



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LIANA MARA ROCHA TELES

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA
ACOMPANHANTES DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO**

**FORTALEZA
2011**

LIANA MARA ROCHA TELES

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA
ACOMPANHANTES DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO**

Dissertação submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Promoção da Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Kelve de Castro Damasceno

FORTALEZA
2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- T272c Teles, Liana Mara Rocha
Construção e validação de tecnologia educativa para acompanhantes durante o trabalho de parto e parto/ Liana Mara Rocha Teles. – 2011.
110 f. : il.
- Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Fortaleza, 2011.
Orientação: Prof^ª. Dr^ª. Ana Kelve de Castro Damasceno
1. Acompanhantes de Pacientes 2. Parto Humanizado 3. Tecnologia Educacional 4. Enfermagem Obstétrica I. Título.
-

CDD 610.73

LIANA MARA ROCHA TELES

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA
ACOMPANHANTES DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO**

Dissertação submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 20/12/2011

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Ana Kelve de Castro Damasceno (Orientadora)

Presidente

Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof^a. Dr^a. Mônica Oliveira Batista Oriá (1º Membro)

Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof^a. Dr^a. Isolda Pereira da Silveira (2º Membro)

Faculdade Integrada da Grande Fortaleza - FGF

Prof^a. Dr^a. Ana Karina Bezerra Pinheiro (Suplente)

Universidade Federal do Ceará - UFC

A Deus, por ter me ajudado a superar todos os desafios, pessoais e profissionais, durante os dois últimos anos. Sei que, sem suas bênçãos eu não conseguiria ter forças e que, sem sua iluminação, eu não teria inspiração. Obrigada por me aceitar como filha e por me proporcionar a alegria de conhecer seus caminhos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por tudo o que tem feito na minha vida, por ter me dado sabedoria para solucionar os problemas, força para vencer os desafios e por me fazer acreditar que o impossível é possível aos Seus olhos. Tudo o que tenho e sou pertence a Ti!

Aos meus pais, Pacle e Terezinha, que não mediram esforços para investir em meu futuro, pelo caminho da fé que me ensinaram a trilhar.

À minha Vó Toinha (*in memoriam*), por me acolher em seu lar durante nove anos, por superar suas forças para atender nossas necessidades, pelo carinho e amor oferecidos. Você é um exemplo que levarei comigo por toda a vida. Sei que estás a interceder por mim e por nossa família.

Às minhas irmãs, Ana Sarah, Mayanara e Mariana, por, a sua maneira, me ajudar no enfrentamento dos desafios diários. Muitas mudanças ocorreram em nossas vidas, algumas boas e outras nem tanto, mas, quando estamos, juntas somos fortes.

Ao meu noivo, Marcelo, pelo amor, paciência, colaboração e parceria nesses nove anos de namoro. De maneira simples, você consegue me fazer muito feliz.

Ao cunhado Pedro, pela colaboração que tem prestado a minha família.

À professora Ana Kelve de Castro Damasceno, minha orientadora e amiga. Agradeço por me fazer olhar para obstetrícia com outros olhos, pelo conhecimento transmitido ao longo dos últimos cinco anos e pelos diversos momentos de apoio e compreensão.

Às queridas amigas Tata e Lydinha, minhas co-orientadoras, conselheiras e grandes parceiras. Agradeço por tudo!

Aos colegas da Secretaria de Saúde de São Gonçalo do Amarante, em especial, Dra. Emília, Dr. Israel, Dr. Anderson, Maju, Dani, Mari, Gerlândio, Josi, Aldaires, Jamilly, Rita, Marcedrânia, Neto e Jardel. Pelo incentivo, pela disponibilidade de tempo ofertada, pela cumplicidade e pelo aprendizado. Todos vocês contribuíram para essa vitória.

Aos membros do Projeto de Pesquisa Enfermagem na Promoção da Saúde Materna, pelos diversos momentos de aprendizagem compartilhados.

Às acadêmicas Fernandinha e Raquel e às enfermeiras Aninha e Lidiane, pela experiência de co-orientação. Tenho aprendido muito com vocês!

À Prof.^a Isolda Silveira, Prof.^a Mônica Oriá e Prof.^a Ana Karina Pinheiro, por aceitaram fazer parte da banca avaliadora deste trabalho. Desde já, agradeço as contribuições e olhar atento na avaliação dessa pesquisa.

A todos os professores que fazem parte do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC, pelo aprendizado adquirido durante o curso.

Às funcionárias do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC, Joelna, Jaqueline e Valma, pela ajuda oferecida durante todo o percurso.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo auxílio financeiro concedido ao longo do curso.

Aos nove especialistas e onze acompanhantes que participaram do processo de avaliação do manual educativo, pela atenção, colaboração e importantes contribuições.

Muito obrigada!

*“Deus é capaz de transformar tua vida,
o impossível Ele fará porque és precioso aos seus olhos,
e se tiveres a coragem e a loucura de acreditar,
então irás provar que Ele pode muito mais.
Deus é capaz de trocar reinos por ti,
abre mares para que possas atravessar.
E se preciso fosse, daria novamente a vida por ti,
Deus só não é capaz de deixar de te amar”*

