

CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO CRICARÉ
CURSO DE BACHARELADO EM FISIOTERAPIA

ANA CLARA SANTANA NOGUEIRA

ANA PAULA OLIVEIRA BARROS

JÉSSICA SILVA RIBEIRO

**O CENÁRIO DA IMPLEMENTAÇÃO DA FISIOTERAPIA OBSTETRA
NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM SÃO MATEUS – ES NA
PERSPECTIVA DO GESTOR**

SÃO MATEUS

2022

ANA CLARA SANTANA NOGUEIRA

ANA PAULA OLIVEIRA BARROS

JÉSSICA SILVA RIBEIRO

**O CENÁRIO DA IMPLEMENTAÇÃO DA FISIOTERAPIA OBSTETRA
NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM SÃO MATEUS – ES NA
PERSPECTIVA DO GESTOR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Fisioterapia do Centro Universitário Vale do Cricaré, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Esp. Amanda Almeida Matiello

Coorientadora: Esp. Núbia Namir Lara Lopes

SÃO MATEUS

2022

ANA CLARA SANTANA NOGUEIRA

ANA PAULA OLIVEIRA BARROS

JÉSSICA SILVA RIBEIRO

**O CENÁRIO DA IMPLEMENTAÇÃO DA FISIOTERAPIA OBSTETRA NAS
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM SÃO MATEUS – ES NA PERSPECTIVA DO
GESTOR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Vale do Cricaré, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em 01 de dezembro de 2022

BANCA EXAMINADORA

**PROF. ESP. AMANDA ALMEIDA
MATIELLO
UNIVC
ORIENTADORA**

**PROF. ESP. NÚBIA NAMIR LARA LOPES
UNIVC
COORIENTADORA**

**PROF. BANCA INSTITUIÇÃO
UNIVC**

**GLAUBER SOARES DE ALMEIDA
ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

SÃO MATEUS

2022

Este trabalho é dedicado a Deus em primeiro lugar por nos criar, abençoar e nos dar forças durante esta árdua caminhada. E a nossa família por nos apoiar e nos incentivar ao longo destes cinco anos.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus, a nossa família, a nossa amizade e aos nossos professores.

“Assim lhes diz o SENHOR: ‘Não tenham medo, nem fiquem desanimados por causa desse exército enorme. Pois a batalha não é de vocês, mas de Deus’ – 2 Crônicas 20:15.

RESUMO

A gravidez é um acontecimento transformador na vida da mulher, uma experiência única de aprendizado que lhe dá força. As gestantes precisam de cuidados e orientações, pois seu organismo sofre diversas alterações fisiológicas. O presente trabalho visa investigar o cenário de assistência as gestantes de São Mateus, Espírito Santo, no nível da atenção primária e a contribuição da assistência fisioterapêutica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A UBS é a porta de entrada de mulheres grávidas para a realização do pré-natal desde o acolhimento até o puerpério. O pré-natal é a inserção da mulher na atenção básica e deve oferecer assistência primária a gestante, prevenir riscos, monitorar o ciclo de gravidez, informar e orientar com o objetivo de diminuir a mortalidade materno-fetal. Diante disso, a inserção do fisioterapeuta nas UBS's é realidade e visa empoderar a mulher independente da via de parto escolhida, atuar sobre a compreensão de alterações fisiológicas que ocorrem durante o ciclo gravídico, destacar a importância da conscientização corporal e os benefícios de desenvolver toda a potencialidade que será exigida durante o parto, como uma ferramenta que facilita que este processo e promove satisfação, segurança e confiança a parturiente. A equipe de acolhimento a gestante é composta por obstetra, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo e agente comunitário de saúde. Dessa forma o Art. 1º da lei N° 14.231, aprova a inserção do fisioterapeuta nas UBS e a inserção visa a promoção a saúde, através da perspectiva de humanização ao atendimento a mulheres durante o ciclo gravídico.

Palavras-chave: Fisioterapia. Atenção Primária a Saúde. Saúde da mulher.

ABSTRACT

Pregnancy is a transformative event in a woman's life, a unique learning experience that gives her strength. Pregnant women need care and guidance, because their body undergoes several physiological changes. The present work aims to investigate the scenario of care for pregnant women from São Mateus, Espírito Santo, at the level of primary care and the contribution of physical therapy care in Basic Health Units (BHU). The BHU is the gateway for pregnant women to perform prenatal care from the reception to the puerperium. Prenatal care is the insertion of women in primary care and should offer primary care to pregnant women, monitor the pregnancy cycle, inform and guide with the aim of reducing maternal-fetal mortality. Therefore, the insertion of the physiotherapist in the BHU is a reality and aims to empower the woman regardless of the chosen route of delivery, act on understanding physiological changes that occur during the pregnancy cycle, highlight the importance of body awareness and the benefits of developing all the potential that will be required during childbirth, as a tool that facilitates this process and promotes satisfaction, safety and trust to the parturient. The pregnant reception team is composed of obstetrician, nurse, nursing technician, psychologist and community health agent. Thus, Article 1 of Law No. 14,231 approves the insertion of the physiotherapist in the UBS and the insertion aims at health promotion, through the perspective of humanization to the care of women during the pregnancy cycle.

Keywords: Physical therapy. Primary health care. Women's health.

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CF/88	Constituição Federal de 1988
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CPMI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
CREFITO 4	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – Minas Gerais
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MAP	Músculo do Assoalho Pélvico
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e nascimento
PP	Plano de Parto
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TP	Trabalho de Parto
UBS	Unidade Básica de Saúde
VO	Violência Obstétrica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 LEI 14.231/21- FISIOTERAPEUTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E GESTÃO EM SAÚDE	13
2.2 ANATOMIA FEMININA, VIAS DE PARTO E A FISIOLOGIA DO PARTO VAGINAL	14
2.3 HUMANIZAÇÃO E PLANO DE PARTO	16
2.4 TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	19
3 PERCURSO METODOLÓGICO	21
3.1 TIPO DE ESTUDO	21
3.2 LOCAL DO ESTUDO	21
3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	22
3.4 FONTE DE DADOS	22
3.5 COLETA DE DADOS	22
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	23
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
5 CONCLUSÃO	34
REFERÊNCIAS	36
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA	40
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	43
APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE	46

1 INTRODUÇÃO

A Fisioterapia é uma ciência da saúde que estuda e trata disfunções cinético funcionais de cada indivíduo em todas as fases da vida (CREFITO 4), sendo uma profissão com vasto campo de atuação, que inclui atualmente quinze áreas especializadas e regulamentadas pelo COFFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional) onde destaca-se a Fisioterapia em Saúde da Mulher. Mediante a isso, o projeto de pesquisa delimitou-se na importância da implementação da Fisioterapia Obstetra nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de São Mateus ES, com intuito de conhecer o processo de inserção e orientação a mulheres gestantes num contexto de conscientização corporal do ciclo gravídico e empoderamento à humanização independente da via de parto desejada.

A partir do apresentado, a problemática consiste em saber como a ausência da abordagem na perspectiva de humanização e orientação nas UBS interferem na escolha e no trabalho de parto? E qual o papel do fisioterapeuta como profissional de suporte às gestantes na atenção primária?

Dessa forma, a hipótese do trabalho retrata sobre como a falta de humanização e orientação dos profissionais podem fazer com que essas mulheres se sintam inseguras e despreparadas para o momento do parto. O tabu e a falta de informação contribuem para que elas façam a escolha de uma cesárea sem necessidade, apenas por não se sentir preparada, o medo da dor e sofrer possivelmente uma violência obstétrica.

O papel da Educação na Saúde a favor da humanização do parto deve priorizar o protagonismo da mulher, o acolhimento, respeito e técnicas baseadas em evidências científicas. Essas ações podem ser eficazes para contribuir que essas mulheres escolham sua via de parto e reconheçam atitudes que configuram atos de violência obstétrica. Quando analisado as UBS nota-se a falta do fisioterapeuta inserido nessa equipe, logo justifica a importância de sua participação dentro da perspectiva multidisciplinar envolvida no atendimento a essas gestantes. Essa ausência direciona inteiramente a responsabilidade dessa abordagem a profissionais

que possuem outras funções junto ao dever de oferecer a melhor proposta de assistência.

Diante disso, a implementação do profissional de fisioterapia nas UBS visa empoderá-las independente da via de parto, conscientizá-las de toda alteração fisiológica que ocorre em seu corpo, enfatizar a importância da consciência corporal e os benefícios de desenvolver toda a sua potencialidade que será exigida, como uma ferramenta que facilita o processo do trabalho de parto, promove satisfação, segurança e confiança a parturiente. Dessa forma, a importância dessa inserção visa a promoção a saúde, prevenção, recuperação e o tratamento de disfunções com evidência na saúde funcional para alívio da dor e melhor qualidade de vida.

