheres que receberam o cuidado habitual, quando comparadas com as que receberam a intervenção proposta (BONOVICH, 1990).

Resultados semelhantes foram encontrados em pesquisa feita com mulheres nulíparas na Jordânia, em 2016. A intervenção proposta consistia numa série de aulas com assuntos relacionados ao parto, escolhidos pelo instrutor ou levantados pelas próprias participantes, com demonstração de exercícios e métodos para alívio da dor, e oferta de material complementar. Quando comparadas às mulheres do grupo que recebeu o cuidado pré-natal habitual dos serviços, as que participaram da intervenção apresentaram maior probabilidade de entrar em trabalho de parto de forma espontânea, maior dilatação no momento da internação e amamentação iniciada mais precocemente (HATAMLEH *et al.*, 2019).

A internação precoce está relacionada à maior probabilidade de uma cascata de intervenções que podem culminar na realização de cesarianas e violência obstétrica. A pesquisa “Nascer em Belo Horizonte: Inquérito sobre parto e nascimento”, realizada em onze maternidades do município, encontrou que as mulheres internadas precocemente para o parto, com dilatação menor que seis centímetros, apresentaram maior risco de intervenções como analgesia, infusão contínua de ocitocina, episiotomia, realização de cesariana e manobra de Kristeller, procedimento proscrito e hoje, considerado violência obstétrica (TERTO *et al.*, 2021).

Resultados similares foram encontrados em outras pesquisas fora do Brasil. Estudo feito numa maternidade em Milão encontrou que as mulheres internadas na fase latente do trabalho de parto apresentaram maiores riscos de intervenções como amniotomia, analgesia, infusão de ocitocina, episiotomia, parto instrumental (fórceps ou vácuo extrator) e cesariana intraparto. Essas mulheres apresentaram ainda maior tempo de duração do trabalho de parto e hemorragia pós-parto (ROTA *et al.*, 2018). Outro estudo, conduzido na Austrália, encontrou que, além do risco aumentado para algumas intervenções, a internação precoce esteve relacionada à maior duração da internação da mãe e admissão do recém-nascido em unidade de terapia intensiva (MILLER *et al.*, 2020).

Em contrapartida, a adoção de boas práticas na assistência obstétrica, como a liberdade de movimentação, a alimentação e ingestão de líquidos, a utilização dos métodos não farmacológicos para alívio da dor como o banho de aspersão, as massagens, os exercícios respiratórios, o uso da bola suíça e mesmo a presença do acompanhante, estão associadas à maior probabilidade de ocorrência de um parto vaginal (LEAL *et al.*, 2014; COSTA *et al.*, 2021).

As técnicas não farmacológicas para alívio da dor devem ser orientadas ainda durante o pré-natal, dessa forma, durante o trabalho de parto a mulher estará mais bem informada e preparada para a sua utilização. A deambulação e a verticalização contribuem na redução da percepção da dor, ao mesmo tempo em que contribuem para maior efetividade das contrações uterinas e favorecem o fluxo sanguíneo até o feto, além de aumentar os diâmetros da pelve (SILVA *et al.*, 2020).

A bola suíça é uma tecnologia que favorece a liberdade de posição e movimentação, contribuindo assim para o conforto materno durante as contrações (BLANK *et al.*, 2019). A massagem na região lombossacral é uma técnica não farmacológica amplamente utilizada, auxilia na promoção do relaxamento da musculatura, traz conforto, alivia a dor e reduz a ansiedade. É ainda uma forma de estimular a participação do acompanhante durante o trabalho de parto. Os exercícios respiratórios contribuem para o relaxamento, concentração, melhora a oxigenação materna e fetal, reduz a sensação dolorosa e diminui o risco de trauma perineal. Apesar de poucas evidências dos benefícios do banho de aspersão, esse método apresenta efeitos positivos para a redução da dor (CAMACHO *et al.*, 2019).

Estudo realizado com gestantes de terceiro trimestre, acompanhadas na atenção primária de um município cearense, encontrou que o conhecimento sobre métodos não farmacológicos para alívio da dor foi superior no grupo que participou da intervenção, que consistia na exposição a um vídeo educativo que abordava assuntos relacionados à gestação e às práticas facilitadoras para o parto normal, quando comparadas às gestantes que receberam o cuidado usual durante o pré-natal (ANDRADE *et al.*, 2019).

Após esgotados os recursos não farmacológicos e sem sucesso na redução da dor, caso solicitada e/ou em caso de exaustão materna a analgesia de parto pode ser uma importante estratégia para evitar a realização de cesarianas por essas causas. As técnicas mais comumente utilizadas são a peridural e analgesia combinada raqui-peridural (BRASIL, 2017). A analgesia no trabalho de parto favorece a redução da percepção dolorosa das contrações, contribuindo para o descanso nos casos de exaustão, e na satisfação materna na experiência da parturição. No entanto, sua utilização também está associada a algumas consequências obstétricas como maior tempo de duração do trabalho de parto, maior necessidade de outras intervenções como uso de ocitocina, ruptura artificial das membranas, fórceps e vácuo extrator em decorrência de situações como estado fetal não tranquilizador, período expulsivo prolongado, e parada de progressão do trabalho de parto (FELISBINO-MENDES *et al.*, 2017).

Embora existam diferentes tecnologias de cuidado, métodos farmacológicos e não farmacológicos para alívio da dor, documentos e diretrizes para guiar a assistência profissional às gestantes, parturientes e puérperas (BRASIL, 2017), a violência obstétrica ainda tem sido uma prática comum nesse momento tão importante na vida das mulheres.

Alguns estudos apontam que maior conhecimento da mulher sobre o parto contribui para maior autonomia no processo decisório, a capacidade de identificação dos fatores de risco, fases do trabalho de parto e técnicas para lidar com o medo e a dor qualificando o seu próprio cuidado ao mesmo tempo em que reduzem riscos e complicações negativas para a mãe e para o bebê advindas de procedimentos desnecessários.

### 2.3. COMPREENDENDO A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E OS DIREITOS DAS GESTANTES RELACIONADOS AO MOMENTO DO PARTO

A violência obstétrica refere-se a “qualquer ato de violência direcionado a mulher grávida, parturiente, puérpera ou ao seu bebê” em decorrência da assistência de saúde prestada durante a gestação, trabalho de parto, parto, puerpério e abortamento (LANSKY *et al.*, 2019). Trata-se de uma violação dos direitos humanos fundamentais à vida das mulheres (OMS, 2014). Pode também ser definida como uma apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, em qualquer fase do ciclo gravídico e puerperal (SOUZA *et al.*, 2016; BARBOSA *et al.*, 2017).

Estudo nacional, realizado em 2010, encontrou que aproximadamente um quarto das mulheres brasileiras sofreu algum tipo de violência obstétrica durante o período gestacional (HOTIMSKY; AGUIAR; VENTURI JUNIOR, 2013). Demora e/ou recusa para atendimento, negligência, desrespeito à autonomia, violência física, verbal, psicológica, realização de procedimentos não consentidos, ou a realização de procedimentos desnecessários, não recomendados, sem consentimento, dolorosos sem analgesia adequada, além do cerceamento ao direito da presença do acompanhante são atos violentos apontados na literatura científica (HOTIMSKY; AGUIAR; VENTURA JÚNIOR, 2013; BISCEGLI *et al.*, 2015; LANSKY *et al.*, 2019).

Sobre a distribuição da violência obstétrica, observou-se que é mais comum nas capitais e em serviços do SUS, quando comparada às cidades menores e instituições privadas. Com exceção da violência física e verbal, os outros tipos de violência não apresentaram diferenças significativas de ocorrência entre serviços públicos e privados. Mulheres com maior grau de instrução sofreram mais violências do tipo negligência do que às com menor escolaridade (HOTIMSKY; AGUIAR; VENTURA JÚNIOR, 2013). No entanto, vale destacar que as mulheres com maior escolaridade podem perceber mais uma assistência negligente que as mulheres menos escolarizadas.

Esta violência também foi evidenciada em um estudo realizado em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, no Estado do Ceará. Os autores

encontraram que aproximadamente 67% das mulheres vivenciaram o sentimento de medo no momento do parto, cerca de 24% receberam a Manobra de Kristeller ou foram apelidadas, 28% receberam solicitação para parar de gritar. Outras práticas, contrárias às boas práticas para o parto e nascimento, também tiveram alta prevalência no estudo: exame de toque realizado por múltiplos profissionais (52,2%), amniotomia precoce (33,3%), Manobra de Valsalva (88,6%). As boas práticas, como a amamentação na primeira meia hora de vida, ocorreram em apenas 23% e o contato pele a pele, em 54,3% (RODRIGUES *et al.*,2017).

Estudo realizado com 530 mulheres após o parto que, durante a gestação, participaram da Exposição “Sentidos do Nascer”, encontrou uma prevalência de violência obstétrica de 12,6%, sendo sua ocorrência mais comum nas mulheres negras (pretas e pardas), solteiras ou divorciadas, com plano de saúde, parto realizado no serviço privado e nascimento por cesariana. A ocorrência de violência obstétrica esteve associada a uma menor satisfação com o parto. Entre as violências mais cometidas destacam-se a imposição de intervenções não consentidas, ou consentidas com base em informações parciais ou distorcidas, abuso verbal, abuso físico e abandono, negligência ou recusa de assistência (LANSKY *et al.*, 2019).

A primeira etapa da pesquisa conduzida por Lansky e colaboradores (2019), na cidade de Belo Horizonte, consistia em medir o conhecimento sobre a temática da violência obstétrica por meio de uma visita com exposição sobre o tema ainda durante a gestação, mostrou que o nível de conhecimento aumentou após a exposição, entretanto em um segundo momento após o parto, muitas mulheres não reconheceram como violência obstétrica algumas práticas, vivenciadas em seus partos como a realização da manobra de Kristeller, parto em posição litotômica, episiotomia, não utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor e a ausência do acompanhante.

Outro estudo encontrou resultados semelhantes quanto o não reconhecimento da violência sofrida, quando questionadas sobre a ocorrência de maus-tratos durante atendimento em maternidades. Apenas 12% das entrevistadas relataram terem vivenciado, no entanto quando as formas de maus-tratos foram especificadas, 25% das participantes relataram ter sofrido algum tipo de violência.

Isso evidencia a baixa percepção da ocorrência de violência obstétrica que pode estar relacionada à sua naturalização no momento do parto (HOTIMSKY; AGUIAR; VENTURI JUNIOR, 2013).

Poucos estudos abordam o conhecimento das gestantes quanto os seus direitos referentes ao momento do parto. A presença de um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato é um tema frequente nas ações de educação em saúde durante a gestação (MARQUES *et al.*, 2021). Esse é um direito garantido por meio da Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. Outro direito garantido é a realização de visita de vinculação à maternidade de referência para internação para o parto e/ou intercorrências gestacionais ainda durante a gravidez. Alguns serviços aproveitam essa visita de vinculação para realizar algumas ações de educação em saúde, como grupos e cursos de gestante (JORGE; SILVA; MAKUCH, 2020). E por fim, a Portaria n. 569, de 1º de junho de 2000, que instaura o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), garantindo às gestantes o direito a atendimento em maternidade da rede de serviços de saúde, com transporte seguro caso indicada transferência para outra instituição (BRASIL, 2000b). A Rede Cegonha, instituída pela Portaria n. 1.469, de 24 de junho de 2011, reforça essas e outras boas práticas recomendadas na assistência à gestante, parturiente, puérpera e neonato (BRASIL, 2011).

#### 2.4. SISTEMA EOR (ELOGIAR-ORIENTAR-RECOMENDAR) COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO A AUTONOMIA

Diante da constante necessidade de fortalecer a autonomia e promover o autocuidado, o Sistema EOR elaborado por Ana Chiesa e colaboradores (SÃO PAULO, 2016) surge como estratégia de valorização do indivíduo por meio de ações de promoção e recuperação da saúde. Nessa classificação o Elogiar (E) destina-se aos indivíduos com cuidado adequado, sendo necessário reforçar os bons hábitos e manter o acompanhamento; o Orientar (O) destina-se àqueles que apresentam dúvidas com relação aos cuidados, sendo necessário reforçar o acompanhamento; e o Recomendar (R) destina-se aos indivíduos com dificuldade na realização do

cuidado adequado, sendo assim necessário acionar a rede de apoio e/ou fazer encaminhamentos (SÃO PAULO, 2016).

A classificação EOR foi construída e utilizada no “Projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades”, implementado no município de São Paulo junto com a Estratégia de Saúde da Família, e foi desenvolvido para atender as demandas dos indivíduos e suas famílias desde o período gestacional até os seis anos de vida da criança, com o objetivo de reforçar atitudes positivas e promover melhoria do cuidado quando necessário (CASTRO *et al.*, 2015).

Um dos objetivos do “Projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades” é instrumentalizar as famílias e outros cuidadores, por meio de tecnologias educacionais, para a importância da criação de vínculo, desenvolvimento de atividades lúdicas durante o desenvolvimento da criança. E, dessa forma, incentivar desde cedo o sentimento de valorização, autonomia e confiança em si (FRACOLLI; CHIESA, 2010).

Como parte de sua execução, o “Projeto Janelas” conta com dois materiais educativos impressos (MEI), a cartilha “Toda hora é hora de cuidar” e o *e-book* conceitual do projeto. Os dois MEI utilizados, enquanto tecnologias de cuidado, foram desenvolvidos de forma interdisciplinar e pautados nos princípios da promoção da saúde (PINNA-OLIVEIRA; CHIESA, 2018). Trata-se de instrumentos facilitadores para ações de educação em saúde, permitindo a troca de informações entre os profissionais de saúde e os usuários (GRIPPO; FRACOLLI, 2008).

A cartilha foi elaborada com linguagem acessível e conta com informações referentes à saúde e desenvolvimento infantil desde o período gestacional, a importância de hábitos de vida mais saudáveis, sinais de risco à saúde infantil e direitos fundamentais da criança, como educação, saúde, lazer, entre outros. Apesar de voltada para a saúde da criança, a proposta apresentada na Cartilha “Toda Hora é Hora de Cuidar” pode ser adaptada e aplicada aos mais diversos públicos, por abordar a importância da proteção e do cuidado para a vida, por fazer reflexões sobre a partilha de responsabilidades do cuidado e questões de gênero (GRIPPO;FRACOLLI, 2008; MARTINS *et al.*, 2008).



Um estudo realizado com o objetivo de avaliar a utilização da cartilha pelas famílias residentes nas áreas de implementação do projeto encontrou que, após intervalo entre três meses e três anos da entrega do material, mais de 79% das famílias que receberam a cartilha ainda a possuíam, e ainda 81% discutiam assuntos relacionados a ela com profissionais da equipe de saúde. Confirmando assim a eficácia da cartilha enquanto tecnologia de educação e promoção da saúde, ao aprimorar o cuidado e facilitar a troca de informações entre cuidadores e profissionais de saúde (FRACOLLI; CHIESA, 2010).

Outro estudo, que avaliou a percepção e a utilização da cartilha e do manual pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), encontrou que, apesar de considerarem o material de boa qualidade, a sua utilização no dia a dia do trabalho é muito reduzida. Dentre os motivos alegados, estão o desinteresse por parte dos cuidadores, a dificuldade na mudança de hábitos das famílias, sobrecarga de trabalho. No entanto, reconhecem os benefícios que o uso da cartilha pode resultar para a família (MARTINS *et al.*, 2008).

Um estudo realizado no Espírito Santo utilizou o sistema EOR para a avaliação dos hábitos de higiene bucal e impacto da saúde bucal na qualidade de vida de gestantes em todos os trimestres. A amostra da pesquisa foi composta por 201 gestantes, que em sua maioria eram jovens, com renda familiar elevada e alto nível de escolaridade, e que possuíam conhecimento sobre hábitos de higiene bucal, por isso houve predominância de elogios. Nesse estudo, a partir do sistema EOR identificou-se as gestantes que necessitavam de maior cuidado e intervenções de saúde bucal e deu-se um *feedback* para esta mulher (DE BORTOLO *et al.*, 2022).

Outro estudo, também realizado no Espírito Santo, utilizou o sistema EOR para analisar a adesão aos 10 passos da alimentação saudável na gestação. Semelhante ao encontrado na pesquisa conduzida por De Bortolo e colaboradores (2022), a amostra foi composta por mulheres jovens, com mais de oito anos de estudo, com renda elevada, no entanto, observou-se a prevalência da adesão de três a cinco passos dos dez passos preconizados pelo Ministério da Saúde, que correspondeu à necessidade orientações segundo os autores. Foi identificada ainda a associação entre ter recebido orientações nutricionais durante o cuidado pré-natal e maior adesão aos passos da alimentação saudável (PRADO *et al.*, 2022).

Com a utilização do Sistema EOR, pretende-se avaliar e intervir, quando necessário, nas distintas dimensões que compõe o indivíduo, valorizando suas experiências e saberes, propondo mudanças que podem melhorar sua saúde e qualidade de vida. É ainda um cuidado que visa promover a autonomia e o autocuidado (SÃO PAULO, 2016). Diante desse pressuposto e considerando a sua similaridade com o objetivo deste trabalho, utilizaremos a Classificação EOR para a análise dos dados referentes ao conhecimento das gestantes sobre assuntos relacionados ao parto.

## 2.5.A APLICAÇÃO DA TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Em saúde, o uso de tecnologias de informação e comunicação (TIC) tornou-se mais amplo que o simples uso de computadores, passou a abranger a presença de uma gama de tecnologias convergentes e interligadas. As TIC estão presentes na área da saúde, principalmente, por meio de *softwares* que visam melhorar a qualidade da assistência, uma vez que permite aos serviços de saúde gerir as informações e promover interações entre os profissionais e pacientes. Ou seja, a TIC é um instrumento que permite o uso inteligente das informações na área da saúde (SILVA; RAMOS; SILVA, 2018).

Em saúde, as TIC permitem uma maior organização e otimização dos serviços, sendo o prontuário eletrônico do paciente (PEP) um exemplo da sua utilização. Por meio dele, os profissionais podem fazer os registros, solicitações e prescrições de modo claro e acessível a outros profissionais. Outro exemplo de aplicação das TIC em saúde é o Registro Eletrônico de Saúde (RES), trata-se de um “repositório de informação a respeito da saúde dos indivíduos”. As informações disponíveis no RES são disponibilizadas de forma mais simplificada, de fácil visualização e com sistemas de alerta que reduzem os riscos e garantem maior segurança para o paciente (FEITOSA; ÁVILA, 2016).

O PEP é uma importante fonte de informações que permite avaliar a qualidade da assistência prestada, no entanto, para isso é necessário que as

informações estejam devidamente registradas. Um estudo realizado em Vitória-ES avaliou a qualidade dos dados registrados no PEP e encontrou que a ferramenta tem sido subutilizada. Dados referentes à escolaridade materna, raça/cor materna, situação conjugal, planejamento da gravidez, risco gestacional tiveram completude classificada como ruim, e tipo e local de parto classificados como muito ruim. Quando os dados da ficha clínica, presente no PEP, foram comparados com os dados registrados no Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), mostraram-se discordantes a escolaridade materna, o número de consultas, o início do acompanhamento pré-natal e o número de filhos anteriores (RUSCHI *et al.*, 2018).

Outra aplicação das TIC em saúde está relacionada à realização de pesquisas, com o avanço tecnológico, a quantidade de *sites*, *chats* e redes sociais que conectam pessoas com características semelhantes tem aumentado em todo mundo. Considerando este fato e as dificuldades para a realização de pesquisa como pouca disponibilidade de tempo e de recursos, a elaboração de pesquisas em meio virtual, por meio de *surveys*, tem sido uma estratégia alternativa adotada. Trata-se de uma possibilidade de atingir um maior número de pessoas, de forma mais rápida e menos custosa (FALEIROS *et al.*, 2016; SZWARCOWALD *et al.*, 2021). No entanto, para que esses dados coletados de forma *on-line* sejam bem aproveitados, é necessário um cuidadoso planejamento e organização na elaboração dos questionários eletrônicos que serão aplicados pela internet, também chamados de *surveys* (VAN GELDER; BRETVELD; ROELEVELD, 2010; FRANKLIN; GUIDRY; BRINKLEY, 2011).

Uma alternativa para a coleta de dados em pesquisas em saúde é a plataforma *Research Electronic Data CAPture* (REDCap). Trata-se de um *software* flexível, rápido e seguro que pode ser utilizado em diversos sistemas operacionais, e permite a coleta, o gerenciamento e o armazenamento de dados (PATRIDGE; BARDYN, 2018; VAZ *et al.*, 2020).

O REDCap possui uma interface intuitiva para a entrada e verificação automatizada dos dados, permite o acompanhamento da manipulação e exportação automatizada dos dados para pacotes estatísticos mais utilizados além da importação de dados de fontes externas. A coleta de dados pode ser realizada por

qualquer dispositivo com acesso à internet, ou mesmo de forma *off-line* por meio do aplicativo que permite a sincronização com posterior acesso à internet. Dessa forma, o REDCap apresenta-se como uma alternativa para coleta e gestão de dados de pesquisas em saúde, de forma *on-line* e segura (FRANKLIN; GUIDRY; BRINKLEY, 2011; HARRIS *et al.*, 2019; VAZ *et al.*, 2020). Nos últimos anos, a utilização do REDCap em pesquisas em saúde materna vem crescendo e consolidando-o assim como uma importante estratégia para coleta e gestão de dados (HALILI *et al.*, 2019; DICKENS *et al.*, 2019; LEAL *et al.*, 2021).

Com o avanço da tecnologia e a constante necessidade de desenvolver ações e estratégias de promoção da saúde, a chamada *e-Health* (*Eletronic Health*) tem ganhado cada vez mais espaço no atendimento. Trata-se do desenvolvimento de programas, serviços e aplicativos que otimizam o cuidado em saúde. Nela incluem-se as teleconsultas, dispositivos e aplicativos que permitem o acompanhamento remoto de pacientes, além de programas educativos. Algumas importantes vantagens da utilização da *e-Health* consistem na redução dos custos sem prejuízo na qualidade do serviço prestado, e a maior participação do indivíduo no seu processo de cuidado, visto que a informação e a possibilidade de atendimento e resolução de problemas é menos restrita quando comparada ao atendimento presencial. Apesar de estar sujeita a problemas técnicos e questões legais, a *e-Health* está associada à maior adesão e satisfação dos pacientes e dos profissionais, redução no número de visitas aos serviços de saúde e telemonitoramento (VAN DEN HEUVEL *et al.*, 2018).

Enquanto a *e-Health* é uma modalidade de serviço abrangente, a *m-Health* (*mobile health*) refere-se aos aplicativos e ferramentas utilizadas em aparelhos móveis com aplicação na saúde. Na gravidez, sua utilização permite um maior controle e autonomia com relação às informações no processo gestacional. Um estudo realizado nos Estados Unidos encontrou um alto grau de satisfação com a utilização de uma tecnologia *m-Health* de mensagens para gestantes com assuntos relacionados ao período gestacional (BLACKWELL *et al.*, 2020).

A possibilidade de ter acesso a informações de saúde em qualquer tempo e qualquer lugar, a partir de *smartphones*, pode estar relacionada à maior qualidade no acompanhamento do pré-natal, no autocuidado e na autonomia da mulher no seu

processo gestacional. Além da busca por informações, o uso de determinadas tecnologias *m-Health* pode contribuir para a criação de uma rede de apoio, ainda que virtual, para uma melhor vivência do processo gestacional (HUNDERTMARCK *et al.*, 2021).

Um estudo realizado em Taiwan, com gestantes de risco habitual, e idade gestacional entre 16 e 24 semanas, encontrou que as mulheres que tiveram acesso a um sistema educacional, cuidado pré-natal virtual, e as ações de educação em saúde habituais, apresentaram menor nível de estresse na gestação quando comparadas às mulheres que receberam o cuidado pré-natal habitual. A ferramenta avaliada oferecia à gestante a possibilidade de registrar todos os dados prévios e os relacionados à gestação, tais como ganho de peso, aferições de pressão arterial, movimentação do feto, contrações uterinas, além de garantir acesso a material educativo, e registro de informações referentes ao parto e nascimento (TSAI *et al.*, 2018).

De modo geral, utilização de *e-Health* e *m-Health* na gravidez tem apresentado efeitos positivos devido a maior adesão das pacientes, e com isso a manutenção das boas práticas recomendadas, em especial as relacionadas à dieta, prática de atividade física e cessação do uso do tabaco (VAN DEN HEUVEL *et al.*, 2018; BLACKWELL *et al.*, 2020).

Recursos digitais acessíveis e que auxiliem o processo de ensino-aprendizagem, como os Objetos Virtuais de Aprendizagem (OVA), têm se mostrado eficientes para a promoção da saúde, uma vez que são métodos atrativos e autônomos, que não dependem tanto da participação dos profissionais de saúde que conduzem a assistência à saúde. Na gestação, a utilização de OVA pode ser considerada uma estratégia segura, com informações de qualidade e que podem complementar as ações de educação em saúde desenvolvidas no cuidado pré-natal (SANTIAGO *et al.*, 2020).

Assim como no desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde, as TIC têm papel fundamental na produção e disseminação de informações em saúde, e estão cada vez mais disponíveis nos meios eletrônicos de comunicação. A internet é, comumente, a primeira fonte de informação sobre saúde devido a sua fácil

disponibilidade e baixo custo, no entanto, nem sempre os locais de busca são confiáveis (KRASCHNEWSKI *et al.*, 2014).

Na gestação, os recursos tecnológicos permitem que as mulheres busquem informações sobre todas as fases do ciclo gravídico-puerperal, incluindo cuidados com a sua saúde, hábitos de vida mais saudável, saúde mental, possíveis agravos que ela esteja vivenciando nesse período. Uma revisão sistemática encontrou que a utilização de *sites* e aplicativos para busca de informações relacionadas à gravidez são comuns (VAN DEN HEUVEL *et al.*, 2018).

Diversos motivos levam as gestantes buscarem informações sobre sua saúde e evolução da gravidez na *internet*, em fóruns e aplicativos. Demora no atendimento, problemas na comunicação com o profissional de saúde, ações de educação em saúde que não abrangem suas necessidades, dificuldade na compreensão de termos médicos, curiosidade, vontade de compartilhar a vivência da gestação com o companheiro e familiares são algumas das motivações listadas (KRASCHNEWSKI *et al.*, 2014).

O uso de tecnologia por meio de atendimentos *on-line* já era uma realidade, no entanto, com a pandemia de covid-19, essa tendência foi ampliada. Antes, em muitos lugares, a utilização da tecnologia no atendimento em saúde se resumia na realização de cursos, oficinas e utilização de aplicativos, entretanto, com a pandemia, atendimentos *on-line* para solicitação e avaliação de exames, programas para registro dos níveis de glicose e pressão arterial facilitaram um acompanhamento mais próximo do profissional pré-natalista, sem a necessidade da gestante se deslocar até a clínica ou hospital para atendimento. Tais estratégias além de se mostrarem seguras, apresentam menor custo para os serviços de saúde e para os usuários (WU *et al.*, 2020).

Portanto, este estudo visa mergulhar no universo das tecnologias e suas aplicações em saúde, tanto em seu aspecto educativo como preparação para o parto quanto em sua utilização em pesquisas realizadas de forma virtual.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1. OBJETIVO GERAL

Verificar o conhecimento de gestantes no terceiro trimestre sobre assuntos relacionados ao trabalho de parto e parto no Espírito Santo.

#### 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o conhecimento das gestantes no terceiro trimestre sobre o trabalho de parto e o uso de métodos farmacológicos e não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto por meio de um sistema de orientação educativa;
- Avaliar o conhecimento das gestantes de terceiro trimestre sobre seus direitos no processo de parto e violência obstétrica por meio de um sistema de orientação educativa;
- Verificar se as características socioeconômicas, do histórico obstétrico e da gestação atual associam-se com a busca ou recebimento de informações sobre o parto e à classificação EOR.

## 4. METODOLOGIA

### 4.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo transversal com caráter descritivo e inferencial. Os estudos transversais caracterizam-se pela observação direta de uma amostra representativa da população, visando inferir, a partir dela, a situação de saúde da comunidade (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2011; MEDRONHO, 2009).

### 4.2. LOCAL DE REALIZAÇÃO

O estudo foi realizado com gestantes residentes em municípios do estado do Espírito Santo (ES). O ES apresentou uma população estimada no ano de 2021 em 4.108.508 habitantes, a maior parte residindo em área urbana. Em 2010, o ES possuía o 7º melhor IDH do Brasil (IBGE, 2021).

Com relação à assistência pré-natal no estado, segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC - DATASUS), em 2020, as coberturas do número de consultas preconizado e a adequação do pré-natal, que avalia além do número de consultas o início do acompanhamento foram superiores a 70% no ES (BRASIL, 2022c; BRASIL, 2022d). Além disso, o estado registrou em 2020, 53.767 nascidos vivos (BRASIL, 2022e) e 37 casos de óbitos maternos (BRASIL, 2022f), perfazendo uma razão de mortalidade materna de 68,8 óbitos/100.000 nascidos vivos.

### 4.3. POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi composta por gestantes do terceiro trimestre, residentes no Estado do Espírito Santo, com mais de vinte anos, que tinham acesso



à *internet* e que utilizavam redes sociais (Instagram®, Facebook® e WhatsApp®), *e-mail* e outras formas de comunicação.

#### **4.3.1. Critérios de inclusão**

Foram incluídas na amostra gestantes que se encontravam no terceiro trimestre de gestação, tinham acesso à *internet* e que aceitaram participar da pesquisa.

A escolha por gestantes no último trimestre de gestação se deu pela maior probabilidade de terem conversado sobre parto com o profissional que realizava seu acompanhamento do pré-natal ou com outras pessoas sobre o parto, terem participado de alguma atividade de educação em saúde ou buscado informação sobre o assunto em outras fontes.

#### **4.3.2. Critérios de exclusão**

Foram excluídas da pesquisa gestantes que residiam fora do ES e menores de vinte anos.

A adolescência é o período de transição entre a infância e a fase adulta, caracterizado por intensas transformações físicas, emocionais e sociais. Para a OMS, a adolescência corresponde à faixa etária entre 10 e 19 anos (WHO, 1986b). Considerando que a gestação nesse período requer atenção e cuidado diferenciado por parte dos profissionais que acompanham o pré-natal, uma vez que gestantes adolescentes tendem a vivenciar com maior frequência, sensações como insegurança (LUZ; ASSIS; REZENDE, 2015). Diante disso, para garantir maior homogeneidade, optou-se por excluir gestantes adolescentes da amostra.

#### 4.4. PROCESSO DE AMOSTRAGEM

O universo amostral foi composto por gestantes com idade gestacional a partir de 28 semanas, residentes em um dos 78 municípios do Espírito Santo e utilizavam as redes sociais.

Para o cálculo amostral, considerou-se o registro de 46.939 nascidos vivos no estado do ES no ano de 2020, de acordo com o SINASC, filhos de mãe com idade igual ou maior que 20 anos (BRASIL, 2022g). Estabeleceu-se uma proporção esperada de 48% de gestantes com orientação para o parto realizada durante a gravidez, conforme estudo já realizado (GONÇALVES *et al.*, 2017), com intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 10%. Esses cálculos resultaram numa amostra de 96 gestantes.

Os cálculos para tamanho amostral foram realizados no programa WinPepi®, versão 3.18, ano 2004-2016.

#### 4.5. COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada por meio de um instrumento eletrônico autoaplicável (*survey*) na plataforma REDCap (versão: redcap\_v10.9.3), de setembro/2021 a março/2022. O *link* para acesso a pesquisa, que continha a carta convite (APÊNDICE D) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE– (APÊNDICE A), foi divulgado nas redes sociais da pesquisadora em formato de *posts* e *stories*, convite individual (via *Direct Messenger*®, *Messenger*®, *WhatsApp*® e *e-mail*) direcionado às gestantes, em grupos formados por gestantes, e com profissionais que prestam serviço a esse público. Outra forma de divulgação utilizada foi a distribuição de panfletos com informações sobre a pesquisa e *QR code* para acesso ao *link*.

Nos últimos anos, a utilização de redes sociais para a realização de pesquisas e divulgação de conhecimentos científicos tem sido ampliada. As redes

sociais deixaram de ser ferramentas que apenas conectam pessoas de diferentes locais do mundo, com interesses semelhantes, tornaram-se canais para difusão de conhecimentos científicos. Por meio delas, é possível apresentar uma pesquisa, coletar dados e divulgar resultados obtidos (FALEIROS *et al.*, 2016; COSTA, 2018).

As etapas para a realização da coleta de dados foram feitas da seguinte forma:

- 1) Identificação de grupos formados por e com gestantes e profissionais que prestam serviços a esse público.
- 2) Divulgação da pesquisa nas redes sociais e em grupos específicos com o *link* para a CARTA CONVITE (APÊNDICE D) que possuía duas perguntas para avaliação dos critérios de inclusão, caso aparecesse alguma resposta “Não”, surgia uma mensagem de agradecimento e o contato era encerrado.
- 3) Se todas as respostas fossem “Sim”, a gestante era direcionada para o link com o TCLE e, após aceite, para o questionário.
- 4) Preenchimento do questionário.
- 5) Envio de *e-mail* de *feedback* (APÊNDICE F) conforme o *score* para a classificação EOR para as que desejassem.

O questionário (APÊNDICE E) foi composto por sete blocos de perguntas: **CARTA CONVITE** (APÊNDICE D) (03 questões), **TCLE** (APÊNDICE A), **CARACTERIZAÇÃO** (14 questões, sendo 04 dependentes de respostas anteriores), **DADOS SOBRE A GESTAÇÃO ATUAL** (05 questões, sendo duas dependentes de respostas anteriores), **EDUCAÇÃO PERINATAL VOLTADAS PARA O TRABALHO DE PARTO E PARTO NA GESTAÇÃO ATUAL** (05 questões, sendo 04 dependentes de respostas anteriores), **PREFERÊNCIAS PARA O PARTO** (08 questões, sendo 05 dependentes de respostas anteriores), avaliação dos conhecimentos das gestantes por meio do **PREPARO PARA O PARTO** (20 questões, sendo 08 dependentes de respostas anteriores), **AVALIAÇÃO DO QUESTIONÁRIO** (02 questões, sendo uma dependente da resposta anterior) e **ACESSO À PESQUISA** (04 questões, sendo duas dependentes de respostas anteriores).

#### 4.6. INSTRUMENTO

Tratou-se de um instrumento autoaplicável construído na plataforma REDCap, com perguntas abertas e fechadas.

Na **CARTA CONVITE**, constaram informações como o título da pesquisa, seus objetivos e justificativa para sua realização, além da identificação dos pesquisadores responsáveis e instituição. A CARTA CONVITE contou com apenas três questões: “**1. Você está gestante, com idade gestacional entre 28 e 42 semanas?**”, se a resposta fosse “**Não**”, a pesquisa era encerrada, se a resposta fosse “**Sim**”, a gestante era direcionada para a próxima questão: “**2. Você tem 20 anos ou mais?**”, se resposta fosse “**Não**” a pesquisa era encerrada, se a resposta fosse “**Sim**”, ficava disponível um *link* para a leitura e *download* do TCLE. Após a leitura do TCLE, a participante respondia à questão: “**3. Para participar é necessário ler o termo de consentimento e aceitá-lo.**”, se assinalada a opção “**Não aceito**”, a pesquisa era encerrada, se assinalada a opção “**Aceito**”, a participante era automaticamente encaminhada para o questionário.

No **TCLE**, constavam, além das informações presentes na carta convite, outras como os procedimentos da pesquisa, a duração e o local de sua realização, os riscos, a garantia de recusa em participar da pesquisa e/ou retirada do consentimento, a garantia do sigilo e a ausência de custos e compensação financeira para participação, e informações quanto direito de entrar em contato com os pesquisadores se assim desejasse.

Para as gestantes que aceitaram participar da pesquisa, o tópico **IDENTIFICAÇÃO DO FORMULÁRIO** era composto por duas questões: “**1. Qual é o seu endereço eletrônico (e-mail)?**” e “**1.1 Deseja receber um e-mail com orientações pertinentes ao seu conhecimento sobre os assuntos abordados?**”, com alternativas de resposta “Sim” e “Não”. O primeiro conjunto de perguntas referia-se à **CARACTERIZAÇÃO**, composto por 13 questões, sendo duas questões abertas e nove questões fechadas. Entre as questões abertas, estavam: “**1. Qual é a sua idade?**”, “**7. Incluindo você, quantas pessoas moram em sua casa?**”. As perguntas fechadas abrangiam “**2. Qual a sua raça/cor?**”, com alternativas de respostas “branca”, “parda”, “preta”, “amarela”, “indígena” e “não

desejo informar”; **“3. Qual é a sua situação conjugal?”**, com alternativas “não tenho companheiro(a)”, “vivo com companheiro(a)”, “tenho companheiro(a), mas não vivo com ele(a)”, “não desejo informar”; **“4. Qual a sua escolaridade?”**, com as opções “analfabeta/fundamental I incompleto”, “fundamental I completo/fundamental II incompleto”, “fundamental II completo/médio incompleto”, “médio completo/superior incompleto”, “superior completo”, “não desejo informar”; **“5. Possui emprego?”**, com as alternativas “posso emprego remunerado no momento”, “não posso emprego remunerado no momento” e “não desejo informar”; **“6. Qual a sua renda familiar?”**, com as opções “renda familiar menor que um salário-mínimo”, “renda familiar entre um e dois salários-mínimos”, “renda familiar entre dois e três salários mínimos”, “renda familiar entre três e quatro salários mínimos”, “renda familiar entre quatro e cinco salários mínimos”, “renda familiar maior que cinco salários mínimos” e “não desejo informar”; **“8. Qual local reside?”**, com as opções “Vivo fora do Brasil”; “Acre”, “Amapá”, “Amazonas”, “Bahia”, “Ceará”; “Distrito Federal”, “Espírito Santo”, “Goiás”, “Maranhão”, “Mato Grosso”, “Mato Grosso do Sul”, “Minas Gerais”, “Pará”, “Paraíba”, “Paraná”, “Pernambuco”, “Piauí”, “Rio de Janeiro”, “Rio Grande do Norte”, “Rio Grande do Sul”, “Rondônia”, “Roraima”, “Santa Catarina”, “São Paulo”, “Sergipe”, “Tocantins”, “Não desejo informar”. Se resposta for “Espírito Santo”, era direcionada à questão **“8.1. Você reside em qual município do ES”**, onde aparecia a lista com os 78 municípios do estado; **“9. Você já ficou grávida outras vezes?”**, com as alternativas “Não, essa é a minha primeira gestação”, “Sim, uma vez”, “Sim, duas vezes”, “Sim, três vezes ou mais” e “não desejo informar”. Se resposta fosse diferente de “Não, essa é a minha primeira gestação” as seguintes questões eram abertas **“9.1 Quantos filhos nascidos vivos?”**, com as opções “nenhum” “um”, “dois”, “três ou mais” e “não desejo informar”; **“9.2 Qual/quais o (os) tipo(s) de parto(s) anterior(es) você teve?”**, com as alternativas “vaginal/normal”, “cesariana” e “não desejo informar”, mais de uma opção pôde ser assinalada. As duas últimas perguntas condicionadas a perguntar anterior a elas.

O conjunto de perguntas seguinte referia-se aos **DADOS SOBRE A GESTAÇÃO ATUAL** e é composto por três questões fechadas: **“1. Qual a sua idade gestacional atual?”**, com as opções “28 semanas”, “29 semanas”, “30 semanas”, “31 semanas”, “32 semanas”, “33 semanas”, “34 semanas”, “35 semanas”,

“36 semanas”, “37 semanas”, “38 semanas”, “39 semanas”, “40 semanas”, “41 semanas”, “42 semanas ou mais”, **“2. Qual o local de realização do pré-natal?”**, com as opções “Unidade básica de saúde”, “Ambulatório de pré-natal (SUS)”, “Centro de referência para gestação de alto risco (SUS)” e “Consultório particular (consulta particular)”, “Consultório médico (consultas pelo plano de saúde)”, “Ambulatório do plano de saúde (consultas pelo plano de saúde)”, “Outro local”, “Não realizo acompanhamento pré-natal” e “Não desejo informar”. Se resposta “Outro local” abria questão: **“2.1. Se selecionou “Outro local” na questão anterior, descreva:”** e se respostas diferentes de “Não realizo acompanhamento pré-natal” e “Não desejo informar”, abria questão: **“2.2. Qual a idade gestacional você iniciou o acompanhamento pré-natal?”**, **“3. Qual(is) profissional(is) realiza o seu pré-natal?”**, com as seguintes alternativas “Médico de família”, “Enfermeira”, “Ginecologista obstetra”, “Enfermeira obstetra”, “Parteira tradicional” e “Não desejo informar”, mais de uma alternativa pode ser assinalada. **“4. A sua gestação foi planejada?”** com as alternativas “Planejava engravidar neste momento”, “Planejava engravidar futuramente”, “Não planejava engravidar” e “Não desejo informar”.