Música de Pe. Fábio de Melo

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo construir e validar uma tecnologia educativa de enfermagem (manual) direcionada para acompanhantes durante o trabalho de parto e parto. Pesquisa metodológica desenvolvida em onze etapas, sendo as cinco primeiras correspondentes à construção do manual, as cinco seguintes referentes ao processo de validação e, a última, referente à disponibilização do manual. A primeira etapa correspondeu ao levantamento de conteúdo. Na segunda etapa, houve a seleção e fichamento do conteúdo levantado, de acordo com as demandas dos acompanhantes. Na terceira etapa, iniciou-se a elaboração textual. Na quarta etapa, houve a captação de modelos, seleção e elaboração de 38 ilustrações. A quinta etapa correspondeu à diagramação do manual, a qual foi realizada de acordo com as recomendações da NBR6029 e desenvolvida através do programa *CorelDraw 15.0*. Realizadas as cinco etapas de construção do manual educativo, passou-se para o processo de validação da tecnologia educativa produzida. Na sexta etapa, foram convidados, de acordo com critérios pré-estabelecidos, nove especialistas na área de interesse (saúde da mulher; obstetrícia; tecnologia em saúde; e validação de instrumentos), os quais avaliaram objetivos, estrutura, apresentação e relevância do manual. Um determinado item foi considerado validado quando o mesmo obteve a classificação de “Totalmente Adequado” por pelo menos metade mais um do número de especialistas e Índice de Validade de Conteúdo (IVC) maior ou igual a 0,78. Alguns itens foram satisfatoriamente avaliados e outros necessitaram de modificações. Quanto aos objetivos do manual, os especialistas consideraram validados todos os itens questionados, tendo o IVC variado entre 0,88 e 1,0. Quanto a estrutura e apresentação do manual, três itens necessitaram adequar-se as sugestões dos especialistas: clareza e objetividade das mensagens; sequência lógica do conteúdo e correspondências do estilo da redação ao nível de conhecimento do público-alvo. O IVC dos itens pertencentes a este tópico variou entre 0,66 e 1,0. Todos os itens referentes à relevância do manual foram considerados validados, tendo o IVC variado entre 0,88 e 1,0. O IVC Global do manual educativo foi de 0,94. Na sétima etapa, o manual educativo foi aplicado junto a onze representantes do público-alvo, os quais tiveram nível de concordância acima de 75% nos itens referentes à organização, estilo da escrita, aparência e motivação do manual. Na oitava etapa, foram realizadas as alterações sugeridas por especialistas e representantes do público-alvo: reformulação de frases; substituição de palavras ou expressões; inclusão, substituição ou realocação de informações e ilustrações. A nona etapa correspondeu à revisão de português por profissional especializado. Na décima etapa, foi verificado o Índice de Legibilidade de Flesch (ILF). Os tópicos do manual tiveram ILF entre 50 e 94, o que corresponde a uma leitura “Muito Fácil” ou “Fácil”, adequada a um público com até nove anos de estudo. A última etapa correspondeu ao encaminhamento para impressão. Por fim, considera-se o manual educativo validado por especialistas e representantes do público-alvo quanto à sua aparência e conteúdo, sendo necessário estudo posterior para a avaliação do impacto desta tecnologia sobre a postura do acompanhante em sala de parto.

Palavras-chave: Acompanhantes de Pacientes. Parto Humanizado. Tecnologia. Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

The present study aimed to build and validate a nursing educative technology (manual) directed for companions during labor and delivery. Methodological research developed in eleven stages. Begin, the five first regarding the construction of the manual, the following five referring to the validation process and, the last one, referring to the availability of the manual. The first stage corresponded to the content survey. In the second stage, there was a selection and written report of the raised content, in accordance with the demands of the companions. In the third stage, it was initiated textual elaboration. In the fourth stage, there was a raise of models, election and creation of 38 illustrations. The fifth stage corresponded to the layout of the manual, which was carried through according with the recommendations of the NBR6029 and developed through the program *CorelDraw 15.0*. After the five stages of construction of the educative manual, it was initiated the process of validation of the produced technology. In the sixth stage, nine specialists of the interest area were invited criteria in accordance with preset criteria (women's health; obstetrics; technology in health; e instrument validation), which evaluated aims, structure and presentation, and relevance of the manual. A certain item was considered validated when it obtained a "Completely Adquetae" classification from at least half plus one of the number of specialists and Content Validity Index (CVI) higher or equal to 0,78. Some items were evaluated as satisfactory and others still need to suffer changes. As for the manual's aim, specialists considered validated all questioned items, with an CVI between 0,88 and 1,0. As for structure and presentation of the manual, three items needed to adjust to the specialists suggestions: clarity and objectiveness of the messages; logic sequence of the content and match between writing and level of understanding of the target group. The CVI of the items that belong to this topic varied from 0,66 to 1,0. All items regarding the relevance of the manual were considered validated, with a CVI between 0,88 and 1,0. The global CVI of the educative manual was 0,94.. In the seventh stage, the educative manual was applied with eleven representatives of the target group obtained a level of conformity higher than 75% for the items evaluated such as organization, style of the writing, appearance and motivation of the manual. In the eighth stage, the alterations suggested from the specialists and representatives of the target group were accomplished: reformulating phrases, substitution of words or expressions; inclusion, substitution or relocation of information and illustration. The ninth stage corresponded to the review of the Portuguese by a specialized professional. In the tenth stage, the Flesch's Index of Legibility was verified (FIL). The topics of the manual obtained a FIL between 50 and 94, which corresponds to an "Easy" or "Very Easy" reading, sufficient to a public with up to nine years of study. The last stage corresponded to printing of the manual. Finally, the educative manual validated by specialists and representatives of the target group is considered, regarding its appearance and content. Thus, further studies are necessary for the evaluation of the impact of this educative technology on the companion's attitude in the labor room.