Ainda hoje há pouca informação e preparo a respeito das vias de parto configuram a números elevados de indução a cesárea no sistema de saúde pública (BRASIL, 2017). O parto humanizado se destaca a partir da necessidade da informação e conscientização de mulheres sobre seus direitos e planejamento a respeito do parto.

No Brasil, a incidência de cesárea está relacionada a fatores socioeconômicos e culturais, não somente aos riscos oferecidos materno-fetal (SAKAE et al, 2008). O Ministério da Saúde (MS) tem interferido, há pelo menos duas décadas em políticas públicas, com objetivo de humanizar a assistência ao parto e filtrar os números de cesáreas, fornecer apoio ao parto vaginal com referência as evidências científicas embasadas nas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) (BRASIL, 2001). Conceituando o conhecimento amplo e práticas que proporcionam a experiência do parto num aspecto de atenção humanizada.

A incidência de mulheres que buscam uma assistência humanizada durante o processo de parto, justifica a insatisfação a respeito da conduta e posicionamento da equipe envolvida. Esses fatores podem resultar em intervenções médicas desnecessárias que oferecem riscos à saúde materno fetal, onde essas mulheres não obtém conhecimento devido a respeito das vantagens e desvantagens das vias de parto (CAMPOS et al, 2021). A principal atribuição da informação no processo de gestação é conscientizar as gestantes, quanto aos seus direitos dentro de todo acompanhamento e assistência no período gravídico.

As gestantes durante o seu pré-natal devem ser encorajadas e estimuladas a dar à luz da maneira que se sentirem mais confortáveis, sendo informadas das vantagens e desvantagens que cada opção traz (BAVARESCO et al, 2011), visto que o momento da gravidez e do parto é uma experiência única para a mulher e seus familiares (BRASIL, 2017). Os Fisioterapeutas Obstétricos visam empoderá-las independente da via de parto, atuar na conscientização de toda alteração fisiológica que ocorre em seu corpo, destacar a importância da consciência corporal e os benefícios de desenvolver toda a sua potencialidade que será exigida, como uma ferramenta que facilita o processo do trabalho de parto, com o objetivo de satisfação, segurança e confiança a parturiente.

Mediante ao exposto essa pesquisa tem como objetivo geral investigar o cenário atual de assistência ao parto humanizado nas UBS's de SM-ES. E como objetivos específicos:

- a) Conhecer os relatos de gestores das Unidades de Saúde de São Mateus-ES e dos profissionais que assistem as gestantes;
- b) Averiguar a existência do empoderamento da mulher sobre a escolha da via de parto;
- c) Apontar os benefícios da fisioterapia obstétrica na atenção primária.

Para melhor discutir essas questões, no capítulo 2 será abordado sobre o papel da gestão em saúde, a lei que insere o profissional fisioterapeuta nas Unidades Básicas de Saúde, em sequência da anatomia feminina com foco no assoalho pélvico, vias e fisiologia de parto, humanização e plano de parto e tipos de violência obstétrica. Ademais, o capítulo 3 refere-se a metodologia escolhida para esse estudo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 LEI 14.231/21- FISIOTERAPEUTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E GESTÃO EM SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) é formado pela junção de alguns componentes, dentre eles a força de trabalho realizada por profissionais de saúde e gestores. Atualmente existem 13 ocupações reconhecidas como profissões de saúde de nível superior no Brasil, segundo Brasil (2006), o Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 287, de 8/10/98): estas ocupações são Assistência Social, Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia e Psicologia (CONASEMS, 2021a). Nesse objetivo, observa-se a contribuição da fisioterapia na atenção primária.

Em outubro de 2021 entrou em vigor a lei que inclui o fisioterapeuta na atenção primária, como integrante da estratégia de saúde da família (ESF) no âmbito do SUS para atendimento das necessidades da população, cabendo ao gestor da esfera do SUS definir a forma de inserção do profissional nessa atuação (JUSBRASIL, 2021). Os profissionais fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais devem integrar a ESF de acordo a demanda popular sob a sua responsabilidade.

A Atenção Primária é o primeiro contato dos pacientes com o conjunto de ações de saúde sendo elas individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção de saúde; prevenção de doenças; proteção; diagnóstico; tratamento; reabilitação; redução de danos; cuidados paliativos e vigilância em saúde, e deve ser desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e direcionada à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. No SUS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo de cuidado prioritário para expansão e consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) (CONASEMS, 2021a; LAVRAS, 2011) e visa a reorganização, expansão, consolidação e qualificação da atenção básica no País.

O gestor municipal possui autonomia para a análise da situação demográfica, social e de saúde do bairro ou município, bem como seu porte e a rede existente ou de referência em municípios maiores na sua região de saúde, para a escolha das categorias profissionais que integrarão essas equipes, assim como os arranjos e a carga horária necessária, a fim de organizar o trabalho delas, no escopo de ações ofertadas e/ou na frequência ou intensidade destas dentro de cada território. Considerando a publicação da Lei nº 14.231, de 28 de outubro de 2021, que inclui os profissionais fisioterapeuta e terapeuta ocupacional na Estratégia Saúde da Família, conforme já definido pela Portaria GM/MS nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que institui o Previne Brasil, em seu Artigo 12-N, os gestores municipais e estaduais têm autonomia na aplicação dos incentivos de custeio federal referente ao financiamento de que trata o Programa, desde que sejam destinados a ações e serviços da APS e que se respeite o disposto na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e na Lei Orgânica da Saúde. Ou seja, tais recursos de financiamento de custeio da APS podem ser aplicados pelo gestor municipal no custeio de equipes multiprofissionais no formato que for mais apropriado às necessidades locais (CONASEMS, 2021a).

Já o gestor do SUS possui a autoridade sanitária em cada esfera de governo, capaz de agir pautado por princípios éticos – políticos - educativos orientados pela Lei Orgânica da Saúde, quais sejam: a universalidade, a integralidade e a equidade. Trata-se de cumprir um dos direitos fundamentais da Constituição Federal de 1988 (CF/88), o direito à saúde que se ancora na luta da sociedade brasileira pela Reforma Sanitária, na década de 80, do século XX, cujo legado consistiu em atender o anseio popular de justiça social. Como autoridade sanitária, o gestor assume uma responsabilidade pública de agir na garantia da continuidade e consolidação de políticas de saúde de acordo com as diretrizes constitucionais e legais do SUS, e que, portanto, não se encerra no período de um governo (CONASEMS, 2021b). Junto a atuação interdisciplinar existente nas UBS, a atuação do fisioterapeuta pode agregar as práticas de saúde pública para intervir e informar o atendimento aos usuários do sistema.

2.2 ANATOMIA FEMININA, VIAS DE PARTO E A FISILOGIA DO PARTO VAGINAL

O corpo humano é dividido em cabeça, pescoço, tronco –que compõe de: tórax, abdome, dorso, pelve, e membros inferiores. A pelve é a área de transição entre tronco e membros e tem como principal função receber o peso corporal transmitido pela coluna vertebral e transferi-lo aos membros inferiores, e é por isso que ela é estruturada para ser forte e resistente (BARACHO, 2016).

Segundo Baracho (2014), a pelve é formada por dois ilíacos, pelo sacro e pelo cóccix. Ela une o esqueleto axial e esqueleto apendicular, constituindo a porção mais inferior do tronco e ocupa uma posição intermediária entre ele e os membros inferiores. O conjunto dos ossos e músculos que ocupam a base deste anel tem formato de bacia. A cavidade inferior da bacia liga-se ao assoalho pélvico, o qual se fixa às paredes pélvicas. A genitália feminina externa é constituída pelas seguintes estruturas: monte púbico, lábios externos e internos e clitóris. Já os órgãos internos são compostos pela vagina, útero, ovários, tubas uterinas e trato urinário.

O assoalho pélvico (MAP) é formado por músculos, ligamentos e fâscias, com o objetivo de sustentar os órgãos internos, principalmente o útero, a bexiga e o reto. Proporcionando ação esfinteriana para uretra, vagina e reto, além de permitir a passagem do feto, por ocasião do parto. A musculatura profunda do MAP é composta pelo músculo levantador do ânus, músculos coccígeos, fâscia pélvica, músculo obturador interno e músculo piriforme. Já os músculos superficiais são compostos pelos isquiocavernosos, transverso superficial do períneo, bulbocavernoso e esfíncter do ânus (BARACHO, 2014).

As mamas também representam importante função para a anatomia feminina, estão localizadas entre o esterno e a região axilar, estendendo-se da 2^o a 6^o costela. A mama situa-se sobre a fâscia que recobre o peitoral maior, serrátil anterior, oblíquo externo do abdome e bainha do reto do abdome (BARACHO, 2016). Na gravidez, as mamas sofrem alterações através da ação de hormônios que são liberados no organismo feminino, ocasionando seu crescimento e desenvolvimento, preparando-as para produzir e armazenar leite (BARACHO, 2016). Dessa forma, as mamas apresentam importância nas condições: anatômicas, fisiológicas e sexuais.