O terceiro conjunto de perguntas tratava das **AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERINATAL VOLTADAS PARA O TRABALHO DE PARTO E PARTO NA GESTAÇÃO ATUAL** e era composto por três questões fechadas, **“1. Você recebeu/buscou informações sobre trabalho de parto na gestação atual?”**, com opções de resposta “Sim” e “Não”; se resposta “Sim”: **“1.1. Qual(is) a(s) fonte(s) e informação sobre preparação para o trabalho de parto e parto”**, podendo a gestante escolher mais de uma opção de resposta entre as seguintes opções: “Enfermeira que atende o pré-natal durante as consultas”, “Médico que atende o pré-natal durante as consultas”, “Parteira tradicional que atende o pré-natal durante as consultas”, “Enfermeira que atende o pré-natal durante grupos/cursos”, “Médico que atende o pré-natal durante grupos/cursos”, “Parteira tradicional que atende o pré-natal durante grupos/cursos”, “Outro profissional de saúde (diferente do que atende o pré-natal)”, “Doula”, “Cursos de gestante”, “Grupos/cursos de educação perinatal”, “Grupos nas redes sociais”, “Amigas/familiares”, “Páginas nas redes sociais e/ou sites”, “Aplicativos”, “Já sabia/conhecia antes da gestação”, “Outras fontes de informação” e “Não desejo informar”. Se resposta “Outras fontes de informação” abria questão: **“1.1.1 Se selecionou “Outras fontes de informação na questão**

**anterior, descreva**", se resposta diferente de "Não desejo informar" abria a questão **"1.1.2. Qual é a sua principal fonte e informação sobre preparação para o trabalho de parto e parto"**, podendo a gestante escolher apenas uma opção de resposta entre as seguintes opções: "Enfermeira que atende o pré-natal durante as consultas", "Médico que atende o pré-natal durante as consultas", "Parteira tradicional que atende o pré-natal durante as consultas", "Enfermeira que atende o pré-natal durante grupos/cursos", "Médico que atende o pré-natal durante grupos/cursos", "Parteira tradicional que atende o pré-natal durante grupos/cursos", "Outro profissional de saúde (diferente do que atende o pré-natal", "Doula", "Cursos de gestante", "Grupos/cursos de educação perinatal", "Grupos nas redes sociais", "Amigas/familiares", "Páginas nas redes sociais e/ou sites", "Aplicativos", "Já sabia/conhecia antes da gestação" e "Outras fontes de informação". Se resposta "Outras fontes de informação" abria questão: **"1.1.3 Se selecionou "Outras fontes de informação na questão anterior, descreva"**.

As questões seguintes tratavam das **PREFERÊNCIAS PARA O PARTO**, composto por três questões: **"1. Qual o tipo de parto você está planejando?"**, tendo como opções de resposta "Vaginal/Normal", "Cesariana" e "Não tenho preferência". Se assinalada a opção "Vaginal" abria-se a questão: **"1.1. Se vaginal/normal, qual o motivo?"**, e as seguintes alternativas de resposta "Desejo pelo parto vaginal", "Recuperação mais rápida", "Benefícios para o bebê" "Menor risco de complicações", "Medo da cesariana", "Experiência anterior positiva com parto vaginal/normal", "Experiência anterior negativa com a cesariana", "Histórias de familiares/amigas positivas do parto vaginal/normal", "História de familiares/amigas negativas da cesariana", "Preferência do(a) companheiro(a)" e "Outros", mais de uma opção pôde ser assinalada. Se selecionada opção "Outros", abria-se a questão **"1.1.1. Se selecionou "Outros" na questão anterior, descreva o motivo:"**. Se assinalada a opção "Cesariana" abria-se a questão: **"1.2. Se cesariana, qual o motivo?"**, e as seguintes alternativas de resposta: "Desejo pela cesariana", "Não quero sentir dor", "Tenho medo do parto vaginal/normal", "Desejo agendar o dia do nascimento", "Vou realizar laqueadura tubária", "Tenho cesariana ou outra cirurgia uterina anterior", "Minha gestação é múltipla (dois ou mais bebês)", "Pressão alta", "Diabetes", "Outras doenças e/ou complicações", "Placenta prévia", "O bebê está sentado ou atravessado", "Menor risco para o bebê" "Menor risco de complicações",

“Experiência anterior positiva com a cesariana”, “Experiência anterior negativa com parto vaginal/normal”, “Histórias de familiares/amigas negativas do parto vaginal/normal”, “História de familiares/amigas positivas da cesariana”, “Preferência do(a) companheiro(a)” e “Outros”, mais de uma opção pôde ser assinalada. Se selecionada opção “Outros”, abria a questão **“1.2.1. Se selecionou “Outros” na questão anterior, descreva o motivo:”**.

Ainda no conjunto sobre as **PREFERÊNCIAS PARA O PARTO**, a questão: **“2. Qual o local você pretende ter o seu bebê?”**, com as opções “Maternidade pública”, “Maternidade privada” e “Parto domiciliar”; e **“3. Quem você deseja que esteja com você no momento do parto?”**, com as alternativas “Companheiro”, “Companheira”, “Doula”, “Mãe”, “Pai”, “Irmã”, “Irmão”, “Amiga”, “Amigo” e “Outros”, mais de uma opção podia ser assinalada. Se selecionada opção “Outros”, abria a questão **“3.1. Se selecionou “Outros” na questão anterior, descreva o quem você deseja que esteja com você no momento do parto:”**.

O próximo conjunto de perguntas referia-se à avaliação do **PREPARO PARA O PARTO**, é composto exclusivamente por questões abertas e fechadas: **“1. Você conhece os sinais que podem anteceder o trabalho de parto?”**, tendo como opções de resposta “Não”, “Sim, porém tenho dúvidas” e “Sim”, se resposta “Sim” ou “Sim, porém tenho dúvidas” abria a questão: **“1.1. Quais sinais você conhece?”** com as alternativas: “Aumento das contrações de treinamento”, “Saída do tampão mucoso”, “Nenhuma das anteriores” e “Outros sinais”, podendo mais de uma alternativa ser selecionadas. Se assinalada a opção “Outros sinais”, abria a questão: **“1.1.1 Se selecionou “Outros sinais” na questão anterior, descreva”**. **“2. Você sabe o que fazer se a bolsa romper antes do trabalho de parto (após 37 semanas de gestação)?”**, tendo como opções de resposta “Não”, “Sim, porém tenho dúvidas” e “Sim”, se resposta “Sim” ou “Sim, porém tenho dúvidas” abria a questão: **“2.1. Quais ações você conhece?”**, com as seguintes alternativas possíveis “Se líquido amniótico claro e com odor semelhante a água sanitária, posso aguardar em casa por até 18h”, “Se líquido amniótico com odor fétido, coloração amarela, verde, marrom ou vermelha, independente do tempo de bolsa rompida, devo acionar equipe e/ou procurar atendimento médico”, “Nenhuma das anteriores” e “Outras ações”, podendo mais de uma alternativa ser selecionadas. Se assinalada a opção “Outros sinais”, abria a questão: **“2.1.1 Se selecionou “Outras ações” na**



questão anterior, descreva”; **“3. Você conhece as vantagens do parto vaginal/normal?”**, tendo como opções de resposta: “Não”, “Sim, porém tenho dúvidas” e “Sim”, se resposta “Sim” ou “Sim, porém tenho dúvidas” abria a questão: **“3.1. Quais vantagens você conhece?”**, com as alternativas “Recuperação mais rápida no pós-parto”, “Menor risco de complicações como infecção e hemorragia”, “Favorece o contato pele a pele e vínculo com o bebê”, “Favorece a amamentação, em especial na primeira hora de vida do bebê”, “Melhor adaptação do recém-nascido”, “Nenhuma das anteriores” e “Outras vantagens”, podendo mais de uma alternativa ser selecionadas. Se assinalada a opção “Outras vantagens”, abria a questão: **“3.1.1 Se selecionou “Outras vantagens” na questão anterior, descreva”**; **“4. Você sabe quando a cesariana é indicada/necessária?”**, tendo como opções de resposta “Não”, “Sim, porém tenho dúvidas” e “Sim”, se resposta “Sim” ou “Sim, porém tenho dúvidas” abria a questão: **“4.1. Quais indicações você conhece?”** com as seguintes alternativas possíveis: “Placenta prévia parcial ou total”, “Ruptura de vasa prévia”, “Cesariana corporal (vertical) anterior”, “Rotura uterina anterior”, “Miomectomia anterior”, “Apresentação córmica (situação transversa) no trabalho de parto”, “Prolapso de cordão”, “Descolamento prematuro de placenta”, “Herpes genital ativa no momento do trabalho de parto”, “Sofrimento fetal/Frequência cardíaca fetal não tranquilizadora”, “Parada de progressão do trabalho de parto (não resolvida com as medidas habituais)”, “Desproporção céfalo-pélvica”, “Nenhuma das anteriores” e “Outras indicações”, podendo mais de uma alternativa ser selecionadas. Se assinalada a opção “Outras indicações”, abria a questão: **“4.1.1 Se selecionou “Outras indicações” na questão anterior, descreva”**; **“5. Você conhece as fases do trabalho de parto?”**, tendo como opções de resposta: “Não”, “Sim, porém tenho dúvidas” e “Sim”, se resposta “Sim” ou “Sim, porém tenho dúvidas”, abria a questão: **“5.1 Quais fases você conhece?”** com as alternativas “Pródromos de trabalho de parto”, “Fase latente do trabalho de parto”, “Fase ativa do trabalho de parto”, “Expulsivo”, “Dequitação”, “Nenhuma das anteriores” e “Outras fases”, podendo mais de uma alternativa ser selecionadas. Se assinalada a opção “Outras fases”, abria a questão: **“5.1.1 Se selecionou “Outras fases” na questão anterior, descreva”**;

Ainda no conjunto **PREPARO PARA O PARTO**, tínhamos as questões: **“6. Você sabe quais são os métodos farmacológicos para alívio da dor durante o**

**trabalho de parto?”**, tendo como opções de resposta “Não”, “Sim, porém tenho dúvidas” e “Sim”, se resposta “Sim” ou “Sim, porém tenho dúvidas” abria a questão **“6.1. Quais métodos você conhece?”**, com as alternativas “Raquianestesia”, “Peridural”, “Combinada raqui-peridural”, “Nenhuma das anteriores” e “Outros métodos”, podendo mais de uma alternativa ser selecionadas. Se assinalada a opção “Outros métodos”, abria a questão: **“6.1.1 Se selecionou “Outros métodos” na questão anterior, descreva”**; **“7. Você conhece os métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto?”**, tendo como opções de resposta “Não”, “Sim, porém tenho dúvidas” e “Sim”, se resposta “Sim” ou “Sim, porém tenho dúvidas” abria a questão: **“7.1. Quais métodos você conhece?”**, com as alternativas “Banho morno” e “Massagem lombar”, “Exercícios respiratórios”, “Deambulação”, “Bola suíça”, “Aromaterapia”, “Nenhuma das anteriores” e “Outros métodos”, podendo mais de uma alternativa ser selecionadas. Se assinalada a opção “Outros métodos”, abria a questão: **“7.1.1 Se selecionou “Outros métodos” na questão anterior, descreva”**; **“8. Você conhece o plano de parto?”**, tendo como opções de resposta “Não”, “Sim, porém tenho dúvidas” e “Sim”, se resposta “Sim” ou “Sim, porém tenho dúvidas” abria a questão: **“8.1. Quais vantagens do plano de parto você conhece?”**, com as alternativas: “Para a equipe conhecer minhas expectativas para o parto”, “Para que eu tenha, ao elaborar o plano de parto, mais consciência das intervenções possíveis e assim, fazer escolhas com maior propriedade”, “Nenhuma das anteriores” e “Outras vantagens”, podendo mais de uma alternativa ser selecionadas. Se assinalada a opção “Outras vantagens”, abria a questão: **“8.1.1 Se selecionou “Outras vantagens” na questão anterior, descreva”**; **“9. Você sabe quais os procedimentos que não devem ser realizados de forma rotineira durante o trabalho de parto e parto?”**, tendo como opções de resposta “Não”, “Sim, porém tenho dúvidas” e “Sim”, se resposta “Sim” ou “Sim, porém tenho dúvidas” abre a questão: **“9.1. Quais procedimentos você conhece?”**, com as alternativas “Ruptura artificial da bolsa das águas” e “Infusão contínua de ocitocina”, “Episiotomia”, “Manobra de Valsalva”, “Tricotomia”, “Nenhuma das anteriores” e “Outros procedimentos”, podendo mais de uma alternativa ser selecionadas. Se assinalada a opção “Outros procedimentos”, abria a questão: **“9.1.1 Se selecionou “Outros procedimentos” na questão anterior, descreva”**.

Dentro do bloco de **PREPARO PARA O PARTO**, constava o tópico de **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DIREITOS DA GESTANTE, PARTURIENTE E PUÉRPERA**, composto por questões fechadas como: **“10. Você sabe quais são as situações que podem ser configuradas como violência obstétrica?”**, tendo como opções de resposta “Não”, “Sim, porém tenho dúvidas” e “Sim”, se resposta “Sim” ou “Sim, porém tenho dúvidas” abria a questão: **“10.1. Quais situações você conhece?”**, com as alternativas “Privação do direito do acompanhante” e “Negar acesso a métodos para alívio da dor”, “Realização de procedimentos dolorosos sem analgesia adequada”, “Restrição indiscriminada de ingesta hídrica e alimentação”, “Constranger, humilhar e ofender a gestante/parturiente”, “Realização de procedimentos sem a concordância/autorização”, “Enema/lavagem intestinal”, “Manobra de Kristeller”, “Nenhuma das anteriores” e “Outras situações”, podendo mais de uma alternativa ser selecionadas. Se assinalada a opção “Outros sinais”, abria a questão: **“10.1.1 Se selecionou “Outros ações” na questão anterior, descreva”**; **“11. Você sabe quais são os direitos da gestante, parturiente e puérpera?”**, tendo como opções de resposta “Não”, “Sim, porém tenho dúvidas” e “Sim”, se resposta “Sim” ou “Sim, porém tenho dúvidas” abria a questão: **“11.1. Quais direitos você conhece?”**, com as alternativas “Direito a um acompanhante de sua escolha” e “Direito a vinculação à maternidade de referência”, “Direito a atendimento em qualquer unidade hospitalar da rede de saúde, transferência segura caso necessário”, “Nenhuma das anteriores” e “Outros direitos”, podendo mais de uma alternativa ser selecionadas. Se assinalada a opção “Outros direitos”, abria a questão: **“11.1.1 Se selecionou “Outros direitos” na questão anterior, descreva”**.

O conjunto sobre o **PREPARO PARA O PARTO** possuía ainda com uma questão referente à **PRIMEIRA HORA DE VIDA**: **“12. Você sabe o que é a ‘Hora dourada’?”**, tendo como opções de resposta “Sim”, “Sim, porém tenho dúvidas” e “Não”. Após responder cada questão desse bloco, a participante passava para a etapa seguinte, que foi composta pelos textos informativos referentes às questões o tópico **PREPARO PARA O PARTO**.

O conjunto de questões seguinte tratava da **AVALIAÇÃO DO QUESTIONÁRIO** e era composto por duas questões fechadas. **“1. Você acredita que as informações contidas neste questionário contribuíram com o seu**

**conhecimento sobre a temática abordada?”**, com as opções de resposta “Não, pois eu já conhecia os assuntos abordados”, “Sim, acrescentou informações ao que eu já sabia” e “Sim, pois eu não conhecia os assuntos abordados”, se resposta “Sim, acrescentou informações ao que eu já sabia” ou “Sim, pois eu não conhecia os assuntos abordados” abria a questão: **“1.1. quais foram as informações mais relevantes?”**, com as alternativas “Sinais de trabalho de parto”, “Ruptura da bolsa”, “Vantagens do parto vaginal/normal”, “Como é a cesariana”, “Fases do trabalho de parto”, “Métodos farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto”, “Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto”, “Plano de parto”, “Procedimentos que não devem ser realizados de forma rotineira”, “Direitos da gestante, parturiente e puérpera” e “Hora dourada”, mais de uma opção pode ser assinalada.

O último conjunto de perguntas referia-se à forma de acesso da participante à pesquisa, foi composto por perguntas abertas e fechadas. **“1. Como você soube da pesquisa?”**, com as alternativas “Profissional que realiza o meu acompanhamento pré-natal”, “Outro profissional de saúde (diferente do que atende o pré-natal)”, “Doula”, “Grupo de gestantes que participa”, “Amiga/conhecida/familiar que está gestante”, “Amiga/conhecida/familiar não gestante”, “Redes sociais”, “Contato feito pela pesquisadora” e “Outros”. Se resposta “Outros” abria a questão: **“1.1. Se resposta “Outros” na questão anterior, descreva:”**. **“2. Como você teve acesso ao link da pesquisa?”**, com as alternativas “Via *WhatsApp*”, “Via *Instagram*”, “Via *Facebook*”, “Via *Telegram*”, “Via *e-mail*”, “Via pôster ou folder com QR code” e “Outros”, se resposta “Outros” abria a questão: **“2.1. Se resposta “Outros” na questão anterior, descreva:”**.

#### 4.7. ANÁLISE DE DADOS

A análise referente ao conhecimento das gestantes sobre os temas abordados foi por meio do Sistema EOR. Essa classificação permite valorizar o conhecimento e habilidades do indivíduo, favorecendo sua autonomia para promover o autocuidado (SÃO PAULO, 2016).

Neste trabalho, o Elogiar (E) significava que a gestante não apresentava dúvidas com relação à temática, as informações recebidas durante o preenchimento do questionário, tinham como objetivo reforçar o conhecimento prévio. O Orientar (O) significava que a gestante possuía conhecimento sobre o assunto, porém ainda apresentava dúvidas, dessa forma, as informações presentes no instrumento visavam complementar o conhecimento prévio. E por fim, o Recomendar (R) foi utilizado quando a gestante não conhecia a temática abordada e as informações recebidas após o preenchimento de cada questão facilitaram a construção do conhecimento sobre o assunto.

Para a classificação, foi utilizado um score de zero a 24, onde cada alternativa das questões principais apresentava uma pontuação diferente. Para cada alternativa **“Sim”** assinalada, a pontuação correspondente era 02 (dois), para cada resposta **“Sim, porém tenho dúvidas”** foi pontuado 01 (um), e cada alternativa **“Não”** assinalada, a pontuação correspondente era 00 (zero).

Dessa forma, as gestantes que apresentavam pontuação entre 20 e 24, automaticamente recebiam o Elogiar ao final do questionário, com a mensagem: **“Parabéns! A informação é muito importante para o processo de tomada de decisões, diminui o risco de intervenções desnecessárias e favorece uma experiência positiva de trabalho de parto e parto!”**.

As gestantes que tiveram score entre 10 e 19 pontos, eram orientadas com a mensagem: **“Você ainda possui algumas dúvidas sobre trabalho de parto, violência obstétrica e os seus direitos, isso é comum. Converse com o profissional que atende o seu pré-natal. Procure saber sobre a existência de grupos e cursos de gestante na sua unidade de saúde. Existem grupos e perfis nas redes sociais e páginas na internet que possuem conteúdos de excelente qualidade. Se desejar, você receberá uma carta com informações sobre os assuntos abordados nesta pesquisa.”**.

E, por fim, as gestantes com pontuação entre 00 e 09 pontos, recebiam o Recomendar, com a seguinte mensagem: **“Você possui muitas dúvidas sobre trabalho de parto, violência obstétrica e os seus direitos, isso é comum. É fundamental que você converse com o profissional que atende o seu pré-natal sobre o trabalho de parto, o parto, seus direitos neste momento e violência**

obstétrica o quanto antes. Aproveite o momento da consulta para retirar todas as suas dúvidas sobre o assunto. Procure saber sobre a existência de grupos e cursos de gestante na sua unidade de saúde. Existem alguns grupos e perfis nas redes sociais e páginas na internet que possuem conteúdos de excelente qualidade, procure por eles. Se desejar, você receberá uma carta com informações sobre os assuntos abordados nesta pesquisa.”.

#### 4.8. ARMAZENAMENTO DOS DADOS COLETADOS

O armazenamento dos dados do questionário foi realizado na nuvem da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) por meio da plataforma REDCap.

#### 4.9. DESCARTE DOS DADOS COLETADOS

Os dados coletados estão armazenados na nuvem da UFES podendo ser utilizados em pesquisas posteriores, respeitando os critérios de sigilo e confidencialidade.

#### 4.10. VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis utilizadas neste estudo estão descritas no **Quadro 1**, com seus respectivos códigos, nomes, categorias e classificação.

<b>Quadro 01:</b> Variáveis utilizadas no estudo com seus respectivos códigos, nomes, categorias e classificação.			
<b>Código da variável</b>	<b>Variável</b>	<b>Categoria</b>	<b>Classificação</b>

**Quadro 01:** Variáveis utilizadas no estudo com seus respectivos códigos, nomes, categorias e classificação.

<b>Código da variável</b>	<b>Variável</b>	<b>Categoria</b>	<b>Classificação</b>
<b>CONVITE</b>			
gravida	Idade gestacional maior que 28 semanas	0, Não 1, Sim	Qualitativa dicotômica nominal
idade	Idade maior que 20 anos	0, Não 1, Sim	Qualitativa dicotômica nominal
tcle	Termo de consentimento livre e esclarecido	0, Não aceito 1, Aceito	Qualitativa dicotômica nominal
<b>IDENTIFICAÇÃO DO FORMULÁRIO</b>			
iq_010	Endereço eletrônico	Descritiva	
iq_010a	E-mail de feedback	0, Não 1, Sim	Qualitativa dicotômica nominal
<b>CARACTERIZAÇÃO</b>			
cg_010	Idade	1, 20 a 34 anos 2, 35 anos ou mais	Qualitativa dicotômica nominal
cg_020	Raça/cor	1, Branca 2, Parda 3, Preta 4, Amarela (asiática) 5, Indígena (índia)	Qualitativa múltipla nominal
cg_030	Situação conjugal	1, Não tenho companheiro(a) 2, Tenho companheiro(a)	Qualitativa dicotômica nominal
cg_040	Escolaridade	1, Até ensino fundamental 4, Ensino médio 5, Ensino Superior	Qualitativa ordinal múltipla
cg_050	Emprego	1, Possui emprego remunerado no momento 2, Não possui emprego remunerado no momento	Qualitativa múltipla nominal
cg_060	Renda familiar	1, Renda familiar menor que um salário mínimo 2, Renda familiar entre um e dois salários mínimos 3, Renda familiar entre dois e três salários mínimos 4, Renda familiar entre três e quatro salários mínimos 5, Renda familiar entre quatro e cinco salários mínimos 6, Renda familiar maior que cinco salários mínimos	Qualitativa ordinal múltipla
cg_070	Número de moradores na residência	1, Até dois moradores 2, Três ou mais moradores	Qualitativa dicotômica nominal
cg_080	Local de residência	10, Vivo fora do Brasil 12, Acre 27, Alagoas 16, Amapá	Qualitativa múltipla nominal

**Quadro 01:** Variáveis utilizadas no estudo com seus respectivos códigos, nomes, categorias e classificação.

Código da variável	Variável	Categoria	Classificação
		13, Amazonas 29, Bahia 23, Ceará 53, Distrito Federal 32, Espírito Santo 52, Goiás 21, Maranhão 51, Mato Grosso 50, Mato Grosso do Sul 31, Minas Gerais 15, Pará 25, Paraíba 41, Paraná 26, Pernambuco 22, Piauí 33, Rio de Janeiro 24, Rio Grande do Norte 43, Rio Grande do Sul 11, Rondônia 14, Roraima 42, Santa Catarina 35, São Paulo 28, Sergipe 17, Tocantins	
cg_080a	Município residência	320010, AFONSO CLÁUDIO 320013, ÁGUA BRANCA 320016, ÁGUA DOCE DO NORTE 320020, ALEGRE 320030, ALFREDO CHAVES 320035, ALTO RIO NOVO 320040, ANCHIETA 320050, APIACÁ 320060, ARACRUZ 320070, ATÍLIO VIVÁQUA 320080, BAIXO GUANDU 320090, BARRA DE SAO FRANCISCO 320100, BOA ESPERANCA 320110, BOM JESUS DO NORTE 320115, BREJETUBA 320120, CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM 320130, CARIACICA 320140, CASTELO 320150, COLATINA 320160, CONCEICAO DA BARRA 320170, CONCEICAO DO CASTELO 320180, DIVINO DE SAO LOURENCO 320190, DOMINGOS MARTINS 320200, DORES DO RIO PRETO 320210, ECOPORANGA 320220, FUNDAO 320225, GOVERNADOR LINDENBERG	Qualitativa nominal múltipla



<b>Quadro 01:</b> Variáveis utilizadas no estudo com seus respectivos códigos, nomes, categorias e classificação.			
<b>Código da variável</b>	<b>Variável</b>	<b>Categoria</b>	<b>Classificação</b>
		320230, GUACUI 320240, GUARAPARI 320245, IBATIBA 320250, IBIRACU 320255, IBITIRAMA 320260, ICONHA 320265, IRUPI 320270, ITAGUACU 320280, ITAPEMIRIM 320290, ITARANA 320300, IUNA 320305, JAGUARE 320310, JERONIMO MONTEIRO 320313, JOAO NEIVA 320316, LARANJA DA TERRA 320320, LINHARES 320330, MANTENOPOLIS 320332, MARATAIZES 320334, MARECHAL FLORIANO 320335, MARILANDIA 320340, MIMOSO DO SUL 320350, MONTANHA 320360, MUCURICI 320370, MUNIZ FREIRE 320380, MUQUI 320390, NOVA VENECIA 320400, PANCAS 320405, PEDRO CANARIO 320410, PINHEIROS 320420, PIUMA 320425, PONTO BELO 320430, PRESIDENTE KENNEDY 320435, RIO BANANAL 320440, RIO NOVO DO SUL 320450, SANTA LEOPOLDINA 320455, SANTA MARIA DE JETIBA 320460, SANTA TERESA 320465, SÃO DOMINGOS DO NORTE 320470, SAO GABRIEL DA PALHA 320480, SAO JOSE DO CALCADO 320490, SAO MATEUS 320495, SAO ROQUE DO CANAA 320500, SERRA 320501, SOORETAMA 320503, VARGEM ALTA 320506, VENDA NOVA DO IMIGRANTE 320510, VIANA 320515, VILA PAVAO 320517, VILA VALERIO 320520, VILA VELHA 320530, VITORIA	
cg_080a	Município de residência	1, Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV) 2, Outras regiões	Qualitativa nominal dicotômica

<b>Quadro 01:</b> Variáveis utilizadas no estudo com seus respectivos códigos, nomes, categorias e classificação.			
<b>Código da variável</b>	<b>Variável</b>	<b>Categoria</b>	<b>Classificação</b>
cg_090	Número de gestações anteriores	1, Primeira gestação 2, Duas ou mais gestações	Qualitativa nominal dicotômica
cg_090a	Número de filhos nascidos vivos	1, Nenhum 2, Um 3, Dois ou mais	Qualitativa nominal múltipla
cg_090b	Tipo de parto anterior	1, Vaginal/Normal 2, Cesariana 3, Ambos (vaginal/normal e cesariana)	Qualitativa nominal múltipla
<b>DADOS SOBRE A GESTAÇÃO ATUAL</b>			
ga_010	Idade gestacional	1, 28 a 31 semanas 2, 32 a 36 semanas 3, 37 semanas ou mais	Qualitativa nominal múltipla
ga_020	Local de realização do pré-natal	1, Exclusivamente pelo SUS 2, Exclusivamente privado (particular ou convênio) 3, Misto (SUS e privado)	Qualitativa nominal múltipla
ga_020a	Idade gestacional no início do pré-natal	1, Até 12 semanas 2, 13 semanas ou mais	Qualitativa nominal dicotômica
ga_030	Profissional que realiza o pré-natal	1, Exclusivamente médico 2, Exclusivamente enfermeira 3, Misto (médico e enfermeira)	Qualitativa nominal múltipla
ga_040	Planejamento da gestação	1, Planejava engravidar 2, Não planejava engravidar	Qualitativa nominal dicotômica
<b>AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERINATAL VOLTADAS PARA O TRABALHO DE PARTO E PARTO NA GESTAÇÃO ATUAL</b>			
ep_010	Buscou/recebeu informação sobre trabalho de parto e parto	0, Não 1, Sim	Qualitativa nominal dicotômica
ep_010a	Fonte de informação sobre trabalho de parto e parto	1, Enfermeira(o) que atende o pré-natal durante as consultas 2, Médico que atende o pré-natal durante as consultas 3, Parteira tradicional que atende o pré-natal durante as consultas 4, Enfermeira que atende o pré-natal durante grupos/cursos 5, Médico que atende o pré-natal durante grupos/cursos 6, Parteira tradicional que atende o pré-natal durante grupos/cursos 7, Outro profissional de saúde (diferente do que atende o pré-natal) 8, Doula 9, Curso de gestantes 10, Grupos de educação perinatal 11, Grupos nas redes sociais 12, Amigas/familiares 13, Páginas nas redes sociais e/ou sites 14, Aplicativos	Qualitativa nominal múltipla

<b>Quadro 01:</b> Variáveis utilizadas no estudo com seus respectivos códigos, nomes, categorias e classificação.			
<b>Código da variável</b>	<b>Variável</b>	<b>Categoria</b>	<b>Classificação</b>
		15, Já sabia/conhecia antes da gestação 16, Outras fontes de informação 17, Não desejo informar	
ep_010b	Outras fontes de informação	Descritiva	Qualitativa múltipla nominal
ep_010c	Principal fonte de informação sobre trabalho de parto e parto	1, Enfermeira(o) que atende o pré-natal durante as consultas 2, Médico que atende o pré-natal durante as consultas 3, Parteira tradicional que atende o pré-natal durante as consultas 4, Enfermeira que atende o pré-natal durante grupos/cursos 5, Médico que atende o pré-natal durante grupos/cursos 6, Parteira tradicional que atende o pré-natal durante grupos/cursos 7, Outro profissional de saúde (diferente do que atende o pré-natal) 8, Doula 9, Curso de gestantes 10, Grupos de educação perinatal 11, Grupos nas redes sociais 12, Amigas/familiares 13, Páginas nas redes sociais e/ou sites 14, Aplicativos 15, Já sabia/conhecia antes da gestação 16, Outras fontes de informação	Qualitativa múltipla nominal
ep_010d	Outras fontes de informação	Descritiva	Qualitativa múltipla nominal
<b>PREFERÊNCIAS PARA O PARTO</b>			
pg_010	Tipo de parto desejado	1, Vaginal/Normal 2, Cesariana 3, Não tenho preferências	Qualitativa múltipla nominal
pg_010a	Motivos de escolha pelo parto vaginal/normal	1, Desejo pelo parto vaginal/normal 2, Recuperação mais rápida 3, Benefícios para o bebê 4, Menor risco de complicações 5, Medo da cesariana 6, Experiência anterior positiva com o parto vaginal/normal 7, Experiência anterior negativa com a cesariana 8, Histórias de familiares/amigas positivas do parto vaginal/normal 9, Histórias de familiares/amigas negativas da cesariana 10, Preferência do companheiro(a) 11, Outros	Qualitativa múltipla nominal
pg_010aa	Outros motivos de escolha pelo parto	Descritiva	Qualitativa múltipla nominal

**Quadro 01:** Variáveis utilizadas no estudo com seus respectivos códigos, nomes, categorias e classificação.

<b>Código da variável</b>	<b>Variável</b>	<b>Categoria</b>	<b>Classificação</b>
	vaginal/normal		
pg_010b	Motivos de escolha cesariana pela	1, Desejo pelo parto cesariana 2, Não quero sentir dor 3, Tenho medo do parto vaginal/normal 4, Desejo agendar o dia do nascimento 5, Vou realizar laqueadura tubária 6, Minha gestação é múltipla (dois ou mais bebês) 7, Pressão alta 8, Diabetes 9, Outras doenças e/ou complicações 10, Placenta prévia 11, Menor risco para o bebê 12, Menor risco de complicação 13, Experiência anterior positiva com a cesariana 14, Experiência anterior negativa com o parto vaginal/normal 15, Histórias de familiares/amigas positivas da cesariana 16, Histórias de familiares/amigas negativas do parto vaginal/normal 17, Preferência do companheiro(a) 18, Outros	Qualitativa múltipla nominal
pg_010ba	Outros motivos de escolha pela cesariana	Descritiva	Qualitativa múltipla nominal
pg_020	Local escolhido para o parto	1, Maternidade pública 2, Maternidade privada 3, Parto domiciliar 4, Casa de parto 5, Centro de parto normal	Qualitativa múltipla nominal
pg_030	Acompanhante escolhido para o parto	1, Companheiro 2, Companheira 3, Doula 4, Mãe 5, Pai 6, Irmã 7, Irmão 8, Amiga 9, Amigo 10, Outros	Qualitativa múltipla nominal
pg_030a	Outro acompanhante	Descritiva	Qualitativa múltipla nominal
<b>PREPARO PARA O PARTO</b>			
pp_010	Sinais que podem anteceder o parto	0, Não 1, Sim, porém tenho dúvidas 2, Sim	Qualitativa múltipla nominal
pp_010a	Sinais de que podem anteceder	1, Contrações de treinamento 2, Saída do tampão mucoso	Qualitativa múltipla nominal

**Quadro 01:** Variáveis utilizadas no estudo com seus respectivos códigos, nomes, categorias e classificação.

<b>Código da variável</b>	<b>Variável</b>	<b>Categoria</b>	<b>Classificação</b>
	o parto	3, Nenhuma das anteriores 4, Outros sinais	
pp_010aa	Outros sinais que podem anteceder o parto	Descritiva	Qualitativa múltipla nominal
pp_020	Ruptura da bolsa fora do trabalho de parto	0, Não 1, Sim, porém tenho dúvidas 2, Sim	Qualitativa múltipla nominal
pp_020a	Ações para ruptura da bolsa fora do trabalho de parto	1, Se líquido amniótico claro e com odor semelhante a água sanitária, posso aguardar em casa, por até 18h. 2, Se líquido amniótico com odor fétido, coloração amarela, verde, marrom ou vermelha, independente do tempo de bolsa rompida, devo acionar equipe/procurar atendimento médico 3, Nenhuma das opções anteriores 4, Outras ações	Qualitativa múltipla nominal
pp_020aa	Outras ações	Descritiva	Qualitativa múltipla nominal
pp_030	Vantagens do parto vaginal/normal	0, Não 1, Sim, porém tenho dúvidas 2, Sim	Qualitativa múltipla nominal
pp_030a	Vantagens do parto vaginal/normal	1, Recuperação mais rápida no pós-parto 2, Menor risco de complicações como infecção e hemorragia 3, Favorece o contato pele a pele e vínculo com o bebê 4, Favorece a amamentação, em especial na primeira hora de vida 5, Melhor adaptação do recém-nascido 6, Nenhuma das anteriores 7, Outras vantagens	Qualitativa múltipla nominal
pp_030aa	Outras vantagens	Descritiva	Qualitativa múltipla nominal
pp_040	Indicações de cesariana	0, Não 1, Sim, porém tenho dúvidas 2, Sim	Qualitativa múltipla nominal
pp_040a	Indicações de cesariana	1, Placenta prévia parcial ou total 2, Ruptura de vasa prévia; 3, Cesariana corporal (vertical) anterior 4, Rotura uterina anterior 5, Miomectomia anterior 6, Apresentação cômica (situação transversa) no trabalho de parto 7, Prolapso de cordão 8, Descolamento prematuro de placenta 9, Sofrimento fetal/Frequência cardíaca fetal não tranquilizadora	Qualitativa múltipla nominal

**Quadro 01:** Variáveis utilizadas no estudo com seus respectivos códigos, nomes, categorias e classificação.

<b>Código da variável</b>	<b>Variável</b>	<b>Categoria</b>	<b>Classificação</b>
		10, Parada de progressão do trabalho de parto (não resolvida com as medidas habituais) 11, Desproporção céfalo-pélvica 12, Nenhuma das anteriores 13, Outras indicações 14, Herpes genital ativa no momento do trabalho de parto 15, Nenhuma das anteriores 16, Outras indicações	
pp_040aa	Outras indicações	Descritiva	Qualitativa múltipla nominal
pp_050	Fases do trabalho de parto	0, Não 1, Sim, porém tenho dúvidas 2, Sim	Qualitativa múltipla nominal
pp_050a	Fases do trabalho de parto	1, Pródromos de trabalho de parto 2, Fase latente do trabalho de parto 3, Fase ativa do trabalho de parto 4, Expulsivo 5, Dequitação 6, Nenhuma das anteriores 7, Outras fases	Qualitativa múltipla nominal
pp_050aa	Outras fases do trabalho de parto	Descritiva	Qualitativa múltipla nominal
pp_060	Métodos farmacológicos para alívio da dor	0, Não 1, Sim, porém tenho dúvidas 2, Sim	Qualitativa múltipla nominal
pp_060a	Métodos farmacológicos para alívio da dor	1, Raquianestesia 2, Peridural 3, Combinadaraquiperidural 4, Nenhuma das anteriores 5, Outros métodos farmacológicos	Qualitativa múltipla nominal
pp_060aa	Outros métodos farmacológicos para alívio da dor	Descritiva	Qualitativa múltipla nominal
pp_070	Métodos não farmacológicos para alívio da dor	0, Não 1, Sim, porém tenho dúvidas 2, Sim	Qualitativa múltipla nominal
pp_070a	Métodos não farmacológicos para alívio da dor	1, Banho morno 2, Massagem lombar 3, Exercícios respiratórios 4, Deambulação 5, Bola suíça 6, Aromaterapia 7, Nenhuma das anteriores 8, Outros métodos não farmacológicos	Qualitativa múltipla nominal
pp_070aa	Outros métodos não farmacológicos para alívio da dor	Descritiva	Qualitativa múltipla nominal
pp_080	Plano de parto	0, Não 1, Sim, porém tenho dúvidas 2, Sim	Qualitativa múltipla nominal

**Quadro 01:** Variáveis utilizadas no estudo com seus respectivos códigos, nomes, categorias e classificação.

<b>Código da variável</b>	<b>Variável</b>	<b>Categoria</b>	<b>Classificação</b>
pp_080a	Vantagens do plano de parto	1, Para a equipe conhecer minhas expectativas para o parto 2, Para que eu tenha, elaborar o plano de parto, mais consciência das intervenções possíveis e assim fazer escolhas com maior propriedade 3, Nenhuma das anteriores 4, Outras vantagens	Qualitativa múltipla nominal
pp_080aa	Outras vantagens do plano de parto	Descritiva	Qualitativa múltipla nominal
pp_090	Procedimentos que não devem ser realizados de forma rotineira	0, Não 1, Sim, porém tenho dúvidas 2, Sim	Qualitativa múltipla nominal
pp_090a	Procedimentos que não devem ser realizados de forma rotineira	1, Ruptura artificial da bolsa das águas 2, Infusão contínua de ocitocina 3, Episiotomia 4, Manobra de Valsalva 5, Tricotomia 6, Nenhuma das anteriores 7, Outros procedimentos	Qualitativa múltipla nominal
pp_090aa	Outros procedimentos que não devem ser realizados de forma rotineira	Descritiva	Qualitativa múltipla nominal
pp_100	Violência obstétrica	0, Não 1, Sim, porém tenho dúvidas 2, Sim	Qualitativa múltipla nominal
pp_100a	Situações que se configuram como violência obstétrica	1, Privação do direito ao acompanhante 2, Negar acesso a métodos de alívio da dor 3, Realização de procedimentos dolorosos sem analgesia adequada 4, Restrição indiscriminada a ingestão hídrica e alimentação 5, Restrição indiscriminada a livre movimentação 6, Constranger, humilhar e ofender a gestante/parturiente 7, Realizar procedimentos sem a concordância/autorização 8, Enema/lavagem intestinal 9, Manobra de Kristeller 10, Nenhuma das anteriores 11, Outras situações	Qualitativa múltipla nominal
pp_100aa	Outras situações que se configuram como violência obstétrica	Descritiva	Qualitativa múltipla nominal
pp_110	Direitos da parturiente	0, Não 1, Sim, porém tenho dúvidas	Qualitativa múltipla nominal

**Quadro 01:** Variáveis utilizadas no estudo com seus respectivos códigos, nomes, categorias e classificação.

<b>Código da variável</b>	<b>Variável</b>	<b>Categoria</b>	<b>Classificação</b>
		2, Sim	
pp_110a	Direitos da parturiente	1, Direito a um acompanhante de sua escolha 2, Direito de vinculação à maternidade de referência 3, Direito a atendimento em qualquer unidade hospitalar da rede de saúde e transferência segura caso necessário 4, Nenhuma das anteriores 5, Outros direitos	Qualitativa nominal múltipla
pp_110aa	Outros direitos da gestante relacionados ao momento do parto	Descritiva	Qualitativa nominal múltipla
pp_120	Hora dourada	0, Não 1, Sim, porém tenho dúvidas 2, Sim	Qualitativa nominal múltipla
score_pp	Score da preparação para o parto	Calculation sum [pp_010], [pp_020], [pp_030], [pp_040], [pp_050], [pp_060], [pp_070], [pp_080], [pp_090], [pp_100], [pp_110], [pp_120]	Quantitativa discreta
eor_e	Se resultado entre 20 e 25 – Elogiar	“Parabéns! A informação é muito importante para o processo de tomada de decisões, diminui o risco de intervenções desnecessárias e favorece uma experiência positiva de trabalho de parto e parto!”	
eor_o	Se resultado entre 10 e 19 – Orientar	“Você ainda possui algumas dúvidas sobre trabalho de parto, violência obstétrica e os seus direitos, isso é comum. Converse com o profissional que atende o seu pré-natal. Procure saber sobre a existência de grupos e cursos de gestante na sua unidade de saúde. Existem grupos e perfis nas redes sociais e páginas na internet possuem conteúdos de excelente qualidade. Se desejar, você receberá uma carta com informações sobre os assuntos abordados nesta pesquisa.”	
eor_r	Se resultado entre 00 e 09 – Recomendar	“Você possui muitas dúvidas sobre trabalho de parto, violência obstétrica e os seus direitos, isso é comum. É fundamental que você converse com o profissional que atende o seu pré-natal sobre o trabalho de parto, o parto, seus direitos neste momento e violência obstétrica o quanto antes. Aproveite o momento da consulta para retirar todas as suas dúvidas sobre o	



<b>Quadro 01:</b> Variáveis utilizadas no estudo com seus respectivos códigos, nomes, categorias e classificação.			
<b>Código da variável</b>	<b>Variável</b>	<b>Categoria</b>	<b>Classificação</b>
		assunto. Procure saber sobre a existência de grupos e cursos de gestante na sua unidade de saúde. Existem alguns grupos e perfis nas redes sociais e páginas na internet possuem conteúdos de excelente qualidade, procure por eles. Se desejar, você receberá uma carta com informações sobre os assuntos abordados nesta pesquisa.”.	
<b>AVALIAÇÃO DO QUESTIONÁRIO</b>			
aq_010	Contribuição do questionário	0, Não, pois eu já conhecia os assuntos abordados 1, Sim, acrescentou informações ao que eu já sabia 2, Sim, pois eu não conhecia os assuntos abordados	Qualitativa múltipla nominal
aq_010a	Informações relevantes	1, Sinais de trabalho de parto 2, Ruptura da bolsa 3, Vantagens do parto vaginal/normal 4, Indicações da cesariana 5, Fases do trabalho de parto 6, Métodos farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto 7, Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto 8, Plano de parto 9, Procedimentos que não devem ser realizados de forma rotineira 10, Violência obstétrica 11, Direitos da gestante, parturiente e puérpera 12, Hora dourada	Qualitativa múltipla nominal
<b>ACESSO À PESQUISA</b>			
ap_010	Acesso à pesquisa	1, Profissional que realiza o meu acompanhamento pré-natal 2, Outro profissional de saúde (diferente do que atende o pré-natal) 3, Doula 4, Grupo de gestante que participo 5, Amiga/conhecida/familiar que está gestante 6, Amiga/conhecida/familiar que não está gestante 7, Post nas redes sociais 8, Contato feito pela pesquisadora 9, Outros	Qualitativa múltipla nominal
ap_010a	Outra forma de acesso à pesquisa	Descritiva	Qualitativa múltipla nominal
ap_020	Acesso ao link da pesquisa	1, Via WhatsApp 2, Via Instagram 3, Via Facebook	Qualitativa múltipla nominal

<b>Quadro 01:</b> Variáveis utilizadas no estudo com seus respectivos códigos, nomes, categorias e classificação.			
<b>Código da variável</b>	<b>Variável</b>	<b>Categoria</b>	<b>Classificação</b>
		4, Via Telegram 5, Via E-mail 6, Outros 7, Poster ou folder com QR code	
ap_020a	Outra forma de acesso ao link da pesquisa	Descritiva	Qualitativa nominal múltipla

Fonte: Elaboração própria (2021)

#### 4.11. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados provenientes dos questionários foram agrupados pelas variáveis de interesse para permitir a análise segundo os objetivos específicos. Foram calculadas estatísticas descritivas como frequências absolutas e relativas, média, mediana, desvio padrão, bem como medidas estatísticas inferenciais, como teste qui-quadrado e exato de Fisher para realizar associações entre as variáveis. Foi adotado um nível de significância menor que 5% e intervalo de confiança de 95%.