Keywords: Patient Escort Service. Humanizing Delivery. Technology. Obstetrical Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	Etapas a serem seguidas no desenvolvimento do manual, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.....	38
FIGURA 2	Esquema representativo das partes que compõem o manual, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.....	43
QUADRO 1	Critérios de seleção para especialistas em enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2010.....	45
QUADRO 2	Interpretação dos valores obtidos com Índice de Legibilidade de Flesch (adaptação para textos em português).....	49
FIGURA 3	Etapas a serem seguidas no desenvolvimento do manual, com destaque para a Etapa 1, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.....	52
FIGURA 4	Etapas a serem seguidas no desenvolvimento do manual, com destaque para a Etapa 2, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.....	53
QUADRO 3	Fontes de referências utilizadas para o embasamento teórico do manual, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.....	54
FIGURA 5	Etapas a serem seguidas no desenvolvimento do manual, com destaque para a Etapa 3, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.....	55
FIGURA 6	Forma de apresentação dos títulos, subtítulos e tópicos no manual, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.....	56
FIGURA 7	Etapas a serem seguidas no desenvolvimento do manual, com destaque para a Etapa 4, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.....	60
QUADRO 4	Ilustrações elaboradas a partir de figuras publicadas em referências bibliográficas e posteriormente utilizadas no manual, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.....	61
QUADRO 5	Ilustrações elaboradas a partir de informações trazidas no manual, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.....	62
FIGURA 8	Ilustrações em linha simples utilizadas no manual, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.....	63
FIGURA 9	Etapas a serem seguidas no desenvolvimento do manual, com destaque para a Etapa 5, Programa de Pós-Graduação em	

	Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.....	63
FIGURA 10	Figura 3- Ilustração representativa da diagramação utilizada no manual, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.....	64
FIGURA 11	Etapas a serem seguidas no desenvolvimento do manual, com destaque para a Etapa 6, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.....	64
QUADRO 6	Caracterização dos especialistas que validaram o manual, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2010.....	66
QUADRO 7	Avaliação dos especialistas quanto os objetivos do manual, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.....	67
QUADRO 8	Avaliação dos especialistas quanto à estrutura e apresentação do manual, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.....	68
QUADRO 9	Avaliação dos especialistas quanto à relevância do manual, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.....	70
FIGURA 12	Etapas a serem seguidas no desenvolvimento do manual, com destaque para a Etapa 7, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.....	71
QUADRO 10	Avaliação dos acompanhantes quanto à organização, estilo de escrito, aparência e motivação do manual, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.....	72
FIGURA 13	Etapas a serem seguidas no desenvolvimento do manual, com destaque para a Etapa 8, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.....	73
QUADRO 11	Sugestões de especialistas para reformulação das frases constantes no manual, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.....	74
QUADRO 12	Sugestões de especialistas para inclusão ou realocação de informações no texto, segundo o assunto, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.....	75
QUADRO 13	Sugestões de especialistas para reformulação ou realocação de ilustrações constantes no manual, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.....	76
QUADRO 14	Avaliação dos acompanhantes quanto ao manual educativo segundo unidade de sentido e falas correspondentes, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.....	77
FIGURA 14	Etapas a serem seguidas no desenvolvimento do manual, com destaque para a Etapa 9, Programa de Pós-Graduação em	

	Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.....	78
FIGURA 15	Etapas a serem seguidas no desenvolvimento do manual, com destaque para a Etapa 10, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.....	79
FIGURA 16	Ilustração representativa do ILF calculado pelo Regra – Microsoft Word, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.....	80
QUADRO 17	Apresentação do cálculo do ILF segundo os tópicos apresentado no manual após o processo de adequação às sugestões dos especialistas e acompanhantes, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.....	80

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVOS.....	18
3	APORTE TEÓRICO.....	19
3.1	O processo de humanização na assistência ao parto.....	19
3.2	O acompanhante durante o parto como estratégia de humanização.....	25
3.3	Tecnologias não invasivas de cuidado na enfermagem obstétrica – inseridas no manual educativo para acompanhantes.....	28
3.3.1	Métodos Não Farmacológicos (MNFs) de alívio da dor no parto.....	29
3.3.2	Tecnologias educativas em enfermagem obstétrica.....	35
4	METODOLOGIA.....	37
4.1	Tipo de estudo.....	37
4.2	Período e fases do estudo.....	37
4.2.1	Fase 1: construção do manual.....	39
4.2.2	Fase 2: validação do manual.....	44
4.2.2.1	Instrumentos de coleta de dados.....	46
4.2.2.2	Interpretação e análise dos dados.....	47
4.2.3	Fase 3: disponibilização do manual.....	50
4.3	Aspectos éticos do estudo.....	50
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	51
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
	REFERÊNCIAS.....	84
	APÊNDICES.....	98
	ANEXOS.....	110

1 INTRODUÇÃO

A assistência prestada à mulher durante o fenômeno natural e fisiológico do parto passou por várias transformações ao longo dos séculos. Tais mudanças implicaram na substituição do ambiente, das pessoas envolvidas e das atitudes diante do fenômeno da parturição: o parto deixou de ser um evento natural, fisiológico, realizado no ambiente doméstico e em companhia de pessoas de confiança da mulher, para se tornar um evento hospitalar, muitas vezes encarado sob o ponto de vista patológico e assistido por uma equipe de profissionais de saúde.

Essa mudança trouxe como benefício maior segurança do binômio mãe-filho. No entanto, acarretou em prática obstétrica intervencionista, acentuando os sentimentos de ansiedade, medo e insegurança que acompanham a mulher no período do trabalho de parto e parto.

Diante dessas mudanças, faz-se necessário fornecer à mulher adequado suporte intraparto, incluindo apoio emocional, físico, informacional e clínico, proporcionando à parturiente maior segurança e tranquilidade.

O apoio emocional consiste em estar ao lado, transmitir confiança, elogiar e incentivar (GILLIAND, 2011). De acordo com Gayeski e Brüggemann (2010), o apoio físico é representado, principalmente, pelos Métodos Não Farmacológicos (MNFs), sendo estes baseados em conhecimentos estruturados, mas que não necessitam de equipamentos sofisticados para sua utilização, podendo ser aplicados pelos acompanhantes para o alívio da dor das parturientes. O apoio físico e o emocional estão inclusos no apoio social, que consiste em uma relação bidirecional, que envolve a prestação de cuidados mútuos entre duas pessoas. O apoio informacional consiste, principalmente, no esclarecimento de dúvidas. O apoio clínico se refere às intervenções e procedimentos realizados pelos profissionais de saúde para a promoção da saúde materno-fetal (HODNETT, 2002).