O parto é um processo natural, que envolve fatores, como o aumento dos níveis hormonais que causam alterações emocionais e fisiológicas do organismo feminino, além de fatores sociais e culturais (VELHO et al. 2012). As vias de parto são o parto

normal, quando ocorre a saída do bebê pelo canal vaginal, com recuperação rápida e sem intervenção cirúrgica. Já no parto cesárea realiza-se uma incisão no abdôme e útero para ocorrer o nascimento do bebê, considerada uma cirurgia, indicada em casos de complicações na gestação que possam levar a algum risco materno ou fetal (OLIVEIRA et al. 2019).

O parto é definido pela presença de contrações da musculatura lisa miometral, sob o objetivo de propiciar a dilatação do colo uterino e a expulsão do bebe por meio de mecanismos de adaptação ao parto (BARACHO, 2019).

A parturição humana pode ser classificada por 4 fases: Fase 1: Queiscência: é caracterizada pela ausência de resposta a agentes que determinam a contratilidade uterina. A maior parte do tempo de gestação decorre desta fase (BARACHO, 2019). Fase 2: Ativação: ocorre no final das últimas 6 a 8 de semanas de gestação, onde há o aumento da resposta do útero, ocasionada por moduladores hormonais, principalmente pelo estrógeno. O colo uterino é então remodelado-redução da consistência, diminuição da concentração de colágeno. O colo, encurta e amadurece semanas antes do parto, em resposta ao aumento de prostaglandinas e ocitocina liberados pelas membranas fetais (BARACHO, 2019). Fase 3: Estimulação: essa fase é marcada por três períodos: dilatação, expulsão e dequitação, o episódio mais importante são as contrações uterinas efetivas, que ganham intensidade e regularidade, para ser ter um trabalho de parto adequado (BARACHO, 2019). Fase 4: Involução: nesta fase, a diminuição do útero ocorre mediada pela ocitocina. A contração uterina contínua surge com o fim desse período (depois de 1 h), e o maior tônus uterino mantém a resposta fisiológica pós-parto, contribuindo para o retorno do útero ao estado pré-gravídico (BARACHO, 2019).

Logo, a decisão acerca da escolha sobre as vias de parto é definida por diversos fatores como, riscos, benefícios, possíveis complicações, tempo de recuperação, relatos ou experiências anteriores. Dessa forma, mulheres devem receber informações seguras e humanizadas durante as consultas de pré-natais, partindo de profissionais que preconizem evidencias científicas, permitindo um processo permanente, educativo, participativo e humanizado.

2.3 HUMANIZAÇÃO E PLANO DE PARTO

O parto é marcado pela vasta heterogeneidade social e a vivência é influenciada por características culturais, religiosas, étnicas e sociais. Podendo ser visto de diversas formas, sendo dependente do estado emocional e da experiência da mulher (SILVA et al, 2016). O parto é um processo fisiológico que deve ser conduzido numa perspectiva de humanização independente da via escolhida. A humanização deve acontecer, em todas as vias de parto, independente da escolha, desde que a gestante seja a protagonista e a equipe profissional responsável seja o suporte dessa mulher, que esteja atenta aos desejos da gestante e forneça todo o conforto necessário a ela, desde o início da gestação até o pós-parto (RÉGIS, 2018). Para Possati et al (2017), a atenção humanizada ao parto refere-se à necessidade de um novo olhar, compreendendo-o como uma experiência verdadeiramente humana. Acolher, ouvir, orientar e criar vínculo são aspectos fundamentais no cuidado às mulheres, nesse contexto. Já para Almeida et al (2015), a humanização visa promover assistência integral, respeitando e atendendo a parturiente nas dimensões espiritual, psicológica, biológica, e tornando o parto mais fisiológico, através da diminuição de intervenções desnecessárias e na inserção de práticas que reduzem o desconforto emocional e físico.

De acordo com o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), a humanização abrange o acolhimento digno à tríade mulher-bebê-família a partir de condutas éticas e solidárias. Para isso, é necessária a organização da instituição com um ambiente acolhedor em que prevaleçam práticas que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. Também abrange a incorporação de práticas e procedimentos que possam contribuir para o acompanhamento e a evolução do parto e do nascimento, abandonando condutas despersonalizadas e intervencionistas, que acarretam em riscos à saúde materno-infantil (POSSATI et al. 2017).

A humanização da assistência assume um papel importante para garantir que o parto seja um momento único, vivenciado de forma positiva, além disso foram desenvolvidas políticas públicas para informação dos direitos das mulheres durante este período. No final dos anos 1970 surge o Plano de Parto (PP), introduzido por educadores pré-natais, com o propósito de facilitar a comunicação entre gestantes e

profissionais de saúde, além de encorajar tomadas de decisão informadas sobre escolhas, riscos e resultados de trabalho de parto (MEDEIROS et al., 2019).

Segundo o Ministério da Saúde (2016), o plano de parto é um documento elaborado pela gestante sobre suas preferências, desejos e expectativas com relação ao parto e o nascimento. Onde Mouta et al., (2017) afirma que se trata de um documento de caráter legal, em que a gestante irá colocar seus desejos pessoais, expectativas e necessidades particulares, segundo as boas práticas e de acordo com sua preferência, durante seu trabalho de parto e parto, sob condições normais. Neste documento, a mulher pode definir sobre acompanhantes que desejam que estejam presentes, a via de parto, posições para a expulsão do bebê, o ambiente (luminosidade, música, interferência sonora) e outras preferências.

O planejamento possibilitado por esse documento favorece a relação da parturiente para com o profissional de saúde. Para Medeiros et al (2019) o plano de parto oferece aos provedores de cuidados obstétricos detalhes importantes sobre as escolhas das mulheres, orienta a atenção prestada ao longo de todo o processo de parturição e permite ao profissional de saúde oferecer um cuidado personalizado e de qualidade para cada mulher, o que proporciona o estabelecimento de vínculo e favorece o trabalho de parto. O processo de vínculo profissional-gestante e o apoio emocional são medidas eficazes que conferem alívio da dor e tensão do trabalho de parto, influenciando positivamente na assistência. O plano de parto (PP) centraliza o direito à informação e à decisão na mulher, tornando-a protagonista de seu próprio parto, assim como os seus familiares. Logo, quando se remete à importância do PP, concomitantemente se fala do respeito ao Princípio Bioético da Autonomia, o qual se refere à autodeterminação, direito de liberdade, privacidade, escolha individual e livre vontade. O respeito a esse princípio subsidia o controle da mulher sobre o seu processo parturitivo, proporcionando a esta a satisfação em poder decidir, além de minimizar os possíveis medos que emanam do processo de parir (SILVA et al., 2017).

O plano de parto está entre as técnicas que devem ser estimuladas durante a gestação, de acordo com as normas internacionais preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Percebemos que, mesmo com esse papel de destaque, a realidade nos serviços de saúde que atendem gestantes e parturientes é muito diferente, pois o plano de parto ainda é pouco estimulado (MOUTA et al., 2017). Mesmo sendo reconhecido há muitos anos, o plano de parto ainda é desconhecido

por profissionais de saúde, bem como em hospitais e maternidades, fazendo com que seu uso não aconteça.

2.4 TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Frequentemente gestantes são expostas a situações de abuso, desrespeito, negligência e maus tratos durante processo de trabalho de parto. Tais situações podem acontecer em qualquer momento da gestação, no entanto a maior suscetibilidade é relacionada ao parto, pelo momento de fragilidade que a mulher está exposta (PEREIRA et al, 2016). Entre 2007 e 2010 que o termo “violência obstétrica” passou a ser utilizado no país, com seus conteúdos e circunstâncias associadas ainda permanecendo em grande invisibilidade e/ou sendo naturalizadas por grande parte das gestantes, profissionais da saúde, gestores e população em geral (SENA et al., 2017). Entretanto, não há no Brasil, ainda, uma lei específica que reconheça a VO (Violência Obstétrica) como uma violação dos direitos das mulheres.

O movimento contra a VO no Brasil é derivado das críticas crescentes que diferentes grupos vêm fazendo a respeito da assistência ao parto no país, sendo considerado como um “movimento em prol da humanização do parto e nascimento”, que envolve diversos profissionais e instâncias da sociedade. Tal movimento se baseia no reconhecimento da participação ativa da mulher e de seu protagonismo no processo de parto, com ênfase nos aspectos emocionais e no reconhecimento dos direitos reprodutivos femininos (SENA et al., 2017).

A expressão VO é utilizada para descrever e agrupar diversas formas de violência (e danos) durante o cuidado obstétrico profissional. Inclui maus tratos físicos, psicológicos, e verbais, assim como procedimentos desnecessários e danosos – episiotomias, restrição ao leito no pré-parto e ausência de acompanhante (TESSER et al., 2015).