Para todas as análises, foi utilizado o *software* SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*) na versão 22.0

#### 4.12. RISCOS

A participante poderia, durante o preenchimento do questionário, sentir-se desconfortável em compartilhar informações pessoais, ou ainda, por problemas de conexão ou mau funcionamento de aparelhos (celular, *tablet* ou computador), ter o tempo de preenchimento prolongado.

Caso sentisse desconfortável com o compartilhamento de algumas informações, a participante poderia acionar o(s) pesquisador(es) para maiores informações, ou interromper o preenchimento dos dados e/ou não os enviar após o

preenchimento, retirando, assim, automaticamente o seu consentimento, visto que só serão utilizados questionários que forem preenchidos completamente.

Na ocorrência de problemas de conexão ou mau funcionamento dos aparelhos, a participante poderia selecionar a opção “Finalizar o preenchimento do questionário em outro momento”, onde o *link* da pesquisa, com os dados já preenchidos, foi enviado por *e-mail*, podendo, a participante, continuar a preenchê-los em momento mais oportuno.

Para minimizar os riscos apresentados, o(s) pesquisador(es), orientaram, previamente a realização da pesquisa, às participantes quanto o preenchimento do instrumento.

Foi possível fazer a retirada do consentimento de duas formas. A primeira consistia em não finalizar e/ou não enviar as respostas ao servidor, visto que apenas questionários completos foram utilizados. Após o envio das respostas para o servidor, para a retirada do consentimento, era necessário entrar em contato com algum dos pesquisadores informando o *e-mail* fornecido no início do questionário e solicitando a retirada da participação da pesquisa. Não sendo necessário informar dados como nome ou o motivo para a exclusão.

#### 4.13. BENEFÍCIOS

Os resultados deste estudo contribuíram para a ampliação dos conhecimentos das gestantes acerca do processo de trabalho de parto, métodos para alívio da dor e violência obstétrica. Além de reforçar para os profissionais que prestam cuidados a essa população, as lacunas de conhecimento, sinalizando assim as temáticas com maior demanda e fontes de busca por informações que podem ser incorporadas no desenvolvimento das práticas educativas.

Outro benefício foi fortalecer o uso de tecnologias de informação e comunicação na coleta de dados em pesquisas em saúde.

#### 4.14. DESFECHOS

##### **4.14.1. Desfecho primário**

A utilização da classificação EOR por uma tecnologia eletrônica autoaplicável de orientação educativa para gestantes de terceiro trimestre auxilia na construção do conhecimento sobre assuntos relacionados ao parto, como uso de métodos para alívio da dor e violência obstétrica.

##### **4.14.2. Desfecho secundário**

A avaliação do conhecimento de gestantes de terceiro trimestre sobre assuntos relacionados ao parto, por meio da utilização de uma tecnologia eletrônica autoaplicável conscientizando-as sobre a importância das práticas educativas durante a assistência pré-natal além da busca por informações em outras fontes.

#### 4.15. ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa está vinculada a um projeto maior intitulado “Cuidado Inteligente da Saúde Materna e Infantil na Atenção Básica”, trata-se de um estudo de desenvolvimento tecnológico financiado pela Fundação de Amparo à pesquisa e Inovação do Espírito Santo, por meio do Processo n. 84303875, Termo de Outorga n. 576/2018.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, conforme Resolução

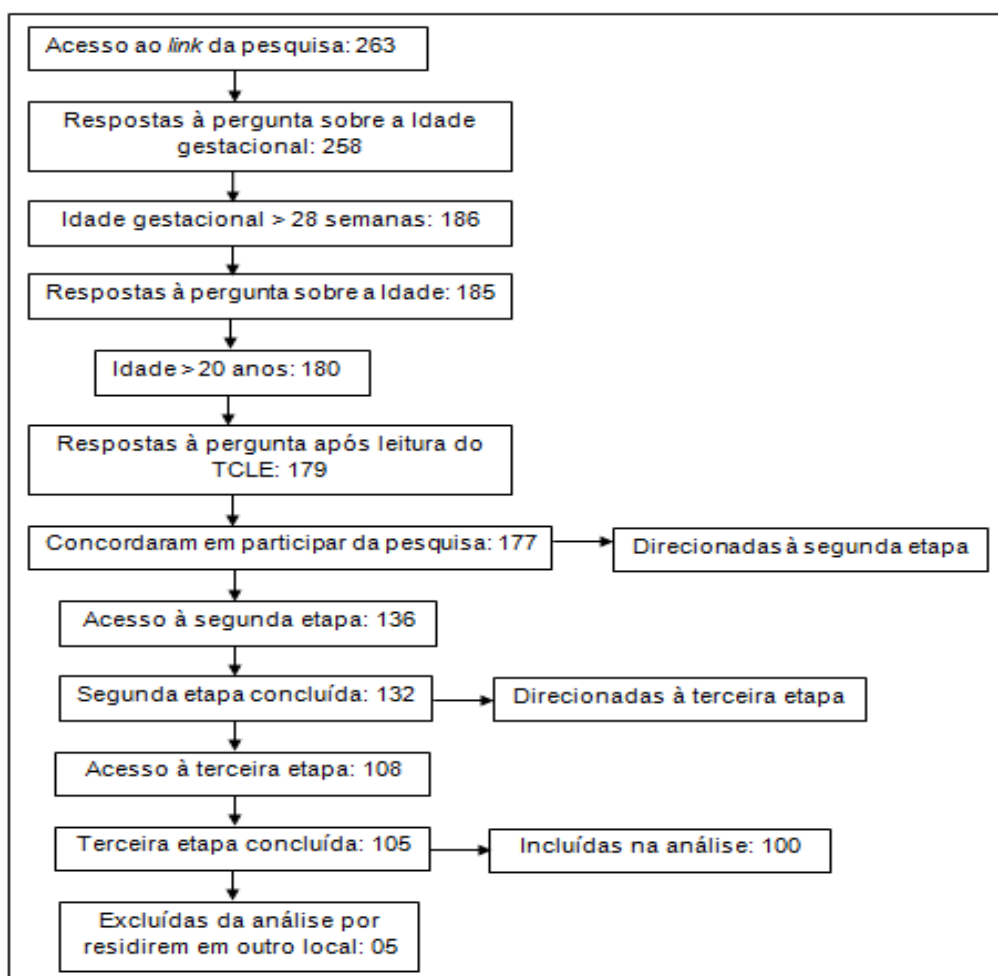
n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, só iniciando a sua realização após apreciação do referido comitê.

Esta pesquisa foi aprovada, Parecer n. 4.973.413 (CAAE 46734621.4.0000.5060) (ANEXO A) e atendeu todas as normas éticas referentes ao desenvolvimento de pesquisa com seres humanos, e respeita as determinações da Lei Geral de Proteção de Dados (BRASIL, 2018). O TCLE estava disponível, para leitura e/ou *download* para todos que se interessaram em participar da pesquisa.

## 5. RESULTADOS

A etapa de convite do questionário teve 263 acessos, desses 241 (91,6%) foram finalizados. Dos finalizados, 185 (71,7%) estavam no terceiro trimestre, desses, 180 possuíam 20 anos ou mais, 179 responderam se concordavam, 177 aceitaram participar da pesquisa, e foram direcionadas a segunda etapa do questionário, dessas 136 acessaram o *link*, e 132 (97,1%) completaram esta etapa da pesquisa. A terceira, e última etapa foi acessada por 108 participantes e inteiramente finalizada por 105 (97,2%), apresentando uma taxa de respostas efetivas de 39,9%. Cinco participantes foram excluídas da análise final por residirem fora do Espírito Santo, como apresentado na Figura 1.

**Figura 01:** Participação na pesquisa



Fonte: Elaboração própria (2022)

Com relação aos dados socioeconômicos das participantes, a idade variou entre 20 e 44 anos, sendo que 79,8% (n=79) tinham idade entre 20 a 34 anos, 50% (n=50) se autodeclararam brancas, aproximadamente 94% (n=93) declararam ter companheiro(a), 70% (n=68) possuem ensino superior completo e 77% (n=74) possuem emprego remunerado, a renda familiar variou entre um e dois salários mínimos (n=16; 18,3%) e mais que cinco salários (n=25; 28,7%), 61% (n=61) das participantes relataram até dois moradores no domicílio. 75% (n=75) das participantes residiam na Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), participaram da pesquisa residentes de 19 municípios do Estado, sendo Serra (30), Vila Velha (25) e Vitória (11) os municípios com mais participantes, como demonstrado na Tabela 1.

**Tabela 1:** Características socioeconômicas das participantes. Espírito Santo – Brasil 2021/2022.

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade (n=99)</b>		
20-34 anos	79	79,8
35 ou mais	20	20,2
<b>Raça/Cor (n=100)</b>		
Branca	50	50,0
Parda	42	42,0
Preta	8	8,0
<b>Situação Conjugal (n=99)</b>		
Não tenho companheiro(a)	6	6,0
Vivo com companheiro(a)	93	93,9
<b>Escolaridade (n=97)</b>		
Até ensino Fundamental Completo	6	6,1
Ensino Médio Completo	23	23,7
Ensino Superior Completo	68	70,1
<b>Emprego remunerado (n=96)</b>		
Possuo emprego remunerado no momento	74	77,0
Não possuo emprego remunerado no momento	22	22,9
<b>Renda familiar (n=87)</b>		
Renda familiar entre um e dois salários mínimos	16	18,3
Renda familiar entre dois e três salários mínimos	21	24,1
Renda familiar entre três e quatro salários mínimos	13	14,9

**Tabela 1:** Características socioeconômicas das participantes. Espírito Santo – Brasil 2021/2022.

Variável	n	%
Renda familiar entre quatro e cinco salários mínimos	12	13,7
Renda familiar maior que cinco salários mínimos	25	28,7
<b>Moradores no domicílio (n=100)</b>		
Até dois moradores	61	61,0
Três ou mais	39	39,0
<b>Região de Residência (n=100)</b>		
Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV)	75	75,0
Outras regiões	25	25,0
<b>Município de Residência (n=100)</b>		
Serra	30	30,0
Vila Velha	25	25,0
Vitória	11	11,0
Cariacica	7	7,0
Aracruz	6	6,0
Castelo	4	4,0
Linhares	3	3,0
Colatina	2	2,0
São Domingos do Norte	2	2,0
Cachoeiro de Itapemirim	1	1,0
Fundão	1	1,0
Governador Lindenberg	1	1,0
Guarapari	1	1,0
Ibatiba	1	1,0
Nova Venécia	1	1,0
Rio Novo do Sul	1	1,0
São Gabriel da Palha	1	1,0
Vargem Alta	1	1,0
Venda Nova do Imigrante	1	1,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

Com relação ao histórico obstétrico e dados da gestação atual, observou-se que 53% (n=53) das participantes estavam em sua primeira gestação, e entre as que já haviam gestado previamente, 68% (n=32) possuíam apenas um filho, e 24



participantes tiveram parto vaginal e 18 tiveram cesarianas, sendo duas participantes tiveram parto normal e cesariana em gestações anteriores. A idade gestacional variou entre 28 e 40 semanas, sendo que 34 (34%) participantes estavam entre a 28<sup>a</sup> e 31<sup>a</sup> semana, 33 (33%) entre a 32<sup>a</sup> e 35<sup>a</sup> semana e 33 (33%) com 36 semanas ou mais. Todas as participantes estavam realizando pré-natal, o início do acompanhamento ocorreu entre a 3<sup>a</sup> e a 17<sup>a</sup> semana, com predominância do início entre a 5<sup>a</sup> e 8<sup>a</sup> semana (n= 52; 52%), sendo que 93% (n=93) das participantes iniciaram o pré-natal até 12 semanas. Predominou-se o pré-natal exclusivamente no setor privado (n=72; 76,6%) e 77,7% (n=77) das participantes eram acompanhadas exclusivamente pelo médico. A gestação foi planejada por 85% (n=85), como apresentado na Tabela 2.

**Tabela 2:** Histórico obstétrico e dados da gestação atual. Espírito Santo – Brasil 2021/2022.

Variável	n	%
<b>Gestações anteriores (n=100)</b>		
Primeira gestação	53	53,0
Uma ou mais	47	47,0
<b>Filhos nascidos vivos (n=47)</b>		
Nenhum	8	17,0
Um	32	68,1
Dois ou mais	7	14,9
<b>Parto anterior (n=47)</b>		
Parto vaginal/normal	22	55,0
Cesariana	16	40,0
Ambos (vaginal/normal e cesariana)	02	5,0
<b>Idade gestacional atual (n=100)</b>		
28 a 31 semanas	34	34,0
32 a 35 semanas	33	33,0
36 ou mais semanas	33	33,0
<b>Idade gestacional no início do pré-natal (n=100)</b>		
Até 12 semanas	93	93,0
13 semanas ou mais	7	7,0
<b>Tipo de serviço de pré-natal (n=94)</b>		
Exclusivamente SUS	22	23,4

**Tabela 2:** Histórico obstétrico e dados da gestação atual. Espírito Santo – Brasil 2021/2022.

Variável	n	%
<b>Gestações anteriores (n=100)</b>		
Exclusivamente privado	72	76,6
<b>Profissional que atende o pré-natal (n=99)</b>		
Exclusivamente médico	77	77,7
Misto (médico e enfermeira)	22	22,2
<b>Gestação planejada (n=100)</b>		
Planejava engravidar neste momento	85	85,0
Não planejava engravidar	15	15,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

Sobre as preferências para o parto, observou-se uma predominância pelo parto normal (n=84; 87,5%), entre as motivações para o parto vaginal destacam-se a recuperação mais rápida no período pós-parto (n=78; 92,9%), os benefícios para o bebê (n=71; 84,5%), menor risco de complicações (n=68; 84,5%), desejo pelo parto normal (n=58; 69,0%), o medo da cesariana (n=22; 26,2%). Já entre as motivações para a realização da cesariana destacam-se as complicações maternas, diabetes (n=5; 41,7%), hipertensão arterial (n=1; 8,3%) e outras doenças/complicações (n=1; 8,3%). O desejo pela cesariana (n=4; 33,3%), não querer sentir dor (n=4; 33,3%). A maior parte das participantes planeja ter o parto em maternidade privada (n=68; 68,0%), e com relação ao acompanhante de escolha para o momento do parto, a maior parte escolheu o companheiro (n=92; 92,0%), seguida pela doula (n=35; 35,0%), mãe (n=17; 17,0%), como apresentado na Tabela 3.

**Tabela 3:** Preferências das participantes para o momento do parto. Espírito Santo – Brasil 2021/2022

Variável	n	%
<b>Parto planejado (n=96)</b>		
Vaginal/normal	84	87,5
Cesariana	12	12,5
<b>Parto planejado: vaginal (n=84)</b>		
Desejo pelo parto vaginal/normal	58	69,0
Recuperação mais rápida	78	92,9
Benefícios para o bebê	71	84,5

**Tabela 3:** Preferências das participantes para o momento do parto. Espírito Santo – Brasil 2021/2022

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Menor risco de complicações	68	81,0
Medo da cesariana	22	26,2
Experiência anterior positiva com o parto normal	16	19,0
Experiência anterior negativa com a cesariana	7	8,3
História de familiares/amigas positivas com o parto vaginal/normal	18	21,4
História de familiares/amigas negativas com a cesariana	1	1,2
Preferência do(a) companheiro(a)	5	6,0
<b>Parto planejado: cesariana (n=12)</b>		
Desejo pela cesariana	4	33,3
Não quero sentir dor	4	33,3
Medo do parto vaginal/normal	2	16,7
Desejo agendar o dia do nascimento	1	8,3
Vou realizar laqueadura tubária	2	16,7
Minha gestação é múltipla	1	8,3
Pressão alta	1	8,3
Diabetes	5	41,7
Outras doenças e/ou complicações	1	8,3
<b>Local do parto (n=100)</b>		
Maternidade pública	31	31,0
Maternidade privada	68	68,0
Parto domiciliar	1	1,0
<b>Acompanhante de escolha (n=100)</b>		
Companheiro	92	92,0
Doula	35	35,0
Mãe	17	17,0
Irmã	2	2,0
Amiga	2	2,0
Outro	4	4,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

A maior parte das participantes (n=87; 87,0%) buscou ou recebeu informações sobre parto durante a gravidez, com relação às fontes de informação,

75,9% (n=66) relatou que recebeu informações do médico durante as consultas de pré-natal, 18,4% (n=16) da enfermeira durante as consultas, 5,7% (n=05) do médico durante grupos ou cursos, 2,3% (n=02) da enfermeira durante grupos ou cursos, 11,5% (n=10) de outros profissionais de saúde, 40,2% (n=35) da doula, 40,2% (n=35) em cursos de gestante, 9,2% (n=08) em grupos de educação perinatal, 41,4% (n=36) em grupos nas redes sociais, 71,3% (n=62) em páginas nas redes sociais/sites, 37,9% (n=33) em aplicativos, 27,6% (n=24) com amigas/familiares, 27,6% (n=24) já sabia antes da gestação e 3,4% (n=03) citaram livros como outras fontes de informação. No entanto, quando questionadas sobre a principal fonte de informação, 31,0% (n=27) das participantes citaram o profissional que atende o pré-natal durante as consultas, sendo 28,7% (n=25) o médico e 2,3% (n=02) a enfermeira, 27,6% (n=24) relataram as páginas nas redes sociais e sites, 20,7% (n=18) a doula, 5,7% (n=5) já possuíam conhecimento prévio, 4,6% (n=04) grupos nas redes sociais, 3,4% (n=03) amigas/familiares e cursos de gestantes, outro profissional de saúde (n=2; 2,3%) e aplicativos (n=1; 1,1%), como apresentado na Tabela 4.

**Tabela 4:** Buscou ou recebeu informações sobre parto durante a gestação. Espírito Santo – Brasil 2021/2022.

Variável	n	%
<b>Buscou/recebeu informações sobre parto (n=100)</b>		
Sim	87	87,0
Não	13	13,0
<b>Fonte de informação sobre parto (n= 87)</b>		
Médico(a) que atende o pré-natal durante as consultas	66	75,9
Enfermeira que atende o pré-natal durante as consultas	16	18,4
Médico(a) que atende o pré-natal durante grupos/cursos	5	5,7
Enfermeira que atende o pré-natal durante grupos/cursos	2	2,3
Outro profissional de saúde (diferente do que atende o pré-natal)	10	11,5
Doula	35	40,2
Curso de gestante	35	40,2
Grupo de educação perinatal	8	9,2

**Tabela 4:** Buscou ou recebeu informações sobre parto durante a gestação. Espírito Santo – Brasil 2021/2022.

Variável	n	%
Grupos nas redes sociais	36	41,4
Páginas nas redes sociais/sites	62	71,3
Aplicativos	33	37,9
Amigas/familiares	24	27,6
Já sabia/conhecia antes da gestação	24	28,7
Outras fontes de informação	3	3,4
<b>Principal fonte de informação sobre parto (n= 87)</b>		
Médico(a) que atende o pré-natal durante as consultas	25	28,7
Enfermeira que atende o pré-natal durante as consultas	2	2,3
Outro profissional de saúde (diferente do que atende o pré-natal)	2	2,3
Doula	18	20,7
Curso de gestante	3	3,4
Grupos nas redes sociais	4	4,6
Páginas nas redes sociais/sites	24	27,6
Aplicativos	1	1,1
Amigas/familiares	3	3,4
Já sabia/conhecia antes da gestação	5	5,7
Outras fontes de informação		

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

Na avaliação dos conhecimentos sobre o parto, observou-se que a maior parte das participantes relatou ter algum conhecimento sobre o assunto. Sobre os sinais que podem anteceder o trabalho de parto, 54,0% (n=54) das participantes afirmaram conhecer, 40,0% (n=40) afirmou ter dúvidas sobre o assunto e apenas 6,0% (n=06) não conhecem nenhum sinal. Dentre as que afirmaram conhecer, mesmo que parcialmente, 77,7% (n=73) reconhecem o aumento das contrações, 91,5% (n=86) a saída do tampão mucoso, 19,1% (n=18) relataram outros sinais como cólica, contrações sem ritmo, alterações intestinais, rompimento da bolsa, dor lombar, pródromos de trabalho de parto, sangramento e pressão pélvica. Sobre como proceder na ocorrência de ruptura da bolsa, 53,0% (n=53) afirmaram saber o que fazer, 34,0% (n=34) relataram ter dúvidas e 13% (n=13) não saber como

proceder. Entre as participantes que afirmaram ter conhecimento sobre o assunto, 68,9% (n=60) afirmaram que podem aguardar por até 18h na presença de líquido claro e com odor semelhante a água sanitária, 78,1% (n=68) afirmaram que na presença de sinais de risco como líquido com coloração amarela, verde, marrom ou vermelha, deve procurar atendimento imediatamente, 6,8% (n=06) afirmaram não conhecer as opções já citadas e 4,5% (n=04) relataram outras ações como entrar em contato com médico para melhor orientação, aguardar em casa por até 6h caso líquido com aspecto normal.

Com relação às vantagens do parto vaginal/normal, 80% (n=80) das participantes afirmaram conhecer suas vantagens, 17% (n=17) afirmaram ter dúvidas sobre e 3% (n=03) relataram desconhecer. Entre as que conhecem as vantagens, 97,9 (n=95) apontaram a recuperação mais rápido no pós parto, 90,7% (n=88) o menor risco de complicações como infecção e hemorragia, 77,3% (n=75) que favorece o contato pele a pele e o vínculo com o bebê, 77,3% (n=75) que favorece a amamentação, em especial na primeira hora de vida, 68% (n=66) sobre a melhor adaptação do recém-nascido e 1,0% (n=01) outras vantagens como a redução do risco de depressão pós parto e *baby blues* graças a ação de hormônios liberados no trabalho de parto. 40,0% (n=40) afirmaram conhecer as indicações absolutas de cesariana (contra-indicações do parto vaginal/normal), 55,0% (n=55) afirmaram ter dúvidas sobre o assunto e 5,0% (n=05) desconhecem. Entre as que afirmaram conhecer as contra-indicações do parto vaginal, 87,4% (n=83) apontaram o sofrimento fetal/frequência cardíaca fetal não tranquilizadora, 58,9% (n=56) a parada de progressão do trabalho de parto, 55,8% a presença de placenta prévia, 53,7% (n=51) o descolamento prematuro de placenta, 50,5% (n=48) a apresentação córmica/situação transversa durante o trabalho de parto, 43,2% (n=41) a presença de lesões ativas de herpes genital no momento do parto, 35,8% (n=34) a ocorrência de prolapso de cordão, 31,6% (n=30) a ocorrência de rotura uterina prévia, 18,9% (n=18) a ruptura de vasa prévia e a realização de cesariana corporal/vertical anterior, 11,6% (n=11) a realização de miomectomia anterior, 2,1% (n=02) assinalaram não conhecer nenhuma das alternativas e 2,1% (n=02) apresentaram outras indicações de cesariana como hipertensão arterial e diabetes gestacional. Sobre as fases do trabalho de parto, 54,0% (n=54) das participantes afirmaram conhecer, 25% (n=25) terem dúvidas e 21% (n=21) desconhecem. Entre as que relaram ter conhecimento

sobre a temática, 96,2% (n=76) conhecem a fase ativa do trabalho de parto, 94,9% (n=75) o período expulsivo, 82,3% (n=65) a fase latente do trabalho de parto, 81,0% (n=64) os pródromos de trabalho de parto, 60,8% (n=48) a dequitação da placenta e 1,3% (n=1) não conhecer nenhuma das fases.

Sobre os métodos farmacológicos para alívio da dor, 35,0% (n=35) das participantes afirmaram conhecer, 35,0% (n=35) terem dúvidas sobre o assunto e 30,0% (n=30) desconhecem. Entre as que relataram possuir algum conhecimento, 72,9% (n=51) reconhecem a peridural como método farmacológico, 50,0% (n=35) a raquianestesia, 34,3% (n=24) a técnica combinada de raquianestesia e peridural, 4,3% (n=03) não conhecem nenhuma das técnicas citadas e 4,3% (n=03) relataram outros métodos como analgesia, sem identificar a técnica utilizada e duas participantes apontaram a ocitocina como método farmacológico para alívio da dor. A maior parte das participantes (n=52; 52,0%) afirmou conhecer os métodos não farmacológicos para alívio da dor, 28,0% (n=28) ter dúvidas e 20,0% (n=20) desconhecem o assunto. Entre as que afirmaram possuir algum conhecimento sobre as técnicas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto, 100,0% (n=80) apontaram o banho morno, 95% (n=76) a massagem, 83,7% (n=67) os exercícios respiratórios, 77,5% (n=62) o uso da bola suíça, 62,2% (n=49) a aromaterapia, 41,2% (n=33) a deambulação e uma participante apontou a acupuntura como método não farmacológico.

Sobre as vantagens do plano de parto, 55,0% (n=55) das participantes afirmaram conhecer as vantagens de sua elaboração, 25,0% (n=25) terem dúvidas sobre o assunto e 20,0% (n=20) desconhecem. Entre as que possuem algum conhecimento, 92,5% (n=74) relataram que o plano de parto contribui para que a equipe conheça as suas expectativas para o parto, 80% (n=84) apontaram que uma das vantagens é que ao elaborar o plano de parto, adquire maior consciência das intervenções possíveis e assim fazer escolhas com maior propriedade, 1,6% (n=02) apontaram outras vantagens como sinalizar para a equipe que está informada e evitar ser coagida a aceitar práticas inadequadas e para que a equipe esteja ciente do que ela permite ou não que seja realizado. Sobre os procedimentos que não devem ser realizados de forma rotineira, 49,0% (n=49) das participantes relataram conhecer, 29,0% (n=29) apresentam dúvidas e 22,0% (n=22) não possuem conhecimento. Entre as que conhecem, ainda que parcialmente quais

procedimentos devem ser evitados, 89,7% (n=70) apontaram a episiotomia, 70,5% (n=98,7) a ruptura artificial da bolsa das águas, 67,9% (n=53) a infusão contínua de ocitocina, 60,3% (n=47) a tricotomia, 57,7% (n=45) a manobra de Valsalva, 2,6% (n=02) não conheciam nenhum desses procedimentos e 3,8% (n=03) apontaram outros procedimentos que não devem ser realizados de forma rotineira como a manobra de Kristeller, a manipulação do períneo, abusos psicológicos e a lavagem intestinal.

Com relação à violência obstétrica, 59,0% (n=59) afirmaram conhecer as situações que se configuram como tal, 33,0% (n=33) relataram ter dúvidas sobre a temática e 8% (n=08) desconhecem. Entre as que relataram possuir conhecimento sobre o assunto, 98,9% (n=91) assinalaram que constranger, humilhar e ofender a parturiente/gestante, 95,7% (n=88) a privação de direito ao acompanhante, 90,2% (n=83) a realização de procedimentos sem a concordância/autorização, 87,8% (n=78) negar acesso a métodos para alívio da dor, 80,4% (n=74) a realização de procedimentos dolorosos sem analgesia adequada, 68,5% (n=63) a restrição indiscriminada a ingestão hídrica e alimentação, 67,4% (n=62) a restrição indiscriminada a livre movimentação, 66,3% (n=62) a realização de manobra de Kristeller, 58,7% (n=54) a realização de enema/lavagem intestinal, 2 (2,2%) participantes apontaram outras situações que podem ser configuradas como violência obstétrica como constranger o acompanhante durante a internação, a separação do RN da mãe sem necessidade, a realização de episiotomia e procedimentos de rotina. 1 (1,1%) participante assinalou não reconhecer nenhuma das situações listadas como violência obstétrica. Sobre os direitos referentes ao momento do parto, 55,0% (n=55) das participantes afirmaram conhecê-los, 33% (n=33) afirmaram possuir dúvidas e 12% (n=12) afirmaram desconhecer o assunto. Entre as que conhecem o assunto, todas as participantes (n=88) assinalaram o direito a um acompanhante de sua escolha, 76,1% (n=67) o direito a atendimento em unidade hospitalar da rede de saúde e transferência segura, se necessário, 63,5% (n=56) o direito de vinculação na maternidade de referência e uma participante assinalou outro direito como a garantia da presença da doula apesar do acompanhante e a liberdade de posição no momento do período expulsivo.

Sobre a “hora dourada”, 60,0% (n=60) das participantes afirmaram conhecer, 11,0% (n=11) terem dúvidas e 29,0% (n=29) desconheciam. A partir das doze



perguntas principais estabeleceu-se a pontuação para o score EOR. As participantes com pontuação até nove receberam classificação “Recomendar”, as com pontuação entre 10 e 19, a classificação “Orientar” e as com pontuação maior que 20, a classificação “Elogiar”. O score variou entre dois e 24, com uma média de 16,6 pontos, 42,0% (n=42) das participantes recebeu a classificação “Elogiar”, 41% (n=41) a classificação “Orientar” e 17% (n=17) a classificação “Recomendar” como apresentado na Tabela 5.

**Tabela 5:** Conhecimento sobre o parto entre gestantes de terceiro trimestre. Espírito Santo – Brasil 2021/2022.

Variável	n	%
<b>Sinais que podem anteceder o trabalho de parto (n=100)</b>		
Não	6	6,0
Sim, porém tenho dúvidas	40	40,0
Sim	54	54,0
<b>Sinais que podem anteceder o trabalho de parto (n=94)</b>		
Contrações	73	77,7
Tampão mucoso	86	91,5
Nenhum dos sinais anteriores	1	1,1
Outros sinais	18	19,1
<b>Ruptura da bolsa antes do trabalho de parto (após 37 semanas) (n=100)</b>		
Não	13	13,0
Sim, porém tenho dúvidas	34	34,0
Sim	53	53,0
<b>Ruptura da bolsa antes do trabalho de parto (após 37 semanas) (n=87)</b>		
Se líquido amniótico claro e com odor semelhante a água sanitária, posso aguardar em casa, por até 18h.	60	68,9
Se líquido amniótico com odor fétido, coloração amarela, verde, marrom ou vermelha, independente do tempo de bolsa rompida, devo acionar equipe/procurar atendimento médico	68	78,1
Nenhuma das anteriores	6	6,8
Outras condutas/ações	4	4,5

**Tabela 5:** Conhecimento sobre o parto entre gestantes de terceiro trimestre. Espírito Santo – Brasil 2021/2022.

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Vantagens do parto vaginal/normal (n=100)</b>		
Não	3	3,0
Sim, porém tenho dúvidas	17	17,0
Sim	80	80,0
<b>Vantagens do parto vaginal/normal (n=97)</b>		
Recuperação mais rápida no pós-parto	95	97,9
Menor risco de complicações como infecção e hemorragia	88	90,7
Favorece o contato pele a pele e vínculo com o bebê	75	77,3
Favorece a amamentação, em especial na primeira hora de vida	75	77,3
Melhor adaptação do recém-nascido	66	68,0
Outras vantagens	1	1,0
<b>Indicações de cesariana (contraindicações do parto vaginal/normal) (n=100)</b>		
Não	5	5,0
Sim, porém tenho dúvidas	55	55,0
Sim	40	40,0
<b>Indicações de cesariana (contraindicações do parto vaginal/normal) (n=95)</b>		
Placenta prévia parcial ou total	53	55,8
Ruptura de vasa prévia	18	18,9
Cesariana corporal (vertical) anterior	18	18,9
Rotura uterina anterior	30	31,6
Miomectomia anterior	11	11,6
Apresentação córmica (situação transversa) no trabalho de parto	48	50,5
Prolapso de cordão	34	35,8
Descolamento prematuro de placenta	51	53,7
Sofrimento fetal/Frequência cardíaca fetal não tranquilizadora	83	87,4
Parada de progressão do trabalho de parto (não resolvida com as medidas habituais)	56	58,9
Desproporção céfalo-pélvica	36	37,9

**Tabela 5:** Conhecimento sobre o parto entre gestantes de terceiro trimestre. Espírito Santo – Brasil 2021/2022.

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Herpes genital com lesão ativa no momento do trabalho de parto	41	43,2
Nenhuma das anteriores	2	2,1
Outras indicações	2	2,1
<b>Fases do trabalho de parto (n=100)</b>		
Não	21	21,0
Sim, porém tenho dúvidas	25	25,0
Sim	54	54,0
<b>Fases do trabalho de parto (n=79)</b>		
Pródromos do trabalho de parto	64	81,0
Fase latente do trabalho de parto	65	82,3
Fase ativa do trabalho de parto	76	96,2
Período expulsivo	75	94,9
Dequitação da placenta	48	60,8
Nenhuma das anteriores	1	1,3
<b>Métodos farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto (n=100)</b>		
Não	30	30,0
Sim, porém tenho dúvidas	35	35,0
Sim	35	35,0
<b>Métodos farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto (n=70)</b>		
Raquianestesia	35	50,0
Peridural	51	72,9
Combinada raquiperidural	24	34,3
Nenhuma das anteriores	3	4,3
Outro método farmacológico	3	4,3
<b>Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto (n=100)</b>		
Não	20	20,0
Sim, porém tenho dúvidas	28	28,0
Sim	52	52,0
<b>Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto (n=80)</b>		

**Tabela 5:** Conhecimento sobre o parto entre gestantes de terceiro trimestre. Espírito Santo – Brasil 2021/2022.

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Banho morno	80	100,0
Massagem	76	95,0
Exercícios respiratórios	67	83,7
Deambulação	33	41,2
Bola suíça	62	77,5
Aromaterapia	49	62,2
Outro método não farmacológico	1	1,2
<b>Vantagens do plano de parto (n=100)</b>		
Não	20	20,0
Sim, porém tenho dúvidas	25	25,0
Sim	55	55,0
<b>Vantagens do plano de parto (n=80)</b>		
Para a equipe conhecer minhas expectativas para o parto	74	92,5
Para que eu tenha, ao elaborar o plano de parto, mais consciência das intervenções possíveis e assim fazer escolhas com maior propriedade.	64	80,0
Outra vantagem do plano de parto	2	1,6
<b>Procedimentos que não devem ser realizados de forma rotineira durante o trabalho de parto (n=100)</b>		
Não	22	22,0
Sim, porém tenho dúvidas	29	29,0
Sim	49	49,0
<b>Procedimentos que não devem ser realizados de forma rotineira durante o trabalho de parto (n=78)</b>		
Ruptura artificial da bolsa das águas	55	70,5
Infusão contínua de ocitocina	53	67,9
Episiotomia	70	89,7
Manobra de Valsalva	45	57,7
Tricotomia	47	60,3
Nenhuma das anteriores	2	2,6
Outro procedimento	3	3,8
<b>Situações que se configuram como violência obstétrica (n=100)</b>		

**Tabela 5:** Conhecimento sobre o parto entre gestantes de terceiro trimestre. Espírito Santo – Brasil 2021/2022.

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não	8	8,0
Sim, porém tenho dúvidas	33	33,0
Sim	59	59,0
<b>Situações que se configuram como violência obstétrica (n=92)</b>		
Privação do direito ao acompanhante	88	95,7
Negar acesso a métodos de alívio da dor	78	87,8
Realização de procedimentos dolorosos sem analgesia adequada	74	80,4
Restrição indiscriminada a ingestão hídrica e alimentação	63	68,5
Restrição indiscriminada a livre movimentação	62	67,4
Constranger, humilhar e ofender a gestante/parturiente	91	98,9
Realizar procedimentos sem a concordância/autorização	83	90,2
Enema/lavagem intestinal	54	58,7
Manobra de <i>Kristeller</i>	61	66,3
Nenhuma das anteriores	1	1,1
Outras situações	2	2,2
<b>Direitos das gestantes relacionados ao momento do parto (n=100)</b>		
Não	12	12,0
Sim, porém tenho dúvidas	33	33,0
Sim	55	55,0
<b>Direitos das gestantes relacionados ao momento do parto (n=88)</b>		
Direito a um acompanhante de sua escolha	88	100,0
Direito de vinculação à maternidade de referência	56	63,6
Direito a atendimento em qualquer unidade hospitalar da rede de saúde e transferência segura caso necessário	67	76,1
Outros direitos	1	1,1
<b>Hora dourada (n=100)</b>		

**Tabela 5:** Conhecimento sobre o parto entre gestantes de terceiro trimestre. Espírito Santo – Brasil 2021/2022.

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não	29	29,0
Sim, porém tenho dúvidas	11	11,0
Sim	60	60,0
<b>Escore EOR</b>		
<b>Elogiar (20-24)</b>	42	42,0
<b>Orientar (10 – 19)</b>	41	41,0
<b>Recomendar (00-09)</b>	17	17,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

Após a leitura dos textos apresentados, a última etapa do questionário avaliou se as participantes consideraram que as informações contidas na pesquisa contribuíram com o seu conhecimento sobre assuntos relacionados ao parto. Apenas 3,0% (n=03) afirmaram que os textos não contribuíram, pois já conheciam os assuntos apresentados, a maior parte (n=86; 86,0%) afirmou que contribuiu com o seu conhecimento prévio sobre o assunto, e 11,0% (n=11) das participantes assinalaram que as informações contribuíram, visto que não conheciam os assuntos abordados. Das participantes que consideraram proveitosas as informações apresentadas na pesquisa, 52,6% (n=51) citaram a violência obstétrica, 50,5% (n=49) as indicações de cesariana, 48,5% (n=47) os sinais que podem anteceder o trabalho de parto e os métodos farmacológicos para alívio da dor, 45,4% (n=44) os direitos relacionados ao momento do parto, 44,3% (n=43) a hora dourada, 34,0% (n=33) como proceder na ocorrência de ruptura da bolsa, 29,9% (n=29) os métodos não farmacológicos para alívio da dor, 28,9% (n=28) as vantagens do plano de parto e 24,7% (n=24) as vantagens do parto vaginal/normal como apresentado na Tabela 6.