Nesse contexto, surge a presença do acompanhante como aliado da equipe de enfermagem. Brüggemann, Osis e Parpinelli (2007) defendem esta ideia ao relatar que a presença do acompanhante proporciona maior abrangência ao cuidado, pois aumenta a observação e a interlocução das necessidades da parturiente.

Dentro da perspectiva de humanização do parto e reconhecendo a importância do suporte contínuo intraparto, o Ministério da Saúde aprovou a Lei nº. 11.108, que garante à

parturiente o direito de ter um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, estando esta nas maternidades conveniadas ao Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2005). No âmbito da saúde suplementar, entrou em vigor em 02 de Abril de 2008, o novo rol de procedimentos mínimos a serem garantidos aos beneficiários de planos de saúde contratados após 1999 (Resolução Normativa nº167, de 10 de janeiro de 2008, seção IV, artigo 16, parágrafo 1), que inclui a garantia de acompanhante, de escolha da mulher, na hora do parto.

A inserção do acompanhante durante o parto é uma prática efetiva que favorece a humanização da assistência (NASCIMENTO *et al.*, 2010). O estímulo à presença do acompanhante e ao reconhecimento da mulher como protagonista do processo gera um novo paradigma de assistência ao parto – o de humanização do parto.

O termo humanização no parto pode ser analisado sobre diferentes vertentes, envolvendo: humanização como assistência baseada na evidência; como legitimidade política de reivindicação e defesa dos direitos das mulheres; como resultado de tecnologia adequada à saúde da população; como legitimidade profissional e corporativa de um redimensionamento dos papéis e poderes dos atores intervenientes na cena do parto; como racionalidade no uso de recursos; como legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde; e como direito ao alívio da dor (DINIZ, 2005).

É de evidente importância a figura do acompanhante durante o trabalho de parto e parto, no entanto, algumas barreiras dificultam a consolidação dessa prática. Grande parte dos serviços de obstetrícia hospitalares é projetada sem o oferecimento infra-estrutura adequada ao recebimento do acompanhante. Além disso, o processo de acolhimento da mulher e seu acompanhante nem sempre é realizado de forma completa e humanizada (BRASIL, 2008a). Nesse sentido, é necessário um redimensionamento no espaço físico das instituições e uma readequação na postura dos profissionais envolvidos na atenção obstétrica.

Outro agravante é o restrito número de medidas que promovam a autonomia do acompanhante para a participação desse período. Estudo realizado em maternidade de referência do Ceará com 105 puérperas que tiveram acompanhante durante o parto mostrou que nenhum dos acompanhantes passou por processo de capacitação ou formações educativas para este fim (TELES, 2008). Pesquisa realizada com o objetivo de identificar o conhecimento do acompanhante sobre o seu papel junto à parturiente verificou que apenas 56 (56%) dos entrevistados conheciam o papel do acompanhante (FRANCESCHINI, 2009).

A ausência de capacitação pode atribuir ao acompanhante o papel de figurante, não exercendo a participação plena enquanto sujeito ativo no suporte à parturiente (NAKANO *et al.*, 2007).

Necessita-se, portanto, lançar mão de estratégias educativas para aqueles que pretendem participar do parto como acompanhante, com a finalidade de disseminar e ampliar o conhecimento acerca de características do processo de parto e de atitudes de apoio à parturiente.

Um dos eixos da promoção da saúde é o estímulo à autonomia dos indivíduos mediante estratégias educativas. A participação ativa dos sujeitos envolvidos é imprescindível no processo educativo, compreendendo sobre sua cultura e desenvolvendo estratégias voltadas para sua realidade social (SOUZA *et al.*, 2008).

Dentro da promoção da saúde, o enfermeiro poderá lançar mão de uma diversidade de tecnologias para exercer com criatividade a arte do cuidar, dentre elas, as tecnologias educativas. Tais tecnologias devem ser utilizadas de modo a favorecer a participação dos sujeitos no processo educativo, contribuindo para a construção da cidadania e o aumento da autonomia dos envolvidos (MARTIS *et al.*, 2011).

Para Nietzsche (2000), no saber de enfermagem é possível encontrar formas de tecnologia que promovam o processo de emancipação dos sujeitos envolvidos no cuidar, sendo as tecnologias vinculadas à educação, métodos de cuidados simplificados, com o objetivo de se tornar uma prática comum, de forma a facilitar o cuidado dos pacientes.

Diversas estratégias demonstram ser adequadas para conduzir o processo de educação em saúde e a mudança de conduta: utilização de palestras, atividades grupais, cartazes, vídeos, folhetos, manuais, álbuns seriados, entre outros.

Dentre estas atividades, destaca-se a utilização de materiais didáticos como os manuais. Com base nas definições de Mehry (2002a), os manuais educativos podem ser classificados como tecnologia leve-dura, pois envolvem a estruturação de saberes operacionalizados nos trabalhos em saúde. Os manuais auxiliam na memorização de conteúdos e contribuem para o direcionamento das atividades de educação em saúde.

Reconhecendo o valor do cuidado integral à parturiente, constata-se a importância do acompanhante para uma maior abrangência do cuidado prestado à parturiente e a necessidade do desenvolvimento de tecnologias educativas que possam ser utilizadas junto a este público-alvo.

Tais tecnologias devem ser trabalhadas, preferencialmente, durante o acompanhamento pré-natal, tendo em vista a possibilidade de se promover ações educativas

nesse período. Nesse sentido, o acompanhante que irá presenciar o parto deverá ser escolhido com antecedência e convidado a participar de encontros de capacitação.

Sabe-se que a qualidade do apoio prestado pelo acompanhante, quase sempre, é proporcional a sua capacidade de ser mais exigente e atuante no processo de parturição, sendo evidente a necessidade da aplicação de estratégias que visem à instrução do acompanhante, permitindo-o ampliar seu papel de apoio e participação ativa no parto.