Desse modo a violência obstétrica é expressa desde: a negligência na assistência, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional) e violência física (incluindo não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), até o abuso sexual. Também o uso inadequado de tecnologias, intervenções e procedimentos

desnecessários frente às evidências científicas, resultando numa cascata de intervenções com potenciais riscos e sequelas, pode ser considerado como práticas violentas (SENA et al., 2017). Em consonância a essas informações, um dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres (2012), existem alguns tipos de ações configurativas da violência obstétrica: 1) VO física: quando são realizadas práticas invasivas, administra-se medicações não justificadas pelo estado de saúde da parturiente ou de quem irá nascer, ou quando não se respeita o tempo ou as possibilidades de parto biológico; 2) VO psíquica: refere-se ao tratamento desumanizado, grosseiro, humilhação e discriminação. Além disso, cabe nesta classe a omissão de informações sobre a evolução do parto; 3) VO sexual: toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo.

Logo, apesar do sistema de saúde pública oferecer a assistência pré-natal, nota-se a importância de informar mulheres quanto as orientações sobre práticas benéficas para o trabalho de parto, bem como a práticas que venham violar seu direito quanto mulher e parturiente.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa, do tipo pesquisa de campo, com análise de dados primários, com observação direta por meio de entrevista realizada com gestores das Unidades Básicas de Saúde do Município de São Mateus, Espírito Santo, juntamente a uma proposta de intervenção que procura fundamentar a inserção do Fisioterapeuta Obstetra nas Unidades Básicas de Saúde do Município de São Mateus-ES, ao identificar grupos de gestantes, as necessidades e características dos segmentos que poderiam beneficiar-se de alguma forma.

A respeito da pesquisa qualitativa Gil (2017, p.,40) afirma que

[...] a pesquisa qualitativa passou a ser reconhecida como importante para o estudo da experiência vivida, dos longos e complexos processos de interação social. Na abordagem qualitativa, a pesquisa permitiu ao pesquisador realizar uma investigação de forma sistemática com alguns aspectos da realidade.

Em contrapartida, a abordagem quantitativa que, conforme Ruiz (2006) se caracteriza pelo uso da quantificação, tanto na coleta quanto no tratamento das informações por meio de técnicas estatísticas, nessa pesquisa, essa abordagem mede em percentual da assistência humanizada e orientação a gestante independente da via de parto escolhida.

Para Gil (2002) o estudo de campo focaliza uma comunidade, que não é necessariamente geográfica, já que pode ser uma comunidade de trabalho, de estudo, de lazer ou voltada para qualquer outra atividade humana. Basicamente, a pesquisa é desenvolvida por meio da observação direta das atividades do grupo estudado e de entrevistas com informantes para captar suas explicações e interpretações do que ocorre no grupo. Esses procedimentos são geralmente conjugados com muitos outros, tais como a análise de documentos, filmagem e fotografias.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

Os dados da pesquisa foram coletados em um momento: nas Unidades Básicas de Saúde do município de São Mateus, através de entrevistas com os gestores responsáveis pelo local.

O município de São Mateus pertencente ao estado do Espírito Santo, Brasil, está instalado desde 01/01/1939, possui uma população de 134.629 habitantes numa área de 2.346,049 km² (IBGE, 2021).

A rede de serviços de Atenção Primária de São Mateus é constituída atualmente de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Até dezembro de 2020, o município dispunha de 24 UBS e 05 pontos de apoio (Urussuquara, Campo Grande, Itauninhas, Treze de setembro) sendo 18 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 11 equipes de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Sendo as últimas equipes ESF implantadas no município em dezembro do ano de 2013. Atualmente a Atenção Básica do município foi reestruturada e com a implantação de mais 11 equipes de ESF ampliou sua cobertura da AB de 58,01% para 86,84% e a cobertura de ESF saltou de 49,12% para 79,13% (SÃO MATEUS, 2017).

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Gestores das Unidades Básicas de Saúde do Município de São Mateus.

3.4 FONTE DE DADOS

Foram utilizados dados primários coletados por meio do questionário aplicado aos gestores das Unidades Básicas de Saúde do Município de São Mateus.

Os entrevistadores que participaram da pesquisa, para que pudessem conhecer os instrumentos do estudo, aplicando-os adequadamente, além de direcionar quanto à abordagem adequada da mulher e orientá-las quanto às questões logísticas do estudo.

3.5 COLETA DE DADOS

A partir do alcance dos objetivos propostos, foi construído um percurso sustentado por três etapas de trabalho:

- A primeira etapa constituiu no levantamento da literatura disponível na base de dados da Biblioteca do Centro Universitário Vale do Cricaré. Acesso à internet (SciELO e Google), livros pessoais e do acervo do Fisioterapia Aplicada a Saúde da Mulher de Elza Baracho. Concomitantemente, para a busca bibliográfica foram utilizadas palavras chaves, tais como: fisioterapia na saúde da mulher, atenção primária a saúde, empoderamento da mulher durante o trabalho de parto. Foi estabelecido critério com relação à data de publicação dos temas, entre os anos de 2013 e 2019 principalmente, porque há uma restrita produção científica na área.
- A segunda etapa foi realizada por meio da ida ao campo de pesquisa para a realização da entrevista, com os gestores das Unidades Básicas de Saúde de São Mateus e dos profissionais que assistem a estas gestantes, iniciadas no dia 23 de agosto de 2022 e finalizadas no dia 28 de setembro de 2022. O questionário (APÊNDICE A) obteve treze perguntas pertinentes ao contexto da pesquisa e realizamos o recolhimento de depoimentos para averiguar as mudanças ocorridas, que permitiram às pesquisadoras solucionar a problematização em questão: sobre identificação e análise com precisão.
- A terceira etapa, após a coleta, foi iniciada a partir do dia 01 de outubro de 2022. E elaborada a análise quali-quantitativa dos questionários aplicados que forneceram os resultados perante a problematização desta temática.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa encontra-se em consonância com o estabelecido na Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde e suas complementares, amparada pelo Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e pelo Termo de autorização da Instituição coparticipante (APÊNDICE C), portanto obteve aprovação pelo comitê de ética do Centro Universitário Vale do Cricaré sob o CAAE 60525722.5.0000.8207.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A fim de categorizar os participantes do estudo e a assistência prestada pelas UBS's às gestantes, foi realizado a caracterização do perfil sociodemográfico dos gestores e uma análise sobre os serviços ofertados por cada unidade, descritos abaixo.

Gráfico 1- Sexo dos participantes

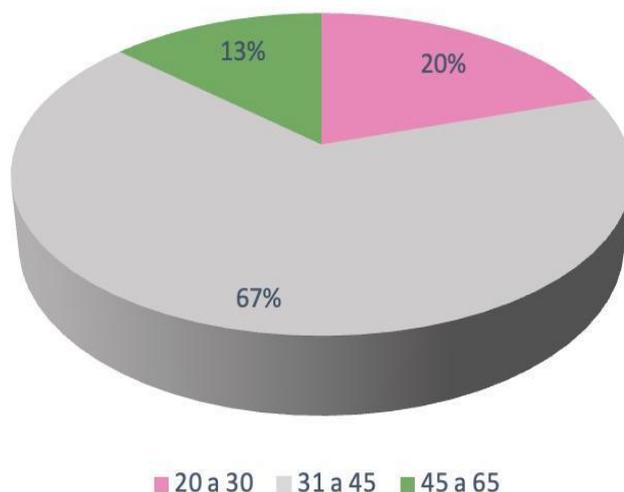


Fonte: Autoras.

No gráfico que apresenta o sexo dos participantes 93% eram do sexo feminino, representando 14 pessoas e 7% eram do sexo masculino representando 1 pessoa.

Gráfico 2- Idade dos participantes

IDADE DOS PARTICIPANTES

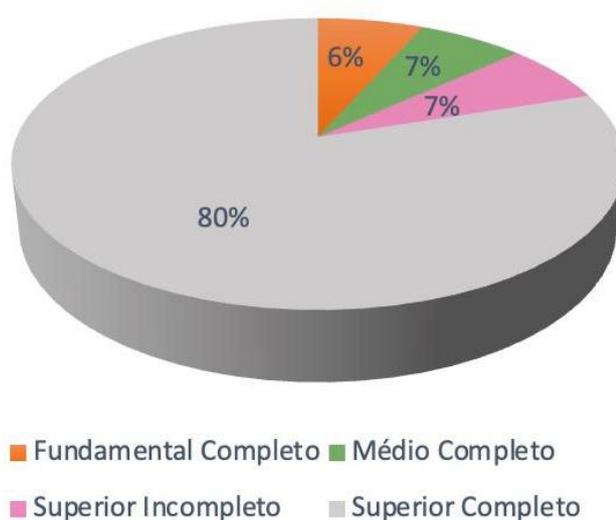


Fonte: Autoras.

De acordo com o gráfico da idade dos participantes da pesquisa, a média prevalente de idade foi de 31 a 45 anos, representando 67% dos entrevistados (10 pessoas), 20% estavam entre a idade de 20 a 30 anos (3 pessoas) e os últimos 13% representou a população de 46 a 65 anos (2 pessoas).