**Tabela 6:** Avaliação das informações contidas no questionário pelas participantes. Espírito Santo – Brasil, 2021/2022

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Contribuição das informações do questionário (n=100)</b>		
Não, pois eu já conhecia os assuntos abordados	3	3,0
Sim, acrescentou informações ao que eu já sabia	86	86,0

Sim, pois eu não conhecia os assuntos abordados	11	11,0
<b>Contribuição das informações do questionário (n=97)</b>		
Sinais que podem anteceder o trabalho de parto	47	48,5
Ruptura da bolsa	33	34,0
Vantagens do parto vaginal/normal	24	24,7
Indicações de cesariana (contraindicações do parto vaginal/normal)	49	50,5
Fases do trabalho de parto	41	42,3
Métodos farmacológicos para alívio da dor	47	48,5
Métodos não farmacológicos para alívio da dor	29	29,9
Vantagens do plano de parto	28	28,9
Procedimentos que não devem ser realizados de forma rotineira	46	47,4
Violência obstétrica	51	52,6
Direitos da gestante, parturiente e puérpera	44	45,4
Hora dourada	43	44,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

A maior parte das participantes teve acesso à pesquisa por meio de contato feito pela pesquisadora (n=38, 38%) ou por meio de *post* nas redes sociais (n=21, 21,0%). Já o acesso ao link para a pesquisa, para a maior parte das participantes (n=51; 51,0%) o acesso foi feito pelo Instagram®, como mostrado na Tabela 7.

**Tabela 7:** Formas de acesso à pesquisa pelas participantes. Espírito Santo – Brasil, 2021/2022

Variável	n	%
<b>Acesso à pesquisa (n=100)</b>		
Profissional que realiza meu acompanhamento pré-natal	2	2,0
Outro profissional de saúde (diferente do que atende o pré-natal)	11	11,0
Doula	13	13,0
Grupo de gestante que participo	3	3,0
Amiga/conhecida/familiar que está gestante	3	3,0
Amiga/conhecida/familiar que não está gestante	7	7,0

Post nas redes sociais	21	21,0
Contato feito pela pesquisadora	38	38,0
Outros	2	2,0
<b>Acesso ao link da pesquisa (n=100)</b>		
Via WhatsApp	37	37,0
Via Instagram	51	51,0
Via Facebook	5	5,0
Via E-mail	1	1,0
Poster ou folder com QRcode	6	6,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

Quando avaliada as variáveis socioeconômicas, histórico obstétrico e informações da gestação atual com a busca/recebimento de informações sobre o parto, observou-se significância estatística a mulher possuir ensino superior completo ( $p=0,000$ ), renda maior ou igual a cinco salários mínimos ( $p=0,011$ ), possuir emprego remunerado ( $p=0,009$ ), residência com até dois moradores ( $p=0,030$ ), início do pré-natal com até 12 semanas ( $p=0,045$ ), realização do acompanhamento pré-natal no serviço privado ( $p=0,001$ ) e desejo pelo parto vaginal ( $p=0,001$ ). Estar no início do terceiro trimestre (idade gestacional entre 28 e 31 semanas) apresentou associação com não ter buscado, ou recebido informações sobre o parto ( $p=0,024$ ), como apresentado na Tabela 8.

**Tabela 8:** Características socioeconômicas, histórico obstétrico e dados da gestação atual das participantes, associadas a ter buscado/recebido informações sobre o parto. Avaliação das informações contidas no questionário pelas participantes. Espírito Santo – Brasil, 2021/2022.

Variável	Buscou/Recebeu informações sobre parto		
	Sim n (%)	Não n (%)	p-valor
<b>Idade (n=99)</b>			
20-34 anos	69 (80,2)	10 (76,9)	0,722**
35 ou mais	17 (19,7)	3 (23,0)	
<b>Raça/Cor (n=100)</b>			
Branca	47 (54,0)	3 (23,0)	0,065**
Parda	34 (39,0)	8 (61,5)	



**Tabela 8:** Características socioeconômicas, histórico obstétrico e dados da gestação atual das participantes, associadas a ter buscado/recebido informações sobre o parto. Avaliação das informações contidas no questionário pelas participantes. Espírito Santo – Brasil, 2021/2022.

Variável	Buscou/Recebeu informações sobre parto		p-valor
	Sim n (%)	Não n (%)	
Preta	6 (6,8)	2 (15,3)	
<b>Situação Conjugal (n=99)</b>			
Com companheiro(a)	81 (94,1)	12 (92,3)	1,000**
Sem companheiro(a)	5 (5,8)	1 (7,6)	
<b>Escolaridade (n=97)</b>			
Até ensino Fundamental Completo	4 (4,7)	2 (15,3)	<b>0,000**</b>
Ensino Médio Completo	15 (17,8)	8 (61,5)	
Ensino Superior Completo	65 (77,3)	3 (23,0)	
<b>Emprego remunerado (n=96)</b>			
Possuo emprego remunerado	68 (81,9)	7 (46,1)	<b>0,009*</b>
Não possuo emprego remunerado	15 (18,0)	6 (53,8)	
<b>Renda familiar (n=87)</b>			
Renda familiar entre um e dois salários mínimos (SM)	12 (16,0)	4 (33,3)	<b>0,011**</b>
Renda familiar entre dois e três SM	16 (21,3)	5 (41,6)	
Renda familiar entre três e quatro SM	10 (13,3)	3 (25,0)	
Renda familiar entre quatro e cinco SM	12 (16,0)	0 (0,0)	
Renda familiar maior que cinco SM	25 (33,3)	0 (0,0)	
<b>Moradores no domicílio (n=100)</b>			
Até dois moradores	57 (65,5)	4 (30,7)	<b>0,030**</b>
Três ou mais	30 (34,4)	9 (69,3)	
<b>Região de Residência (n=100)</b>			
Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV)	66 (75,8)	9 (69,3)	0,732**
Outras regiões	21 (2,1)	4 (30,7)	
<b>Gestações anteriores (n=100)</b>			
Primeira gestação	48 (55,1)	5 (38,4)	0,373*
Uma ou mais	39 (44,8)	8 (61,5)	
<b>Filhos nascidos vivos (n=47)</b>			
Nenhum	8 (20,5)	0 (0,0)	0,090**

**Tabela 8:** Características socioeconômicas, histórico obstétrico e dados da gestação atual das participantes, associadas a ter buscado/recebido informações sobre o parto. Avaliação das informações contidas no questionário pelas participantes. Espírito Santo – Brasil, 2021/2022.

Variável	Buscou/Recebeu informações sobre parto		
	Sim	Não	p-valor
	n (%)	n (%)	
Um	27 (69,2)	5 (62,5)	
Dois ou mais	4 (10,2)	3 (37,5)	
<b>Parto anterior (n=40)</b>			
Parto vaginal/normal	18 (56,2)	4 (50,0)	0,808**
Cesariana	12 (37,5)	4 (50,0)	
Ambos (vaginal/normal e cesariana)	2 (6,2)	0 (0,0)	
<b>Idade gestacional atual (n=100)</b>			
28 a 31 semanas	25 (28,7)	9 (69,2)	0,024**
32 a 35 semanas	31 (35,6)	2 (15,3)	
36 ou mais semanas	31 (35,6)	2 (15,3)	
<b>Idade gestacional no início do pré-natal (n=100)</b>			
Até 12 semanas	83 (95,5)	10 (76,9)	0,045**
13 semanas ou mais	4 (4,5)	3 (23,0)	
<b>Tipo de serviço de pré-natal (n=94)</b>			
Exclusivamente SUS	14 (17,0)	8 (66,6)	0,001**
Exclusivamente privado	68 (82,9)	4 (33,3)	
<b>Profissional que atende o pré-natal (n=99)</b>			
Exclusivamente médico	69 (80,2)	8 (61,5)	0,156*
Misto (médico e enfermeira)	17 (19,7)	5 (38,4)	
<b>Gestação planejada (n=100)</b>			
Planejava engravidar neste momento	76 (87,3)	9 (69,2)	0,103**
Não planejava engravidar	11 (12,6)	4 (30,7)	
<b>Parto planejado (n=96)</b>			
Normal/Vaginal	77 (92,7)	7 (53,8)	0,001*
Cesariana	6 (7,2)	6 (46,1)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

\*Teste Qui-Quadrado

\*\* Teste Exato de Fisher

Dados semelhantes foram observados a partir das mesmas características socioeconômicas e obstétricas associadas ao score EOR. A escolaridade até o ensino fundamental esteve associada ao “Recomendar”, enquanto o ensino superior esteve associado ao “Elogiar” ( $p=0,007$ ), a renda familiar até dois salários-mínimos esteve associada ao “Recomendar” e a renda maior que cinco salários ao “Elogiar” ( $p=0,032$ ), até dois moradores na residência esteve associado ao “Elogiar” ( $p=0,036$ ). O pré-natal no serviço privado esteve associado ao “Elogiar” e no serviço público ao “Recomendar” ( $p=0,030$ ). A preferência pelo parto vaginal esteve associada tanto ao “Elogiar” quanto ao “Orientar”, enquanto a preferência pela cesariana esteve associada ao “Recomendar” ( $p=0,000$ ), como apresentado na Tabela 9.

**Tabela 9:** Características socioeconômicas, histórico obstétrico e dados da gestação atual das participantes, associadas ao score da classificação EOR. Espírito Santo – Brasil, 2021/2022.

Variáveis	Classificação EOR			p valor
	Elogiar n (%)	Orientar n (%)	Recomendar n (%)	
<b>Idade (n=99)</b>				
20-34 anos	35 (83,3)	33 (82,5)	11 (64,7)	0,234*
35 ou mais	7 (16,6)	7 (17,5)	6 (35,2)	
<b>Raça/Cor (n=100)</b>				
Branca	25 (59,5)	20 (48,7)	5 (29,4)	0,211**
Parda	15 (35,7)	18 (43,9)	9 (52,9)	
Preta	2 (4,7)	3 (7,3)	3 (17,6)	
<b>Situação Conjugal (n=99)</b>				
Com companheiro(a)	39 (95,1)	38 (92,6)	16 (94,1)	1,000**
Sem companheiro(a)	2 (4,8)	3 (7,3)	1 (5,8)	
<b>Escolaridade (n=97)</b>				
Até ensino Fundamental Completo	1 (2,5)	3 (7,5)	2 (11,7)	<b>0,007**</b>
Ensino Médio Completo	6 (15,0)	8 (20,0)	9 (52,9)	
Ensino Superior Completo	33 (82,5)	29 (72,5)	6 (35,2)	
<b>Emprego remunerado (n=96)</b>				
Possuo emprego remunerado	33 (82,5)	30 (76,9)	11 (64,7)	0,348*
Não possuo emprego remunerado	7 (17,5)	9 (23,0)	6 (35,2)	
<b>Renda familiar (n=87)</b>				<b>0,032**</b>

**Tabela 9:** Características socioeconômicas, histórico obstétrico e dados da gestação atual das participantes, associadas ao score da classificação EOR. Espírito Santo – Brasil, 2021/2022.

Variáveis	Classificação EOR			p valor
	Elogiar n (%)	Orientar n (%)	Recomendar n (%)	
Renda familiar entre um e dois salários mínimos (SM)	2 (5,4)	8 (24,2)	6 (35,2)	
Renda familiar entre dois e três SM	10 (27,0)	5 (15,1)	6 (35,2)	
Renda familiar entre três e quatro SM	4 (10,8)	6 (18,1)	3 (17,6)	
Renda familiar entre quatro e cinco SM	7 (18,9)	4 (12,1)	1 (5,8)	
Renda familiar maior que cinco SM	14 (37,8)	10 (30,3)	1 (5,8)	
<b>Moradores no domicílio (n=100)</b>				
Até dois moradores	30 (71,4)	25 (60,9)	6 (35,2)	<b>0,036*</b>
Três ou mais	12 (28,5)	16 (39,0)	11 (64,7)	
<b>Região de Residência (n=100)</b>				
Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV)	31 (73,8)	33 (80,4)	11 (64,7)	0,462*
Outras regiões	11 (26,1)	8 (19,5)	6 (35,2)	
<b>Gestações anteriores (n=100)</b>				
Primeira gestação	24 (57,1)	23 (56,0)	11 (64,7)	0,299*
Uma ou mais	18 (42,8)	18 (43,9)	6 (35,2)	
<b>Filhos nascidos vivos (n=47)</b>				
Nenhum	5 (27,7)	2 (11,1)	1 (9,0)	0,074**
Um	13 (72,2)	13 (72,2)	6 (54,5)	
Dois ou mais	0 (0,0)	3 (16,6)	4 (36,3)	
<b>Parto anterior (n=40)</b>				
Parto vaginal/normal	8(61,5)	9 (56,2)	5 (45,4)	0,565**
Cesariana	5 (38,4)	5 (31,2)	6 (54,5)	
Ambos (vaginal/normal e cesariana)	0 (0,0)	2 (12,5)	0 (0,0)	
<b>Idade gestacional atual (n=100)</b>				
28 a 31 semanas	3 (7,1)	12 (29,2)	9 (52,9%)	0,078*
32 a 35 semanas	10 (23,8)	18 (43,9)	5 (29,4)	
36 ou mais semanas	19 (45,2)	11 (26,8)	3 (17,6)	

**Tabela 9:** Características socioeconômicas, histórico obstétrico e dados da gestação atual das participantes, associadas ao *score* da classificação EOR. Espírito Santo – Brasil, 2021/2022.

Variáveis	Classificação EOR			p valor
	Elogiar n (%)	Orientar n (%)	Recomendar n (%)	
<b>Idade gestacional no início do pré-natal (n=100)</b>				
Até 12 semanas	40 (95,2)	39 (95,1)	14 (82,3)	0,145**
13 semanas ou mais	2 (4,7)	2 (4,8)	3 (17,6)	
<b>Tipo de serviço de pré-natal (n=94)</b>				
Exclusivamente SUS	6 (14,6)	8 (22,2)	8 (47,0)	<b>0,030**</b>
Exclusivamente privado	35 (85,3)	28 (77,7)	9 (52,9)	
<b>Profissional que atende o pré-natal (n=99)</b>				
Exclusivamente médico	32 (76,1)	31 (75,6)	14 (82,3)	0,949**
Misto (médico e enfermeira)	10 (23,8)	9 (21,9)	3 (17,6)	
<b>Gestação planejada (n=100)</b>				
Planejava engravidar neste momento	37 (88,0)	37 (90,2)	11 (64,7)	0,057**
Não planejava engravidar	5 (11,9)	4 (9,7)	6 (35,2)	
<b>Parto planejado (n=96)</b>				
Normal/Vaginal	39 (95,1)	37 (92,5)	8 (53,3)	<b>0,000**</b>
Cesariana	2 (4,8)	3 (7,5)	7 (46,6)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

\*Teste Qui-Quadrado

Quando comparado o conhecimento sobre o parto com ter buscado/recebido informações sobre o assunto durante a gestação, evidenciou-se significância estatística ( $p < 0,05$ ) em quase todas as variáveis, inclusive no *score* EOR, a única variável que não apresentou significância foi “Indicações de cesariana (contraindicações do parto vaginal/normal)” ( $p = 0,175$ ) como apresentado na Tabela 10.

**Tabela 10:** Conhecimento de gestantes de terceiro trimestre sobre assuntos relacionados ao parto, e busca/recebimento de informações sobre o assunto. Espírito Santo – Brasil 2021/2022.

Variável	Buscou/Recebeu informações sobre parto				p valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
<b>Sinais que podem anteceder o trabalho de parto (n=100)*</b>					
Não	3	3,4	3	23,0	<b>0,008**</b>
Sim, porém tenho dúvidas	33	37,9	7	53,8	
Sim	51	58,6	3	23,0	
<b>Ruptura da bolsa antes do trabalho de parto (após 37 semanas) (n=100)*</b>					
Não	4	4,5	9	69,2	<b>0,000**</b>
Sim, porém tenho dúvidas	32	36,7	2	15,3	
Sim	51	58,6	2	15,3	
<b>Vantagens do parto vaginal/normal (n=100)*</b>					
Não	1	1,1	2	15,3	<b>0,035**</b>
Sim, porém tenho dúvidas	14	16,0	3	23,0	
Sim	72	82,7	8	61,5	
<b>Indicações de cesariana (contra-indicações do parto vaginal/normal) (n=100)*</b>					
Não	3	3,4	2	15,3	<b>0,175**</b>
Sim, porém tenho dúvidas	48	55,1	7	53,8	
Sim	36	41,3	4	30,7	
<b>Fases do trabalho de parto (n=100)*</b>					
Não	10	11,4	11	84,6	<b>0,000**</b>
Sim, porém tenho dúvidas	24	27,5	1	7,6	
Sim	53	60,9	1	7,6	
<b>Métodos farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto (n=100)</b>					
Não	19	21,8	11	84,6	<b>0,000**</b>
Sim, porém tenho dúvidas	33	37,9	2	15,3	
Sim	35	40,2	0	0,0	
<b>Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto</b>					
					<b>0,000**</b>

**Tabela 10:** Conhecimento de gestantes de terceiro trimestre sobre assuntos relacionados ao parto, e busca/recebimento de informações sobre o assunto. Espírito Santo – Brasil 2021/2022.

Variável	Buscou/Recebeu informações sobre parto				p valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
<b>(n=100)</b>					
Não	11	12,6	9	69,2	
Sim, porém tenho dúvidas	25	28,7	3	23,0	
Sim	51	58,6	1	7,6	
<b>Vantagens do plano de parto (n=100)*</b>					
Não	10	11,4	10	76,9	<b>0,000**</b>
Sim, porém tenho dúvidas	23	26,4	2	15,3	
Sim	54	62	1	7,6	
<b>Procedimentos que não devem ser realizados de forma rotineira durante o trabalho de parto (n=100)*</b>					
Não	11	12,6	11	84,6	<b>0,000**</b>
Sim, porém tenho dúvidas	28	32,1	1	7,6	
Sim	48	55,1	1	7,6	
<b>Situações que se configuram como violência obstétrica (n=100)*</b>					
Não	3	3,4	5	38,4	<b>0,000**</b>
Sim, porém tenho dúvidas	27	31,0	6	46,1	
Sim	57	65,5	2	15,3	
<b>Direitos das gestantes relacionados ao momento do parto (n=100)</b>					
Não	6	6,8	6	46,1	<b>0,000**</b>
Sim, porém tenho dúvidas	28	32,1	5	38,4	
Sim	53	60,9	2	15,3	
<b>Hora dourada (n=100)*</b>					
Não	17	19,5	12	92,3	<b>0,000**</b>
Sim, porém tenho dúvidas	11	12,6	0	0,0	
Sim	59	67,8	1	7,6	
<b>Escore EOR (n=100)</b>					
Elogiar	42	48,2	0	0,0	<b>0,000**</b>

**Tabela 10:** Conhecimento de gestantes de terceiro trimestre sobre assuntos relacionados ao parto, e busca/recebimento de informações sobre o assunto. Espírito Santo – Brasil 2021/2022.

Variável	Buscou/Recebeu informações sobre parto				p valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Orientar	38	43,6	3	23,0	
Recomendar	7	8,0	10	76,9	

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

\* Questões que pontuam para a classificação EOR

\*\* Teste Exato de Fisher



## 6. DISCUSSÃO

Por se tratar de uma pesquisa realizada de forma virtual, com contato majoritariamente pelas redes sociais, constatou-se uma amostra composta predominantemente por mulheres jovens, brancas, como renda mais elevada, maior escolaridade, com companheiro(a) e residindo com até dois moradores, corroborando com estudos prévios, que utilizaram metodologia semelhante, com mesmo público e na mesma localidade (DE BORTOLO *et al.*,2022; PRADO *et al.*,2022).

A utilização da *internet* para coleta de dados em pesquisas em saúde tem se mostrado uma estratégia eficiente devido ao seu baixo custo para realização e facilidade na sua divulgação (FALEIROS *et al.*,2016; SZWACRWALD *et al.*,2021). Entretanto, apesar dessas facilidades, a adesão nas pesquisas realizadas de forma *on-line* pode ser um desafio para sua realização. Em nosso estudo, encontramos uma taxa de resposta efetiva, para as participantes elegíveis, encontrada foi de 39,9%, diferindo de outros estudos com metodologia de coleta de dados semelhante, os quais mostraram taxa de adesão entre 60,0 e 87,0% (FALEIROS *et al.*,2016; DE BORTOLO *et al.*,2022).

Outro importante aspecto da influência da *internet* e das redes sociais em saúde se dá pelo aumento da busca por informações nesses meios. Diversos estudos apontam que gestantes complementam as informações recebidas durante o cuidado pré-natal com as encontradas na *internet*, sejam pelas práticas educativas realizadas e o próprio acompanhamento pré-natal serem insuficientes para atender suas demandas, pela não compreensão dos termos técnicos utilizados por profissionais, curiosidade, entre outros (KRASCHENESWSKI *et al.*,2014; HATAMLEH *et al.*,2019; LOURENÇO *et al.*,2020). Devido às restrições ocorridas durante a pandemia de covid-19, a busca por informações em saúde na *internet* e nas redes sociais se configurou como estratégia segura, percebeu-se um aumento na quantidade de informações disponíveis, inclusive por parte de órgãos públicos de saúde (DUROWAYE *et al.*, 2022). O impacto dessas estratégias virtuais para busca por conhecimento sobre o parto para gestantes fica claro ao notarmos que 97% das

participantes consideraram válidas as informações contidas na última parte do questionário de coleta de dados.

Na pesquisa, observou-se que mais de um terço das participantes consideraram os meios virtuais como principal fonte de informações sobre parto, incluindo páginas nas redes sociais/sites, grupos nas redes sociais e aplicativos, corroborando com estudos prévios que apontam a *internet* como uma fonte importante de informações sobre o assunto (HATAMLEH *et al.*, 2019). O profissional pré-natalista, durante as consultas, foi a segunda principal fonte de informação, reforçando assim o caráter educativo do acompanhamento pré-natal e o papel fundamental dos profissionais na construção do conhecimento das gestantes e famílias. Outros estudos apontam a prática de educação em saúde durante a gestação, com orientações voltadas para o momento do parto por parte dos profissionais que realizam o acompanhamento pré-natal (MARQUES *et al.*,2020, TOMASI *et al.*,2021).

A doula é uma profissional que fornece apoio físico e emocional à mulher durante o parto e período pós-parto (RONDON *et al.*,2021). A doula foi a terceira principal fonte de informação encontrada em nossa pesquisa. Apesar de ter a sua relevância comprovada na redução das taxas de cesariana, menor uso de medicamentos para alívio da dor no momento do parto e menor duração do trabalho de parto (SILVA; CORRÊA-CUNHA; KAPPLER, 2018). Sua atuação pode se iniciar ainda na gestação, com o objetivo de preparar a mulher para o momento do parto por meio da informação, esse aspecto da sua atuação, no entanto, ainda é pouco estudado (ROCHA *et al.*,2020).

Os grupos e cursos de gestante também são estratégias para ações de educação em saúde, e foram citados por uma pequena parte das participantes da pesquisa. Nesses modelos de práticas educativas, a participação de diversos profissionais contribui para a diversidade de informações fornecidas, ocorre um incentivo na participação do acompanhante e uma variedade de temas podem ser abordados, como os sinais do trabalho de parto, o uso dos métodos não farmacológicos para alívio da dor, direitos relacionados à gestação (JORGE; SILVA; MAKUCH, 2020).

O conhecimento prévio sobre trabalho de parto também apareceu entre as participantes da pesquisa, na literatura, o fato de possuir conhecimento sobre parto antes da gestação está relacionado a ter experiência de gestação e parto anterior (BEZERRA; CARDOSO, 2006). A experiência anterior também está relacionada à preferência para o parto, tanto na literatura (DOMINGUES *et al.*,2014; SILVA *et al.*,2017), e esse também foi um achado entre as participantes. Além disso, a recuperação mais rápida no período pós-parto, a segurança do parto normal, o desejo pelo parto normal, o medo da cesariana, a experiência anterior negativa com a cesariana, são alguns fatores que levam a gestante preferir o parto vaginal (DOMINGUES *et al.*,2014; KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES,2018). Por outro lado, estudos mostram que a escolha pela cesariana esteve associada ao medo da dor do trabalho de parto, a realização de laqueadura tubária e experiência prévia positiva com a cesariana, além de problemas de saúde (DOMINGUES *et al.*,2014; KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2018), corroborando com os achados desta pesquisa. Outro fator associado a preferência pela cesariana foi a ausência de busca/recebimento de informações sobre o parto, dado que também foi encontrado em outro estudo (MEDEIROS *et al.*,2017).

Encontramos que 87,5% das participantes relataram preferência das pelo parto vaginal, esse achado corrobora com dados de outros estudos realizados (DOMINGUES *et al.*, 2014; SANTANA; LAHM; SANTOS, 2015; SILVA *et al.*,2017). Apesar dessa preferência pelo parto vaginal encontrada nos estudos, as taxas de cesariana no Brasil são excessivamente altas (BRASIL, 2022a), a pesquisa Nacer no Brasil encontrou que no início do acompanhamento pré-natal a maior parte das gestantes tinham como preferência o parto vaginal, porém no decorrer da gestação, parte das gestantes passou a preferir a cesariana, em especial as que eram acompanhadas no serviço privado pelo mesmo médico que realizaria a assistência ao parto. Essa mudança na preferência e mesmo a realização da cesariana não esteve necessariamente relacionada à intercorrências na gravidez, mas pode ter relação com a ocorrência de um aconselhamento do profissional pré-natalista favorável a cesariana (DOMINGUES *et al.*,2014). Entre as participantes da pesquisa que não estavam em sua primeira gestação, 40% tiveram seus filhos por cesariana, essa frequência encontrada é um pouco menor que a observada em outros estudos (DOMINGUES *et al.*,2014; DIAS *et al.*, 2022).A realização de cesarianas está

relacionada a cesarianas recorrentes, em especial nos serviços privados (DIAS *et al.*,2022), além de maiores riscos de infecção puerperal e de ferida operatória, hemorragia e necessidade de transfusão sanguínea, histerectomia, internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e óbito materno quando comparada ao parto vaginal (MASCARELLO *et al.*,2017). Diante dos riscos da cesariana, sua realização deve ser feita baseada em indicações clínicas que justifiquem os seus riscos como na desproporção cefalopélvica, apresentação córmica no momento do trabalho de parto, parada de progressão não resolvida com as medidas usuais, frequência cardíaca fetal não tranquilizadora, placenta prévia, descolamento prematuro da placenta fora do período expulsivo, vasa prévia, infecção por herpes genital, prolapso de cordão, ruptura uterina, entre outras (AMORIM; SOUZA; PORTO, 2010; SOUZA; AMORIM; PORTO, 2010).

Apesar de 95,0% das participantes da pesquisa assinalarem que conheciam as indicações de cesariana, não houve significância estatística com ter buscado ou recebido informações sobre o parto. Apesar de ser a cirurgia mais realizada em mulheres no Brasil, a cesariana ainda é pouco discutida no pré-natal(KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2018; VALOIS *et al.*,2019), e, dessa forma, as suas indicações clínicas ou obstétricas, seus riscos e seus benefícios não são inteiramente compreendidos pelas gestantes. Um fator que pode estar relacionado à não identificação das indicações de cesariana pelas gestantes pode ser o tipo de orientações recebidas pelos profissionais pré-natalistas, uma vez que essas orientações podem ser baseadas nas preferências dos próprios profissionais (DOMINGUES *et al.*,2014). Com relação às vantagens do parto normal assinaladas pelas participantes, observou-se uma concordância com dados encontrados em outros estudos, a recuperação mais rápida no período pós-parto, ser considerado mais seguro, além de benefícios para o bebê (KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2018; PEREIRA; SILVA; MISSIO, 2022).

As orientações, durante a gestação, sobre o trabalho de parto são fundamentais para promover maior autonomia da mulher, evitar internação precoce e intervenções desnecessárias advindas dela (KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2018; HATAMLEH *et al.*, 2019). Além disso, a realização de práticas de educação em saúde durante a gravidez é um indicador do cuidado pré-natal compartilhado e humanizado, que repercute de forma positiva na assistência

obstétrica (MARQUES *et al.*,2021; TOMASI *et al.*,2021). Sobre os sinais que podem sinalizar o início do trabalho de parto, a maior parte das participantes (94,0%) assinalou a saída do tampão mucoso e as contrações, esses dados também foram encontrados em outros estudos (FÉLIX *et al.*,2019; PEREIRA; SILVA; MISSIO, 2022).

Poucas pesquisas abordam as orientações recebidas durante a gestação sobre a ocorrência de ruptura da bolsa, especialmente fora do trabalho de parto. Encontramos que 87% das participantes relataram saber como proceder na ocorrência de ruptura da bolsa fora do trabalho de parto. Em estudo realizado em Minas Gerais, foi observado que menos da metade das gestantes sabiam sobre bolsa rota, características do líquido amniótico e o que fazer quando a bolsa rompe (FÉLIX *et al.*,2019). Com gestações no termo (após 37 semanas) e na ausência de infecção ou colonização por estreptococos  $\beta$ -hemolítico do grupo B (EGB), recomenda-se o uso de antibiótico profilático após 18h da ruptura da bolsa, com o objetivo de prevenir a sepse neonatal (COUTINHO *et al.*,2011). Devido risco aumentado para complicações no nascimento (FERNANDES; RUDEK; SOUTO, 2015), a presença de mecônio no líquido amniótico indica a necessidade de internação precoce para acompanhamento do trabalho de parto e rigorosa avaliação da vitalidade fetal.

A fase ativa do trabalho de parto e o período expulsivo foram as fases reconhecidas por mais de 90% participantes da pesquisa. O conhecimento sobre as fases do trabalho de parto, em especial construído de forma que permita a identificação da fase ativa do trabalho de parto, contribui para a internação hospitalar no momento ideal, reduzindo riscos de intervenções desnecessárias e aumentando satisfação com a experiência do nascimento (BONOVICH, 1990; HATAMLEH *et al.*, 2019).

A internação precoce está relacionada à realização rotineira de procedimentos que não tem indicação, ou tem indicação restrita, que devem ser feitos após avaliação criteriosa. Entre os procedimentos que não devem ser realizados de forma rotineira mais assinalados pelas participantes, destacam-se a episiotomia, a amniotomia e infusão contínua de ocitocina. A episiotomia é uma incisão cirúrgica realizada no períneo com o objetivo de ampliar o canal de parto e

abreviar tempo de nascimento, no entanto sua realização está associada a maior incidência de dor no período pós-parto, dor na relação sexual e hemorragia (DESSANTI; NUNES, 2019).

A amniotomia, ou ruptura artificial da bolsa das águas é um procedimento simples, porém apresenta risco de complicações como prolapso de cordão e alterações na vitalidade fetal (SOUZA *et al.*,2010). Já a infusão contínua de ocitocina, medicamento utilizado para desencadear ou aumentar as contrações uterinas, pode ocasionar alterações na vitalidade do feto e taquissistolia. Alguns estudos associam sua utilização a aumento da necessidade de analgesia farmacológica e indicação de cesarianas (HIDALGO-LOPEZOSA; HIDALGO-MAESTRE; RODRÍGUEZ-BORREGO, 2016). O chamado “manejo ativo” do trabalho de parto (amniotomia e infusão de ocitocina), apesar de estarem associados a uma redução da duração do trabalho de parto, deve ser indicado após avaliação criteriosa, uma vez que apresentam riscos importantes tanto para a mãe quanto para o feto (MEDEIROS *et al.*, 2018).

O medo da dor no trabalho de parto é um importante fator de ansiedade materna (MESQUITA *et al.*,2015), então instrumentalizar a gestante sobre técnicas para alívio da dor pode contribuir para uma vivência positiva do momento do parto, além de possibilitar uma escolha pela via de parto sabendo que existem possibilidades para passar pela dor de forma mais confortável (KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2017; SILVA *et al.*,2020). O uso das medidas não farmacológicas para alívio da dor são boas práticas recomendadas durante a assistência obstétrica que tem como objetivo promover o conforto da parturiente e facilitar o processo de nascimento (SILVA *et al.*,2019b; SILVA *et al.*,2020). Entre os diferentes métodos que podem ser utilizados, identificamos o conhecimento sobre banho morno, a massagem, os exercícios respiratórios e a utilização da bola suíça, os quais corroboram com dados encontrados em estudos feitos com puérperas, sobre a utilização de técnicas para alívio da dor. O banho morno, uso da bola e massagem foram as técnicas mais utilizadas (SILVA *et al.*,2020;TOMASI *et al.*,2021). Diferente do que encontramos, uma pesquisa realizada com gestantes, no município de Palmas-TO, observou um baixo conhecimento de gestantes de terceiro trimestre sobre os métodos não farmacológicos para alívio da dor. Neste trabalho, um quarto das entrevistadas já havia ouvido falar sobre as técnicas para alívio da

dor, e entre as que conheciam os métodos mais citados foram a deambulação, o banho morno e os exercícios respiratórios (SILVA *et al.*,2019b).

Os métodos farmacológicos para alívio da dor são recursos válidos para a redução da percepção dolorosa, e uma importante estratégia na redução de cesarianas por exaustão materna (BRASIL, 2017), quando bem indicada, sua utilização está ainda associada a maior satisfação materna (FELISBINO-MENDES *et al.*, 2017). Devido seus riscos de aumento da duração do trabalho de parto, necessidade de outras intervenções como ocitocina, amniotomia, parto instrumental, alterações na vitalidade fetal, parada de progressão e cesariana, não é indicado seu uso rotineiro (FELISBINO-MENDES *et al.*, 2017). Entre as técnicas anestésicas mais comuns no Brasil, temos a peridural, a combinada raqui-peridural e a raquianestesia (BRASIL, 2017). Estudos apontam diferentes taxas de utilização de analgesia de parto, na pesquisa “Nascer no Brasil”, realizada entre 2011 e 2012, aproximadamente 34% das parturientes receberam analgesia durante o trabalho de parto, sendo muito mais comum no serviço privado (73,7%) que no serviço público (27,1%) (LEAL *et al.*,2014). Em um estudo realizado em um hospital público de Santa Catarina, a analgesia de parto ocorreu em aproximadamente 18% dos partos (TOMASI *et al.*,2021). Em nossa pesquisa, 70,0% das participantes relataram conhecer alguma técnica de analgesia de parto, a peridural e a raquianestesia foram as mais citadas.

O plano de parto é uma ferramenta na qual a gestante registra as suas escolhas para o trabalho de parto, como alimentação, uso de técnicas para alívio da dor, direito à livre movimentação, acompanhante de escolha, parto, como posição desejada para parir (KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2018; SANTOS *et al.*,2020). Mas, infelizmente, o plano de parto é pouco conhecido e utilizado pelas gestantes, no entanto ele pode ser considerado uma estratégia para o desenvolvimento de ações de educação em saúde e promotor de autonomia, uma vez que para construí-lo a gestante deve receber ou buscar informações (KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2018; SANTOS *et al.*,2020; TOMASI *et al.*,2021). Encontramos, em nosso estudo, que a maior parte das participantes (80%) conhecia as vantagens do plano de parto, tanto em seu aspecto de sinalizar suas preferências para a equipe que vai atender o parto, quanto no seu aspecto de que para construí-lo é necessário buscar informações. As preferências relacionadas ao

período pós-parto imediato, como desejo pelo contato pele a pele, amamentação na primeira hora de vida, também devem ser incluídas no plano de parto.

Observamos que cerca de 70,0% das participantes conheciam a hora de ouro, como é conhecida a primeira hora de vida do bebê após o nascimento, nesse período o neonato deve estar junto dos pais, sua realização de forma adequada é um indicador de boas práticas obstétricas e neonatais, facilita a interação da mãe e do bebê, a amamentação, a formação de vínculo entre o binômio (AYRES *et al.*,2021).

Apesar de ser uma prática segura, barata, com benefícios a curto e longo prazo comprovados (SAMPAIO *et al.*,2016), não é a realidade em muitas instituições de saúde no Brasil. Em um estudo realizado em uma maternidade de João Pessoa-PB, apenas 9,3% dos bebês foram amamentados na primeira hora de vida (SAMPAIO *et al.*,2016). Outro estudo, realizado em três maternidades de um município da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, observou que apenas 71,2% dos bebês foram amamentados na primeira hora de vida (TOMASI *et al.*,2021). Um estudo comparou o contato pele a pele nos três cenários de nascimento num determinado hospital, nos nascimentos ocorridos na casa de parto, 87,5% dos bebês foram colocados em contato pele a pele imediatamente após o nascimento, nos partos ocorridos no centro de parto normal intra-hospitalar, 40% dos bebês receberam esse cuidado, porém apenas 2,5% dos bebês nascidos no centro obstétrico foram colocados sobre a mãe ao nascer (BARROS *et al.*,2018). Apesar de estar associado ao parto vaginal (SAMPAIO *et al.*,2016; BARROS *et al.*,2018), a realização da hora ouro deve ser incentivada e realizada também nos nascimentos por cesariana. O contato pele a pele entre a mãe e o bebê contribui para a regulação da temperatura do neonato, liberação de hormônios facilitadores do aleitamento materno e que contribuem ainda para a diminuição do risco de hemorragia pós-parto (WHO, 2018).

A presença do acompanhante no momento do parto é um fator que contribui para a realização do contato pele a pele (MONGUILHOTT *et al.*,2018; TOMASI *et al.*,2021). Desde 2005, o Brasil possui uma lei que garante o direito à gestante, parturiente e puérpera um acompanhante de sua escolha na internação para o parto (BRASIL, 2005). Entre as gestantes que participaram da nossa pesquisa, esse foi o



direito referente ao parto mais conhecido por elas. A presença de um acompanhante durante o trabalho de parto contribui para a redução da ansiedade no momento da dor (MONGUILHOTT *et al.*,2018; ANDRADE *et al.*,2019). Quando os acompanhantes participam, durante a gestação, dos processos educativos vivenciam, junto com a parturiente, o trabalho de parto de forma mais autônoma e segura (KARABULUT *et al.*,2016), contribuindo assim com uma maior satisfação da experiência do nascimento.