Além da construção de um manual educativo direcionado a acompanhantes que pretendem presenciar o parto, esse estudo visa validar este material quanto a sua aparência e conteúdo. Esta avaliação se faz importante para a implantação dessa tecnologia no âmbito do pré-natal, de forma a respaldar a assistência prestada pela equipe interdisciplinar e destacar o papel do enfermeiro educador (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008).

Compreendendo, pois, a importância de se promover adequada instrução aqueles que pretendem participar do parto na condição de acompanhante, além da valorização das estratégias e tecnologias educativas, percebe-se a relevância desse estudo. Ao construir e validar um manual educativo direcionado ao acompanhante durante o parto, o enfermeiro estará contribuindo para a melhoria do apoio prestado à parturiente e favorecendo o processo de humanização do parto. Além disso, padronizará a metodologia utilizada pelos profissionais na sistematização de suas ações educativas junto ao acompanhante, no âmbito pré-natal.

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Construir e validar uma tecnologia educativa de enfermagem (manual) direcionada para acompanhantes durante o trabalho de parto e parto;

Objetivos Específicos

- Desenvolver e descrever as etapas do processo de desenvolvimento de uma tecnologia educativa, no modelo de um manual, para acompanhantes que pretendem presenciar o parto;

- Validar conteúdo e aparência do manual a partir da avaliação de especialistas e representantes do público-alvo.

3 APORTE TEÓRICO

3.1 O processo de humanização na assistência ao parto

Desde 1996, a Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua parto normal como aquele que ocorre de início espontâneo e de baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo até o nascimento. Além disso, o bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação e, após o nascimento, mãe e filho ficam em boas condições (OMS, 1996).

Esse parto normal, inicialmente, era exercido por curandeiras, parteiras ou comadres, mulheres de confiança da gestante que, a partir de sua própria experiência, tornaram-se familiarizadas com as manobras externas para facilitar o parto e com os eventos que acompanhavam a gravidez e o puerpério (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). As parteiras conheciam a fisiologia do corpo feminino e, através de recursos domésticos, intervinham o menos possível. Além da assistência direta ao parto, as parteiras eram encarregadas de confortar a parturiente com alimentos, bebidas e palavras. Assim, as parturientes preferiam a companhia destas mulheres por razões psicológicas, humanitárias e devido ao tabu de mostrar os genitais a pessoas do sexo oposto (VIEIRA; BONILHA, 2006).

Ao final do século XVI, com a utilização do fórceps pelo cirurgião inglês Peter Chamberlain, a profissão de parteira sofreu declínio. Esta nova técnica influenciou na aceitação da obstetrícia como uma disciplina científica e dominada pelo homem, já que este poderia comandar o nascimento. O parto passou a ser visto como um evento perigoso, sendo importante a presença do médico. Desta forma, o uso do fórceps permitiu a intervenção masculina e a substituiu o paradigma não intervencionista pela ideia do parto como um ato controlado pelo homem (OSAVA; MADEME, 1995).

A incorporação da prática obstétrica pelos médicos deu-se inicialmente na Europa, nos séculos XVI e XVII, estendendo-se ao Brasil em 1808, com a criação das Escolas de Medicina e Cirurgia nos estados da Bahia e Rio de Janeiro (WOLFF; MOURA, 2004). A partir do século XX, o parto passou a ser um fato médico e institucional nos centros urbanos do Brasil, tornando-se cada vez mais objeto de intensa atividade na clínica médica. Na Pesquisa Nacional de Desenvolvimento em Saúde (PNDS) realizada em 2006, foi observada a universalidade da assistência hospitalar ao parto no Brasil, onde 98% dos partos nos cinco anos anteriores a entrevista ocorreram em ambiente hospitalar (BRASIL, 2008b).

O Brasil tem apresentado maiores índices de cesarianas do que de partos normais. Em 2009, o País apresentou 50% de partos cesáreos, em 2010, a taxa foi de 52%. Na rede privada, o índice de partos cesáreos chega a 82%, contra 37% na rede pública. A OMS recomenda que essa taxa fique em torno de 15%. A cesariana chega a quase 70% entre aquelas com 12 anos ou mais de escolaridade e a 20% entre as mulheres com menor grau de instrução (BRASIL, 2011; BRASIL, 2007). Destarte, a epidemia de cesarianas é maior entre mulheres com maior escolaridade e que possuem acesso aos serviços de saúde da rede privada.

É oportuno ressaltar a importância da hospitalização do parto para a redução da mortalidade materna e neonatal, assim como para a diminuição de riscos e complicações para o binômio mãe-filho. No entanto, a mulher teve que pagar um preço alto por isso – a desumanização. O papel da mulher como sujeito foi transformado em objeto, tornando-a um agente passivo no processo de parto.

Michel Odent (2002), um dos principais incentivadores da humanização do parto, vê o nascimento como um processo inerente à existência e à vida humana havendo, em apenas alguns casos, a necessidade de intervir. Ele assegura a capacidade natural das mulheres em dar à luz e argumenta que isso é possível sem a utilização rotineira de tecnologias.

Diante deste cenário, a partir da década de 1980, ocorreu um movimento mundial em prol da humanização do parto e nascimento, uma preocupação crescente em dar lugar a novos paradigmas que considerassem e valorizassem o ser humano em sua totalidade, e que estimulassem os profissionais de saúde a repensarem suas práticas (DINIZ, 2005).

Em decorrência desses movimentos, ocorreu em abril de 1985, a Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Nascimento, em Fortaleza-CE. Esta Conferência pôde ser considerada um marco na revisão da assistência ao parto e nascimento no Brasil, onde houve a discussão de condutas e a criação de pilares para a Maternidade Segura (CASTRO, 2003).