Gráfico 3- Grau de Escolaridade

GRAU DE ESCOLARIDADE



Fonte: Autoras.

No gráfico que apresenta o grau de escolaridade dos participantes da pesquisa 80% apresentaram o nível superior completo, 7% o nível superior incompleto e ensino

médio completo e 6% ensino fundamental completo. Segundo o Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde (CONASEMS), o Gerente de Atenção Primária (Gestor) deve ser um profissional de nível superior, preferencialmente com experiência em Atenção Primária à Saúde (CONASEMS, 2019). Diante do informado, percebemos que 80% das unidades seguem exatamente o que é preconizado pela CONASEMS, representando um total de 12 UBS.

Gráfico 4- Profissão dos Participantes



Fonte: Autoras.

E no gráfico que analisa a profissão dos participantes, 73% são Enfermeiros, 13% Técnico de Enfermagem e 7% Dentista e Agente Administrativo.

Durante a realização das entrevistas, quando abordado quais são os serviços prestados a gestantes na Unidade, 15 participantes apontaram como serviço prestado à assistência pré-natal, sendo que a unidade 14 é restrita a pré-natal de alto risco, 3 oferecem acompanhamento no puerpério, 10 programa de vacinação, 7 tratamento odontológico, 2 realizam roda de conversas, 2 fazem acolhimento e educação em saúde, 2 oferecem exames, 4 realizam encaminhamento para alto risco, 1 realiza pré-

natal de alto risco, 2 oferecem acompanhamento psicológico, 2 realizam encaminhamento para atendimento psicológico a gestantes que apresentam essa necessidade, a unidade 14 oferece atendimento ginecológico com obstetra, nutricionista, cardiologista direcionado a gestantes de alto risco, além disso, faz acompanhamento de vítimas de violência contra mulher, sendo a unidade referência na cidade para esses casos.

Dentro da perspectiva dos gestores foi abordado, como a falta de humanização pode interferir no trabalho de parto e treze unidades (86,7%) dos entrevistados pontuaram que essa falta afeta psicologicamente a mulher, quando duas (13,3%) afirmaram que não há prejuízos psicológicos decorrentes da falta de humanização.

Unidade 3: “Não é a falta de humanização que interfere e sim a falta de escolaridade precária”.

Unidade 12: “Nossa, pode interferir muito negativamente, porque a mulher e gestante em si ela tem que se enxergar como protagonista, né?! Então assim, é o momento dela, o parto dela, se ela não tem um atendimento humanizado, se ela não recebe informações de qualidade e não se empodera disso, no caso a buscar dela e o profissional também oferecer essa informação pra ela, ela pode estar passando por uma violência obstétrica né, sem saber que é”.

Unidade 13: “Interfere no psicológico da parturiente, tá, acho que quando a gente tem a oportunidade do parto humanizado ela se sente mais acolhida, mais tranquila, mesmo que seja uma cesárea ter um familiar próximo que acompanhe ela o tempo todo, que ela tenha garantido os direitos dela, por exemplo a primeira mamada ainda na sala de cirurgia, eu acho que essas coisas tranquilizam muito a gestante, principalmente as de primeira vez”.

Um ambiente e interações que transponham segurança são favoráveis para liberação de hormônios pró parto, como a ocitocina. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento foi instituído pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de melhorar o acesso da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal (BRASIL, 2003).

Esse recurso se faz uma ferramenta de resgate do protagonismo e autonomia da mulher em relação ao parto, para que esteja apta a decidir a respeito dos seus direitos nesse momento, como a posição na qual deseja e se sinta confortável para estar ao parir, e o direito da presença de acompanhamento que preferir. A principal atribuição da informação e orientação no processo de gestação é conscientizar as gestantes, quanto aos seus direitos dentro de todo o período gravídico.

No que diz respeito sobre se a falta de orientação pode provocar dúvidas a essas gestantes sobre a escolha da via de parto, constatou-se que treze unidades (86,7%) identificaram ser prejudiciais a essas mulheres e apenas duas (13,3%) disseram que não interfere no ciclo gravídico.

Unidade 9: “Sim, elas são orientadas, mas a cesárea é algo que já vem delas. Elas veem com essa mentalidade de que dói menos, é mais rápido e ela nem vai ver. Elas têm essa fantasia. E acha que o parto normal é muito mais doloroso. Aí você tem que explicar pra ela e falar qual é menos doloroso, o que tem menos riscos de infecção, qual é o que recupera mais rápido. Você tem que mostrar o lado positivo do parto normal. Então se você conversa, orienta e explica, você consegue mudar sim”.

Unidade 5: “Não. A maioria vem com ideia de parto normal, mas aí a gente fala: está tudo certo pra ser um parto normal, mas quem decide é a maternidade, se na hora do parto vai ter passagem, então essa responsabilidade deixamos para Maternidade. Sempre no final a gente conversa sobre tentar o parto normal, sobre a importância do parto vaginal”.

Atualmente no Brasil, existem diversas formas de buscar informações sobre a gestação e o trabalho de parto, como: livros, revistas, relatórios, manuais, cartilhas, reportagens e principalmente as redes sociais através da internet. Porém, ao visitar UBS's nota-se que ainda, o meio mais importante para que essas gestantes tenham acesso à informação deve ser através de profissionais da saúde capacitados e atualizados sobre a temática, auxiliando no esclarecimento de dúvidas e curiosidades das gestantes e seus acompanhantes.

Para preferir e se preparar para uma via de parto, se faz necessário o conhecimento das características de cada uma delas. Sabe-se que intercorrências podem ocorrer e a decisão da via de parto é multifatorial, porém quando a mulher tem conhecimento sobre o que acontecerá no momento do parto independente da via, resulta em uma maior probabilidade de calma e segurança instantânea e melhores condições de gerenciar as alterações e adaptações advindas do pós-parto.

Ao serem interrogados quanto a orientação a gestantes sobre as vantagens e desvantagens da escolha de via de parto (vaginal ou cesáreo) independente da sua escolha ou preferência, os resultados obtidos positivamente representaram em sua maioria por dez unidades (66,7%), enquanto cinco (33,3%) afirmaram não oferecerem nenhuma informação a parturiente a respeito do assunto.

Unidade 5: “Não. A maioria vem com ideia de parto normal, mas aí a gente fala: está tudo certo pra ser um parto normal, mas quem decide é a

maternidade, se na hora do parto vai ter passagem, então essa responsabilidade deixamos para Maternidade”.

Unidade 13: “Não sei, eu creio que não”.

Unidade 10: “Sim, a melhora mais rápida no parto normal do que o parto cesáreo. Sendo que a cesárea deve ser indicada somente se tiver necessidade”.

Unidade 12: “São informadas no fim da gravidez, porém deixa a critério da gestante, pois é o bebê quem escolhe a via de parto”.

É certo que há diferenças quanto a realidade das usuárias do Sistema de Saúde Pública e mulheres que utilizam a rede particular para assistência pré-natal. O SUS oferece as duas vias, e preconiza a via de parto vaginal. Durante as entrevistas nas UBS's, percebemos que a grande maioria dos gestores ressaltaram que a maior preferência era o parto cesáreo.

De acordo com a OMS, a taxa de cesárea deve permanecer entre 10% a 15% de todos os partos no Brasil (BRASIL, 2017). O alto índice de preferências para o parto cesáreo pode estar relacionado a falsa sensação de segurança, diminuição da dor e a eficácia, visto que o parto vaginal acaba sendo mascarado por relatos de experiências desagradáveis.

Quanto as orientações oferecidas as gestantes sobre as fases de parto, percebeu-se que: dez (66,6%) unidades não abordavam em relação as fases do parto, mas sim orientações ao longo do ciclo gravídico e principalmente os sinais que dão início ao trabalho de parto (TP). Restando cinco (33,3%) UBS's abordavam durante as consultas o assunto questionado.

Unidade 11: “Na unidade não oferece esse tipo de orientação”.

Unidade 05: “Na atenção básica não é feito esse procedimento, apenas encaminha a gestante com 39 semanas para o hospital Maternidade para passar pelo obstetra”.

Unidade 02: “Eu oriento quanto aos sinais de trabalho de parto, o que pode acontecer que geralmente são as contrações, a perda do tampão mucoso, perda de líquido- rompimento da bolsa e a fase ativa já na maternidade, o tempo de contração”.

Unidade 07: “Explico o tempo da contração correta, os sinais de trabalho de parto (fase latente, ativa, expulsiva”.

Segundo Baracho (2019) os profissionais da área de ginecologia, obstetrícia, coloproctologia e urologia devem aprofundar seus conhecimentos em anatomia humana, fisiologia, biomecânica e disfunções da pelve, somente assim tornara-se um

profissional persuasivo. Portanto, o fisioterapeuta atuante na obstetrícia direcionará essas gestantes para melhor percepção da própria anatomia, desenvolvendo toda consciência corporal que será exigida durante o TP. Respeitando as fases de queiscência, ativação, estimulação e involução, uma gestante bem assistida e informada saberá qual o momento ideal de buscar a maternidade, diminuindo assim a prevalência de parto cesáreo eletivo.