Outro direito das gestantes relacionados ao momento do parto é o direito de visita e vinculação à sua maternidade de referência (BRASIL, 2007). Em nossa pesquisa, cerca de 60,0% das participantes conheciam esse direito. A vinculação à maternidade de referência evita a peregrinação das gestantes na busca de atendimento de saúde, seja por intercorrências na gestação, seja para o parto (MORAES *et al.*,2018). Alguns serviços realizam cursos e grupos de gestante em suas dependências, e aproveitam esse momento para realizar a visita de vinculação da gestante na maternidade, e um estudo realizado com puérperas que realizaram o acompanhamento pré-natal no SUS, encontrou que apenas 40% das mulheres foram orientadas a visitar a maternidade (JORGE; SILVA; MAKUCH, 2020).

A violação de direitos relacionados ao momento da gestação, assim como a ocorrência de atos de violência contra a gestante, parturiente, puérpera e neonato, constitui-se como formas de violência obstétrica (LANSKY *et al.*, 2019). São muitas as situações que podem ser consideradas violência obstétrica, da realização de intervenções sem indicações clínicas bem definidas, procedimentos dolorosos sem analgesia, realização de intervenções não consentidas ou com consentimento baseado em informações incompletas ou incorretas, o cuidado não confidencial com a não garantia de privacidade durante o trabalho de parto e parto; o abuso verbal físico ou psicológico; a discriminação durante a assistência de acordo com atributos específicos; a detenção no serviço de saúde, além de ações como abandono, negligência ou recusa da assistência (HOTIMSKY; AGUIAR; VENTURA JÚNIOR, 2013; BISCEGLI *et al.*, 2015; TESSER *et al.*, 2015; LANSKY *et al.*, 2019).

Estudo realizado em 2010 encontrou que um quarto das mulheres brasileiras sofre algum tipo de violência durante o período gestacional (HOTIMSKY; AGUIAR; VENTURA JÚNIOR, 2013), no entanto, acredita-se que este número é subestimado,

uma vez que várias práticas consideradas violência obstétrica não são identificadas como tal pelas mulheres (HOTIMSKY; AGUIAR; VENTURA JÚNIOR, 2013; LANSKY *et al.*, 2019), tais achados também foram identificados em nosso estudo. Formas claras de violência verbal e psicológica como constranger, humilhar e ofender a gestante foram assinaladas por quase todas as participantes que afirmaram conhecer situações que se configuram como violência, porém procedimentos clínicos, sem indicação como a realização de enema, manobra de Kristeller, restrição indiscriminada de livre movimentação e alimentação foram assinaladas por pouco mais da metade das participantes.

Diante desse achado, faz-se necessário incluir a temática violência obstétrica durante o atendimento pré-natal como forma de munir a gestante e seu acompanhante com informações que permitam que ações que se configuram como violência sejam prontamente identificadas.

O início do acompanhamento pré-natal foi precoce para maior parte das participantes da pesquisa, essa informação é condizente com a adequação da cobertura do pré-natal no estado do Espírito Santo que foi de aproximadamente 70% no ano de 2020 (BRASIL, 2022c). O início precoce do acompanhamento pré-natal favorece o monitoramento adequado da gestação, contribuindo para a identificação e tratamento de possíveis complicações danosas à mãe ou ao feto, além de contribuir para a realização do número de consultas preconizadas, fortalecer o vínculo entre a gestante e o profissional e assim tornar a assistência propícia à realização de práticas educativas (COSTA *et al.*, 2013).

O acompanhamento pré-natal foi majoritariamente realizado pelo profissional médico. Esse também foi um achado em pesquisa realizada com gestantes para avaliar o grau de conhecimento sobre o parto (SANTOS *et al.*, 2019). O acompanhamento exclusivamente em serviços privados e planejamento do parto em maternidade privada podem ser justificados pelas características socioeconômicas encontradas na amostra. Diversos estudos apontam a relação dessas características na adequação da assistência pré-natal, mulheres mais jovens, pretas e pardas, com menor renda e escolaridade, sem trabalho remunerado, sem companheiro e atendida no serviço público apresentam menor adequação do cuidado pré-natal (DOMINGUES *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2018; ESPOSTI *et al.*, 2020).

A gestação foi planejada para 85,0% das participantes, esse achado difere do observado em outros estudos que apontam uma taxa de gestações não planejadas próximo a 50%, em especial entre as mulheres não brancas, com menor escolaridade e menor renda (NEMER *et al.*,2021; MAFFESSIONI; ANGONESE; ROCHA, 2021). A ocorrência da gestação não planejada está relacionada ao menor número de consultas de pré-natal e à inadequação com relação ao início da assistência (MAFFESSIONI; ANGONESE; ROCHA, 2021). Com relação ao acompanhante de escolha para o momento do parto, o companheiro foi declarado por 92,0% delas, esse achado foi condizente com pesquisa já realizada, e aponta que a participação do pai no momento do parto é uma forma de fortalecimento do vínculo familiar (SANTOS *et al.*,2008).

Observou-se uma relação entre ter buscado/recebido informações sobre o parto com ter apresentado maiores *scores* da pontuação EOR, esse achado corrobora com estudo realizado no Ceará, que encontrou que após participarem de intervenção educativa, as gestantes apresentaram maior adequação do conhecimento sobre parto além de maior taxa de utilização dos recursos apresentados na intervenção em seus partos (ANDRADE *et al.*,2019).

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em tempos de pandemia e distanciamento social, a utilização de estratégias virtuais para coleta de dados, como a plataforma REDCap se mostrou eficiente. A possibilidade de construção de um questionário eletrônico que pôde ser autopreenchido não limitou a realização da pesquisa a um determinado local e horário, uma vez que dispensou a realização de entrevistas, ainda que fossem virtuais. Outro fator vantajoso com a utilização da plataforma REDCap foi a oportunidade de organizar o instrumento de coleta de dados com um *layout* agradável e em páginas diferentes, abrindo assim espaço para a inclusão de textos informativos e avaliar, a partir da percepção das participantes se meios virtuais são ferramentas úteis para a busca por informações sobre parto.

Todas as participantes relataram estar em acompanhamento pré-natal, a maior parte com início precoce, atendimento feito no serviço privado, majoritariamente pelo profissional médico e observou-se também uma alta taxa de gestações planejadas. Tais achados podem ser explicados pela amostra jovem, com bom grau de instrução, renda elevada e pelo fato de a pesquisa ter sido realizada de forma *on-line*, com necessidade de possuir meios como *smartphone*, *tablet* ou computador, e ter sua divulgação feita principalmente nas redes sociais.

O estudo identificou a preferência pelo parto normal entre as participantes, e os motivos citados foram recuperação mais rápida, benefícios para o bebê e menor risco de complicações, entre as que preferem a cesariana o desejo por essa via de nascimento e não querer sentir dor foram os motivos mais citados e a preferência pela via de parto esteve diretamente ligada a ter recebido informações sobre o parto.

A maior parte das gestantes participantes da pesquisa recebeu ou buscou informações sobre assuntos relacionados ao parto. No entanto, observou-se que a maior parte possui dúvidas sobre os assuntos abordados, sendo necessário algum tipo de orientação. Identificamos que os meios virtuais se configuram como a principal fonte de informação sobre o assunto, seguido pelos profissionais que realizam o cuidado pré-natal, e pelas doulas, que também são promotoras de conhecimento.

Encontramos que a renda, emprego remunerado, escolaridade, número de moradores no domicílio, a idade gestacional atual, a idade gestacional no início do pré-natal, o tipo do serviço onde realiza o pré-natal e o parto planejado apresentam impacto tanto em ter buscado informações quanto no conhecimento sobre assuntos relacionados ao parto. A utilização do Sistema EOR se mostrou uma estratégia eficiente para avaliação do conhecimento das gestantes sobre o parto, podendo, por meio dele, fazer orientações necessárias observadas a partir das lacunas de informações observadas a partir das respostas obtidas. Fortalecendo, assim, a autonomia ao auxiliar e encorajar a busca por conhecimentos quando estão em deficiência.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. DE; BARRETO, M. L. **Epidemiologia e saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Grupo Gen - Guanabara Koogan, 2011.
- AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R.; PORTO, A. M. F. Indicações de cesariana baseadas e evidências: parte I. **FEMINA**, v. 38, n. 8, 2010.
- ANDRADE, I. S. *et al.* Efeitos de tecnologia no conhecimento, atitude e prática de gestantes para o parto. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 20, 2019.
- AYRES L.F.A, *et al.* Fatores associados ao contato pele a pele imediato em uma maternidade. **Escola. Anna Nery**, v. 25, n.2, 2021.
- BARROS, G. M.; DIAS, M. A. B.; GOMES JUNIOR, S. C. DOS S. O uso das boas práticas de atenção ao recém-nascido na primeira hora de vida nos diferentes modelos de atenção ao parto. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, v. 18, n. 1, p. 21–28, 2018.
- BARBOSA, L. C.; FABBRO, M. R. C.; MACHADO, G. P. R. Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. **Avances en enfermería**, Bogotá, v. 35, n. 2, p. 190-207, 2017.
- BEZERRA, M. G. A.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 414–421, 2006.
- BESSA, L. F.; MAMEDE, M. V. Ação Educativa: Uma perspectiva para humanização do parto? **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 24, n.1, p. 11-22, 2010
- BISCEGLI, T. S. *et al.* Violência obstétrica: perfil assistencial de uma maternidade escola no interior de São Paulo. **CuidArte Enfermagem**. v. 9, n. 1, p.18-25, 2015.
- BLACKWELL, T. M. *et al.* Using Text Messaging to Improve Access to Prenatal Health Information in Urban African American and Afro-Caribbean Immigrant Pregnant Women: Mixed Methods Analysis of Text4baby Usage. **JMIR mHealthanduHealth**, v. 8, n. 2, p. e14737, 2020.
- BLANK, E. B. *et al.* Práticas educativas para (re) significar o parto e o nascimento no olhar de puérperas. **Sulavista**, v. 38, n. 3, p. 581-95, 2019.
- BONOVICH, L. Recognizing the Onset of Labor. **Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing**, v. 19, n. 2, p. 141–145, 1990.
- BRASIL. **Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos**. Brasília, Ministério da Saúde 3º ed., 1998.

\_\_\_\_\_. **Assistência pré-natal:** normas e manuais técnicos. Brasília, Ministério da Saúde 3º ed., 2000a.

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 569 de 01 de junho de 2000.** Brasília, Ministério da Saúde, Diário Oficial da União, 2000b.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005.** Brasília. Diário Oficial da União, 2005.

\_\_\_\_\_. **Pré-natal e puerpério:** atenção qualificada e humanizada. Brasília, Ministério da Saúde; 2006

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007.** Brasília. Diário Oficial da União 2007.

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 1.469 de 24 de junho de 2011.** Brasília, Ministério da Saúde, Diário Oficial da União, 2011.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal:** versão resumida. Brasília, Ministério da Saúde, 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 13.709 de 14 de agosto de 2018.** Brasília, Presidência da República, Diário Oficial da União, 2018.

\_\_\_\_\_. Estatísticas vitais. Nascidos vivos. **Nascimento por residência da mãe segundo consulta pré-natal. Período 2000.** Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 01 ago. 2021.

\_\_\_\_\_. Estatísticas vitais. Nascidos vivos. **Nascimento por residência da mãe segundo consulta pré-natal. Período 2019.** Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 01 ago. 2021.

\_\_\_\_\_. Estatísticas vitais. Nascidos vivos. **Nascimento por residência da mãe segundo o tipo de parto. Período 2020.** Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 12 set. 2022.

\_\_\_\_\_. Estatísticas vitais. Nascidos vivos. **Nascimento por residência da mãe segundo consulta pré-natal. Período 2020.** Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 12 set. 2022.

\_\_\_\_\_. Estatísticas vitais. Nascidos vivos – Espírito Santo. **Nascimento por residência da mãe segundo consulta pré-natal. Período 2020.** Ministério da Saúde, 2022c. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nves.def>. Acesso em: 12 set. 2022.

\_\_\_\_\_. Estatísticas vitais. Nascidos vivos – Espírito Santo. **Nascimento por residência da mãe segundo Adequament pré-natal. Período 2020.** Ministério da Saúde, 2022d. Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nves.def>. Acesso em: 12 set. 2022.

\_\_\_\_\_. Estatísticas vitais. Nascidos vivos – Espírito Santo. **Nascimento por residência da mãe. Período 2020.** Ministério da Saúde, 2022e. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 12 set. 2022.

\_\_\_\_\_. Estatísticas vitais. Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos – Espírito Santo. **Óbitos maternos segundo tipo causa obstétrica. Período 2020.** Ministério da Saúde, 2022f. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nves.def>. Acesso em: 12 set. 2022.

\_\_\_\_\_. Estatísticas vitais. Nascidos vivos – Espírito Santo. **Nascimento por idade da mãe. Período 2020.** Ministério da Saúde, 2022g. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nves.def>. Acesso em: 15 out. 2022.

BRITO, C. A.; SILVA, A. S. S.; CRUZ, R. S. B. L. C. Puerperal women's perceptions regarding preparation for birth in prenatal care. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 4, p. 470, 2015.

CAMACHO, EL. L. P. R. *et al.* Conhecimento e aplicabilidade dos métodos não farmacológicos utilizados pelos enfermeiros obstetras para alívio da dor no trabalho de parto. **Boletim do Instituto Saúde**. v. 16, n. 1, p. 30-6, 2015.

CARVALHO, S. S.; OLIVEIRA, B. R.; BEZERRA, I. S. A. Importância das orientações sobre trabalho de parto nas consultas de pré-natal: revisão de literatura. **Revista Educação em Saúde**, v. 7, n. 1, p. 142-150, 2019.

CASTRO, D. F. A. *et al.* Promoção do desenvolvimento infantil, um olhar d projeto Nossas Crianças: Janelas de oportunidades. **Nursing**, v. 257, n. 22, p. 3193-8, 2019.

CHEN, J. *et al.* Effect of flexible patterns of health education on enhancing the compliance of pregnant women from Tibet, China. **Medicine**, v. 99, n. 1, p. e18447, 2020.

COSTA, B. R. L. Bola de neve virtual: o uso das redes sociais virtuais no processo de coleta de dados de uma pesquisa científica. **Revista interdisciplinar de gestão social**, Salvador, v. 7, n.1, p. 15-37, 2018.

COSTA, C. S. C. *et al.* Características do atendimento pré-natal na rede básica de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 15, n. 2, p. 516-22, 2013.

COSTA, L. D. *et al.* Adherence of professionals to good obstetric practices and interventions performed with parturients. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 22, p. e61474, 2021.

COSTA, N. Y. *et al.* O pré-natal como estratégia de prevenção à violência obstétrica. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**. v. 12, n. 12, 2020.

COUTINHO, T. *et al.* Prevenção da doença perinatal pelo estreptococo do grupo B:



atualização baseada em algoritmos. **FEMINA**, v. 39, n. 6, 2011

DARÓS, D. Z. *et al.* Socialização de conhecimentos e experiências sobre o processo de nascimento e tecnologias do cuidado. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 308–14, 2010.

DE BORTOLO, G. P. *et al.* Aplicação do método Elogiar-Orientar-Recomendar na saúde bucal de gestantes em Web-survey. **Revista Cubana de Información en Ciencias de La Salud**, v. 33, 2022.

DESSANTI, G A.; NUNES, C. P. Complicações e sintomas no pós-parto com episiotomia. **Revista de Medicina de Família e Saúde Mental**, v. 1, n.1, 2019.

DIAS, B. A. S. *et al.* Variação das taxas de cesariana e cesariana sucessiva no Brasil segundo idade gestacional ao nascer e tipo de hospital. **Caderno de Saúde Pública**. v. 38, n. 6, 2022.

DICKENS, L. T. *et al.* Management and pregnancy outcomes of women with GCK-MODY enrolled in the US Monogenic Diabetes Registry. **Acta Diabetologica**, v. 56, n. 4, p. 405–411, 2019.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Caderno de Saúde Pública**, v.30, sup 1, 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.37, n.3, p.140-7, 2015

DINIZ, S. G. *et al.* Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna e propostas para a sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 3, 2015.

DUARTE, S. J. H; BORGES, A. P.; ARRUDA, G. L. Ações de enfermagem na educação em saúde no pré-natal: Relato de experiência de um projeto de extensão da Universidade Federal do Mato Grosso. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, São João Del Rei, v. 2, n. 1, p. 277-282, 2011.

DUROWAYE, T. D. *et al.* Public health perinatal promotion during COVID-19 pandemic: a social media analysis. **BMC Public Health**, v. 22, n. 1, 2022.

ESPOSTI, C. D. D. *et al.* Desigualdades sociais e geográficas no desempenho da assistência pré-natal em uma Região Metropolitana do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n. 5, p. 1735-49, 2020.

FALEIROS, F. *et al.* Use of virtual questionnaire and dissemination as a data collection strategy in scientific studies. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 4, 2016.

FEITOSA, A.; ÁVILA, A. Uso do prontuário eletrônico na assistência pré-natal às portadoras de diabetes na gestação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, v. 38, n. 01, p. 9–19, 2015.

FELISBINO-MENDES, M. S. *et al.* O uso de analgesia farmacológica influencia no desfecho de parto? **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 5, p. 458–465, 2017

FÉLIX, H. C. R. *et al.* The Signs of alert and Labor: knowledge among pregnant women. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 19, n. 2, p. 335–341, 2019.

FERNANDES, M. C.; RUDEK, M.; SOUTO, A. S. Recém-nascidos banhados em líquido amniótico meconial: atendimento em sala de parto e ocorrência de síndrome da aspiração meconial. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 44, n. 4, p. 48–56, 2016.

FRACOLLI, L. A.; CHIESA, A. M. A percepção das famílias sobre a cartilha “toda hora é hora de cuidar”. **O mundo da saúde**. v. 35, n. 1, p. 36-42, 2010.

FRANKLIN, J. D.; GUIDRY, A.; BRINKLEY, J. F. A partnership approach for Electronic Data Capture in small-scale clinical trials. **Journal of Biomedical Informatics**, v. 44, p. S103–S108, 2011.

GONÇALVES, M. F. *et al.* Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 3, 2017.

GRIPPO, M. L. V. S.; FRACOLLI, L. A. Evaluation of an educational booklet about childcare promotion from the family’s perception regarding health and citizenship. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 3, 2008.

GUERRA-REYES, L. *et al.* Mind the Gap: Assessing the Disconnect Between Postpartum Health Information Desired and Health Information Received. **Women’s Health Issues**, v. 27, n. 2, p. 167–173, 2017.

GUERREIRO, E. M. *et al.* Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 1, p. 13-21, 2014.

HALILI, L. *et al.* High maternal self-efficacy is associated with meeting Institute of Medicine gestational weight gain recommendations. **PLoS ONE**, v. 14, n. 12, 2019.

HARRIS, P. A. *et al.* The REDCap consortium: Building an international community of software platform partners. **Journal of Biomedical Informatics**, v. 95, 2019.

HATAMLEH, R. *et al.* The effects of a childbirth preparation course on birth outcomes among nulliparous Jordanian women. **Midwifery**, v. 72, p. 23-29, 2019.

HIDALGO-LOPEZOSA, P.; HIDALGO-MAESTRE, M.; RODRÍGUEZ-BORREGO, M. A. Labor stimulation with oxytocin: effects on obstetrical and neonatal outcomes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, n. 0, 2016.

HOTIMSKY, S. N.; AGUIAR, J. M.; VENTURI JÚNIOR, G. Violência institucional no parto em maternidades brasileiras. **Revista coletiva**, v. 9, set-dez, 2012. Disponível em: <http://coletiva.labor.unicamp.br/index.php/artigo/a-violencia-institucional-no-parto-em-maternidades-brasileiras/>. Acesso em: 22 out. 2021.

HUNDERTMARCK, K. *et al.* Apoia: Desenvolvimento de um protótipo para aplicativo móvel de apoio social a gestação. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 15, n. 1, 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Espírito Santo**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/panorama>. Acesso em: 19 ago. 2021.

JORGE, H. M. F.; SILVA, R. M.; MAKUCH, M. Y. Humanized care in high-risk prenatal care: nurses' perceptions. **Rev Rene**, v. 21, 2020.

KARABULUT, Ö. *et al.* Does antenatal education reduce fear of childbirth? Does antenatal education reduce fear of childbirth. **International Nursing Review**, v. 63, n. 1, p. 60–67, 2016.

KATZ, L. *et al.* Quem tem medo da violência obstétrica? **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, v.20, n.2, p.627-631, 2020.

KOTTWITZ, F.; GOUVEIA, H. G.; GONÇALVES, A.C. Route of birth delivery preferred by mothers and their motivations. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 1, 2018.

KRASCHNEWSKI, J. L. *et al.* Paging “Dr. Google”: Does Technology Fill the Gap Created by the Prenatal Care Visit Structure? Qualitative Focus Group Study With Pregnant Women. **Journal of Medical Internet Research**, v. 16, n. 6, 2014.

LANSKY, S. *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência&SaúdeColetiva**, v. 24, n. 8, p. 2811–2824, 2019.

LAUZON, L.; HODNETT, E. D. Antenatal education for self-diagnosis of the onset of active labour at term. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 1998.

LEAL, M. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S17–S32, 2014.

LEAL, M. C. *et al.* Prenatal care in the Brazilian public health services. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 8, 21 jan. 2020.

LEAL, N. P. *et al.* Práticas sociais do parto e do nascer no Brasil: a fala das puérperas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 941–950, 2021.

LOURENÇO, J. C. *et al.* Orientações sobre parto no pré-natal de alto risco nos serviços de saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 10, p. e85, 2020.

LUZ, N. F.; ASSIS, T. R.; REZENDE, F. R. Puérperas adolescentes: percepções relacionadas ao pré-natal e ao parto. **Arquivos brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 40, n. 2, p. 80-84, 2015.

MAEDA, T. C. *et al.* Importância atribuída por puérperas às atividades desenvolvidas no pré-natal. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde (online)**, v. 3, n. 2, p. 6-18. 2014.

MAFESSONI, A. L.; ANGONESE, N. T.; ROCHA, B. M. Perfil epidemiológico das gestações não planejadas em um hospital de referência no oeste do Paraná. **FEMINA**, v. 49, n. 12, p.682-9, 2021.

MARQUES, B. L. *et al.* Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 1, 2021.

MARTINELLI K.G, *et al.* Classificação do pré-natal em maternidades do Espírito Santo conforme recomendações da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde do Brasil. **Research Society Development**. v, 10, n.12, 2021.

MARTINS, J.; VERÍSSIMO, M. D. L. O. R.; OLIVEIRA, M. A. Health agents' evaluation of the project instruments in: "our children – windows of opportunities". **Texto & Contexto - Enfermagem**. v. 17, n. 1, p. 106-14, 2008.

MASCARELLO, K. C.; HORTA, B. L; SILVEIRA, M. F. Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise. **Revista de Saúde Pública**. v. 105, n.51, 2017.

MAZZETTO, F. M. C. *et al.* Sala de espera: educação em saúde em um ambulatório de gestação de alto risco. **Saúde e Pesquisa**, v. 13, n. 1, p. 93–104, 2020.

MEDEIROS, M. Q. *et al.* Assistência obstétrica no trabalho de parto e parto em mulheres de risco habitual: revisão narrativa. **Revista de Medicina da UFC**, v. 58, n. 2, p. 47, 2018.

MEDEIROS, R. N. K. *et al.* Aspectos relacionados à preferência da gestante pela via de parto. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 08, n. 01, 2017.

MEDRONHO, R.A. *et al.* Epidemiologia. 2 ed. São Paulo: **Atheneu**. 2009.

MESQUITA, A. A. *et al.* Compreendendo o temor do ser no mundo gestante de baixo risco no último trimestre gestacional. **CogitareEnfermagem**, v. 20, n. 4, p. 655-61, 2015.

MILLER, Y. D. *et al.* Variations in outcomes for women admitted to hospital in early versus active labour: an observational study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 20, n. 1, 2020.

MONGUILHOTT, J. J. DA C. *et al.* Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, 2018.

MORAES, L. M. V. DE *et al.* Fatores associados à peregrinação para o parto em São Luís (Maranhão) e Ribeirão Preto (São Paulo), Brasil: uma contribuição da coorte BRISA. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 11, 2018.

NEMER, C. R. B. *et al.* Fatores associados à inadequação do início do pré-natal. **Enfermagem em Foco**, v. 23, n.4, p.710-7, 2021.

OLIVEIRA, K. K.D. *et al.* Concepção das nulíparas sobre o trabalho de parto e o parto. **Cuidado é fundamental online**, v. 4, n. 3, p. 2627-35, 2012.

OLIVEIRA, L. L. F. *et al.* Caracterização da atenção obstétrica desenvolvida em hospitais de ensino de uma capital do nordeste brasileiro. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 75, n. 1, 2021.

OLIVEIRA, M. C.; MERCES, M. C. Percepções sobre violência obstétrica na ótica de puérperas. **Revista de enfermagem UFPE online**, v. 11, suppl. 6, p.2483-9, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção e eliminação dos abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra, 2014. Disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf;jsessionid=8067575D586CF33ECAEB79D4847DD01A?sequence=3](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=8067575D586CF33ECAEB79D4847DD01A?sequence=3) . Acesso em: 21 abr. 2021.

PATRIDGE, E. F.; BARDYN, T. P. Research Electronic Data Capture (REDCap). **Journal of the Medical Library Association**, v. 106, n. 1, 2018.

PEREIRA, A. C. T. P.; SILVA, M. G.; MISSIO, L. Conhecimento das gestantes atendidas em um hospital de ensino sobre trabalho de parto e parto. **Perspectivas Experimentais e Clínicas Inovações Biomédicas e Educação em Saúde**, v. 8, n. 1, p. 2–9, 21, 2022.

PINA-OLIVEIRA, A. A.; CHIESA, A. M. Manual “Toda Hora É Hora de Cuidar” e e-book conceitual: promoção da saúde revisitada. **Saúde e Pesquisa**, v. 11, n. 2, p. 325, 2018.

PRADO, C. B. *et al.* Adesão aos 10 passos para uma alimentação saudável em gestantes do Sudeste Brasileiro. **Journal of Human Growth and Development**, v. 32, n. 3, p. 204-14, 2022.

PROGIANTI, J. M.; MOUTA, R. J. O.; NASCIMENTO, N. M. Empoderamento feminino: promoção do parto fisiológico com o uso de tecnologias não invasivas de cuidado. **PROENF Saúde Materna e Neonatal**, v. 2, n. 4, p. 9-34, 2013.

REBERTE, L. M. **Efeitos do uso de uma Cartilha Educativa durante o Pré-Natal**. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, p.144, 2012.

REIS, K. L. *et al.* Validação de uma tecnologia educacional: manual obstétrico para a atenção primária. **Nursing**. v. 22, n. 6, p. 3351-5, 2019

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexões sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, v.2, p. 477-86, 2017.

ROCHA, G. L. B. *et al.* Atuação de doulas no serviço público de saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 10, 2020.

RODRIGUES, F. A. C. *et al.* Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. **Reprodução & Climatério**, v. 32, n. 2, p. 78-84, 2017.

RONDON, M. C. *et al.* Mulheres assistidas por doulas: estudo exploratório. **Nursing**, v. 24, n. 279, p. 6045–6052, 2021.

ROTA, A. *et al.* Timing of hospital admission in labour: latent versus active phase, mode of birth and intrapartum interventions. A correlational study. **Women and Birth**, v. 31, n. 4, p. 313–318, 2018.

RUSCHI, G. E. C. *et al.* Qualidade dos dados de assistência pré-natal na Atenção Básica em prontuário eletrônico e relação com apoio matricial, Vitória, Espírito Santo, 2013-2014: corte transversal. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 39, n. 12, p. 1–13, 2018.

SAMPAIO, Á. R. R.; BOUSQUAT, A.; BARROS, C. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 2, p. 1–2, 2016.

SANTANA, F. A.; LAHM, J. V.; SANTOS, R. P. Fatores que influenciam a gestante na escolha do tipo de parto. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 17, n. 3, p. 123-127, 2015

SANTIAGO, R. F. *et al.* Avaliação de objeto virtual de aprendizagem sobre pré-natal para adolescentes grávidas na atenção básica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, n. 1, 2020.

SANTOS, A. B. B. *et al.* Grau de conhecimento das gestantes do serviço público sobre parto humanizado. **ABCS Health Sciences**, v. 44, n. 3, 2019.

SANTOS, J. O. *et al.* Conhecimento de gestantes atendidas em Unidades Básicas de Saúde sobre o direito à presença do acompanhante durante o trabalho de parto. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**. v. 26, n. 3, p. 294-8, 2008.

SANTOS, T. C. *et al.* Plano de parto: conhecimento, atitude e prática de puérperas assistidas na atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde**, v. 6, n. 1, 2021.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde, Programa de Saúde da Família. **Toda Hora é Hora de Cuidar**, 2016. Disponível em: [http://www.ee.usp.br/cartilhas/CADERNO\\_EQUIPE.pdf](http://www.ee.usp.br/cartilhas/CADERNO_EQUIPE.pdf). Acesso em 18 de out. de 2020.

SCANDIUZZI, M. M.; PINHEIRO, T. C.; ALCADIPANI, F. A. M. C. Resultados maternos e perinatais na ruptura prematura de membranas. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**. V. 16, n. 4, p. 178-81, 2014.

SILVA, A. C. L. *et al.* Preferência pelo tipo de parto, fatores associados à expectativa e satisfação com o parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 19, 2017.

SILVA, A. S. C.; RAMOS, E.P.; SILVA, R. M. C. A. Tecnologia da informação em saúde em jovens com osteossarcoma. **Rev. Enferm. UFPE on line**, v. 12, n. 10, p. 2717-26, 2018.

SILVA, A. S. *et al.* Conhecimento das gestantes acerca das medidas de alívio da dor durante o parto. **Revista Enfermagem Atual**, v.87, 2019b.

SILVA, E. P.; LIMA, R. T. DE; OSÓRIO, M. M. Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2935–48, 2016.

SILVA, E. P. *et al.* Avaliação do pré-natal na atenção primária no nordeste do Brasil: fatores associados à sua adequação. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, n.43, 2018.

SILVA, L. C. C.; CORRÊA-CUNHA, E. F.; KAPPLER, S. R. Percepção de mulheres sobre o parto e o papel da doula. **Psicologia Revista**, v. 27, n. 2, p. 357–376, 2018.

SILVA, M. R. B. *et al.* Tecnologias não invasivas: conhecimento das mulheres para o protagonismo no trabalho de parto. **Nursing**, v. 263, n. 23, p. 3729-35, 2020.

SILVA, R. M. DA *et al.* Mobile health technology for gestational care: evaluation of the GestAção's app. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. suppl 3, p. 266–273, dez. 2019a.

SOUZA, I., P., M., A.; JACOBINA, R., R. Educação em saúde e suas versões na história brasileira. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, n.33, v. 4, p. 618-627, 2009.

SOUZA, A. B. *et al.* Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 16, n. 3, p. 115-128, 2016.

SOUZA, A. S. R, AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M.F. Indicações de cesariana baseadas e evidências: parte II. **FEMINA**, v. 38, n. 9, 2010.

SOUZA, A. S. R. *et al.* Análise crítica dos métodos não-farmacológicos de indução do trabalho de parto. **FEMINA**, v. 38, n. 4, 2010.

SOUZA, V. B.; ROECKER, S.; MARCON, S. S. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 199–210, 2011.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* ConVid- Pesquisa de comportamentos pela internet durante a pandemia de COVID-19 no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. **Caderno de Saúde Pública**, v.27, n.3, 2021

TERTO, T. L. *et al.* Association between early pregnant hospitalization and use of obstetric interventions and cesarean: a cross-sectional study. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 4, 2021.

TESSER C. D. *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 35, n. 10, p. 1-

12, 2015.

TOMASI, E. *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Caderno de saúde pública**, v. 33, n. 3, 2017.

TOMASI, Y. T. *et al.* Do pré-natal ao parto: um estudo transversal sobre a influência do acompanhante nas boas práticas obstétricas no Sistema Único de Saúde em Santa Catarina, 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 1, 2021.

TSAI, Y. J. *et al.* Effects of a Web-Based Antenatal Care System on Maternal Stress and Self-Efficacy During Pregnancy: A Study in Taiwan. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 63, n. 2, p. 205–213, 2018.

VALOIS, R. C. *et al.* Conhecimento dos riscos do parto cesáreo entre gestantes atendidas no pré-natal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 32, 2019.

VAN DEN HEUVEL, J. F. *et al.* eHealth as the Next-Generation Perinatal Care: An Overview of the Literature. **Journal of Medical Internet Research**, v. 20, n. 6, 2018.

VAN GELDER, M. M. H. J.; BRETVELD, R. W; ROELEVELD, N. Web-based questionnaires: the future in epidemiology? **American Journal of Epidemiology**. v. 172, n. 11, p. 1292-8, 2010.

VAZ, J. *et al.* Criação e Implementação de um Banco de Dados Prospectivo e Multicêntrico de Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio: RIAM: RIAM – registro de infarto agudo do miocárdio. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2020.

VIEIRA, B. C. *et al.* Applying best practices to pregnant women in the obstetric center. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 3, p. 191–196, 2019.

WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO). **The Ottawa charter for health promotion**. Geneva, 1986a.

\_\_\_\_\_. **Young people's health – a challenge for society**. Report of a WHO Study Group on Young People and "Health for All by the Year 2000". Geneva, 1986b.

Disponível em:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41720/WHO\\_TRS\\_731.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41720/WHO_TRS_731.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 03 dez. 2021.

\_\_\_\_\_. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Geneva, 2015. Disponível em:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf). Acesso em: 08 out. 2022.

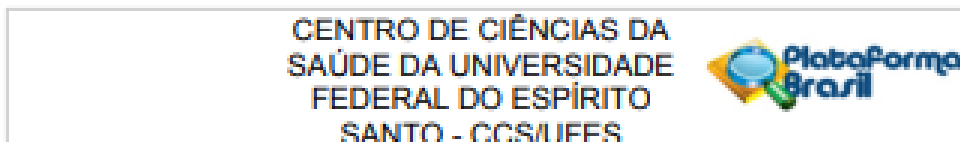
\_\_\_\_\_. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva, 2018.

WILD, C. F. *et al.* O. Ações educativas com o grupo de gestantes usuárias da atenção básica: relato de experiência. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 10, n. 9, p. 9633-7, 2015.



WU, H. *et al.* Online Antenatal Care During the COVID-19 Pandemic: Opportunities and Challenges. **Journal of Medical Internet Research**, v. 22, n. 7, 2020.

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** USO DE INSTRUMENTO DE ORIENTAÇÃO EDUCATIVA NA AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DAS GESTANTES SOBRE O PARTO

**Pesquisador:** Edson Theodoro dos Santos Neto

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 46734621.4.0000.5060

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.973.413

#### **Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo transversal com caráter descritivo, com o objetivo de desenvolver e utilizar um instrumento autoaplicável do sistema EOR (Elogiar/Orientar/Recomendar) de preparação para o trabalho de parto em gestantes no terceiro trimestre, que utilizem redes sociais.

Segundo o pesquisador, o estudo será realizado com gestantes residentes de qualquer município do estado do Espírito Santo (ES).

O universo amostral será composto por gestantes com idade gestacional entre 28 e 42 semanas, residentes em um dos 78 municípios do Espírito Santo e utilizem as redes sociais (Instagram®, Facebook® e WhatsApp®). Para o cálculo amostral, o pesquisador refere que considerou-se o registro de 53.569 nascidos vivos no estado do ES no ano de 2020 de acordo com o SINASC (ESPÍRITO SANTO, 2021) estabelecendo-se uma proporção esperada de 48% de gestantes com orientação para o parto realizada

durante a gravidez, conforme estudo já realizado (GONÇALVES et al., 2017), com intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 5%. Assim, os cálculos resultaram numa amostra de 381 gestantes. Os cálculos

<b>Endereço:</b> Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar
<b>Bairro:</b> S/N <span style="float: right;"><b>CEP:</b> 39.040-001</span>
<b>UF:</b> ES <span style="float: right;"><b>Município:</b> VITÓRIA</span>
<b>Telefone:</b> (27)3335-7211 <span style="float: right;"><b>E-mail:</b> cep.ufes@hotmail.com</span>

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESPÍRITO  
SANTO - CCS/UFES**



Continuação do Parecer: 4.973.413

foram realizados no programa WinPepl ©, versão 3.18, ano 2004-2016.

Os dados serão coletados pela plataforma REDCap (apresenta-se como uma alternativa para coleta e gestão de dados em pesquisas em saúde) por um instrumento composto por perguntas abertas e fechadas. A análise referente ao conhecimento das gestantes sobre os temas abordados será por meio do Sistema EOR (Elogiar/Orientar/Recomendar).

O armazenamento dos dados do questionário e TCLE será feito na nuvem da Universidade por meio da plataforma REDCap ©. Os dados provenientes dos questionários serão agrupados pelas variáveis de interesse para permitir a análise segundo os objetivos específicos.

Serão calculadas estatísticas descritivas como frequências absolutas e relativas, média, mediana, desvio padrão, bem como medidas estatísticas inferenciais, como teste qui-quadrado e t-student, para realizar associações e comparações entre as variáveis. Para tais análises, será utilizado o programa SPSS © (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 21.0.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Desenvolver e utilizar um instrumento autoaplicável do sistema EOR (Elogiar/Orientar/Recomendar) de preparação para o trabalho de parto em gestantes no terceiro trimestre, que utilizem redes sociais.

**Objetivo Secundário:**

Avaliar o conhecimento das gestantes sobre o trabalho de parto e uso de métodos farmacológicos e não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto com sistema de orientação educativa. Avaliar o conhecimento das gestantes sobre seus direitos no processo de parto e violência obstétrica. Identificar as principais fontes de informação sobre trabalho de parto, métodos farmacológicos e não farmacológico para alívio da dor, direitos da gestante e violência obstétrica entre as gestantes residentes do Espírito Santo e que utilizem as redes sociais.

Endereço: Av. Marechal Campos 1468, prédio de direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar  
 Bairro: SN CEP: 29.040-091  
 UF: ES Município: VITORIA  
 Telefone: (27)3335-7211 E-mail: cep.ufes@hotmail.com

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESPÍRITO  
SANTO - CCS/UFES**



Continuação do Parecer: 4.973.413

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Com relação aos Riscos e Benefícios, o pesquisador determina que:

**\*Riscos:**

A participante poderá, durante o preenchimento do questionário, sentir-se desconfortável em compartilhar informações pessoais, ou ainda, por problemas de conexão ou mau funcionamento de aparelhos (celular, tablet ou computador), ter o tempo de preenchimento prolongado. Caso sintase desconfortável com o compartilhamento de algumas informações, a participante poderá adonar o(s) pesquisador(es) para maiores informações, ou interromper o preenchimento dos dados e/ou não enviá-los após o preenchimento, retirando assim, automaticamente o seu consentimento, visto que, só serão utilizados questionários que forem preenchidos completamente. Na ocorrência de problemas de conexão ou mau funcionamento dos aparelhos, a participante poderá selecionar a opção "Finalizar o preenchimento do questionário em outro momento", onde o link da pesquisa, com os dados já preenchidos, será enviado por e-mail, podendo, a participante, continuar a preenchê-los em momento mais oportuno. Para minimizar os riscos apresentados, o(s) pesquisador(es), orientarão, previamente a realização da pesquisa, as participantes quanto o preenchimento do instrumento, e a pesquisa só será iniciada após a leitura do TCLE e confirmação do consentimento. Será possível fazer a retirada do consentimento de duas formas. A primeira é não finalizar e/ou não enviar as respostas ao servidor, visto que apenas questionários completos serão utilizados. Após o envio das respostas para o servidor, para a retirada do consentimento, será necessário entrar em contato com algum dos pesquisadores informando o e-mail fornecido no início do questionário e solicitando a retirada da participação da pesquisa. Não sendo necessário informar dados como nome ou o motivo para a exclusão". A descrição dos riscos, bem como as estratégias para minimizá-los, atendem a Resolução CNS 466/12.