Nesta ocasião, já se tinha a preocupação com a prática baseada em evidência para gerar uma assistência de melhor qualidade, com menos intervenção consequentemente, mais humanizada (AMORIM, 2010). Algumas recomendações foram trazidas tendo em vista a humanização do processo de parto: proporcionar bem-estar da nova mãe através do livre acesso de um membro escolhido de sua família durante o parto e durante o período pós-parto, manter seu direito de decidir sobre a roupa e alimentação e viabilizar a permanência do recém-nascido sadio com a mãe (OMS, 1985).

Em 1996, a OMS atualizou estas recomendações através da publicação *Care in Normal Birth: a practical guide*. Neste novo trabalho, foram especialmente valorizadas as metanálises da *Cochrane Collaboration* e outros estudos consistentes, seguindo-se critérios da medicina baseada em evidências (OMS, 1996). Neste relatório, as práticas relacionadas ao parto normal foram classificadas em quatro categorias:

- **Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas:** realização de plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro; avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde; respeito à escolha da mãe sobre o local do parto; fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante; respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto; apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto; respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto; fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem; oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto; monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente; monitoramento cuidadoso do progresso do parto com a utilização do partograma; monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento; utilização de métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto; estímulo à liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto; incentivo à posições não supinas durante o trabalho de parto; administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue; garantir condições estéreis ao cortar o cordão; introduzir ações de prevenção da hipotermia do bebê; estímulo ao contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno; e realização de exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.

- **Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser evitadas:** uso rotineiro de enema; de tricotomia; de infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto; de cateterização venosa profilática de rotina; de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto; de realização de exame retal; de utilização da pelvimetria por Raios-X; da administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto sem o controle de seus efeitos; da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto; do esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto; da massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto; do uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de evitar ou controlar hemorragias; da lavagem uterina rotineira após o parto; e da revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto.

- **Práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão:** utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor utilizando ervas, imersão em água e estimulação nervosa; amniotomia precoce de rotina no primeiro período do trabalho de parto; verificação da pressão fúndica; manobras relacionadas à proteção do períneo e manejo da cabeça fetal no momento do nascimento; manipulação ativa do feto no momento do nascimento; utilização rotineira de ocitocina; tração controlada do cordão ou combinação dos dois; clampeamento precoce do cordão umbilical; estimulação do mamilo para o aumento das contrações uterinas durante a terceira fase do trabalho de parto.

- **Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado:** restrição de alimentos e líquidos durante o trabalho de parto; controle da dor utilizando agentes sistêmicos;

controle da dor utilizando anestesia peridural; monitorização fetal eletrônica; utilização de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao parto; toques vaginais frequentes ou repetitivos; aumento de ocitocina; transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo período do trabalho de parto; cateterismo vesical; incentivar que a mulher direcione a força para a baixo quando a dilatação cervical uterina encontra-se completa ou quase completa, antes da ocorrência dos “puxos”; adesão rígida a uma duração estipulada de uma hora do segundo estágio do trabalho de parto, mesmo que haja progresso do mesmo acompanhado de boas condições maternas e fetais, parto cirúrgico; utilização liberal ou de rotina da episiotomia; e exploração manual do útero após o parto (OMS, 1996).

A utilização de evidências científicas e a adesão às recomendações suscitam um novo paradigma - o da humanização do parto.

O conceito de humanização da assistência ao parto adotado pelo Ministério da Saúde pressupõe a relação de respeito que os profissionais de saúde estabelecem com as mulheres durante o processo de parturição e compreende: o parto como um processo natural e fisiológico; o respeito aos sentimentos, emoções, necessidades e valores culturais; a disposição dos profissionais para ajudar a mulher a reduzir a ansiedade, a insegurança e outros temores; a promoção e manutenção do bem-estar físico e emocional ao longo do processo da gestação, parto e nascimento; a informação e orientação permanente à parturiente sobre a evolução do trabalho de parto; o espaço e o apoio para a presença de um (a) acompanhante que a parturiente deseje; e o direito da mulher na escolha do local de nascimento e co-responsabilidade dos profissionais para garantir o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde (BRASIL, 2000a).

Nesse sentido, a humanização envolve o respeito e a promoção dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos, a formação de profissionais e a adequação de instalações físicas e recursos tecnológicos disponíveis (HOTIMSKY; SCHRAIBER, 2005).

Na última década, o Ministério da Saúde tem desenvolvido políticas e determinações que incentivam a segurança e humanização da assistência à saúde prestada durante o pré-natal, parto e puerpério.

Em 1999, através da portaria N°985/99, o Ministério da Saúde autoriza a criação dos Centros de Parto Normal (CPN). Esta portaria tem como objetivo resgatar o direito à privacidade e à dignidade da mulher dar a luz em um local semelhante ao seu ambiente familiar e, ao mesmo tempo, garantir segurança à mãe e ao filho (BRASIL, 1999). Os CPNs são unidades de atendimento ao parto normal, localizadas fora do centro cirúrgico obstétrico, que dispõem de um conjunto de elementos destinados a receber a parturiente e seus

acompanhantes, permitindo um trabalho de parto ativo e participativo, empregando práticas baseadas em evidências recomendadas (MACHADO; PRAÇA, 2006).

Em revisão sistemática que analisou nove estudos envolvendo 10.684 mulheres e comparou os resultados de cuidados em hospitais convencionais e em ambientes alternativos (semelhantes ao domicílio e CPNs), constatou-se maior probabilidade de parto vaginal espontâneo, redução das intervenções médicas e aumento da satisfação materna (HODNETT *et al.*, 2010).

No Brasil, pesquisa realizada com 991 parturientes atendidas em CPN da cidade de São Paulo também verificou a utilização de estratégias concorrentes para a humanização do parto. Das parturientes pesquisadas, 92,2% tiveram um acompanhante de sua escolha e grande parte destas mulheres foi beneficiada por estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, como banho de aspersão ou imersão (92,9%), deambulação (47,6%) e massagem de conforto (29,8%) (LOBO *et al.*, 2010).