Além da falta de conhecimento sobre o próprio corpo, seja por tabus sociais ou não, outro fator que contribui para escolha da via cesariana é: a desinformação em relação ao parto vaginal (BARACHO, 2019), seja pela paciente ou também pela equipe que assiste essa mulher. Visto que, como dito acima, dez (66, 6%) UBS's não abordavam durante as consultas as fases de parto e se esse fato for um dos dificultadores para a diminuição das taxas de cesáreas no Brasil, cabe ao profissional de saúde atualizar, direcionar as mulheres e dialogar sobre cada fase que o seu corpo passará, estimulando a educação em saúde e conseqüentemente o empoderamento feminino, através da informação.

Sendo assim, ao questionar os entrevistados se durante as consultas de pré-natal era abordado o plano de parto com as gestantes, houve um resultado surpreendente, onde temos os seguintes dados: quatorze (93,3%) Unidades Básicas de Saúde revelaram não abordar o plano de parto durante as consultas e apenas uma (6,7%) apontou abordar, mas não soube detalhar como era repassando as usuárias assistidas pela unidade.

Unidade 02: "Não, o que seria o plano de parto? Aqui na unidade nós não temos nada padronizado pelo município".

Unidade 04: "Não, Plano de Parto não. Isso aí já vai mais para o particular né, a gente no SUS não faz".

Unidade 06: "Sim, é falado no pré-natal".

Segundo o Ministério da Saúde (2016), o plano de parto é um documento elaborado pela gestante sobre suas preferenciais, desejos expectativas com relação ao parto e o nascimento. E por se tratar de um documento reconhecido, toda gestante tem o direito de se apossar, seja no âmbito público ou privado.

O PP é preconizado pela OMS, nos percebemos por meio das análises que a realidade dos serviços de saúde que atendem essas gestantes é muito diferente, visto

que apenas uma UBS pesquisada apresentava esse tipo de assistência. Esse é considerado um fenômeno de cuidado não invasivo com intuito de potencializar e empoderar estas mulheres para o uso ativo do seu corpo, sendo protagonistas nesta fase tão importante de suas vidas.

Quanto as orientações sobre a abordagem não farmacológica para alívio da dor, percebeu-se que cinco unidades (33,3%) não faz nenhuma orientação sobre essas medidas, três unidades indicam massagens e banho morno (20%), três indicam utilização de chás naturais (20%), dessas três uma possui um quintal terapêutico na unidade, uma UBS indica utilização de gengibre para náuseas (6,7%) e três indicam não utilizar nenhum tipo de medicamento (20%).

Unidade 07: “Quintal terapêutico: com chás naturais, massagem, banho morno, escalda pés, canela, chocolate no período expulsivo, auriculoterapia e aromaterapia”.

Unidade 12: “Eu acho que isso vai muito de cada profissional, mas compressa, massagem eu sempre abordei e eu acredito que tem que haver”.

Unidade 13: “Não, com certeza não”.

Segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência as Parto Normal do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2017). Os métodos não farmacológicos de alívio da dor devem ser oferecidos à mulher antes da utilização de métodos farmacológicos. Assim, a Fisioterapia assume o papel de auxiliar a mulher quanto a preparação e conscientização, para a promoção do bem-estar físico, social e psicológico durante o ciclo gravídico-puerperal. Para isso, o fisioterapeuta poderá utilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor, e técnicas que permitam potencializar a musculatura pélvica, a consciência corporal, com intuito de proporcionar relaxamento e redução da dor (Brandolfi JA et al, 2017). Sabendo que os métodos não farmacológicos para o alívio da dor são formas de proporcionar um atendimento humanizado para as parturientes, preconizados pela OMS (Almeida JM et al., 2015).

No que diz respeito sobre as intervenções médicas desnecessárias causar prejuízos futuros as mulheres, dez unidades (66,7%) acreditam que sim, que podem trazer prejuízos como por exemplo psicológico, complicações no pós-parto, episiotomia. Já cinco unidades (33,3%) acreditam que o médico é soberano e que não há prejuízos futuros.

Unidade 01: “Sim, extremamente, principalmente a questão de episiotomia e violência obstétrica”.

Unidade 03: “Claramente que não, o médico sabe o que ele está fazendo naquele momento”.

Unidade 12: “Então, eu acredito que o profissional que está atendendo essa mulher no momento do parto ele tem que agir com humanização, mas ele tem que ter consciência de tudo aquilo que ele está fazendo, então se ele tem certeza do que está fazendo e que é necessário para o bem da paciente, eu acho que ele tem que orientar essa paciente. Agora quando é uma conduta desnecessária eu acredito que sim, pode trazer prejuízo sim! Mas algumas vezes as intervenções são necessárias, e eu acho que quanto mais a gestante estuda, recebe informações e tiram suas dúvidas no pré-natal ela já vai chegar mais tranquila para o parto. Eu acredito muito no empoderamento da mulher, ela se empoderando ela vai ter noção e chegar mais tranquila”.

A expressão VO é utilizada para descrever e agrupar diversas formas de violência (e danos) durante o cuidado obstétrico profissional. Inclui maus tratos físicos, psicológicos, e verbais, assim como procedimentos desnecessários e danosos – episiotomias, uso de fórceps restrição ao leito no pré-parto e ausência de acompanhante (TESSER et al, 2015). No momento do parto, alguns desses traumas, predisõem ao aparecimento de disfunções de assoalho pélvico.

O uso de episiotomia desnecessária, quando o tipo de parto for vaginal, no pós parto pode prevalecer o surgimento de aderência e/ou ponto de dor, a mulher poderá ter sua vida sexual abalada (BARACHO, 2019). Logo, quando o parto for assistido por uso de fórceps, também pode gerar consequências ruins ao MAP, como a prevalência de incontinência anal no pós-parto.

Ao investigar a respeito do grau de importância da implementação do fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente na atenção primária, onze entrevistados representando 73,3% responderam que reconhecem a importância da fisioterapia, enquanto quatro (26,7%) afirmaram que não conhecem o serviço que pode ser prestado para esse público.

Unidade 7: “Agregaria na equipe, auxiliando durante as rodas de conversa, na conscientização corporal das gestantes, [...] alinhar a respiração e o corpo, realização da fisioterapia respiratória. Seria muito importante nos atendimentos multidisciplinares, porém na unidade não temos esse atendimento”.

Unidade 12: “Seria um sonho, eu acho que toda gestante merece uma fisioterapeuta pélvica, porque muitas vezes nós temos que ter intervenções desnecessárias porque aquela gestante não está posicionada da maneira certa pra fazer aquele neném descer, as vezes com uma manobra de uma fisioterapeuta pélvica, uma instrução de colocar a gestante pra fazer o exercício correto, no momento correto,

eu acho que aumenta e muito o sucesso de um parto normal. Seria um sonho, seria maravilhoso, se todas as gestantes pudessem ter uma fisioterapeuta dentro da sala parto, diminuiriam as lacerações, eu acredito nisso, muitas mulheres teriam períneos funcionais e preparados”.

Unidade 10: “O que o fisioterapeuta poderia fazer para esse público? [...] Então não conheço o serviço do fisioterapeuta”.

Unidade 02: “Essa é uma pergunta que eu não vou saber responder, por que é um profissional que a gente não tem contato. Nenhum momento, nunca trabalhei com fisioterapeuta”.

O trabalho do fisioterapeuta no período pré-natal interfere significativamente na recuperação da mulher no período pós-parto, e pode ajudar a tratar possíveis danos do parto natural ou cirúrgico (LAWSON et al, 2020). Existem diversas abordagens terapêuticas e formas de educar o paciente que ajudam a prevenir ou melhorar sintomas relacionados à gravidez, como os problemas musculoesqueléticos, incluindo dor na região lombar e no quadril, câibras musculares e neuropatias periféricas (OLIVEIRA, 2021). Alguns trabalhos descrevem técnicas fisioterapêuticas que podem ser aplicadas à parturiente de baixo risco para proporcionar conforto, alívio da dor, relaxamento e confiança em relação ao próprio corpo (BAVARESCO, 2011). Onde a função do profissional é orientar as gestantes sobre as mudanças ocorridas, prevenir disfunções musculoesqueléticas, uroginecológicas, tratar algias, queixas respiratórias, sexuais, orientar sobre a prática de exercícios (OLIVEIRA, 2010). Desse modo, a aderência a um programa de intervenção fisioterapêutica durante a gestação, pode beneficiar a saúde da mulher ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal (VAN, 2015). Assim, a intervenção fisioterapêutica na assistência obstétrica de baixo risco, como parte da rotina da equipe interdisciplinar, valoriza a responsabilidade da gestante no processo, por meio do uso ativo do próprio corpo, através de mobilidade corporal, bem como preconiza a OMS desde 1996 (BRANDOLFI, 2017).