**\*Benefícios:**

Os resultados deste estudo contribuirão para a ampliação dos conhecimentos das gestantes a cerca do processo de trabalho de parto, métodos para alívio da dor e violência obstétrica. Além de reforçar para os profissionais que prestam cuidados a essa população as temáticas com maior demanda e técnicas com maior relevância de acordo com as preferências das gestantes. Outro benefício é fortalecer o uso de tecnologias de informação e comunicação na coleta de dados em

Endereço: Av. Marechal Campos 1488, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar  
 Bairro: SN CEP: 29.040-091  
 UF: ES Município: VITORIA  
 Telefone: (27)3335-7211 E-mail: cep.ufes@hotmail.com

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESPÍRITO  
SANTO - CCS/UFES**



Continuação do Parecer: 4.973.413

pesquisas em saúde". Os benefícios apresentados atendem a Resolução CNS 456/12.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Em parecer anterior, apresentava as seguintes pendências relativas a cronograma, TCLE, coleta dos dados, retirada do consentimento e risco. Entretanto, toas as pendências foram esclarecidas nesta versão atual.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Nesta versão apresenta em conformidade:

Pb Informações Básicas do Projeto

Projeto Brochura

TCLE

Cronograma

Folha de rosto

Termo de compromisso

Carta resposta

**Recomendações:**

-

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não constam pendências e/ou inadequações.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1732411.pdf	27/08/2021 13:26:59		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPLETO_RESPOSTA_A_S_PENDÊNCIAS_24_08.pdf	27/08/2021 13:26:13	Thais Nunes Vicente	Aceito
TCLE / Termos de	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVR	27/08/2021	Thais Nunes	Aceito

Endereço: Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar  
 Bairro: SN CEP: 29.040-091  
 UF: ES Município: VITORIA  
 Telefone: (27)3335-7211 E-mail: cep.ufes@hotmail.com

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESPÍRITO  
SANTO - CCS/UFES**



Continuação do Parecer: 4.973.413

Assentimento / Justificativa de Ausência	E_ESCLARECIDO_RESPOSTA_AS_PENDÊNCIAS_24_08.pdf	13:04:27	Vicente	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_AS_PENDÊNCIAS_24_08.pdf	27/08/2021 13:01:12	Thais Nunes Vicente	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_DE_ATIVIDADES_RESPONSA_AS_PENDÊNCIAS24_08.pdf	27/08/2021 13:00:16	Thais Nunes Vicente	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_COMPROMISSO_PESQUISADOR.pdf	10/05/2021 16:42:09	Thais Nunes Vicente	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	10/05/2021 16:41:07	Thais Nunes Vicente	Aceito
Outros	CARTA_DE_FEEDBACK.pdf	09/05/2021 19:16:08	Thais Nunes Vicente	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITÓRIA, 14 de Setembro de 2021

Assinado por:

**Maria Helena Montelero de Barros Miotto**  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Marechal Campos 1488, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar  
 Bairro: S/N CEP: 29.040-091  
 UF: ES Município: VITÓRIA  
 Telefone: (27)3335-7211 E-mail: cep.ufes@hotmail.com

## ANEXO B – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

---

### DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que a Comissão Julgadora da Defesa de Dissertação de Mestrado de **Thais Nunes Vicente**, intitulada "*Uso de tecnologias para orientação educativa na avaliação do conhecimento das gestantes sobre o parto*", ocorreu no dia 28 de setembro de 2022, às 9 horas, sendo composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Edson Theodoro dos Santos Neto (orientador)

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sílvia das Dores Rissino (coorientadora)

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Barbara Almeida Soares Dias (membro externo – UFRR)

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Katrini Guidolini Martinelli (membro interno)

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Virginia Maria Muniz (suplente externo)

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carolina Dutra Degli Esposti (suplente interno)

Vitória-ES, 28 de setembro de 2022

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Angélica Carvalho Andrade  
Coordenadora-Adjunta do Programa de Pós-Graduação em Saúde  
Coletiva  
CCS/UFES

---

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Centro de Ciências da Saúde – UFES.  
Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe – Vitória – ES – CEP 29.043-900.  
Contato: (27) 3335-7287 / ppgsc.ufes@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

**PROTOCOLO DE ASSINATURA**



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por  
**MARIA ANGELICA CARVALHO ANDRADE - SIAPE 1890179**  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Atenção a Saúde Coletiva em exercício  
Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva -  
PPGASC/CCS  
Em 28/09/2022 às 14:36

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:  
<https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/570880?tipoArquivo=O>



## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sr.(a) está sendo convidada a participar como voluntária da pesquisa intitulada **“Uso de Instrumento de Orientação Educativa na Avaliação do Conhecimento das Gestantes Sobre o Parto”**, sob a responsabilidade dos pesquisadores: Prof. Dr. Edson Theodoro dos Santos Neto, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Silvia das Dores Rissino e a mestranda Thais Nunes Vicente.

### JUSTIFICATIVA

Ações de educação em saúde realizadas durante a gravidez tem como objetivos promover conhecimentos e assim fomentar a autonomia e o empoderamento feminino com relação à sua saúde e visam promover uma experiência positiva do parto e nascimento. As informações sobre o assunto podem ser encontradas em diversos atores e cenários, o profissional que realiza o cuidado pré-natal, doulas, educadores perinatais, cursos e grupos de gestantes, além das redes sociais e páginas da internet. A utilização de ferramentas digitais para captura de dados pode contribuir com a realização de pesquisas e na assistência à saúde, sendo, ainda, mecanismos facilitadores para a gestão dos dados e organização do fluxo de trabalho nos serviços de saúde.

### OBJETIVO

Desenvolver e utilizar um instrumento autoaplicável do sistema EOR (Elogiar/Orientar/Recomendar) de preparação para o trabalho de parto em gestantes no terceiro trimestre, que utilizem as redes sociais.

### PROCEDIMENTOS

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo transversal com caráter descritivo. A população do estudo será constituída por 381 gestantes no terceiro trimestre, que residam no Espírito Santo e utilizam redes sociais. A coleta de dados será feita pela *internet*, por meio de uma plataforma eletrônica para captura de dados, no período de Junho/2021 a Novembro/2021. O REDCap (*Research Electronic Data Capture*) é um *software* que permite rápido desenvolvimento e implantação de ferramentas

eletrônicas de captura de dados, e assim apoiar pesquisas e está disponível para os seus parceiros institucionais acadêmicos de forma gratuita. As variáveis do estudo referem—se aos dados de caracterização, dados sobre a gestação atual, ações de educação perinatal voltadas para ao trabalho de parto, preparo para o parto, preferências para o parto e avaliação do questionário. Para análise da situação de saúde da gestante, será aplicada uma análise baseada no Sistema EOR.

### **DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA**

A resposta ao questionário ocorrerá via *internet*, através de uma plataforma eletrônica. Serão envolvidos participantes residentes de qualquer município do Espírito Santo. O tempo total estimado para o preenchimento do instrumento será de aproximadamente 20 minutos.

### **RISCOS E DESCONFORTOS**

Durante o preenchimento do questionário, a senhora pode sentir-se desconfortável em compartilhar informações pessoais, ou ainda, por problemas de conexão ou mau funcionamento de aparelhos, ter o tempo de preenchimento prolongado. Caso sintasse desconfortável com o compartilhamento de algumas informações, a senhora poderá acionar o(s) pesquisador(es) para maiores informações, ou interromper o preenchimento dos dados e/ou não enviá-los após o preenchimento, retirando assim, automaticamente o seu consentimento, visto que, só serão utilizados questionários com preenchimento completo. Na ocorrência de problemas de conexão ou mau funcionamento dos aparelhos, a participante poderá selecionar a opção “Finalizar o preenchimento do questionário em outro momento”, nesse caso, o link da pesquisa com os dados já preenchidos será enviado para o seu e-mail, podendo assim, continuar o preenchimento em momento mais oportuno.

### **BENEFÍCIOS**

Os resultados contribuirão para a ampliação do conhecimento das gestantes acerca do processo de trabalho de parto, uso de métodos farmacológicos e não farmacológicos para alívio da dor, direitos da gestante, parturiente e puérpera e violência obstétrica, por meio das informações contidas no próprio instrumento. Outro benefício esperado com a pesquisa consiste em fortalecer o uso de

tecnologias de informação e comunicação na coleta de dados em pesquisas em saúde.

### **ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA**

A senhora receberá todas as informações necessárias para o preenchimento do instrumento por parte do(s) pesquisador(es) responsáveis.

### **GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO**

A participação na pesquisa é voluntária, podendo assim, não aceitar participar, ou mesmo retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízos ou penalidades para a senhora. Caso decida retirar seu consentimento, nenhum pesquisador entrará em contato com a senhora.

Foi possível fazer a retirada do consentimento de duas formas. A primeira consistia em não finalizar e/ou não enviar as respostas ao servidor, visto que apenas questionários completos foram utilizados. Após o envio das respostas para o servidor, para a retirada do consentimento, foi necessário entrar em contato com algum dos pesquisadores informando o e-mail fornecido no início do questionário e solicitando a retirada da participação da pesquisa. Não sendo necessário informar dados como nome ou o motivo para a exclusão

### **GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE**

Os pesquisadores se comprometem a resguardar sua identificação durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação.

### **CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS**

A senhora não terá custos ou compensação financeira com a participação na pesquisa. Na ocorrência de algum dano, comprovadamente decorrente da participação na pesquisa, previstos ou não neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), será garantida a indenização, conforme determinação da legislação vigente.

### **ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS E CONTATO**

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, a Senhora deve contatar a pesquisadora Thais Nunes Vicente no telefone (27) 99763-5502 ou através do e-mail: thaisnvincente@gmail.com. Assim como poderá contatar os demais pesquisadores no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), situado na Av. Marechal Campos, 1468, Bairro Bonfim, Vitória, ES, CEP 29.047-105, telefone: (27) 3335-7287, e-mail: ppgsc.ufes@gmail.com.

A Senhora também pode contatar o Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/CCS/UFES), através do telefone (27) 3335-7211, e-mail: cep.ufes@hotmail.com ou correio: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Prédio Administrativo do CCS, Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe, CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil. O CEP/CCS/UFES tem a função de analisar projetos de pesquisa visando a proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 8h às 14h.

### **CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTOS**

Declaro que fui devidamente informada e esclarecida sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo.

Na qualidade de responsável pela pesquisa **“USO DE INSTRUMENTO DE ORIENTAÇÃO EDUCATIVA NA AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DAS GESTANTES SOBRE O PARTO”**, eu, Thais Nunes Vicente declaro ter cumprido as exigências do item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

(Pesquisador Responsável): \_\_\_\_\_

Vitória, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

## APENDICE B – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

### TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Eu, Thais Nunes Vicente, aluna do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PPGSC da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), sob a orientação do Prof. Dr. Edson Theodoro dos Santos Neto realizarei a pesquisa destinada à minha dissertação, cujo título provisório é: **“USO DE INSTRUMENTO DE ORIENTAÇÃO EDUCATIVA NA AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DAS GESTANTES SOBRE O PARTO”**.

O estudo tem por objetivo: Desenvolver e utilizar um instrumento autoaplicável do Sistema EOR (Elogiar/Orientar/Recomendar) de preparação para o trabalho de parto em gestantes no terceiro trimestre que utilizem as redes sociais.

A participante, durante o preenchimento do questionário poderá sentir-se incomodada em compartilhar informações pessoais sobre um ou mais tópicos do instrumento de coleta de dados, assim como também poderá ter o tempo de preenchimento prolongado devido a problemas de conexão com a *internet* ou mau funcionamento dos aparelhos eletrônicos (celular, *tablet* e/ou computador).

O interesse deste estudo não está voltado à prática individual, mas, coletiva, bem como o que essa situação representa na segurança e na qualidade assistencial.

Comprometo-me a manter o anonimato dos participantes e garantir o sigilo das informações coletadas de forma individual.

Os resultados serão divulgados em publicações de artigos e eventos científicos relativos à área da saúde coletiva e utilizados para subsidiar a discussão sobre a importância da utilização de uma ferramenta de captura de dados eletrônicos para o desenvolvimento de pesquisas, assim como também será um incentivador para a construção do conhecimento das gestantes acerca do trabalho de parto, métodos farmacológicos e não farmacológicos para alívio da dor, direitos da gestante, parturiente e puérpera e violência obstétrica.

Vitória, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

---

Pesquisadora: Thais Nunes Vicente

---

Orientador: Edson Theodoro dos Santos Neto

---

Coorientador: Silvia das Dores Rissino

### APÊNDICE C – GESTANTES COM RESPOSTAS EFETIVAS

	<b>Record ID</b>	<b>Município de residência</b>	<b>Como você soube da pesquisa?</b>	<b>Como você teve acesso ao link da pesquisa?</b>	<b>Classificação EOR</b>
1	2	Serra	Doula	Via Instagram	Orientar
2	5	Vila Velha	Doula	Via Instagram	Orientar
3	9	Serra	Contato feito pela pesquisadora	Via WhatsApp	Elogiar
4	11	Castelo	Outro profissional de saúde (diferente do que atende o pré-natal)	Via WhatsApp	Orientar
5	13	Serra	Outro profissional de saúde (diferente do que atende o pré-natal)	Via WhatsApp	Orientar
6	17	Vila Velha	Outro profissional de saúde (diferente do que atende o pré-natal)	Via WhatsApp	Elogiar
7	24	Nova Venécia	Doula	Via WhatsApp	Recomendar
8	28	Governador Lindenberg	Doula	Via WhatsApp	Orientar
9	32	Serra	Contato feito pela pesquisadora	Via Facebook	Elogiar
10	35	Aracruz	Post nas redes sociais	Via WhatsApp	Elogiar
11	36	Vitória	Outros	Via E-mail	Elogiar
12	37	Serra	Amiga/conhecida/familiar que não está gestante	Via WhatsApp	Orientar
13	40	Vargem Alta	Post nas redes sociais	Via Instagram	Recomendar
14	42	Ibatiba	Post nas redes sociais	Via Instagram	Recomendar
15	43	Serra	Post nas redes sociais	Via Instagram	Recomendar
16	44	Serra	Contato feito pela pesquisadora	Via Instagram	Elogiar
17	45	Serra	Contato feito pela pesquisadora	Via Instagram	Elogiar
18	47	Serra	Contato feito pela pesquisadora	Via Instagram	Orientar
19	48	Serra	Amiga/conhecida/familiar que não está gestante	Via Instagram	Orientar
20	49	Serra	Contato feito pela pesquisadora	Via WhatsApp	Recomendar
21	54	Linhares	Contato feito pela pesquisadora	Via Instagram	Elogiar
22	62	Linhares	Post nas redes sociais	Via Instagram	Orientar
23	63	Serra	Post nas redes sociais	Via Instagram	Elogiar
24	68	Venda Nova	Post nas redes sociais	Via Instagram	Orientar

		do Imigrante			
25	70	Cariacica	Doula	Via WhatsApp	Orientar
26	84	Serra	Post nas redes sociais	Via Instagram	Orientar
27	87	Castelo	Contato feito pela pesquisadora	Via Instagram	Orientar
28	91	Vila Velha	Contato feito pela pesquisadora	Via Instagram	Orientar
29	92	Vila Velha	Post nas redes sociais	Via Instagram	Recomendar
30	95	Serra	Contato feito pela pesquisadora	Via Instagram	Elogiar
31	97	Vila Velha	Contato feito pela pesquisadora	Via Instagram	Orientar
32	98	Cariacica	Outro profissional de saúde (diferente do que atende o pré-natal)	Via Facebook	Orientar
33	101	Vitória	Post nas redes sociais	Via Instagram	Elogiar
34	104	Aracruz	Grupo de gestante que participo	Via WhatsApp	Elogiar
35	106	Serra	Amiga/conhecida/familiar que está gestante	Via WhatsApp	Orientar
36	109	Serra	Outro profissional de saúde (diferente do que atende o pré-natal)	Via Instagram	Orientar
37	111	Vila Velha	Amiga/conhecida/familiar que não está gestante	Via Instagram	Orientar
38	112	Vitória	Outro profissional de saúde (diferente do que atende o pré-natal)	Via WhatsApp	Recomendar
39	114	Vitória	Contato feito pela pesquisadora	Via WhatsApp	Elogiar
40	116	Cariacica	Profissional que realiza o meu acompanhamento pré-natal	Via WhatsApp	Elogiar
41	117	Vila Velha	Outro profissional de saúde (diferente do que atende o pré-natal)	Via WhatsApp	Orientar
42	118	Vila Velha	Outro profissional de saúde (diferente do que atende o pré-natal)	Via WhatsApp	Elogiar
43	125	Vila Velha	Contato feito pela pesquisadora	Via Instagram	Elogiar
44	126	Vila Velha	Profissional que realiza o meu acompanhamento pré-natal	Via WhatsApp	Recomendar
45	129	Vitória	Post nas redes sociais	Via WhatsApp	Orientar
46	136	Vitória	Amiga/conhecida/familiar que não está gestante	Via Instagram	Orientar

47	144	Vila Velha	Post nas redes sociais	Via WhatsApp	Orientar
48	145	Vitória	Post nas redes sociais	Via Instagram	Orientar
49	148	Serra	Contato feito pela pesquisadora	Via Instagram	Elogiar
50	149	Vila Velha	Contato feito pela pesquisadora	Via Instagram	Orientar
51	150	Serra	Post nas redes sociais	Via Instagram	Recomendar
52	154	Serra	Contato feito pela pesquisadora	Via Facebook	Orientar
53	155	Vila Velha	Contato feito pela pesquisadora	Via Facebook	Elogiar
54	156	Vila Velha	Contato feito pela pesquisadora	Via Facebook	Elogiar
55	158	Vitória	Contato feito pela pesquisadora	Via WhatsApp	Elogiar
56	159	Aracruz	Contato feito pela pesquisadora	Via WhatsApp	Orientar
57	162	Aracruz	Grupo de gestante que participo	Via WhatsApp	Elogiar
58	164	Cariacica	Post nas redes sociais	Via Instagram	Orientar
59	167	Castelo	Amiga/conhecida/familiar que não está gestante	Via WhatsApp	Recomendar
60	171	Vila Velha	Contato feito pela pesquisadora	Via Instagram	Elogiar
61	172	Vila Velha	Post nas redes sociais	Via Instagram	Orientar
62	177	Cariacica	Contato feito pela pesquisadora	Via Instagram	Elogiar
63	178	Serra	Post nas redes sociais	Via Instagram	Recomendar
64	179	Castelo	Outro profissional de saúde (diferente do que atende o pré-natal)	Via Instagram	Elogiar
65	183	Vila Velha	Post nas redes sociais	Via Instagram	Orientar
66	188	Serra	Post nas redes sociais	Via Instagram	Orientar
67	189	Serra	Outro profissional de saúde (diferente do que atende o pré-natal)	Via WhatsApp	Elogiar
68	192	Cariacica	Outro profissional de saúde (diferente do que atende o pré-natal)	Via Instagram	Elogiar
69	195	Serra	Contato feito pela pesquisadora	Poster ou folder com QR code	Orientar
70	198	Vila Velha	Amiga/conhecida/familiar que não está gestante	Via WhatsApp	Elogiar
71	199	Vitória	Grupo de gestante que participo	Via WhatsApp	Orientar
72	201	Aracruz	Doula	Via WhatsApp	Elogiar



73	203	Aracruz	Doula	Via WhatsApp	Elogiar
74	205	Vila Velha	Doula	Via WhatsApp	Orientar
75	210	Vila Velha	Contato feito pela pesquisadora	Via Instagram	Elogiar
76	211	Vila Velha	Contato feito pela pesquisadora	Via Instagram	Elogiar
77	212	Vila Velha	Contato feito pela pesquisadora	Via WhatsApp	Orientar
78	213	Serra	Contato feito pela pesquisadora	Poster ou folder com QR code	Recomendar
79	214	Vila Velha	Contato feito pela pesquisadora	Via Instagram	Elogiar
80	215	Serra	Contato feito pela pesquisadora	Poster ou folder com QR code	Orientar
81	219	Linhares	Doula	Via WhatsApp	Elogiar
82	223	São Domingos do Norte	Doula	Via WhatsApp	Elogiar
83	226	Colatina	Amiga/conhecida/familiar que está gestante	Via WhatsApp	Elogiar
84	228	Serra	Doula	Via Instagram	Elogiar
85	229	Vitória	Amiga/conhecida/familiar que não está gestante	Via Instagram	Elogiar
86	230	Colatina	Doula	Via WhatsApp	Orientar
87	234	São Gabriel da Palha	Doula	Via WhatsApp	Orientar
88	237	Serra	Doula	Via Instagram	Orientar
89	238	Serra	Contato feito pela pesquisadora	Via Instagram	Orientar
90	241	São Domingos do Norte	Amiga/conhecida/familiar que está gestante	Via Instagram	Recomendar
91	242	Vila Velha	Contato feito pela pesquisadora	Via Instagram	Elogiar
92	244	Guarapari	Contato feito pela pesquisadora	Via Instagram	Elogiar
93	245	Vila Velha	Post nas redes sociais	Via Instagram	Elogiar
94	246	Serra	Contato feito pela pesquisadora	Poster ou folder com QR code	Recomendar
95	247	Cachoeiro de Itapemirim	Contato feito pela pesquisadora	Via Instagram	Elogiar
96	250	Rio Novo do Sul	Post nas redes sociais	Via Instagram	Recomendar

97	252	Cariacica	Contato feito pela pesquisadora	Poster ou folder com QR code	Recomendar
98	253	Serra	Contato feito pela pesquisadora	Poster ou folder com QR code	Orientar
99	261	Fundão	Contato feito pela pesquisadora	Via WhatsApp	Recomendar
100	264	Vitória	Contato feito pela pesquisadora	Via Instagram	Elogiar

## APÊNDICE D – CARTA CONVITE

Confidential

Página 1

### Convite

Olá, este é um convite para você gestante!

Me chamo Thais, sou mestranda do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo e estou realizando uma pesquisa sobre conhecimento das gestantes sobre o parto.

Trata-se da aplicação de um questionário e após o preenchimento, você receberá informações sobre o assunto. Dessa forma, a pesquisa tem como benefícios contribuir para a construção do conhecimento sobre a temática e reforçar a importância da realização e participação em atividades de educação em saúde.

Algumas semanas após preencher o questionário, se desejar, você receberá um e-mail com informações sobre os sinais que antecedem o trabalho de parto, vantagens do parto vaginal, indicações de cesariana, métodos farmacológicos e não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto, as fases do trabalho de parto, direitos da gestante, parturiente e puérpera e violência obstétrica.

A pesquisa está dividida em três partes. A primeira são questões gerais sobre você, sua gestação, preferências para o seu parto. A segunda são as questões referentes ao seu conhecimento sobre assuntos relacionados ao momento do parto, como fases do trabalho de parto, estratégias para alívio da dor, direitos da gestante referentes ao momento do parto, violência obstétrica entre outros. A terceira e última parte conta com textos informativos sobre essa temática e a sua avaliação do questionário. O tempo estimado para o preenchimento varia entre 10 e 15 minutos.

Sua participação é muito importante!

---

Você está grávida, com idade gestacional maior que 28 semanas?

- Não  
 Sim

---

Você tem 20 anos ou mais?

- Sim  
 Não

---

Para participar é necessário ler o termo de consentimento e aceitá-lo.

**TERMO DE CONSENTIMENTO:** Declaro que estou ciente do uso dos meus dados sem identificação em relatórios e análises da pesquisa acima descrita. Para mais informações sobre o termo de consentimento - TCLE, acesse aqui. Caso aceite ou não participar da pesquisa clicar em (submit).

- Não Aceito  
 Aceito

## APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO

Confidential

Página 2

### Gravida

Por favor, preencha a pesquisa abaixo.

Caso precise interromper o preenchimento e queira continuar em outro momento, basta clicar no botão "Save & Return Later" que está localizado no final da página.

Você será direcionada para uma nova página que conta com um campo para escrever um endereço de e-mail. Ao clicar em "Enviar Link do Inquérito", você receberá, em seu e-mail, o link para dar continuidade ao preenchimento.

Após preencher todos os campos, clique no botão "Submit" para dar continuidade na sua participação.

#### IDENTIFICAÇÃO DO FORMULÁRIO

- 1 Qual é o seu endereço eletrônico (e-mail)?

(Prezada participante, o endereço eletrônico fornecido será a forma de identificação do seu formulário. Por meio dele será possível que a Srª retire o consentimento após o envio das respostas para o servidor, se assim desejar. Assim como todas as informações, essa também é sigilosa, e nenhum contato será feito sem a sua prévia autorização.)

Deseja receber um e-mail com orientações pertinentes ao seu conhecimento sobre os assuntos abordados?

- Sim  
 Não

#### CARACTERIZAÇÃO

Esse primeiro conjunto de perguntas é composto por questões que irão definir o perfil das gestantes que estão participando da pesquisa.

- 1 Qual é a sua idade?

(Digite um número, por exemplo 20 ou 30.)

- 2 Qual é a sua raça/cor?

- Branca  
 Parda  
 Preta  
 Amarela (asiática)  
 Indígena (índia)  
 Não desejo informar

- 3 Qual é a sua situação conjugal?

- Não tenho companheiro(a)  
 Vivo com companheiro(a)  
 Tenho companheiro(a), mas não vivo com ele(a)  
 Não desejo informar

Confidential

Página 3

- 
- 4 Qual é a sua escolaridade?
- Analfabeta/Fundamental I incompleto
  - Fundamental I completo/Fundamental II incompleto
  - Fundamental II completo/Médio incompleto
  - Médio completo/Superior incompleto
  - Superior completo
  - Não desejo informar
- 
- 5 Possui emprego?
- Possui emprego remunerado no momento
  - Não possui emprego remunerado no momento
  - Não desejo informar
- 
- 9 Você já ficou grávida outras vezes?
- Não, essa é a minha primeira gestação
  - Sim, uma vez
  - Sim, duas vezes
  - Sim, três vezes ou mais
  - Não desejo informar
- 
- 6 Qual é a sua renda familiar?
- Renda familiar menor que um salário mínimo
  - Renda familiar entre um e dois salários mínimos
  - Renda familiar entre dois e três salários mínimos
  - Renda familiar entre três e quatro salários mínimos
  - Renda familiar entre quatro e cinco salários mínimos
  - Renda familiar maior que cinco salários mínimos
  - Não desejo informar
- 
- 7 Incluindo você, quantas pessoas moram em sua casa?
-

---

**8** Qual local você reside?

- Vivo fora do Brasil
- Acre
- Alagoas
- Amapá
- Amazonas
- Bahia
- Ceará
- Distrito Federal
- Espírito Santo
- Goiás
- Maranhão
- Mato Grosso
- Mato Grosso do Sul
- Minas Gerais
- Pará
- Paraíba
- Paraná
- Pernambuco
- Piauí
- Rio de Janeiro
- Rio Grande do Norte
- Rio Grande do Sul
- Rondônia
- Roraima
- Santa Catarina
- São Paulo
- Sergipe
- Tocantins

## 8.1 Você mora em qual Município?

- AFONSO CLAUDIO
- AGUIA BRANCA
- AGUA DOCE DO NORTE
- ALEGRE
- ALFREDO
- ALTO RIO NOVO
- ANCHIETA
- APIACA
- ARACRUZ
- ATILIO VIVACQUA
- BAIXO GUANDU
- BARRA DE SAO FRANCISCO
- BOA ESPERANCA
- BOM JESUS DO NORTE
- BREJETUBA
- CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM
- CARIACICA
- CASTELO
- COLATINA
- CONCEICAO DA BARRA
- CONCEICAO DO CASTELO
- DIVINO DE SAO LOURENCO
- DOMINGOS MARTINS
- DORES DO RIO PRETO
- ECOPORANGA
- FUNDAO
- GOVERNADOR LINDENBERG
- GUACUJ
- GUARAPARI
- IBATIBA
- IBIRACU
- IBITIRAMA
- ICONHA
- IRUPI
- ITAGUACU
- ITAPEMIRIM
- ITARANA
- IUNA
- JAGUARE
- JERONIMO MONTEIRO
- JOAO NEIVA
- LARANJA DA TERRA
- LINHARES
- MANTENOPOLIS
- MARATAIZES
- MARECHAL FLORIANO
- MARILANDIA
- MIMOSO DO SUL
- MONTANHA
- MUCURICI
- MUNIZ FREIRE
- MUQUI
- NOVA VENECIA
- PANCAS
- PEDRO CANARIO
- PINHEIROS
- PIUMA
- PONTO BELO
- PRESIDENTE KENNEDY
- RIO BANANAL
- RIO NOVO DO SUL
- SANTA LEOPOLDINA
- SANTA MARIA DE JETIBA
- SANTA TERESA
- SAO DOMINGOS DO NORTE
- SAO GABRIEL DA PALHA
- SAO JOSE DO CALCADO

- SAO MATEUS
- SAO ROQUE DO CANAA
- SERRA
- SOORETAMA
- VARGEM ALTA
- VENDA NOVA DO IMIGRANTE
- VIANA
- VILA PAVAO
- VILA VALERIO
- VILA VELHA
- VITORIA

---

9.1 Quantos filhos nascidos vivos?

- Nenhum
- Um
- Dois
- Três ou mais
- Não desejo informar

---

9.2 Qual/ quais o (os) tipo(s) de parto(s) anterior(es)?  
(Mais de uma opção pode ser assinalada)

- Vaginal/Normal
- Cesariana
- Não desejo informar

---

#### **DADOS SOBRE A GESTAÇÃO ATUAL**

---

Nesse segundo conjunto de perguntas, serão abordadas questões sobre a sua gestação atual.

---

1 Qual a sua idade gestacional atual?  
(Considere as semanas completas. Por exemplo, se a idade gestacional for 32 semanas e 4 dias, selecione 32 semanas.)

- 28 semanas
- 29 semanas
- 30 semanas
- 31 semanas
- 32 semanas
- 33 semanas
- 34 semanas
- 35 semanas
- 36 semanas
- 37 semanas
- 38 semanas
- 39 semanas
- 40 semanas
- 41 semanas
- 42 semanas ou mais



- 
- 2 Qual o local de realização do pré-natal?  
(Mais de uma opção pode ser assinalada)
- Unidade básica de saúde
  - Ambulatório de pré-natal (SUS)
  - Centro de referência para gestação de alto risco (SUS)
  - Consultório particular (consultas particular)
  - Consultório médico (consultas pelo plano de saúde)
  - Ambulatório do convênio (consultas pelo plano de saúde)
  - Outro local
  - Não realizo acompanhamento pré-natal
  - Não desejo informar
- 

- 2.1 Se selecionou "Outro local" na questão anterior, descreva:
- 

- 2.2 Com qual a idade gestacional você iniciou o acompanhamento pré-natal?

(Considere as semanas completas. Por exemplo, se iniciou o acompanhamento com 11 semanas e 5 dias, registre 11 semanas. )

---

- 3 Com qual/quais profissional(is) realiza o pré-natal?  
(Mais de uma opção pode ser assinalada)

- Médica(o) de família
  - Enfermeira(o)
  - Ginecologista obstetra
  - Enfermeira(o) obstetra
  - Parteira tradicional
  - Não iniciei o acompanhamento pré-natal
  - Não desejo informar
- 

- 4 A sua gestação foi planejada?

- Planejava engravidar neste momento
- Planejava engravidar futuramente
- Não planejava engravidar
- Não desejo informar

#### **AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERINATAL VOLTADAS PARA O TRABALHO DE PARTO E PARTO NA GESTAÇÃO ATUAL**

O terceiro conjunto de perguntas refere-se às ações de educação perinatal por profissionais que a atendem e a busca por informações referentes ao assunto.

---

- 1 Você recebeu/buscou informações sobre o trabalho de parto?

- Sim
- Não

---

1.1 Qual/quais a(as) fonte(s) de informações sobre a preparação para o trabalho de parto e parto?  
(Mais de uma opção pode ser assinalada)

- Enfermeira(o) que atende o pré-natal durante as consultas
- Médico que atende o pré-natal durante as consultas
- Parteira tradicional que atende o pré-natal durante as consultas
- Enfermeira que atende o pré-natal durante grupos/cursos
- Médico que atende o pré-natal durante grupos/cursos
- Parteira tradicional que atende o pré-natal durante grupos/cursos
- Outro profissional de saúde (diferente do que atende o pré-natal)
- Doula
- Curso de gestantes
- Grupos de educação perinatal
- Grupos nas redes sociais
- Amigas/familiares
- Páginas nas redes sociais e/ou sites
- Aplicativos
- Já sabia/conhecia antes da gestação
- Outras fontes de informação
- Não desejo informar

---

1.2 Se selecionou "Outras fontes de informação" na questão anterior, descreva:

---



---

1.3 Qual é a sua principal fonte de informações sobre a preparação para o trabalho de parto e parto?  
(Dentre as opções que assinalou na questão anterior, selecione a que você considera a principal fonte de informações sobre o trabalho de parto e parto.)

- Enfermeira(o) que atende o pré-natal durante as consultas
- Médico que atende o pré-natal durante as consultas
- Parteira tradicional que atende o pré-natal durante as consultas
- Enfermeira que atende o pré-natal durante grupos/cursos
- Médico que atende o pré-natal durante grupos/cursos
- Parteira tradicional que atende o pré-natal durante grupos/cursos
- Outro profissional de saúde (diferente do que atende o pré-natal)
- Doula
- Curso de gestantes
- Grupos de educação perinatal
- Grupos nas redes sociais
- Amigas/familiares
- Páginas nas redes sociais e/ou sites
- Aplicativos
- Já sabia/conhecia antes da gestação
- Outras fontes de informação

---

1.4 Se selecionou "Outras fontes de informação" na questão anterior, descreva:

---

**PREFERÊNCIAS PARA O PARTO**

Esse conjunto de perguntas é para conhecer as suas preferências para a chegada do seu bebê!

1 Qual o tipo de parto você está planejando?

- Vaginal/Normal  
 Cesariana  
 Não tenho preferência

1.1 Se vaginal/normal, por qual motivo?  
(Mais de uma opção pode ser assinalada.)

- Desejo pelo parto vaginal/normal  
 Recuperação mais rápida  
 Benefícios para o bebê  
 Menor risco de complicações  
 Medo da cesariana  
 Experiência anterior positiva com o parto vaginal/normal  
 Experiência anterior negativa com a cesariana  
 Histórias de familiares/amigas positivas do parto vaginal/normal  
 Histórias de familiares/amigas negativas da cesariana  
 Preferência do companheiro(a)  
 Outros

1.1.1 Se selecionou "outros" na questão anterior, descreva o motivo:

\_\_\_\_\_

1.2 Se cesariana, por qual motivo?  
(Mais de uma opção pode ser assinalada.)

- Desejo pelo parto cesariana  
 Não quero sentir dor  
 Tenho medo do parto vaginal/normal  
 Desejo agendar o dia do nascimento  
 Vou realizar laqueadura tubária  
 Minha gestação é múltipla (dois ou mais bebês)  
 Pressão alta  
 Diabetes  
 Outras doenças e/ou complicações  
 Placenta prévia  
 Menor risco para o bebê  
 Menor risco de complicação  
 Experiência anterior positiva com a cesariana  
 Experiência anterior negativa com o parto vaginal/normal  
 Histórias de familiares/amigas positivas da cesariana  
 Histórias de familiares/amigas negativas do parto vaginal/normal  
 Preferência do companheiro(a)  
 Outros

1.2.1 Se selecionou "outros" na questão anterior, descreva o motivo:

\_\_\_\_\_

---

2 Qual local você pretende ter o seu bebê?

- Maternidade pública
- Maternidade privada
- Parto domiciliar
- Casa de parto
- Centro de parto normal

---

3 Quem você deseja que esteja com você no momento do parto?  
(Caso o local permita mais de um acompanhante, assinale as opções desejadas)

- Companheiro
- Companheira
- Doula
- Mãe
- Pai
- Irmã
- Irmão
- Amiga
- Amigo
- Outros

---

3.1 Se outros na questão anterior, descreva quem você deseja que esteja com você no momento do parto.

---

#### PREPARO PARA O PARTO

Essas perguntas referem-se a avaliação do seu conhecimento sobre alguns assuntos. Responda-as com sinceridade, não existe resposta ou certa ou errada, e lembre-se que o sigilo é garantido.

---

1 Você conhece os sinais que podem anteceder o trabalho de parto?

- Não
- Sim, porém tenho dúvidas
- Sim

---

1.1 Quais sinais você conhece?  
(Mais de uma opção pode ser assinalada.)

- Contrações de treinamento
- Saída do tampão mucoso
- Nenhuma das anteriores
- Outros sinais

---

1.2 Se selecionou "Outros sinais" na questão anterior, descreva:

---

---

2 Você sabe o que fazer se a bolsa romper antes do trabalho de parto (após 37 semanas de gestação)?

- Não
- Sim, porém tenho dúvidas
- Sim

- 
- 2.1 Quais ações você conhece?  
(Mais de uma opção pode ser assinalada.)
- Se líquido amniótico claro e com odor semelhante a água sanitária, posso aguardar em casa, por até 18h.
  - Se líquido amniótico com odor fétido, coloração amarela, verde, marrom ou vermelha, independente do tempo de bolsa rompida, devo acionar equipe/procurar atendimento médico
  - Nenhuma das opções anteriores
  - Outras ações
- 

- 2.2 Se selecionou "Outras ações" na questão anterior, descreva:
- 

- 
- 3 Você conhece as vantagens do parto vaginal/normal?

- Não
  - Sim, porém tenho dúvidas
  - Sim
- 

- 3.1 Quais vantagens você conhece?  
(Mais de uma opção pode ser assinalada.)

- Recuperação mais rápida no pós-parto
  - Menor risco de complicações como infecção e hemorragia
  - Favorece o contato pele a pele e vínculo com o bebê
  - Favorece a amamentação, em especial na primeira hora de vida
  - Melhor adaptação do recém-nascido
  - Nenhuma das anteriores
  - Outras vantagens
- 

- 3.2 Se selecionou "Outras vantagens" na questão anterior, descreva:
- 

- 
- 4 Você sabe dizer quando a cesariana é indicada/necessária?

- Não
- Sim, porém tenho dúvidas
- Sim

- 
- 4.1 Quais indicações absolutas você conhece?  
(Casos onde o parto normal é contraindicado)  
(Mais de uma opção pode ser assinalada.)

- Placenta prévia parcial ou total
- Ruptura de vasa prévia
- Cesariana corporal (vertical) anterior
- Rotura uterina anterior
- Miomectomia anterior
- Apresentação cômica (situação transversa) no trabalho de parto
- Prolapso de cordão
- Descolamento prematuro de placenta
- Sofrimento fetal/Frequência cardíaca fetal não tranquilizadora
- Parada de progressão do trabalho de parto (não resolvida com as medidas habituais)
- Desproporção céfalo-pélvica
- Nenhuma das anteriores
- Outras indicações
- Herpes genital com lesão ativa no momento do trabalho de parto

- 
- 4.2 Se selecionou "Outras indicações" na questão anterior, descreva:

\_\_\_\_\_

- 
- 5 Você conhece as fases do trabalho de parto?

- Não
- Sim, porém tenho dúvidas
- Sim

- 
- 5.1 Quais fases você conhece?  
(Mais de uma opção pode ser assinalada)

- Pródromos de trabalho de parto
- Fase latente do trabalho de parto
- Fase ativa do trabalho de parto
- Expulsivo
- Dequitação
- Nenhuma das anteriores
- Outras fases

- 
- 5.2 Se selecionou "Outras fases" na questão anterior, descreva:

\_\_\_\_\_

- 
- 6 Você sabe quais são os métodos farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto?

- Não
- Sim, porém tenho dúvidas
- Sim

- 
- 6.1 Quais métodos você conhece?  
(Mais de uma opção pode ser assinalada.)