Em 2000, a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa) em parceria com a Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA), organizou a I Conferência sobre Humanização do Parto e Nascimento, realizada em Fortaleza-CE. Este evento contou com a presença de cerca de 2000 participantes de 26 países, oportunidade na qual foi criada a Rede Latino-Americana e do Caribe pela Humanização do Parto e Nascimento (Relacahupan). Como repercussão dessa Conferência, em 2001, foi criada a Organização Não Governamental (ONG) “Amigas do Parto”, a qual oferece cursos para profissionais, disponibiliza banco de teses e artigos, e tem papel de mobilização das mulheres em defesa de sua integridade corporal e psicológica (RATTNER, 2009).

No intuito de assegurar acesso e qualidade ao acompanhamento pré-natal e à assistência ao parto, pós-parto e neonatal, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000b). Ainda no contexto da humanização, foi instituída em 2003 a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS) que trouxe entre suas diretrizes o fomento à autonomia e o protagonismo dos sujeitos (BRASIL, 2003).

O Plano de Ação 2004-2007 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) traz, dentre seus objetivos, a promoção de uma atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes. Dentre as metas a serem alcançadas, estão: reduzir

em 15% a razão de mortalidade materna nas capitais brasileiras; ampliar a adesão ao PHPN para 100% dos municípios do Brasil; implantar comitês de morte materna em 100% dos estados e em municípios com população superior a 50 mil habitantes; reduzir em 25% a taxa nacional de cesariana no SUS em relação às taxas de 2002; e ampliar a realização de exames de rotina de pré-natal para 100% das gestantes cadastradas no PHPN (BRASIL, 2004).

Em 7 de abril de 2005, por influência do movimento de humanização do parto, foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei nº 11.108, que altera a Lei nº 8.080 (Lei Orgânica do SUS), de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, os serviços da rede SUS (própria ou conveniada) ficam obrigados a permitir a presença de um acompanhante indicado pela parturiente, o qual deverá permanecer durante todo o processo de parto (BRASIL, 2005).

Mais tarde, é aprovada a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 36, de 3 de Junho de 2008 sobre o regulamento técnico para funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Entre outras recomendações, esta resolução determina: o Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve dispor de profissionais legalmente habilitados, capacitados e responsáveis por prestar atendimento humanizado e seguro às mulheres, recém-nascidos, acompanhantes, familiares e visitantes; o Serviço deve permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher no acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato e promover ambiência acolhedora e ações de humanização da atenção à saúde; e a equipe do Serviço de Saúde deve estabelecer protocolos, normas e rotinas técnicas em conformidade com legislação vigente e base científica comprovada (BRASIL, 2008b).

Entre maio e dezembro de 2008, atento ao crescimento de cesarianas no País, o Ministério da Saúde lançou a “Campanha Incentivo ao Parto Normal”. Através de folders, cartazes e campanhas publicitárias, o Ministério da Saúde enfatizou a segurança do parto normal para a mãe e para o recém-nascido (BRASIL, 2008c).

Mais recentemente, em junho de 2011, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 1459, que institui no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. Trata-se de uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante a gravidez, parto e puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha será organizada a partir de quatro componentes: Pré-natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; e Sistema Logístico

(Transporte Sanitário e Regulação). No tocante ao Parto e Nascimento, a Rede propõe: suficiência de leitos obstétricos e neonatais; ambiência das maternidades conforme a RDC nº 36, de 3 de Junho de 2008 (anteriormente citada); práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, conforme os termos da OMS (1996), que define as boas práticas de atenção ao parto e nascimento (anteriormente citadas); garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2011).

Percebe-se assim, a notória evolução do incentivo ao parto humanizado no Brasil. É evidente que muitas dessas políticas e recomendações ainda se distanciam da realidade de algumas instituições de saúde, no entanto, cabe aos profissionais de saúde inteirar-se das novas evidências científicas, perceberem a mulher como sujeito do processo de parto e priorizarem o natural e fisiológico ao intervencionista e invasivo.

3.2 O acompanhante durante o parto como estratégia de humanização

Historicamente, as mulheres foram atendidas e apoiadas por outras mulheres durante o parto. No entanto, nas últimas décadas, mudanças ocorreram quanto ao apoio contínuo durante o trabalho de parto tornou-se a exceção e não a rotina. Nesse sentido, existe uma mobilização, por parte da sociedade e comunidade científica, para o retorno do apoio contínuo durante o parto, seja esse realizado pelo profissional de saúde, doulas ou acompanhante de confiança da mulher. Muitas maternidades brasileiras tem se preparado para receber o acompanhante de escolha da mulher na hora do parto e capacitado doulas para maximizar o suporte intraparto.

Os acompanhantes são responsáveis por abordar, junto às parturientes, aspectos emocionais (encorajamento e tranquilização), físicos (medidas de conforto) e informacionais (orientações e esclarecimento de dúvidas).

No Ceará, algumas maternidades já aderiram a Lei do Acompanhante. A Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) foi a primeira maternidade cearense a

receber acompanhante em sala de parto. Em julho de 2007, a MEAC inaugurou o Centro de Parto Humanizado, o qual conta com nove apartamentos reformados e equipados para atendimento individual à parturiente e ao recém-nascido, além de sala de repouso para os profissionais, sala de observação e centro neonatal. Mais tarde, em 2009, o Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana, também adequou sua estrutura física para receber acompanhantes de parturientes. Nesta Instituição, é realizado o Projeto “Parto que te quero perto”, o qual realiza encontros mensais com gestantes, familiares e equipe multiprofissional.