5 CONCLUSÃO

Os achados da pesquisa permitem discutir sobre como a falta de humanização e orientação dos profissionais podem fazer com que essas mulheres se sintam inseguras e despreparadas para o momento do parto. E como é importante ser abordado a respeito da conscientização corporal, alterações fisiológicas no período gestacional, a biomecânica do parto, e dos direitos estabelecidos por Lei a essas gestantes. No entanto, na percepção do gestor da Unidade Básica de Saúde a participação da fisioterapia ainda é pouco conhecida, bem como a aprovação de sua implementação regida pela Lei 14.231/21. Uma vez que, é observado socialmente o fisioterapeuta vinculado ao processo reabilitador e curativista, quando em um conceito de prevenção e promoção da saúde, esta classe emprega importantes intervenções evidenciadas.

A presença do fisioterapeuta na assistência a gestante na Atenção primária ainda não se constitui como uma prática estabelecida na sociedade contemporânea, e não está incluída na prática do sistema de saúde pública, mas os relatos coletados nesta pesquisa explicitam a necessidade do fisioterapeuta inserido na atenção básica, tanto num complemento a assistência no pré-natal, ciclo gravídico, atuação no parto e pós-parto, visto que esta atuação promove benefícios como segurança a estas mulheres, empoderamento da escolha de via de parto, orientação sobre alterações fisiológicas, orientação quanto a medidas não farmacológicas para alívio da dor, também na prevenção e atuação nas disfunções e orientações sobre os cuidados no pós parto. Além do mais, a atuação desses profissionais nas unidades beneficia toda população assistida dentro da unidade, como crianças, adultos e idosos.

É importante salientar que todos os objetivos dessa pesquisa foram alcançados, pois permitiram conhecer os relatos de gestores das UBS's de SM-ES e dos profissionais que assistiam a este público, bem como averiguar que o cenário do empoderamento da mulher ainda é um tema desconhecido, existindo um espaço restrito dedicado ao protagonismo feminino, o que resulta em um protagonismo profissional.

Diante disso, conclui-se que a inserção do Fisioterapeuta nas UBS's complementa e potencializa toda assistência a essas mulheres, focando sempre em

seu empoderamento e na humanização de todo processo gestacional. Ademais, é ressaltado a necessidade do investimento em pesquisa quando considerada esta temática, tendo em vista o pouco acervo literário encontrado correlacionando a prática da Fisioterapia na assistência a mulheres em todo ciclo gravídico.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Oliveira Souza Castro et al. Humanização do Parto: A atuação dos enfermeiros. **Revista Enfermagem Contemporânea**. V. 4, n. 1. p. 79-90, 2015. Disponível em: file:///C:/Users/UVC/Downloads/456-Texto%20do%20Artigo-2257-1-1020150828.pdf.
- ALMEIDA JM, Acosta LG, Pinha MG. Conhecimento das puérperas com relação aos métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto. **Rev Min Enferm**. v. 19, n. 3, p. 711-7, 2015. doi: 10.5935/1415-2762.20150054.
- BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada a Saúde da Mulher** / Elza Baracho. 5. ed. Rio de Janeiro Guanabara Koogan, 2014.
- BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada a Saúde da Mulher** / Elza Baracho. 6. ed. Rio de Janeiro Guanabara Koogan, 2019.
- BAVARESCO, G. Z. et al. O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 7. p. 3259-3266, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800025>>.
- BRANDOLFI JA, Duminelli KG, Bobsin ES, Madeira K, Pacheco R, Minetto AI. Atuação fisioterapêutica para redução do quadro algico no trabalho de parto ativo. **Rev Inova Saúde**. V. 6, n. (2), p. 20-34. 2017 doi: 10.18616/is.v6i2.2554.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde**. 1. ed. Brasília: Distrito Federal, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. **Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**. Brasília: Distrito Federal 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. **Caderneta da Gestante**. 3.ed. Brasília: Distrito Federal, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico] – Brasília: Ministério da Saúde. v.1, p. 5. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. **Humanização do Parto / Humanização do Pré-Natal e nascimento**. Brasília: Distrito Federal 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, **Área Técnica da Mulher**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <. Disponível em: <http://bit.ly/1mTMIS3> > Acesso em: 16 mai. 2022.
- BISPO J.; PATRÍCIO J. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, pp. 1627-1636. 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700074>>.

CAMPOS. AMANDA DE FÁTIMA. et al. Relatos de assistência e experiência de parto normal de mulheres de cidade de Guarapuava/PR. **Revista Brasileira de Fisioterapia Pélvica** [online]. v. 1, n. 2, p. 83-93. 2021 Disponível em: <http://200.150.122.211:8080/jspui/bitstream/23102004/317/1/AMANDA20DE20FATI20CAMPOS.pdf> INSS 27639738.

CONASEMS. **Ministério da Saúde Secretaria de Atenção Primária à Saúde Gabinete**. Nota Técnica Nº 19/2021-SAPS/GAB/SAPS/MS. Processo nº 25000.180784/2021-12, 2021a. Disponível em: <NT-FISIO-E-TO.pdf (conasems.org.br)>. Acesso: 17 de jun. 2022.

CONASEMS BRASÍLIA. **Manual do (a) Gestor (a) Municipal do SUS**. Diálogos no cotidiano. 2. edição digital- revisada e ampliada, 2021b, 440p. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/02/manual_do_gestor_2021_F02-1.pdf>. Acesso: 17 de jun. 2022.

CONASEMS, FAQ. **Gerente de Atenção Primária das Unidades de Saúde da Família**. 2019. Disponível em <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/08/FAQ-Gerentes-de-UBS.pdf>. Acesso em: 11 de out 2022.

CASTRO, A.S. et al. **A abordagem fisioterapêutica no pré-parto**: proposta de protocolo e avaliação da dor. Pesquisa Original. v. 19, n. 3, p. 214-210, 2010. Disponível em <

<https://www.scielo.br/j/fp/a/LN8XCkRgXwqsyVjQ7fRjKRv/?format=pdf&lang=pt>>.

COFFITO. **Fisioterapia na Saúde da mulher**. Disponível em: <Saúde da mulher (coffito.gov.br)>. Acesso em 15 mai. 2022.

CREFITO-4. **Definição de Fisioterapia e Áreas de Atuação**. Disponível em: <Definição - CREFITO-4 (crefito4.org.br) >. Acesso: 16 mai. 2022.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**/Antônio Carlos Gil. - 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

JUSBRASIL. **Presidência da República**. Disponível em: <<https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/1307554840/lei-14231-21>>. Acesso: 16 mai. 2022.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2011.v20n4/867-874/>.

LAWSON S, Sacks A. Pelvic Floor Physical Therapy and Women's Health Promotion. **Journal of Midwifery and Women's Health** [internet]. v 63, n. 4, p. 410-417. 2018 [acesso em 19 de outubro 2022]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jmwh.12736>.

MEDEIROS, Renata Marien Knupp et al. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [online] v. 40, 2019. [Acessado 22 Junho 2022], e20180233. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>>. Epub 06 Jun 2019. ISSN 1983-1447. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>.

MOUTA RJO, Silva TMA, Melo PTS, Lopes NS, Moreira VA. Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. **Rev baiana enferm.** v.31, n. 4, 2017 e20275.

OLIVEIRA, AM De. A Importância da Atuação Da Fisioterapia No Parto Humanizado: Uma revisão Sistemática. **Rev Bras Saúde Func.** v. 7, p. 75-84. 2019

OLIVEIRA CFP, Barros DJM, Araújo FAB, Costa ANS, Lima AB. A incidência de dores musculoesqueléticas na gestação. **Rev Científica do Unisalesiano** v. 1, n. 2, p. 225-36, 2010.

OLIVEIRA, J.G et al. A atuação do fisioterapeuta no pré-parto, parto e pós-parto: uma revisão integrativa. Práticas e Cuidado: **Revista de Saúde Coletiva.** Salvador, v.2, p.1-24, 2021. Disponível em

<https://revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/view/10875>.

Parto do Princípio–Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa Dossiê da Violência Obstétrica. “**Parirás com dor**”. Elaborado para a CPMI Violência Contra as Mulheres. 2012.[Acesso em 02 set. 2022]. Disponível em:

<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>

PEREIRA, Jéssica Souza et al. Violência obstétrica: ofensa à dignidade humana. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR** v.15, n. 1, p. 103-108, 2016. [Acessado 02 Setembro 2022]. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/periodico/20160604_094136.pdf>. ISSN 2317-4404.

POSSATI, Andrêssa Batista et al. Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. **Escola Anna Nery** [online] v. 21, n. 4, 2017. [Acessado 23 Junho 2022] , e20160366. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0366>>. Epub 07 Ago 2017. ISSN 2177-9465. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0366>.