- Raquianestesia
- Peridural
- Combinada raquipéridural
- Nenhuma das anteriores
- Outros métodos farmacológicos

Confidential

Página 13

---

6.2 Se selecionou "Outros métodos farmacológicos" na questão anterior, descreva:

---

---

7 Você conhece os métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto?

- Não  
 Sim, porém tenho dúvidas  
 Sim

---

7.1 Quais métodos não farmacológicos você conhece?  
(Mais de uma opção pode ser assinalada)

- Banho morno  
 Massagem lombar  
 Exercícios respiratórios  
 Deambulação  
 Bola suíça  
 Aromaterapia  
 Nenhuma das anteriores  
 Outros métodos não farmacológicos

---

7.2 Se selecionou "Outros métodos não farmacológicos" na questão anterior, descreva:

---

---

8 Você conhece o plano de parto?

- Não  
 Sim, porém tenho dúvida  
 Sim

---

8.1 Quais vantagens você conhece?  
(Mais de uma opção pode ser assinalada.)

- Para a equipe conhecer minhas expectativas para o parto  
 Para que eu tenha, elaborar o plano de parto, mais consciência das intervenções possíveis e assim fazer escolhas com maior propriedade  
 Nenhuma das anteriores  
 Outras vantagens

---

8.2 Se selecionou "Outras vantagens" na questão anterior, descreva:

---

---

9 Você sabe quais os procedimentos que não devem ser realizados de forma rotineira durante o trabalho de parto e parto?

- Não  
 Sim, porém tenho dúvidas  
 Sim



---

9.1 Quais procedimentos você conhece?  
(Mais de uma opção pode ser assinalada)

- Ruptura artificial da bolsa das águas
- Infusão contínua de ocitocina
- Episiotomia
- Manobra de Valsalva
- Tricotomia
- Nenhuma das anteriores
- Outros procedimentos

---

9.2 Se selecionou "Outros procedimentos" na questão anterior, descreva:

\_\_\_\_\_

---

10 Você sabe quais são as situações que podem ser configuradas como violência obstétrica?

- Não
- Sim, porém tenho dúvidas
- Sim

---

10.1 Quais situações você conhece?  
(Mais de uma opção pode ser assinalada)

- Privação do direito ao acompanhante
- Negar acesso a métodos de alívio da dor
- Realização de procedimentos dolorosos sem analgesia adequada
- Restrição indiscriminada a ingestão hídrica e alimentação
- Restrição indiscriminada a livre movimentação
- Constranger, humilhar e ofender a gestante/parturiente
- Realizar procedimentos sem a concordância/autorização
- Enema/lavagem intestinal
- Manobra de Kristeller
- Nenhuma das anteriores
- Outras situações

---

10.2 Se selecionou "Outras situações" na questão anterior, descreva:

\_\_\_\_\_

---

11 Você sabe quais são os direitos da gestante relacionados ao parto?

- Não
- Sim, porém tenho dúvidas
- Sim

---

11.1 Quais direitos você conhece?

- Direito a um acompanhante de sua escolha
- Direito de vinculação à maternidade de referência
- Direito a atendimento em qualquer unidade hospitalar da rede de saúde e transferência segura caso necessário
- Nenhuma das anteriores
- Outros direitos

---

11.2 Se selecionou "Outros direitos" na questão anterior, descreva:

\_\_\_\_\_



Confidential

Página 15

---

12 Você sabe o que é a "hora dourada"?

- Não  
 Sim, porém tenho dúvidas  
 Sim

---

Já estamos finalizando a pesquisa. Clique em "Submit" para responder as últimas perguntas.  
A sua participação é fundamental.

---

Score da preparação do parto \_\_\_\_\_

---

Se resultado entre 20 e 24 - Elogiar

Parabéns! A informação é muito importante para o processo de tomada de decisões, diminui o risco de intervenções desnecessárias e favorece uma experiência positiva de trabalho de parto e parto!

---

Se resultado entre 10 e 19 - Orientar

Você ainda possui algumas dúvidas sobre trabalho de parto, violência obstétrica e os seus direitos, isso é comum. Converse com o profissional que atende o seu pré-natal. Procure saber sobre a existência de grupos e cursos de gestante na sua unidade de saúde. Existem grupos e perfis nas redes sociais e páginas na internet possuem conteúdos de excelente qualidade. Se desejar, você receberá uma carta com informações sobre os assuntos abordados nesta pesquisa.

---

Se resultado entre 00 - 09 - Recomendar

Você possui muitas dúvidas sobre trabalho de parto, violência obstétrica e os seus direitos, isso é comum. É fundamental que você converse com o profissional que atende o seu pré-natal sobre o trabalho de parto, o parto, seus direitos neste momento e violência obstétrica o quanto antes. Aproveite o momento da consulta para retirar todas as suas dúvidas sobre o assunto. Procure saber sobre a existência de grupos e cursos de gestante na sua unidade de saúde. Existem alguns grupos e perfis nas redes sociais e páginas na internet possuem conteúdos de excelente qualidade, procure por eles. Se desejar, você receberá uma carta com informações sobre os assuntos abordados nesta pesquisa.

## Agradecimento

Caso precise interromper o preenchimento e queira continuar em outro momento, basta clicar no botão "Save & Return Later" que está localizado no final da página.

Você será direcionada para uma nova página que conta com um campo para escrever um endereço de e-mail. Ao clicar em "Enviar Link do Inquérito", você receberá, em seu e-mail, o link para dar continuidade ao preenchimento.

Após preencher todos os campos, não se esqueça de clicar no botão "Submit" para finalizar sua participação.

---

Agora que você já respondeu perguntas relacionadas ao trabalho de parto, parto, direitos da gestante relacionados ao parto e violência obstétrica, resumimos várias informações importantes sobre o assunto que podem ajudá-la nesse momento tão marcante na sua vida.

Após os textos, existem algumas perguntas sobre a sua avaliação do questionário e a forma de acesso à pesquisa. Não deixe de respondê-las. Como já foi dito, a sua participação é fundamental!

### **Sinais que podem anteceder o trabalho de parto:**

No terceiro trimestre você pode perceber o surgimento ou aumento da frequência das contrações de treinamento. Ocorre o endurecimento do abdome (todo ou parte dele), em geral esse tipo de contração é indolor, no entanto pode ocorrer com dor semelhante à cólica, o intervalo entre elas é longo e irregular, podendo demorar horas entre uma contração e outra.

A saída do tampão mucoso não indica, necessariamente, trabalho de parto iminente, podendo demorar dias ou mesmo semanas para iniciar. O tampão mucoso é um muco produzido pelo organismo que veda o colo do útero para proteger o feto.

Esse muco tem coloração e volume variado (transparente, amarelado, fluido ou espesso, com ou sem a presença de raias de sangue). Na ausência de outros sintomas, não é necessário buscar atendimento médico.

### **O que fazer se a bolsa romper antes do trabalho de parto (após 37 semanas de gestação):**

Idealmente a bolsa deve se romper de forma espontânea e após o início do trabalho de parto, no entanto ela pode ocorrer antes. Nesse caso a gestante percebe a roupa íntima molhada, ou saída de líquido vaginal de forma involuntária e que não consegue controlar.

Essa perda tem início súbito e, geralmente indolor, no entanto é possível que após a perda de líquido a gestante pode iniciar com queixa de cólica leve ou mesmo contrações dolorosas.

O líquido amniótico deve ser incolor, fluido e possuir odor semelhante a água sanitária. Caso perceba a saída de líquido com essas características, a gestante deve anotar o horário que percebeu o início da perda de líquido, colocar um absorvente ou fralda branca para observar a coloração do líquido, e de modo geral não é necessário ir pra maternidade rapidamente. A maior parte dos protocolos indica o uso de antibiótico endovenoso (feito com soro, na veia), entre 18 e 24h após rompimento da bolsa. Então, gestantes que não coletaram o swab vaginal ou realizaram o exame e apresentam resultado negativo podem permanecer em casa por algumas horas aguardando entrar em trabalho de parto espontaneamente.

No entanto, caso o líquido amniótico esteja com odor ou coloração diferente (verde, marrom, rosa ou vermelha) deve-se acionar a equipe e/ou procurar o serviço de saúde com maior rapidez.

#### **Vantagens do parto vaginal/normal:**

No parto vaginal a mulher tem uma recuperação mais rápida, menor risco de complicações como infecção puerperal e hemorragia, favorece o contato pele a pele e o estabelecimento de vínculo entre a mãe e o recém-nascido. Facilita ainda a amamentação na primeira hora de vida, e dessa forma, com a liberação de ocitocina, contribui com a redução do risco de hemorragia no período pós parto. O trabalho de parto e o parto vaginal contribuem ainda para a melhor adaptação do bebê à vida fora do útero.

#### **Indicações de cesariana:**

A cesariana é uma cirurgia de grande porte, com risco aumentado para complicações quando comparada ao parto normal, porém muitas vezes é necessária.

Sua indicação pode ocorrer durante o pré-natal (placenta prévia, histórico de rotura uterina ou incisão uterina fora do segmento (parte do útero onde é realizada a cesariana), etc), devido alguma intercorrência (descolamento de placenta, alguma doença ou complicação materna ou fetal que contra-indique uma indução, etc) ou mesmo durante o trabalho de parto (herpes genital ativa no momento do parto, alteração na vitalidade fetal, parada de progressão do trabalho de parto, desproporção céfalo-pélvica, apresentação cômica/transversa, etc).

Algumas condições da saúde materna (hipertensão, diabetes, trombofilias), fetais ou mesmo a idade gestacional maior que 41 semanas podem contraindicar aguardar o trabalho de parto espontâneo. Nesses casos, pode-se proceder com a indução do trabalho de parto. Para isso, podem ser utilizados métodos naturais/não farmacológicos como o descolamento de membranas (procedimento feito a partir do toque vaginal, e é necessária alguma dilatação do colo), método de Krause (utiliza-se uma sonda flexível com um balão para promover a dilatação do colo) acupuntura, etc. Ou a utilização de medicamentos como o misoprostol (comprimido administrado via vaginal para preparação do colo) ou ocitocina (medicamento administrado por via endovenosa e que produz contrações uterinas).

Diferente do parto normal, após a cesariana a puérpera permanece algumas horas em repouso no leito sem se alimentar, após esse período deve ser estimulada a se alimentar e deambular, visando diminuir o risco de desenvolver complicações como trombose, distensão abdominal devido gases e edema.

#### **Fases do trabalho de parto:**

**Pródromos de trabalho de parto:** É o processo inicial do trabalho de parto, pode durar horas, dias ou mesmo semanas. Essa fase é marcada por contrações irregulares que variam tanto em intensidade quanto em frequência. A gestante pode ou não apresentar dilatação do colo uterino. O ideal é, se possível, manter a rotina de atividades com algum repouso, se hidratar e se alimentar normalmente.

**Fase latente do trabalho de parto:** Nesse momento as contrações tornam-se mais intensas e frequentes, o colo uterino encontra-se mais fino e com alguma dilatação. Se a gestante não possui comorbidades e reside próximo à maternidade, deve permanecer em casa durante a fase latente, assim reduz o risco de intervenções devido internação precoce. A alimentação e hidratação continuam liberadas, e pode-se fazer o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor no domicílio.

**Fase ativa do trabalho de parto:** Agora as contrações possuem ritmo (duas a quatro contrações com duração maior que trinta segundos em dez minutos) e são mais intensas que nas outras fases. A dilatação do colo uterino varia entre cinco e dez centímetros (dilatação total). Esse é o momento ideal para a internação hospitalar. Para mulheres que estão grávidas pela primeira vez, essa fase pode durar entre oito e dezoito horas, enquanto mulheres que já passaram por outro parto vaginal podem permanecer na fase ativa do trabalho de parto por cinco a doze horas, no entanto, se vigilância adequada e bem estar materno e fetal mantidos, o tempo não necessariamente definirá uma conduta. A parturiente deve ser estimulada a se movimentar livremente. A alimentação e ingestão hídrica não devem ser impedidas.

**Expulsivo:** É o intervalo entre a dilatação total e presença de puxos (vontade espontânea de empurrar) até o nascimento do bebê. Nessa fase as contrações são mais longas e intensas. A adoção de posições verticalizadas (sentada, em pé ou agachada), lateralizadas e/ou em quatro apoios são preferíveis caso a parturiente sinta-se confortável. Esse período pode variar entre 2,5 horas nas mulheres que estão em seu primeiro parto e uma hora nas mulheres que passaram por um parto normal anteriormente, assim como na fase ativa do trabalho de parto, se vigilância adequada e bem estar materno e fetal mantidos, o tempo pode não definir uma ou outra conduta.

**Dequitação da placenta:** Após o nascimento do bebê a placenta precisa ser expelida. Nesse momento a puérpera sente contrações uterinas que vão auxiliar no processo. O intervalo varia entre cinco minutos até uma hora após o parto, caso não ocorra nesse período, pode ser necessário algum tipo de intervenção profissional.



#### **Métodos farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto:**

A utilização de analgesia é algo possível de ser realizado durante o trabalho de parto. Assim como na cesariana, a analgesia para o trabalho de parto é feita pelo anestesista, com a administração de medicamentos dentro (raquiianestesia), ao redor (peridural) do canal espinhal, ou seja, na coluna.

Apesar de ser uma técnica segura, seu uso possui riscos como alteração dos sinais vitais da mãe, aumentar a duração do trabalho de parto ou alteração na vitalidade do feto, e com isso pode levar a necessidade de outras intervenções como o uso de ocitocina sintética para retomar o padrão de contrações, uso de fórceps ou vácuo extrator ou mesmo a cesariana.

#### **Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto:**

Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto são as técnicas não medicamentosas que apresentam inúmeros benefícios, podem ser amplamente utilizadas e devem ter seu uso encorajado. No entanto, não devem ser impostas à parturiente.

**Banho morno/quente:** Pode ser utilizado em todas as fases do trabalho de parto, auxilia no relaxamento e na percepção da dor.

**Massagem lombar:** Pode ser realizada pelo profissional ou acompanhante, não possui técnica específica e consiste em massagear a região lombar, aplicando alguma pressão de acordo com as preferências da mulher. Hidratantes ou óleos podem ser utilizados. Não possui contra indicações.

**Exercícios respiratórios:** Trata-se de técnica de respiração lenta e regular, auxilia na concentração e percepção corporal.

**Deambulação:** A movimentação auxilia no estabelecimento do padrão efetivo das contrações, na descida do bebê na pelve materna e na percepção da dor.

**Bola suíça:** Esta técnica consiste em sentar a gestante em uma bola de pilates e orientar a movimentação do quadril. Este método auxilia na rotação e descida do bebê, sendo muito utilizada na fase latente e ativa do trabalho de parto. Alguns cuidados devem ser tomados para garantir o conforto e a segurança da parturiente: a bola deve ter o tamanho adequado, estar cheia, gestante e acompanhantes devem ser orientados quanto cuidados ao sentar e levantar da bola.

**Aromaterapia:** O uso de óleos essenciais, seja em difusores no ambiente, seja diluído em óleos/água para massagens e escalda pés, tem se mostrado eficiente no trabalho de parto. Diferentes óleos podem ser utilizados de acordo com a necessidade: relaxamento, concentração, auxiliar no estabelecimento do padrão das contrações, etc.

#### **Plano de parto:**

O plano de parto é um documento, recomendado pela Organização Mundial da Saúde, construído pela mulher durante a gravidez, onde após estudar sobre a gestação, trabalho de parto e parto, expressa suas vontades e desejos para este momento.

Na internação, a gestante ou acompanhante deve entregar o plano de parto ao profissional que irá atendê-la e discutir a possibilidade de adequação do plano ao cenário do parto.

O plano de parto deve ser pensado para diversos cenários, como trabalho de parto espontâneo, bolsa rota fora do trabalho de parto, necessidade de indução do trabalho de parto e até mesmo a cesariana. A construção do documento se configura um importante momento para a busca por informações sobre o parto e o nascimento, tanto para a gestante quanto para quem vai acompanhá-la.

### **Procedimentos que não devem ser feitos de forma rotineira durante o trabalho de parto e parto:**

Alguns procedimentos, comuns em obstetrícia, não devem ser realizados de forma rotineira e a parturiente deve sempre ser consultada antes de sua realização.

**Ruptura artificial da bolsa das águas:** Procedimento em que o profissional, rompe, de forma intencional a bolsa das águas. Se a fase ativa do trabalho de parto estiver ocorrendo de forma mais lenta que o considerado fisiológico e a bolsa estiver íntegra, o profissional pode sugerir o rompimento das membranas. Não é um procedimento isento de riscos, em especial se o bebê estiver alto na pelve da mãe.

**Infusão contínua de ocitocina:** A ocitocina é um hormônio produzido pelo corpo durante o trabalho de parto, e seu objetivo é promover contrações uterinas. Quando as contrações não estão ritmadas (com o uso da analgesia, por exemplo), a ocitocina sintética pode ser utilizada. Seu uso está associada ao relato de piora da dor e contrações mais intensas e alteração da vitalidade fetal, e podendo levar a outras intervenções. Portanto sua utilização deve ser criteriosa e avaliação do bem estar materno e fetal deve ser rigorosa.

**Episiotomia:** Trata-se da incisão cirúrgica feita na região do perineo, não existem evidências de que sua realização reduza o período expulsivo, e está associada a maior relato de dor no pós parto e maior desconforto da mulher durante a relação sexual.

**Fórceps e vácuo extrator:** São instrumentos utilizados para reduzir o tempo do período expulsivo na presença de alguma intercorrência, como alteração da vitalidade fetal.

Outros procedimentos, além de não apresentarem evidências que os justifiquem, apresentam prejuízos à saúde da mãe ou do bebê, e, dessa forma, não devem ser realizados.

A tricotomia (raspagem dos pêlos da região genital), a restrição de movimentação durante o trabalho de parto e o parto, manobra de Kristeller (técnica onde o profissional aplica uma pressão sobre a parte superior do abdome da parturiente durante o período expulsivo), puxos dirigidos ou manobra de Valsalva (quando o profissional direciona a mulher o momento que deve empurrar) são alguns exemplos desses procedimentos já proscritos.

### **Situações que podem ser configuradas como violência obstétrica:**

Violência obstétrica refere-se a qualquer tipo de violência (física, psicológica, etc) que a gestante, parturiente e/ou puérpera sofra por profissionais durante a gestação, parto ou período pós-parto;  
Pode ser cometida por qualquer profissional envolvido ou não na assistência;  
É uma forma de violação aos direitos fundamentais da mulher, dessa forma temos que qualquer conduta que fira os direitos dessa mulher é considerada violência obstétrica:

A privação do direito a ter um acompanhante de sua escolha; Negar acesso a métodos para alívio da dor; Realizar procedimentos dolorosos sem analgesia adequada; Restrição indiscriminada a ingestão hídrica e alimentação; Restrição indiscriminada a livre movimentação; Realização rotineira e sem autorização de procedimentos como episiotomia, infusão contínua de ocitocina, manobra de Valsalva e Kristeller; Constranger, humilhar e ofender a gestante durante a internação.

### **Direitos da gestantes referentes ao momento do trabalho de parto, parto e pós-parto**

#### **imediatos:**

Com relação aos direitos das gestantes referentes ao momento do trabalho de parto, parto e pós parto imediato temos:

Toda gestante tem direito a um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, tanto na rede pública quanto privada (Lei 11.108 de 07 de abril de 2005); Toda gestante tem direito, durante o pré-natal, a vinculação na maternidade onde será realizado o parto (Lei 11.634 de 27 de dezembro de 2007); Toda gestante tem direito a atendimento em qualquer unidade hospitalar e transporte seguro em caso de transferência (Portaria Nº 569 de 01 de junho de 2000).

**Hora dourada:**

A hora de ouro ou dourada refere-se a primeira hora de vida do bebê.

Bebês saudáveis e estáveis devem passar essa primeira hora em contato pele-a-pele com a mãe. Esse contato previne hipotermia neonatal, auxilia na promoção do vínculo entre a mãe e o aleitamento materno.

Nessa primeira hora, o bebê encontra-se mais desperto, tornando assim, o momento ideal para levá-lo ao peito, mesmo que não mame de fato, mantê-lo ali favorece o estabelecimento da amamentação. Sendo assim, mães que podem amamentar (e querem) devem ser estimuladas a fazê-lo já nesse momento.

Todos os procedimentos de rotina (exame físico, vitamina K, vacinas, etc) podem ser postergados para outro momento. A hora de ouro (para bebês e mães estáveis) deve ser garantida independente da via de nascimento.

Para a mãe, a hora de ouro e o contato pele-a-pele favorecem a liberação de ocitocina, hormônio fundamental para a prevenção de hemorragia, ligado a ejeção do leite e um dos responsáveis pela sensação de bem estar.

**AVALIAÇÃO DO QUESTIONÁRIO**

Você acredita que as informações contidas neste questionário contribuíram com o seu conhecimento sobre a temática abordada?

- Não, pois eu já conhecia os assuntos abordados  
 Sim, acrescentou informações ao que eu já sabia  
 Sim, pois eu não conhecia os assuntos abordados

Quais foram as informações mais relevantes?  
(Mais de uma opção pode ser assinalada.)

- Sinais de trabalho de parto  
 Ruptura da bolsa  
 Vantagens do parto vaginal/normal  
 Indicações da cesariana  
 Fases do trabalho de parto  
 Métodos farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto  
 Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto  
 Plano de parto  
 Procedimentos que não devem ser realizados de forma rotineira  
 Violência obstétrica  
 Direitos da gestante, parturiente e puérpera  
 Hora dourada

**ACESSO À PESQUISA**

1. Como você soube da pesquisa?

- Profissional que realiza o meu acompanhamento pré-natal  
 Outro profissional de saúde (diferente do que atende o pré-natal)  
 Doula  
 Grupo de gestante que participo  
 Amiga/conhecida/familiar que está gestante  
 Amiga/conhecida/familiar que não está gestante  
 Post nas redes sociais  
 Contato feito pela pesquisadora  
 Outros

1.1 Se resposta "Outros" na questão anterior, descreva:

---

Confidential

Página 21

---

2 Como você teve acesso ao link da pesquisa?

- Via WhatsApp
- Via Instagram
- Via Facebook
- Via Telegram
- Via E-mail
- Outros
- Poster ou folder com QR code

---

2.1 Se resposta "Outros" na questão anterior, descreva:

---



**APÊNDICE F – CARTA DE FEEDBACK VIA E-MAIL****E - ELOGIAR**

**Parabéns! Você está muito bem informada sobre o assunto!**

**A informação é fundamental para o processo de tomada de decisões, diminui o risco de intervenções desnecessárias decorrentes da internação precoce ou mesmo fora do trabalho de parto além de favorecer uma experiência positiva do seu trabalho de parto e parto!**

**Continue se informando sobre o assunto e, se possível, inclua o seu ou a sua acompanhante de escolha nesse processo de busca por informações. Conhecer as indicações de cesariana, as fases do trabalho de parto, os métodos para alívio da dor, os procedimentos que não devem ser realizados de forma rotineira, os seus direitos e as situações que se configuram como violência obstétrica deixará vocês mais seguros e confiantes para vivenciar esse momento tão importante!**

**Agradecemos a sua participação!**



# O - ORIENTAR

**Você ainda possui algumas dúvidas sobre o assunto!**

A informação é fundamental para o processo de tomada de decisões, diminui o risco de intervenções desnecessárias decorrentes da internação precoce ou mesmo fora do trabalho de parto além de favorecer uma experiência positiva do seu trabalho de parto e parto!

Converse com o profissional que faz o seu acompanhamento pré-natal sobre trabalho de parto, parto, seus direitos e violência obstétrica. A consulta de pré-natal deve ser um momento de troca de informações, não saia dela com dúvidas. Procure saber sobre a existência de grupos e cursos para gestantes na unidade de saúde. Existem páginas na internet, perfis e grupos nas redes sociais com informações excelentes sobre o assunto.

Se possível, inclua o seu ou a sua acompanhante de escolha nesse processo de busca por informações. Conhecer as indicações de cesariana, as fases do trabalho de parto, os métodos para alívio da dor, os procedimentos que não devem ser realizados de forma rotineira, os seus direitos e as situações que se configuram como violência obstétrica deixará vocês mais seguros e confiantes para vivenciar esse momento tão importante!

**Agradecemos a sua participação!**

## R - RECOMENDAR

Você ainda possui muitas dúvidas sobre o assunto!

A informação é fundamental para o processo de tomada de decisões, diminui o risco de intervenções desnecessárias decorrentes da internação precoce ou mesmo fora do trabalho de parto além de favorecer uma experiência positiva do seu trabalho de parto e parto!

Você deve, o quanto antes, conversar com o profissional que faz o seu acompanhamento pré-natal sobre o trabalho de parto, parto, seus direitos e violência obstétrica. É imprescindível que você retire todas as suas dúvidas sobre o assunto durante a gestação. Procure saber sobre a existência de grupos e cursos para gestantes na unidade de saúde. Existem páginas na internet, perfis e grupos nas redes sociais com informações excelentes sobre o assunto.

Se possível, inclua o seu ou a sua acompanhante de escolha nesse processo de busca por informações. Conhecer as indicações de cesariana, as fases do trabalho de parto, os métodos para alívio da dor, os procedimentos que não devem ser realizados de forma rotineira, os seus direitos e as situações que se configuram como violência obstétrica deixará vocês mais seguros e confiantes para vivenciar esse momento tão importante!

Agradecemos a sua participação!

## APÊNDICE G – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO

24/11/2022 17:31

ScholarOne Manuscripts

 Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil Início Autor

## Confirmação da submissão

 Imprimir

Obrigado pela sua submissão

**Submetido para**  
Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil

**ID do manuscrito**  
RBSMI-2022-0403

**Título**  
Entendendo o parto: o conhecimento de gestantes no terceiro trimestre gestacional

**Autores**  
Vicente, Thais  
Rissino, Sílvia  
Martinielli, Katrini  
dos Santos Neto, Edson

**Data da submissão**  
24-nov-2022

Panela do autor

**APÊNDICE G – ARTIGO**

Submetido na Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil (Online) – ISSN 1806-9304.

**Entendendo o parto: o conhecimento de gestantes no terceiro trimestre gestacional**

**Understanding childbirth: the knowledge of pregnant women in the third trimester**

**Thais Nunes Vicente<sup>1</sup>**

**Silvia das Dores Rissino<sup>2</sup>**

**Katrini Guidolini Martinelli<sup>3</sup>**

**Edson Theodoro dos Santos Neto<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Universidade Federal do Espírito Santo. Avenida Marechal Campos, 1468, Maruípe, Vitória, ES, Brasil. CEP: 29047-200. E-mail: thaisnvincente@gmail.com

<sup>2</sup> Universidade Federal do Espírito Santo. Rodovia BR-101 Norte, km 60, Litorâneo, São Mateus, ES, Brasil. CEP: 29932-540.

<sup>3</sup> Universidade Federal do Espírito Santo. Avenida Marechal Campos, 1468, Maruípe, Vitória, ES, Brasil. CEP: 29047-200.

<sup>4</sup> Universidade Federal do Espírito Santo. Avenida Marechal Campos, 1468, Maruípe, Vitória, ES, Brasil. CEP: 29047-200.

**Resumo**

**Objetivo:** avaliar o conhecimento das gestantes de terceiro trimestre sobre o trabalho de parto por meio de um questionário eletrônico de orientação educativa, além de verificar se as características socioeconômicas, da gestação atual e do histórico obstétrico associam-se à busca ou recebimento de informações sobre o parto e à classificação EOR (Elogiar-Orientar-Recomendar).

**Métodos:** trata-se de um estudo transversal, realizado por meio de um questionário eletrônico de orientação educativa autoaplicado construído na plataforma REDCap, para gestantes no terceiro trimestre residentes no Estado do Espírito Santo. A coleta de dados ocorreu entre setembro/2021 e março/2022. Realizou-se estatística descritiva e posteriormente a inferencial utilizando-se os testes Qui-quadrado e Exato de Fisher ( $p < 0,05$ ). Para a avaliação do conhecimento das gestantes sobre o parto utilizou-se o Sistema EOR.

**Resultados:** Participaram do estudo 100 gestantes, sendo que 87% relataram ter buscado ou recebido informações sobre parto durante a gestação. Houve associação estatística com o score EOR a escolaridade ( $p=0,007$ ), renda familiar ( $p=0,032$ ), número de moradores no domicílio ( $p=0,036$ ), o tipo de serviço pré-natal ( $p=0,030$ ), a preferência para o parto ( $p=0,000$ ) e ter buscado ou recebido informações para o parto ( $p=0,000$ ).

**Conclusões:** as participantes que buscaram ou receberam informações sobre parto apresentaram os maiores scores na Classificação EOR, assim como as mulheres de classe econômica mais favorecida apresentaram maior probabilidade de receber um Elogiar, mostrando que cabe aos serviços de saúde tentar diminuir esta iniquidade por meio de ações de educação em saúde.

**Palavras-chave:** Cuidado pré-natal, Educação em saúde, Trabalho de parto, Tecnologia de informação

**Abstract**

**Objective:** to evaluate the knowledge of third-trimester pregnant women about labor through an electronic instrument for education guidance, beyond to verify if socioeconomic characteristics, current pregnancy and obstetric history are associate with seeking or receiving information about childbirth and the EOR (Praise-Orient-Recommend) System.

**Methods:** this is a cross-sectional study, carried out through a self-applied online questionnaire of educational guidance built on the REDCap platform, for pregnant women in the third trimester, living in the State of Espírito Santo. Data collection occurred between September/2021 and March/2022. Descriptive statistics and inferential statistics were performed using statistical analysis was performed using the chi-square test and Fisher's exact test ( $p < 0.05$ ). To assess the knowledge of pregnant women about childbirth, the EOR system was used.

**Results:** a total of 100 pregnant women participated in the study, with 87% reported have searched or received childbirth information during pregnancy. There was a statistical association with the EOR score with schooling ( $p = 0.007$ ), family income ( $p = 0.032$ ), number of residents in the household ( $p = 0.036$ ), prenatal service ( $p = 0.030$ ), childbirth preferences ( $p = 0.000$ ) and having searched or received childbirth information ( $p = 0.000$ ).

**Conclusions:** the participants who searched or received information about the labour presented the highest scores in the EOR Classification, as well as women from the most privileged economic class were most likely to receive a Praise, showing that it is up to the health services to try to reduce inequity through health education practices.

**Keywords:** Prenatal care, Health education, Labor, Obstetric violence, Information technology

**Introdução**

A realização de ações educativas voltadas para o parto, durante a gestação é de extrema importância, pois pode promover a autonomia e empoderamento da mulher, contribuindo para a vivência de uma experiência positiva da gravidez e do nascimento, além de ser uma importante estratégia de qualificação da assistência obstétrica<sup>1-3</sup>.

Reconhecer os sinais do trabalho de parto, o momento ideal de buscar atendimento, as estratégias que podem ser usadas para alívio da dor, os direitos referentes ao momento do parto, procedimentos que não devem ser realizados de forma rotineira e violência obstétrica podem contribuir para redução da ansiedade e aumento da qualidade do processo de parturição<sup>4-5</sup>.

Diante da necessidade de assimilar esses conhecimentos, assistência pré-natal pode ser considerada uma fonte de acolhimento e aprendizado<sup>6</sup>. Ela tem como um dos objetivos acompanhar a evolução da gestação, no entanto, devido seu caráter preventivo, as práticas educativas são fundamentais para a construção do conhecimento das gestantes, facilitando assim o processo de tomada de decisões, promoção da autonomia e qualificação do cuidado<sup>1,6-7</sup>.

Nos últimos anos, com os avanços no mundo virtual, as redes sociais e uso de aplicativos permitiu o acesso mais ampliado às informações de saúde, gestantes com frequência utilizam meios virtuais para buscar informações sobre gravidez, parto, amamentação e cuidados com o bebê<sup>8-9</sup>.

Outra importante vantagem com o avanço das tecnologias de informação e comunicação é a sua utilização na coleta de dados em pesquisa de saúde, devido à possibilidade de atingir um maior número de pessoas, de forma mais rápida e mais econômica<sup>10</sup>. Uma alternativa é a utilização da plataforma *Reserch Eletronic Data CAPture* (REDCap), que se trata de uma



ferramenta rápida e segura, que pode ser utilizada na coleta, gerenciamento e armazenamento de dados<sup>11</sup>.

Dessa forma, diante da importância das informações sobre o parto durante a gestação e o impacto da tecnologia de informação e comunicação tanto na busca por informações de saúde quanto na coleta de dados, este trabalho tem como objetivo avaliar o conhecimento das gestantes de terceiro trimestre sobre o trabalho de parto por meio de um questionário eletrônico de orientação educativa, além de verificar se as características socioeconômicas, da gestação atual e do histórico obstétrico associam-se à busca ou recebimento de informações sobre o parto e à classificação EOR.

## **Métodos**

Trata-se de um estudo transversal, realizado por meio de um questionário *online* construído na plataforma REDCap® conduzido de setembro de 2021 e março de 2022. A amostra foi composta por gestantes com 28 semanas ou mais de gestação, com idade igual ou maior que vinte anos, residentes no Estado do Espírito Santo (ES) e com acesso à *internet*.

Para o cálculo amostral, considerou-se o número de nascidos vivos, filhos de mães com idade superior a 20 anos no Estado do Espírito Santo no ano de 2019 e uma proporção de 48% de gestantes que receberam orientação para o parto durante a gestação, conforme estudo já realizado<sup>12</sup>, intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 10%, com esses parâmetros se calculou uma amostra mínima de 96 gestantes. Ao final da divulgação, foram incluídas na análise 100 participantes que responderam completamente a pesquisa.



A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário eletrônico amplamente divulgado em redes sociais, em grupos formados por gestantes e com profissionais que prestam serviço a esse público (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, doulas, etc) e de forma presencial por meio da entrega de um folder contendo o QR code para acesso ao link da pesquisa.

O questionário eletrônico foi composto por questões abertas e fechadas, dividido em oito blocos, sendo sete de perguntas e um com textos informativos. O bloco I de carta convite que avaliou os critérios de inclusão (idade, idade gestacional e concordância na participação), o bloco II de caracterização que contou com questões sobre dados socioeconômicos e histórico obstétrico, o bloco III de dados sobre a gestação atual, o bloco IV de ações de educação perinatal voltados para o parto. O bloco V de preparo para o parto que avalia o conhecimento das participantes sobre a temática, o bloco VI composto por um conjunto de textos informativos, elaborado a partir das perguntas do bloco anterior, o bloco VII de avaliação do questionário e o bloco VIII com questões referentes ao acesso à pesquisa.

Para avaliação do conhecimento sobre o parto, estabeleceu-se um *score* com utilização do Sistema EOR (Elogiar-Orientar-Recomendar) a partir das doze perguntas elaboradas sobre tópicos diferentes relacionados ao parto, as respostas possíveis eram “Não” (que não pontuava), “Sim, porém tenho dúvidas” (01 ponto) e “Sim”. (02 pontos), a pontuação final poderia variar entre zero e 24 pontos. Quando a gestante alcançava uma pontuação de zero a nove, a mesma era classificada como “Recomendar”, de 10 a 19 como “Orientar”, e de 20 a 24 como “Elogiar”. Se resposta fosse “Sim, porém tenho dúvidas” ou “Sim”, uma nova questão com alternativas específicas sobre a questão anterior ficava disponível, sendo possível selecionar, nessas questões, mais de uma alternativa. O elogiar foi utilizado quando a participante apresentava grau de conhecimento adequado sobre assuntos relacionados ao parto, o Recomendar foi utilizado quando a participante possuía grau de conhecimento moderado sobre assuntos relacionados ao parto, e o Orientar foi utilizado quando a

participante apresentava pouco ou nenhum conhecimento sobre assuntos relacionados ao parto.

Avaliou-se no bloco de preparo para o parto se as participantes conheciam os sinais que podem anteceder o trabalho de parto, como proceder diante da ruptura da bolsa após as 37 semanas, as vantagens do parto vaginal, as indicações de cesariana/contraindicações do parto vaginal, as fases do trabalho de parto, os métodos farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto, os métodos não farmacológicos para alívio da dor, a vantagem do plano de parto, os procedimentos que não devem ser realizados de forma rotineira no trabalho de parto, as situações que podem ser configuradas como violência obstétrica, os direitos das gestantes referentes ao momento do parto e a hora dourada.

A pesquisa foi acessada por 263 pessoas, 179 concluíram a etapa convite, sendo que 177 atenderam os critérios de inclusão, dessas 136 acessaram, e 132 finalizaram a segunda etapa. A terceira etapa da pesquisa foi acessada por 108 participantes e finalizada por 105, dessas 05 foram excluídas da análise por residirem fora do Espírito Santo.

Os dados coletados foram organizados e posteriormente analisados utilizando o programa *StatisticalPackage for the Social Sciences* (SPSS) na versão 22.0, as variáveis foram analisadas a partir de estatística descritiva. Para determinar a relação com o conhecimento das gestantes sobre o parto e a classificação EOR, utilizou-se a variável “Buscou/recebeu informações sobre parto”, já para os dados socioeconômicos, histórico obstétrico, dados da gestação atual e preferências para a gestação atual utilizou-se tanto a variável “Buscou/recebeu informações sobre parto” quanto à classificação EOR, por meio do teste qui-quadrado de Pearson e teste exato de Fisher (p-valor<5%)

A pesquisa atendeu os critérios estabelecidos pela Resolução 466/12 e pela Lei Geral de Proteção de Dados, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo em 14 de setembro de 2021 com o parecer N° 4.973.413.

## **Resultados**

A amostra foi composta principalmente por adultas jovens, com idade entre 20 e 35 anos, brancas, com companheiro(a), com ensino superior completo, com emprego remunerado, com renda familiar maior que três salários mínimos, com domicílio onde moram até duas pessoas e residentes da Região Metropolitana do estado do ES, como apresentado na tabela 1.

Com relação ao histórico obstétrico, 53,0% eram primigestas, e entre as que haviam gestado, 68,0% possuíam apenas um filho, e 60,0% tiveram parto normal em gestação anterior. A idade gestacional no momento da participação na pesquisa variou de 28 a 40 semanas, todas as participantes estavam realizando pré-natal, e a maior parte iniciou o acompanhamento até a 12<sup>a</sup> semana. Predominou o acompanhamento realizado exclusivamente pelo médico, e pré-natal realizado em serviço privado. A gestação foi planejada por 85% das participantes, sendo que 87,5% relatam preferência pelo parto vaginal. Além disso, 87% das participantes relataram ter buscado ou recebido informações sobre o parto, dessas observou-se que os meios virtuais como *sites*, páginas e grupos nas redes sociais e aplicativos foram os mais comuns (n=29; 33,3%), seguido pelos profissionais que realizam o pré-natal durante as consultas (n= 27; 31%) e pelas doulas (n=18; 20,7%).

Com relação à avaliação do conhecimento das participantes sobre assuntos relacionados ao parto, mais de 90% das participantes afirmaram ter algum conhecimento sobre os sinais que

podem anteceder o trabalho de parto, as indicações absolutas de cesarianas, vantagens do parto vaginal e as situações que se configuram como violência obstétrica. Mais de 85% afirmaram saber como proceder na ocorrência de ruptura da bolsa antes do início do trabalho de parto, e os direitos da gestante relacionados ao momento do parto. Cerca de 80% afirmaram conhecer os métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto, as vantagens da construção do plano de parto, as fases do trabalho de parto e os procedimentos que não devem ser realizados de forma rotineira. E aproximadamente 70% das participantes afirmaram conhecer os métodos farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto e a hora dourada, como apresentado na tabela 2.

Com relação à Classificação EOR, 42,0% das participantes apresentaram conhecimento adequado (Elogiar), 41,0% apresentaram dúvidas sobre os assuntos abordados (Orientar) e 17,0% apresentaram pouco conhecimento sobre a temática (Recomendar). Todas as variáveis apresentaram significância estatística quando associadas com ter buscado ou recebido informações sobre parto durante a gestação, com exceção das indicações de cesariana ( $p=0,175$ ), conforme observado na tabela 2. Observou-se que apesar da maior parte das participantes afirmarem possuir conhecimentos sobre assuntos relacionados ao parto, ao avaliar aspectos específicos de cada questão do bloco de preparo para o parto, o número de participantes com conhecimento sobre o tema foi menor, como apresentado na tabela 3.

Ao analisar as características socioeconômicas, informações da gestação atual e histórico obstétrico com ter buscado ou recebido informações sobre o parto, observa-se significância estatística com ter buscado ou recebido informações sobre o parto possuir ensino superior completo ( $p=0,000$ ), renda maior ou igual a cinco salários mínimos ( $p=0,011$ ), possuir emprego remunerado ( $p=0,009$ ), até dois moradores no domicílio ( $p=0,030$ ), pré-natal com início precoce ( $p=0,045$ ), realizar pré-natal em serviço privado ( $p=0,001$ ) e desejo pelo parto

vaginal ( $p=0,001$ ), já a idade gestacional entre 28 e 31 semanas esteve associada a não ter buscado ou recebido informações sobre parto ( $p=0,024$ ), como demonstrado na tabela 4.

Com relação à Classificação EOR, associou-se com significância estatística ao Elogiar ter ensino superior completo, renda maior que cinco salários mínimos, até dois moradores no domicílio, pré-natal no serviço privado e escolha por parto vaginal. Ter até o ensino fundamental, receber até dois salários mínimos, ter três ou mais moradores no domicílio, pré-natal realizado exclusivamente no serviço público e preferência pela cesariana associou-se ao Recomendar, como apresentado na tabela 4.