RÉGIS, Rosa. **O que é parto humanizado?** 1. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2018.

RUIZ, João Álvaro. **Metodologia científica:** guia para eficiência nos estudos. São Paulo: Atlas, 2006.

SAKAE, T.M. et al. Fatores associados a taxa de cesárea em hospital universitário. **Rev Saúde Pública.** V. 43, n. 3, p. 473-480, 2008. Disponível e: <miolo_43_3.indb (scielo.br)>. Acesso: 13 mai. 2022.

São Mateus (ES) **Cidades e Estados IBGE**, 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/es/sao-mateus.html>.

SENA, Ligia Moreiras e Tesser, Charles Dalcanale. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. v. 21, n. 60, p. 209-220, 2017. [Acessado 22 Junho 2022]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0896>>. Epub 03 Nov 2016. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0896>.

SILVA, Adaiete Lucia Nogueira Vieira da et al. Plano de parto: ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de enfermagem. REUFSM:

Revista de Enfermagem da UFSM. v. 7, n. 1, p. 144-151, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/UVC/Downloads/PLANO%20DE%20PARTO%20UFSM.pdf>.

SILVA, Úrsula et al. O cuidado de enfermagem vivenciado por mulheres durante o parto na perspectiva da humanização. **Revista de Enfermagem UFPE On line**, v. 10, n. 4, p. 1273-1279, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/UVC/Downloads/11113-24674-1-PB.pdf>.

TESSER CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SD. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev Bras Med Fam Comunidade.** v. 10, n. (35), p. 1-12, 2015. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013).

VAN KAMPEN M, Devoogd N, Groef A, Gielen A, Geraerts I. The efficacy of physiotherapy for the prevention and treatment of prenatal symptoms: a systematic review. **International Urogynecology Journal** [internet]. v. 26, p. (11), p. 1575-86, 2015. [acesso em 19 outubro 2022]. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00192-015-2684-y>.

VELHO, MB. SANTOS EKA dos Brüggemann OM, Camargo BV. Vivência Do Parto Normal Ou Cesáreo: **Revisão Integrativa Experience Wth Vaginal Birth Versus Cesarean Childbirth: Integrative Review of Women.** Perceptions La Experiencia Del Parto Vaginal O La Cesárea: Una Context Enferm. v.21 n. (2), p. 458-66, 2012.

Parto do Princípio–Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa Dossiê da Violência Obstétrica. **“Parirás com dor”**. Elaborado para a CPMI Violência Contra as Mulheres. 2012.[Acesso em 05 out. 2015]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA

1- Idade?

20 a 30

31 a 45

46 a 65

2- Sexo?

Feminino

Masculino

Outro

3- Profissão?

4- Qual grau de escolaridade?

Sem escolaridade

Fundamental incompleto

Fundamental completo

Médio incompleto

Médio completo

Superior incompleto

Superior completo

5- Presta atendimento a gestante?

Não Sim

Quais?

6- Como a falta de humanização interfere no trabalho de parto?

7- A falta de orientação pode levar a dúvida sobre a escolha da via de parto?

8- Essas gestantes são orientadas em relação a vantagens e desvantagens da sua escolha independente da via de parto escolhida?

() Não () Sim

Quais? _____

9- Quais orientações são oferecidas a essas mães sobre as fases do parto?

10-O plano de parto é abordado com essas gestantes na atenção básica?

() Não () Sim

Se sim como é feito?

11-As gestantes são orientadas quanto as abordagens não farmacológicas para o alívio da dor?

() Não () Sim

Quais?

12-Intervenções médicas desnecessárias podem ocasionar prejuízos futuros a saúde da mulher?

() Não () Sim

Quais?

13-Qual o grau de importância da implementação do profissional fisioterapeuta como profissional de suporte á parturiente na atenção primária?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada: O cenário da implementação da fisioterapia obstetra nas Unidades Básicas de Saúde do município de São Mateus- ES na perspectiva do gestor, conduzida por Ana Clara Santana Nogueira, Ana Paula de Oliveira Barros e Jéssica Silva Ribeiro. Este estudo tem por objetivo geral investigar o cenário atual de assistência ao parto humanizado nas Unidades Básicas de Saúde de São Mateus –ES, e como objetivos específicos: conhecer os relatos de gestores das Unidades de Saúde de São Mateus– ES que assistem as gestantes; averiguar a existência do empoderamento da mulher sobre a escolha da via de parto; e apontar os benefícios da fisioterapia obstétrica na atenção primária.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em contribuir com informações que serão colhidas por meio de um questionário aplicado ao responsável gestor da Unidade Básica de Saúde de São Mateus- ES, a respeito da assistência a gestante neste âmbito de saúde pública e questões que dialogam com a temática desse estudo. A coleta de dados será realizada na UBS selecionada, respeitando um período máximo de 60 minutos, sucedidas por Ana Clara Santana Nogueira, Ana Paula de Oliveira Barros e Jéssica Silva Ribeiro, durante a aplicação do questionário ao gestor (a) da UBS haverá registro de imagem e gravação de áudio.

Você foi selecionado (a) por área de atuação, respeitando os critérios da pesquisa que incluem ser gestor (a) da Unidade Básica de Saúde de São Mateus- ES que assista a gestante. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Segundo a Resolução 466/2012 em seu capítulo V – dos riscos e benefícios, toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Ao objeto dessa pesquisa, consideramos o risco de constrangimento ao responder o questionário que será esclarecido ao participante da pesquisa, bem como algum desconforto advindo do processo de coleta de informação. Para prevenir tais constrangimentos em nossa conduta predominará o respeito ao participante, não terá a participação de público ou pessoas que não estão envolvidas nesta pesquisa e será realizada em um ambiente reservado. Em caso de desconforto ou mal-estar, entre outras reações, como por exemplo o vômito, o fato de engasgar, entre outros, seguiremos a recomendação da Resolução 466/2012, quanto ao item IV.3 sub item b, apresentando providência e cautela para evitar condições que possam causar tais danos, que será encaminhar o participante para o serviço de atendimento médico mais próximo do local de realização da pesquisa.

A participação nesse estudo, beneficia diretamente a área da fisioterapia enquanto profissão de primeiro contato a saúde, dando margem a sua importância para gestantes na atenção primária, além dos benefícios a ciência como forma de comprovação da importância de uma intervenção necessária para agregar a saúde pública.

Para essa pesquisa são informados ao participante que: a) a participação não será remunerada nem implicará em gastos para os participantes; b) haverá ressarcimento para eventuais despesas de participação, tais como: transporte e

alimentação; c) indenização: cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

As pesquisadoras responsáveis se comprometem a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa.

Eu declaro ter conhecimento das informações contidas neste documento e ter recebido respostas claras às minhas questões a propósito da minha participação direta (ou indireta) na pesquisa e, adicionalmente, declaro ter compreendido o objetivo, a natureza, os riscos e benefícios deste estudo.

Após reflexão e um tempo razoável, eu decidi, livre e voluntariamente, participar deste estudo. Estou consciente que posso deixar o projeto a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Este termo possui duas vias de igual teor onde uma ficará com o pesquisando e outra com o pesquisador.

Nome completo: _____

RG: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Telefone: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Assinatura: _____ Data: ___/___/_____

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicado seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

Assinatura das pesquisadoras:

(ou seu representante)

Data: ___/___/___

Nome completo: _____

Para todas as questões relativas ao estudo ou para se retirar do mesmo, poderão se comunicar com _____, via e-mail: _____ ou telefone: _____.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FVC
SÃO MATEUS (ES) - CEP: 29933-415
FONE: (27) 3313-0028 / E-MAIL: cep@ivc.br

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL:
ENDEREÇO:

SÃO MATEUS (ES) - CEP:
FONE:

E-MAIL:

APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Eu, _____ ocupante do cargo de _____ na Unidade Básica de Saúde de São Mateus- ES autorizo a realização nesta instituição a pesquisa O cenário da implementação da fisioterapia obstetra nas Unidades Básicas de Saúde do município de São Mateus ES na perspectiva do gestor, sob a responsabilidade das pesquisadoras Ana Clara Santana Nogueira, Ana Paula de Oliveira Barros e Jéssica Silva Ribeiro, tendo como objetivo primário investigar o cenário atual de assistência ao parto humanizado nas Unidades Básicas de Saúde de São Mateus –ES.

Afirmo que fui devidamente orientado sobre a finalidade e objetivos da pesquisa, bem como sobre a utilização de dados exclusivamente para fins científicos e que as informações a serem oferecidas para o pesquisador serão guardadas pelo tempo que determinar a legislação e não serão utilizadas em prejuízo desta instituição e/ou das pessoas envolvidas, inclusive na forma de danos à estima, prestígio e/ou prejuízo econômico e/ou financeiro. Além disso, durante ou depois da pesquisa é garantido o anonimato dos sujeitos e sigilo das informações.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo da infraestrutura necessária para tal.

_____, _____ de _____ de 20____.