## **Discussão**

Nesta pesquisa, fatores socioeconômicos, tais como: maior escolaridade, possuir emprego remunerado, renda familiar maior que cinco salários-mínimos e até dois moradores no domicílio estiveram associados à busca ou recebimento dessas informações e à adequação do conhecimento avaliado pelo método EOR. Outros estudos já realizados em diversos locais do Brasil não apresentaram essa mesma relação entre a presença de características socioeconômicas favoráveis e ter buscado ou recebido informações sobre parto durante a gravidez<sup>2, 12, 16</sup>. Quando comparado a pontuação gerada a partir do Sistema EOR, observou-se semelhança com estudo realizado em Sergipe, onde mulheres com menor escolaridade e menor renda e que declararam não possuir conhecimento sobre parto humanizado apresentaram mais respostas consideradas inadequadas pelos pesquisadores<sup>13</sup>.

A cobertura do pré-natal é um dos indicadores da qualidade da assistência à saúde, o Ministério da Saúde recomenda que o seu início ocorra no primeiro trimestre da gestação<sup>7</sup>.

Todas as participantes relataram ter iniciado o acompanhamento pré-natal e 93% ocorreram até a 12<sup>a</sup> semana como preconizado. Um estudo realizado com mulheres atendidas para o parto em maternidades do Espírito Santo encontrou que 99,7% delas haviam iniciado o acompanhamento pré-natal, no entanto apenas 42.2% tiveram o início até doze semanas<sup>14</sup>. Em pesquisa realizada com gestantes em dois serviços de pré-natal em Sergipe, 71% das participantes tiveram início do pré-natal no primeiro trimestre<sup>13</sup>. O início precoce do acompanhamento pré-natal favorece o monitoramento adequado da gestação, identificação e tratamento de possíveis complicações, além de contribuir para a realização do número adequado de consultas e assim fortalecer o vínculo entre a gestante e os profissionais de saúde de modo a tornar propícia a realização de práticas educativas<sup>15</sup>.

Um aspecto fundamental da assistência pré-natal é a realização de ações educativas, durante a gestação essas práticas têm como objetivo promover a autonomia da mulher no processo de tomada de decisões sobre si, sua saúde, gestação e parto<sup>1</sup>. Nesta pesquisa, dentre as participantes que buscaram/receberam informações sobre o parto, em 31% dos casos a principal fonte de informação foi o profissional que realiza o cuidado pré-natal, enquanto em Santa Catarina, 64% das participantes foram orientadas sobre trabalho de parto pelos profissionais que realizaram o pré-natal<sup>2</sup>, e no 48% das participantes receberam orientações sobre parto durante o pré-natal<sup>12</sup>. Já uma pesquisa realizada em Minas Gerais observou que apenas 39% das gestantes receberam orientações sobre o parto, valores mais próximos do que encontramos<sup>16</sup>. Assim se verifica que os profissionais que conduzem o pré-natal são fundamentais para que as informações corretas sejam incorporadas<sup>15-16</sup>, para isso devem assumir uma postura acolhedora com o objetivo de compartilhar os saberes com as gestantes de modo a favorecer que a mesma atue de forma efetiva na construção de seu conhecimento<sup>15</sup>. Esta diferença entre a presente pesquisa e outros estudos pode estar relacionada ao próprio perfil das participantes, a alta escolaridade, renda elevada, realização do pré-natal no serviço

privado e a atuação da doula podem ser fatores que contribuem para que a mulher busque informações seguras em outras fontes.

Com o avanço da tecnologia de comunicação, o grande volume de informações disponíveis e a facilidade de acesso, os meios virtuais como *sites*, aplicativos e redes sociais tem se configurado como importantes fontes de informação sobre saúde<sup>9</sup>. Observamos essa utilização em nossa pesquisa, uma vez que aproximadamente 33% das participantes consideraram esse meio como sua principal fonte de conhecimento sobre parto. Estudo realizado na Austrália encontrou que 44% das participantes utilizaram a internet para buscar informações sobre assuntos relacionados a sua gestação<sup>8</sup>. Embora os profissionais de saúde sejam fundamentais nas práticas educativas durante o acompanhamento pré-natal, observa-se que a maior disponibilidade de informações em saúde na internet, de forma fácil e rápida, tem tirado a centralidade do conhecimento das mãos dos profissionais de saúde. Ao mesmo tempo, existe pouca avaliação da credibilidade do conteúdo sobre parto disponível na internet, sendo assim o profissional de saúde deve estar atento, durante a realização de ações de educação em saúde, às possíveis informações inadequadas que a gestante tenha tido acesso e orientá-la da melhor forma, de acordo com as evidências científicas.

Verificou-se neste estudo uma relação entre ter buscado ou recebido informações com a adequação do conhecimento das gestantes sobre o parto, esse também foi um achado em pesquisa desenvolvida em Minas Gerais, em que gestantes que haviam recebido informações sobre parto apresentaram maior taxa de acerto nas questões<sup>16</sup>. Reconhecer os sinais que podem anteceder o trabalho de parto e diferenciá-los do trabalho de parto ativo é fundamental para a redução de internações precoce e intervenções desnecessárias. Dois estudos avaliaram o conhecimento de gestantes sobre o parto, em ambos as participantes apontaram a saída do tampão mucoso e a ocorrência de contrações como sinais que podem anteceder o trabalho de parto<sup>3,16</sup>, esses também foram os sinais encontrados em nossa pesquisa.

A ocorrência da ruptura da bolsa antes do início do trabalho de parto ocorre em aproximadamente 10% das gestações após as 37 semanas<sup>17</sup>. Apesar de ser relativamente incomum, saber como proceder na ocorrência de ruptura da bolsa é fundamental, em um estudo realizado com gestantes de terceiro trimestre encontrou que menos da metade das participantes sabiam o que fazer quando a bolsa rompe e as características do líquido amniótico<sup>16</sup>. Neste estudo encontramos que aproximadamente 70% das participantes sabem como proceder diante da ruptura da bolsa antes do trabalho de parto. Nas gestações a termo e na ausência de infecção por *Streptococcus streptococcus β-hemolítico* do grupo B, recomenda-se o início de antibiótico após 18h de ruptura da bolsa, como forma de prevenir a sepse neonatal<sup>18</sup>. Devido risco aumentado para complicações no nascimento<sup>19</sup>, a presença de mecônio no líquido amniótico indica a necessidade de internação precoce para acompanhamento do trabalho de parto.

A maior parte das participantes da pesquisa foi capaz de apontar as diferentes fases do trabalho de parto, sendo a fase ativa e o período expulsivo identificadas por quase todas. Reconhecer o início da fase ativa do trabalho de parto, evita a ocorrência de internação precoce e intervenções desnecessárias que podem ocorrer a partir dela<sup>20</sup>. Entre as intervenções que não devem ser realizadas de forma rotineira apontadas pelas participantes da pesquisa destacam-se a episiotomia, a amniotomia e a infusão contínua de ocitocina. A episiotomia é uma incisão cirúrgica, realizada no períneo com o objetivo de ampliar o canal de parto e abreviar o tempo de nascimento, porém está associada a maior ocorrência de dor no período pós-parto, na relação sexual e hemorragia<sup>21</sup>, já a amniotomia, ou ruptura artificial da bolsa das águas, apresenta riscos como prolapso de cordão e alterações na vitalidade fetal. A infusão contínua de ocitocina pode desencadear alterações na vitalidade do feto, taquissistolia, maior uso de analgesia farmacológica e cesariana<sup>22</sup>.



O uso de medidas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto são boas práticas na assistência obstétrica e tem como objetivo promover o conforto da parturiente e facilitar o processo de nascimento<sup>5</sup>. Entre os métodos que podem ser utilizados, encontramos maior conhecimento sobre o banho morno, massagem, exercícios respiratórios e uso da bola suíça, esses achados corroboram com os encontrados em pesquisas com puérperas<sup>5,23</sup>. Os métodos farmacológicos para alívio da dor, apesar de serem estratégias eficientes para a redução da dor, promoção de uma experiência positiva e uma alternativa à cesariana nos casos de exaustão materna não são métodos amplamente utilizados. Na pesquisa “Nascer no Brasil” a frequência da utilização de analgesia na rede privada foi de 73,5%, enquanto nos serviços públicos foi de 27,1%<sup>24</sup>, outro estudo realizado em uma maternidade pública de Santa Catarina encontrou uma utilização de aproximadamente 18%<sup>23</sup>. O presente estudo encontrou que 70,0% das participantes possuíam algum conhecimento sobre os métodos farmacológicos para alívio da dor.

O plano de parto é uma ferramenta na qual a gestante registra as suas escolhas para o trabalho de parto, como alimentação, uso de técnicas para alívio da dor, direito a livre movimentação, acompanhante de escolha, parto, como posição desejada para parir<sup>23,25</sup>. No entanto, ainda pouco é abordado o fato do plano de parto ser considerado uma estratégia para o desenvolvimento de ações de educação em saúde e promotor de autonomia, uma vez que para construí-lo a gestante deve receber ou buscar informações<sup>25</sup>. Nesta pesquisa, a maior parte das participantes (80,0%) conhecia as vantagens da elaboração do plano de parto. Além disso, por sinalizar suas preferências para o momento do parto, a construção do plano de parto pode ser uma estratégia de prevenção contra a violação de direitos e violência obstétrica.

A violência obstétrica pode ser compreendida como atos de violência contra a gestante, parturiente, puérpera e neonato<sup>26</sup>. Um estudo realizado em 2010 encontrou que um quarto das mulheres brasileiras sofre algum tipo de violência obstétrica no período gestacional<sup>27</sup>, no

entanto esse pode ser um dado subestimado uma vez que muitas práticas consideradas violência obstétrica não são reconhecidas como tal pelas participantes<sup>26-27</sup>. Essa não identificação de formas de violência obstétrica também foi encontrada em nossa pesquisa, 92,0% das participantes afirmaram conhecer as situações que podem ser configuradas como violência obstétrica, com destaque para as violências verbal e psicológica como constranger humilhar ou ofender a gestante ou parturiente, a privação do direito a um acompanhante de sua escolha e realização de procedimentos sem consentimento. No entanto a realização de procedimentos clínicos sem indicação como enema, manobra de Kristeller, restrição indiscriminada a livre movimentação e alimentação foram identificadas por uma parcela bem menor das gestantes entrevistadas

Com relação aos direitos relacionados ao momento do parto, observou-se que 88% das participantes afirmaram conhecer os seus direitos referentes ao momento do parto. A presença do acompanhante de escolha da parturiente é um direito, e está relacionada com a redução da ansiedade materna durante o trabalho de parto<sup>28</sup>. Já a vinculação da gestante à sua maternidade de referência e evita a peregrinação das gestantes na busca por atendimento de saúde<sup>29</sup>.

A hora ouro, como é conhecida a primeira hora de vida do bebê junto à mãe, é um indicador de boas práticas obstétricas e neonatais, facilita a interação da mãe e do bebê, a amamentação, a formação de vínculo entre o binômio<sup>30</sup>, 71,0% das participantes afirmou ter conhecimento sobre a hora ouro. O contato pele a pele entre a mãe e o bebê contribui para a regulação da temperatura do neonato, liberação de hormônios facilitadores do aleitamento materno e que contribuem ainda para a diminuição do risco de hemorragia pós-parto<sup>31</sup>.

Observou-se uma associação de maiores *scores* do EOR com ter buscado ou recebido informações durante a gestação. Esse achado corrobora com estudo realizado no Ceará, onde

foi encontrado que gestantes que participaram de intervenção educativa apresentaram maior adequação do conhecimento quando comparadas às gestantes que não receberam<sup>28</sup>. A utilização da classificação EOR se mostrou eficiente na avaliação do conhecimento de gestantes sobre o parto e promoção da valorização do indivíduo com relação aos seus saberes. Tal fato também foi evidenciado em outra pesquisa que analisou os hábitos de higiene bucal e o impacto da na avaliação do impacto na saúde bucal e na qualidade de vida das gestantes, sendo que o sistema EOR se mostrou eficiente para a realização de uma triagem das gestantes com maior necessidade de atendimento odontológico, além de ser capaz de valorizar suas habilidades<sup>32</sup>.

A possibilidade de avaliar o conhecimento das gestantes de terceiro trimestre sobre assuntos relacionados ao parto, e assim identificar as lacunas das informações recebidas durante o cuidado pré-natal por meio de uma ferramenta como o Sistema EOR que contribui para fortalecimento da autonomia dos indivíduos e a utilização de uma ferramenta tecnológica elaborada no formato de um instrumento de orientação educativa são algumas das inovações deste trabalho. Com relação às limitações do estudo, destacam-se a estratégia utilizada para a coleta de dados. A utilização de um questionário online autoaplicado aumenta o risco de selecionar indivíduos com características sociodemográficas específicas como as encontradas na pesquisa, onde a amostra foi composta por mulheres mais jovens, com maior grau de escolaridade e renda elevada. Outra limitação encontrada refere-se ao modelo utilizado, que por tratar-se de um estudo transversal e descritivo não permite a generalização dos achados para outras realidades.

### **Considerações finais**

A pesquisa indica que todas as participantes estavam em acompanhamento pré-natal e a maior parte teve início no primeiro trimestre, como o recomendado pelo Ministério da Saúde do Brasil, feito majoritariamente em serviços privados e pelo profissional médico. Observou-se também uma amostra jovem, com maior renda familiar, escolaridade elevada e que vivem com companheiro(a). No entanto, esses achados podem ser explicados pela técnica usada na coleta de dados e locais de divulgação da pesquisa.

A maior parte das participantes relatou ter buscado ou recebido informações sobre assuntos relacionados ao parto, sendo os meios virtuais a principal fonte de informação citada, seguido pelo profissional pré-natalista e pela figura da doula. Ter buscado ou recebido informações sobre parto esteve diretamente associado a apresentar maiores *scores* da Classificação EOR na avaliação do conhecimento sobre a temática.

As características socioeconômicas como renda emprego remunerado, escolaridade e número de moradores no domicílio, dados da gestação atual como idade gestacional atual e no início do acompanhamento pré-natal, bem como o local de realização apresentam impacto com ter buscado informações, bem como na adequação do conhecimento, avaliado pelo *score* EOR. A utilização do sistema EOR se mostrou eficiente na avaliação do conhecimento por permitir orientações a partir das lacunas de conhecimento observadas a partir das repostas das participantes.

## **Referências**

1. Silva EP da, Lima RT de, Osório MM. Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. *Ciência saúde coletiva*. 2016;21(9) :2935–48.
2. Marques BL, Tomasi YT, Saraiva S dos S, Boing AF, Geremia DS. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. *Esc Anna Nery*. 2021; 25(1).
3. Pereira ACTPT, Gonçalves da Silva M, Missio L. Conhecimento das gestantes atendidas em um hospital de ensino sobre trabalho de parto e parto. *PECIBES*. 2022; 8(1): 2–9.
4. Costa NY, Corrêa LRS, Pantoja GX, Penela AS, Santos SFD, Franco IM, Araujo N de O, de Barros VV, Costa PVDP, Nogueira LMV. O pré-natal como estratégia de prevenção a violência obstétrica. *REAS [Internet]*. 2020 [citado 25 ago .2022];12(12). Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4929>
5. Silva MRB, Silva HCDA, Santos C, Monteiro HS, Estevam P, Santos AIX. Tecnologias não invasivas: conhecimento das mulheres para o protagonismo no trabalho de parto. *Nursing*. 2020; 263, (23): 3729-35.
6. Souza VB de, Roecker S, Marcon SS. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. 2011; *Ver. Eletr. Enf.* 13( 2): 199–210.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de Baixo Risco*, Brasília, 2012
8. Grimes HA, Forster DA, Newton MS. Sources of information used by women during

- pregnancy to meet their information needs. *Midwifery*. 2014;30(1):e26–33.
9. Van den Heuvel JF, Groenhof TK, Veerbeek JH, van Solinge WW, Lely AT, Franx A, et al. eHealth as the Next-Generation Perinatal Care: An Overview of the Literature. *J Med Internet Res*. 2018; 20(6).
  10. Szwarcwald CL, Souza Júnior PRB de, Damacena GN, Malta DC, Barros MB de A, Romero DE, Almeida WS, Azevedo LO, Machado ÍS, Lima MG, Werneck AO, Silva DRP, Gomes CS, Ferreira APS, Gracie R, Pina MF. ConVid - Pesquisa de Comportamentos pela Internet durante a pandemia de COVID-19 no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(3).
  11. Vaz J, Pereira Abelin A, Moura Schmidt M, Piccaro de Oliveira P, A. M. Gottschall C, Garcia Rodrigues C, Quadros AS. Criação e Implementação de um Banco de Dados Prospectivo e Multicêntrico de Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio: RIAM: RIAM – registro de infarto agudo do miocárdio. *ABC Cardiol [Internet]*. 2020 [citado 23 ago 2022]; Disponível em:  
[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2020000300446](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2020000300446)
  12. Gonçalves MF, Teixeira ÉMB, Silva MA dos S, Corsi NM, Ferrari RAP, Pelloso SM, Cardelli AAM. Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. *Rev Gaúcha Enferm [Internet]*. 2017 [23 de agosto de 2022]; 38(3). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472017000300401&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000300401&lng=pt&tlng=pt)
  13. Santos ABB dos, Melo EV de, Dias JMDG, Didou RDN, Araujo RAS de, Santos WDO, Araújo LB. Grau de conhecimento das gestantes do serviço público sobre parto humanizado. *ABCS Health Sci [Internet]*. 2019 [citado ago 2022]; 44(3). Disponível

- em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/1393>
14. Martinelli KG, Gama SGN da, Garcia EM, Santos-Neto ET dos. Classificação do pré-natal em maternidades do Espírito Santo conforme recomendações da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde do Brasil. *RSD*. 2021; 10(12).
  15. Costa CSC, Vila VDC, Rodrigues FM, Martins CA, Pinho LMO. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. *RevElettr Enf*. 2013; 15(2):516–22.
  16. Félix HCR, Corrêa CC, Matias TG da C, Parreira BDM, Paschoini MC, Ruiz MT. The Signs of alert and Labor: knowledge among pregnant women. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2019;19(2):335–41.
  17. Scandiuzzi MM, Pinheiro TC, Rodrigues AAN, Alcadipani FAMC. Resultados maternos e perinatais na ruptura prematura de membranas. *Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba [Internet]*. 2014 [acesso 25 ago 2022];16(4):178-81. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/19290>
  18. Coutinho T, Coutinho CM, Zimmermann JB, Marcato RM, Coutinho LM. Prevenção da doença perinatal pelo estreptococo do grupo B: atualização baseada em algoritmos. *Femina*, 2011, 39,(6).
  19. Fernandes MC, Rudek M, Souto AS. Recém-nascidos banhados em líquido amniótico meconial: atendimento em sala de parto e ocorrência de síndrome da aspiração meconial. *ArqCatarin Med [Internet]*. 2016 [citado 01 set 2022]; 44(4): 48-56. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/47>
  20. Hatamleh R, Abujilban S, AbuAbed ASA, Abuhammad S. The effects of a childbirth preparation course on birth outcomes among nulliparous Jordanian women. *Midwife-*

- ry. 2019;72: 23–9.
21. Dessanti GA, Nunes CP. Complicações e sintomas no pós-parto com episiotomia. *RBMFC*, 2019; 1(1).
  22. Hidalgo-Lopezosa P, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego MA. Labor stimulation with oxytocin: effects on obstetrical and neonatal outcomes. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2016 [citado 22 de agosto de 2022];24(0). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692016000100349&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100349&lng=en&tlng=en)
  23. Tomasi YT, Saraiva S dos S, Boing AC, Delzियो CR, Wagner KJP, Boing AF. Do pré-natal ao parto: um estudo transversal sobre a influência do acompanhante nas boas práticas obstétricas no Sistema Único de Saúde em Santa Catarina, 2019. *Epidemiol Serv Saúde*. 2021;30(1).
  24. Leal M do C, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama SGN da. Prenatal care in the Brazilian public health services. *Rev saúde pública*. 2020; 54:8.
  25. Kottwitz F, Gouveia HG, Gonçalves A de C. Route of birth delivery preferred by mothers and their motivations. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2018 [citado 22 de agosto de 2022]; 22(1). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452018000100201&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000100201&lng=en&tlng=en)
  26. Lansky S, Souza KV de, Peixoto ER de M, Oliveira BJ, Diniz CSG, Vieira NF, Cunha RO, Friche AAL. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciênc saúde coletiva*. 2019; 24(8): 2811–24.



27. Hotimsky SN, Aguiar JM de, Venturi Junior G. Violência institucional no parto em maternidades brasileiras. Coletiva. [Internet] 2012 Citado em: 03 set 2021].; 9. Disponível em: <http://coletiva.labjor.unicamp.br/index.php/artigo/a-violencia-institucional-no-parto-em-maternidades-brasileiras/>.
28. Andrade IS, Castro RCMB, Moreira K de AP, Santos CPRS dos, Fernandes AFC. Efeitos de tecnologia no conhecimento, atitude e prática de gestantes para o parto. Rev Rene. 2019; 20.
29. Moraes LMV de, Simões VMF, Carvalho CA, Batista RFL, Alves MTSSB, Thomaz EBAF, Barbieri MA, Alves CMC. Fatores associados à peregrinação para o parto em São Luís (Maranhão) e Ribeirão Preto (São Paulo), Brasil: uma contribuição da coorte BRISA. Cad. Saúde Pública. 2018; 34(11).
30. Ayres LFA, Cnossen RE, Passos CM dos, Lima VD, Prado MRC, Beirigo BA. Fatores associados ao contato pele a pele imediato em uma maternidade. Esc. Anna Nery [Internet] 2021 [acesso 29 ago 2022]; 25 (2). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/3t67VjFnZzgZqwRXg5QFvDx/?lang=pt>
31. (WHO) World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva; 2018.
32. Bortolo GP de, Rissino SD, Martinelli KG, Santos Neto, ET. Aplicação do método Elogiar-Orientar-Recomendar na saúde bucal de gestantes em Web-survey. Rev. Cuba. Inf. Cienc. Salud [Internet]; 2022 [acesso 21 ago 2022]; Disponível em: <https://brapci.inf.br/index.php/res/v/198739>

**Tabela 1:** Características socioeconômicas, histórico obstétrico e dados da gestação atual de gestantes no terceiro trimestre. Espírito Santo – Brasil, 2021/2022.

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade (n=99)</b>		
20-34 anos	79	79,8
35 ou mais	20	20,2
<b>Raça/Cor (n=100)</b>		
Branca	50	50
Parda	42	42
Preta	8	8
<b>Situação Conjugal (n=99)</b>		
Com companheiro(a)	93	93,9
Sem companheiro(a)	6	6
<b>Escolaridade (n=97)</b>		
Até ensino Fundamental Completo	6	6,2
Ensino Médio Completo	23	23,7
Ensino Superior Completo	68	70,1
<b>Emprego remunerado (n=96)</b>		
Possuo emprego remunerado	75	78,1
Não possuo emprego remunerado	21	21,9
<b>Renda familiar (n=87)</b>		
Renda familiar entre um e dois salários mínimos (SM)	16	18,4
Renda familiar entre dois e três SM	21	24,1
Renda familiar entre três e quatro SM	13	14,9
Renda familiar entre quatro e cinco SM	12	13,8
Renda familiar maior que cinco SM	25	28,7
<b>Moradores no domicílio (n=100)</b>		
Até dois moradores	61	61
Três ou mais	39	39

**Tabela 1:** Características socioeconômicas, histórico obstétrico e dados da gestação atual de gestantes no terceiro trimestre. Espírito Santo – Brasil, 2021/2022.

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Região de Residência (n=100)</b>		
Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV)	75	75
Outras regiões	25	25
<b>Gestações anteriores (n=100)</b>		
Primeira gestação	53	53
Uma ou mais	47	47
<b>Filhos nascidos vivos (n=47)</b>		
Nenhum	8	17
Um	32	68,1
Dois ou mais	7	14,9
<b>Parto anterior (n=40)</b>		
Parto vaginal/normal	22	55
Cesariana	16	40
Ambos (vaginal/normal e cesariana)	2	5
<b>Idade gestacional atual (n=100)</b>		
28 a 31 semanas	34	34
32 a 35 semanas	33	33
36 ou mais semanas	33	33
<b>Idade gestacional no início do pré-natal (n=100)</b>		
Até 12 semanas	93	93
13 semanas ou mais	7	7
<b>Tipo de serviço de pré-natal (n=94)</b>		
Exclusivamente SUS	22	23,4
Exclusivamente privado	72	76,6
<b>Profissional que atende o pré-natal (n=99)</b>		
Exclusivamente médico	77	77,7

**Tabela 1:** Características socioeconômicas, histórico obstétrico e dados da gestação atual de gestantes no terceiro trimestre. Espírito Santo – Brasil, 2021/2022.

Variável	n	%
Misto (médico e enfermeira)	22	22,2
<b>Gestação planejada (n=100)</b>		
Planejava engravidar neste momento	85	85
Não planejava engravidar	15	15
<b>Buscou/recebeu informações sobre parto durante a gestação (n=100)</b>		
Sim	87	87
Não	13	13
<b>Parto planejado (n=96)</b>		
Vaginal	84	87,5
Cesariana	12	12,5

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022.

**Tabela 2:** Conhecimento de gestantes no terceiro trimestre sobre assuntos relacionados ao parto, e busca/recebimento de informações sobre o assunto. Espírito Santo – Brasil, 2021/2022

Variáveis	n (%)	Buscou/recebeu informações sobre parto durante a gestação				p-valor
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
<b>Sinais que podem anteceder o trabalho de parto (n=100)*</b>						
Não	6 (6%)	3	3,4	3	23,0	<b>0,008**</b>
Sim, porém tenho dúvidas	40 (40%)	33	37,9	7	53,8	
Sim	54 (54%)	51	58,6	3	23	
<b>Ruptura da bolsa antes do trabalho de parto (após 37 semanas) (n=100)*</b>						
Não	13 (13%)	4	4,5	9	69,2	<b>0,000**</b>



**Tabela 2:** Conhecimento de gestantes no terceiro trimestre sobre assuntos relacionados ao parto, e busca/recebimento de informações sobre o assunto. Espírito Santo – Brasil, 2021/2022

Variáveis	n (%)	Buscou/recebeu informações sobre parto durante a gestação				p-valor
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
Não	20 (20%)	11	12,6	9	69,2	
Sim, porém tenho dúvidas	28 (28%)	25	28,7	3	23,0	
Sim	52 (52%)	51	58,6	1	7,6	
<b>Vantagens do plano de parto (n=100)*</b>						
Não	20 (20%)	10	11,4	10	76,9	<b>0,000**</b>
Sim, porém tenho dúvidas	25 (25%)	23	26,4	2	15,3	
Sim	55 (55%)	54	62	1	7,6	
<b>Procedimentos que não devem ser realizados de forma rotineira durante o trabalho de parto (n=100)*</b>						
Não	22 (22%)	11	12,6	11	84,6	<b>0,000**</b>
Sim, porém tenho dúvidas	29 (29%)	28	32,1	1	7,6	
Sim	49 (49%)	48	55,1	1	7,6	
<b>Situações que se configuram como violência obstétrica (n=100)*</b>						
Não	8 (8%)	3	3,4	5	38,4	<b>0,000**</b>
Sim, porém tenho dúvidas	33 (33%)	27	31,0	6	46,1	
Sim	59 (59%)	57	65,5	2	15,3	
<b>Direitos das gestantes relacionados ao momento do parto (n=100)</b>						
Não	12 (12%)	6	6,8	6	46,1	<b>0,000**</b>
Sim, porém tenho dúvidas	33 (33%)	28	32,1	5	38,4	
Sim	55 (55%)	53	60,9	2	15,3	

**Tabela 2:** Conhecimento de gestantes no terceiro trimestre sobre assuntos relacionados ao parto, e busca/recebimento de informações sobre o assunto. Espírito Santo – Brasil, 2021/2022

Variáveis	n (%)	Buscou/recebeu informações sobre parto durante a gestação				p-valor
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
<b>Hora dourada (n=100)*</b>						
Não	29 (29%)	17	19,5	12	92,3	<b>0,000**</b>
Sim, porém tenho dúvidas	11 (11%)	11	12,6	0	0,0	
Sim	60 (60%)	59	67,8	1	7,6	
<b>Escore EOR (n=100)</b>						
Elogiar	42 (42%)	42	48,2	0	0,0	<b>0,000**</b>
Orientar	41 (41%)	38	43,6	3	23,0	
Recomendar	17 (17%)	7	8	10	76,9	

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

\*Teste Qui-Quadrado

\*\* Teste Exato de Fisher

**Tabela 3:** Conhecimento de gestantes no terceiro trimestre sobre assuntos relacionados ao parto. Espírito Santo – Brasil, 2021/2022

Variável	n	%
<b>Sinais que podem anteceder o trabalho de parto (n=94)</b>		
Contrações	73	77,7
Tampão mucoso	86	91,5
Nenhum dos sinais anteriores	1	1,1
<b>Ruptura da bolsa antes do trabalho de parto (após 37 semanas) (n=87)</b>		
Se líquido amniótico claro e com odor semelhante a água sanitária, posso aguardar em casa, por até 18h.	60	68,9
Se líquido amniótico com odor fétido, coloração amarela, verde, marrom ou vermelha, independente do tempo de bolsa rompida, devo acionar equipe/procurar atendimento médico	68	78,1
Nenhuma das anteriores	6	6,8

**Tabela 3:** Conhecimento de gestantes no terceiro trimestre sobre assuntos relacionados ao parto. Espírito Santo – Brasil, 2021/2022

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Vantagens do parto vaginal/normal (n=97)</b>		
Recuperação mais rápida no pós-parto	95	97,9
Menor risco de complicações como infecção e hemorragia	88	90,7
Favorece o contato pele a pele e vínculo com o bebê	75	77,3
Favorece a amamentação, em especial na primeira hora de vida	75	77,3
Melhor adaptação do recém-nascido	66	68,0
<b>Indicações de cesariana (contraindicações do parto vaginal/normal) (n=95)</b>		
Placenta prévia parcial ou total	53	55,8
Ruptura de vasa prévia	18	18,9
Cesariana corporal (vertical) anterior	18	18,9
Rotura uterina anterior	30	31,6
Miomectomia anterior	11	11,6
Apresentação córmica (situação transversa) no trabalho de parto	48	50,5
Prolapso de cordão	34	35,8
Descolamento prematuro de placenta	51	53,7
Sofrimento fetal/Frequência cardíaca fetal não tranquilizadora	83	87,4
Parada de progressão do trabalho de parto (não resolvida com as medidas habituais)	56	58,9
Desproporção céfalo-pélvica	36	37,9
Herpes genital com lesão ativa no momento do trabalho de parto	41	43,2
Nenhuma das anteriores	2	2,1
<b>Fases do trabalho de parto (n=79)</b>		
Pródromos do trabalho de parto	64	81,0



**Tabela 3:** Conhecimento de gestantes no terceiro trimestre sobre assuntos relacionados ao parto. Espírito Santo – Brasil, 2021/2022

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Fase latente do trabalho de parto	65	82,3
Fase ativa do trabalho de parto	76	96,2
Período expulsivo	75	94,9
Dequitação da placenta	48	60,8
Nenhuma das anteriores	1	1,3
<b>Métodos farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto (n=70)</b>		
Raquianestesia	35	50,0
Peridural	51	72,9
Combinada raquiperidural	24	34,3
Nenhuma das anteriores	3	4,3
<b>Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto (n=80)</b>		
Banho morno	80	100,0
Massagem	76	95,0
Exercícios respiratórios	67	83,7
Deambulação	33	41,2
Bola suíça	62	77,5
Aromaterapia	49	62,2
Outro método não farmacológico	1	1,2
<b>Vantagens do plano de parto (n=80)</b>		
Para a equipe conhecer minhas expectativas para o parto	74	92,5
Para que eu tenha, ao elaborar o plano de parto, mais consciência das intervenções possíveis e assim fazer escolhas com maior propriedade.	64	80,0
<b>Procedimentos que não devem ser realizados de forma rotineira durante o trabalho de parto (n=78)</b>		
Ruptura artificial da bolsa das águas	55	70,5

**Tabela 3:** Conhecimento de gestantes no terceiro trimestre sobre assuntos relacionados ao parto. Espírito Santo – Brasil, 2021/2022

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Infusão contínua de ocitocina	53	67,9
Episiotomia	70	89,7
Manobra de Valsalva	45	57,7
Tricotomia	47	60,3
Nenhuma das anteriores	2	2,6
<b>Situações que se configuram como violência obstétrica (n=92)</b>		
Privação do direito ao acompanhante	88	95,7
Negar acesso a métodos de alívio da dor	78	87,8
Realização de procedimentos dolorosos sem analgesia adequada	74	80,4
Restrição indiscriminada a ingesta hídrica e alimentação	63	68,5
Restrição indiscriminada a livre movimentação	62	67,4
Constranger, humilhar e ofender a gestante/parturiente	91	98,9
Realizar procedimentos sem a concordância/autorização	83	90,2
Enema/lavagem intestinal	54	58,7
Manobra de Kristeller	61	66,3
Nenhuma das anteriores	1	1,1
<b>Direitos das gestantes relacionados ao momento do parto (n=88)</b>		
Direito a um acompanhante de sua escolha	88	100,0
Direito de vinculação à maternidade de referência	56	63,6
Direito a atendimento em qualquer unidade hospitalar da rede de saúde e transferência segura caso necessário	67	76,1

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

**Tabela 4:** Características socioeconômicas, histórico obstétrico e dados da gestação atual associadas a busca/recebimento de informações sobre o parto durante a gestação e a classificação no Sistema EOR. Espírito Santo – Brasil, 2021/2022.

	Buscou/recebeu informações sobre parto			Classificação EOR			
	Sim	Não	p valor	Elogiar	Orientar	Recomendar	p valor
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Idade (n=99)</b>							
20-34 anos	69 (80,2)	10 (76,9)	0,722**	35 (83,3)	33 (82,5)	11 (64,7)	0,234*
35 ou mais	17 (19,7)	3 (23,0)		7 (16,6)	7 (17,5)	6 (35,2)	
<b>Raça/Cor (n=100)</b>							
Branca	47 (54,0)	3 (23,0)	0,065**	25 (59,5)	20 (48,7)	5 (29,4)	0,211**
Parda	34 (39,0)	8 (61,5)		15 (35,7)	18 (43,9)	9 (52,9)	
Preta	6 (6,8)	2 (15,3)		2 (4,7)	3 (7,3)	3 (17,6)	
<b>Situação Conjugal (n=99)</b>							
Com companheiro(a)	81 (94,1)	12 (92,3)	1,000**	39 (95,1)	38 (92,6)	16 (94,1)	1,000**
Sem companheiro(a)	5 (5,8)	1 (7,6)		2 (4,8)	3 (7,3)	1 (5,8)	
<b>Escolaridade (n=97)</b>							
Até ensino Fundamental Completo	4 (4,7)	2 (15,3)	0,000**	1 (2,5)	3 (7,5)	2 (11,7)	0,007**

Ensino Médio Completo	15 (17,8)	8 (61,5)		6 (15,0)	8 (20)	9 (52,9)	
Ensino Superior Completo	65 (77,3)	3 (23,0)		33 (82,5)	29 (72,5)	6 (35,2)	
<b>Emprego remunerado (n=96)</b>							
Possuo emprego remunerado	68 (81,9)	7 (46,1)	<b>0,009*</b>	33 (82,5)	30 (76,9)	11 (64,7)	0,348*
Não possuo emprego remunerado	15 (18,0)	6 (53,8)		7 (17,5)	9 (23,0,0)	6 (35,2)	
<b>Renda familiar (n=87)</b>							
Renda familiar entre um e dois salários mínimos (SM)	12 (16,0)	4 (33,3)		2 (5,4)	8 (24,2)	6 (35,2)	
Renda familiar entre dois e três SM	16 (21,3)	5 (41,6)	<b>0,011**</b>	10 (27)	5 (15,1)	6 (35,2)	<b>0,032**</b>
Renda familiar entre três e quatro SM	10 (13,3)	3 (25,0)		4 (10,8)	6 (18,1)	3 (17,6)	
Renda familiar entre quatro e cinco SM	12 (16,0)	0 (0,0)		7 (18,9)	4 (12,1)	1 (5,8)	
Renda familiar maior que cinco SM	25 (33,3)	0 (0,0)		14 (37,8)	10 (30,3)	1 (5,8)	
<b>Moradores no domicílio (n=100)</b>							
Até dois moradores	57 (65,5)	4 (30,7)	<b>0,030**</b>	30 (71,4)	25 (60,9)	6 (35,2)	<b>0,036*</b>
Três ou mais	30 (34,4)	9 (69,3)		12 (28,5)	16 (39,00)	11 (64,7)	
<b>Região de Residência (n=100)</b>							
Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV)	66 (75,8)	9 (69,3)	<b>0,732**</b>	31 (73,8)	33 (80,4)	11 (64,7)	0,462*
Outras regiões	21 (2,1)	4 (30,7)		11 (26,1)	8 (19,5)	6 (35,2)	

**Gestações anteriores (n=100)**

Primeira gestação	48 (55,1)	5 (38,4)	0,373*	24 (57,1)	23 (56,0)	11 (64,7)	0,299*
Uma ou mais	39 (44,8)	8 (61,5)		18 (42,8)	18 (43,9)	6 (35,2)	

**Filhos nascidos vivos (n=47)**

Nenhum	8 (20,5)	0 (0,0)	0,090**	5 (27,7)	2 (11,1)	1 (9,0)	0,074**
Um	27 (69,2)	5 (62,5)		13 (72,2)	13 (72,2)	6 (54,5)	
Dois ou mais	4 (10,2)	3 (37,5)		0 (0,0)	3 (16,6)	4 (36,3)	

**Parto anterior (n=40)**

Parto vaginal/normal	18 (56,2)	4 (50,0)	0,808**	8(61,5)	9 (56,2)	5 (45,4)	0,565**
Cesariana	12 (37,5)	4 (50,0)		5 (38,4)	5 (31,2)	6 (54,5)	
Ambos (vaginal/normal e cesariana)	2 (6,2)	0 (0,0)		0 (0)	2 (12,5)	0 (0,0)	

**Idade gestacional atual (n=100)**

28 a 31 semanas	25 (28,7)	9 (69,2)	0,024**	3 (7,1)	12 (29,2)	9 (52,9%)	0,078*
32 a 35 semanas	31 (35,6)	2 (15,3)		10 (23,8)	18 (43,9)	5 (29,4)	
36 ou mais semanas	31 (35,6)	2 (15,3)		19 (45,2)	11 (26,8)	3 (17,6)	

**Idade gestacional no início do pré-natal (n=100)**

Até 12 semanas	83 (95,5)	10 (76,9)	0,045**	40 (95,2)	39 (95,1)	14 (82,3)	0,145**
13 semanas ou mais	4 (4,5)	3 (23,0)		2 (4,7)	2 (4,8)	3 (17,6)	

**Tipo de serviço de pré-natal (n=94)**

Exclusivamente SUS	14 (17,0)	8 (66,6)	<b>0,001**</b>	6 (14,6)	8 (22,2)	8 (47,0)	<b>0,030**</b>
Exclusivamente privado	68 (82,9)	4 (33,3)		35 (85,3)	28 (77,7)	9 (52,9)	

**Profissional que atende o pré-natal (n=99)**

Exclusivamente médico	69 (80,2)	8 (61,5)	0,156*	32 (76,1)	31 (75,6)	14 (82,3)	0,949**
Misto (médico e enfermeira)	17 (19,7)	5 (38,4)		10 (23,8)	9 (21,9)	3 (17,6)	

**Gestação planejada (n=100)**

Planejava engravidar neste momento	76 (87,3)	9 (69,2)	0,103**	37 (88)	37 (90,2)	11 (64,7)	0,057**
Não planejava engravidar	11 (12,6)	4 (30,7)		5 (11,9)	4 (9,7)	6 (35,2)	

**Parto planejado (n=96)**

Normal/Vaginal	77 (92,7)	7 (53,8)	<b>0,001*</b>	39 (95,1)	37 (92,5)	8 (53,3)	<b>0,000**</b>
Cesariana	6 (7,2)	6 (46,1)		2 (4,8)	3 (7,5)	7 (46,6)	

---

Fonte: Dados da pesquisa.

\*Teste Qui-quadrado; \*\* Teste Exato de Fisher