O caráter benéfico do apoio à parturiente é justificado pela teoria do ciclo medo-tensão-dor. De acordo com esta teoria, a dor e a ansiedade durante o trabalho de parto levam a uma liberação de catecolaminas, que reduzem a contratilidade uterina e o fluxo sanguíneo placentário. De modo contrário, a redução da ansiedade acarreta em diminuição de catecolaminas circulantes, melhor eficiência da contratilidade uterina e menor risco de parto prolongado e de stress fetal. Mulheres com apoio contínuo sentem-se mais confiantes e com um melhor controle da situação e, portanto, menos propensas à ansiedade (KAYNE; GREULICH; ALBERS, 2001).

A prestação de apoio contínuo durante o parto foi objeto de vários estudos nas últimas décadas:

- Década de 80: estudo em Guatemala comparou 33 mulheres que tiveram auxílio de uma doula e 103 que não obtiveram, mostrando que aquelas que foram auxiliadas tiveram partos mais curtos (8.8 versus 19.3 horas), mostraram-se mais despertas após o parto e se relacionaram com seus bebês de uma forma mais fisicamente próxima (segurando, sorrindo e falando com eles) (SOSA *et al.*, 1980). Klaus *et al.* (1986) acrescentam que houve uma menor utilização de ocitocina e menores índices de cesarianas e internações neonatais no grupo de 168 gestantes que recebeu um acompanhante durante o parto.

- Década de 90: Kennel *et al.* (1991) revelaram, entre outros achados, que a presença de um acompanhante reduz a taxa de partos fórceps. Um estudo na China com 46 mães primíparas mostrou taxas de cesárea de 6,5% em mulheres acompanhadas de doulas, contra 20,8% em mulheres sem doula. As primeiras também tiveram trabalho de parto mais curto e menos sangramento pós-parto (WANG; MAO; QIAN, 1991). Estudo caso-controle realizado por Hofmeyer *et al.* (1991) revelou que, comparado ao grupo controle (n=75), as mulheres que tiveram acompanhante (n=74) apresentaram menor pressão sanguínea diastólica, menor uso de analgesia, menor ansiedade durante o trabalho de parto e

amamentaram por mais tempo e com intervalos mais flexíveis. Mulheres com suporte contínuo também reportaram maior satisfação e melhor experiência de pós-parto (ZHANG *et al.*, 1996). Revisão e meta-análise de onze estudos com doulas mostrou que as doulas ajudam mães primíparas a terem trabalho de parto mais curto, a utilizarem menos medicação e a terem menos cesáreas. Mostrou também que mulheres assistidas por doulas amamentaram por mais tempo, tiveram maior auto-estima, menos depressão, estavam mais felizes com seus bebês e se sentiram mais aptas a cuidar deles. (KLAUS; KENNEL, 1997).

- Anos 2000: meta-análise de onze experimentos clínicos mostrou que o suporte contínuo durante o parto esteve significativamente associado a trabalho de parto mais curto, menor necessidade do uso de qualquer analgesia, de ocitocina, de cesárea e fórceps (SCOTT; BERKOWITZ; KLAUS, 2000). Mulheres que tiveram o apoio contínuo intraparto foram menos propensas a ter analgesia durante o parto, ao parto operatório ou a relatar a insatisfação com as suas experiências do parto. Além disso, o suporte contínuo foi associado a maiores benefícios quando o provedor não era um membro da equipe do hospital, quando o apoio começou mais cedo e em contextos nos quais a analgesia epidural não estava disponível rotineiramente (HODNETT *et al.*, 2003). Estudo randomizado realizado com 100 nulíparas mostrou menor duração da primeira e segunda fases do trabalho de parto e no número de partos cesáreos no grupo de mulheres que receberam apoio contínuo (KASHANIAN; JAVADI; HAGHIGHI, 2010).

Estudo qualitativo realizado com 12 mulheres que pariram em CPN verificou que a postura e o uso pelas enfermeiras de tecnologias não invasivas, como a presença do acompanhante, contribuem para uma melhor percepção das mulheres sobre o seu processo de parto (NASCIMENTO *et al.*, 2010). Pesquisa realizada junto a 105 puérperas que receberam acompanhante durante o parto e que já tiveram experiência anterior de parto sem acompanhante, verificou que 49 (46,6%) do total de mulheres trouxeram a presença do acompanhante como justificativa para considerar melhor o parto atual frente aos demais vivenciados (TELES *et al.*, 2010).

A presença do acompanhante, ao contribuir para a avaliação positiva do parto, também influi na avaliação da assistência recebida. Estudo realizado com o objetivo de comparar a satisfação das mulheres com a experiência do parto em diferentes modelos assistenciais verificou que um dos motivos de satisfação das mulheres com a qualidade da assistência foi a presença do acompanhante, sendo isto assinalado por 3(10%) mulheres

atendidas no Centro de Parto Normal Intra-Hospitalar (CPNIH) e por 15(50%) mulheres atendidas no Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar (CPNPH) (NARCHI *et al.*, 2010).

Percebe-se, portanto, que o suporte contínuo intraparto, além de reduzir os procedimentos intervencionistas, confere à mulher uma variedade de benefícios físicos e emocionais. Isso contribui para a humanização do parto e para a visão do parto normal como uma experiência positiva e prazerosa.

Como citado anteriormente, as mulheres atendidas no âmbito do SUS estão respaldadas pelo direito à presença de um acompanhante na hora do parto. No entanto, muitos serviços não se adequaram a esta realidade e nenhum tipo de medida punitiva foi sancionada pelo governo federal/estadual para tais Maternidades. Faz-se necessário a união dos gestores hospitalares, profissionais de saúde e sociedade civil organizada para fazer valer o direito de acesso do acompanhante de escolha da mulher à sala de parto.

3.3 Tecnologias não invasivas de cuidado na enfermagem obstétrica – inseridas no manual educativo para acompanhantes

As tecnologias utilizadas durante o parto se modificaram ao longo da história em razão da institucionalização do parto, as mulheres deixaram de parir em seus lares e passaram a ter seus filhos em um ambiente de domínio médico e com uma diversidade de tecnologias, como o hospital.

Collière (1999) concebe a tecnologia como uma arte, um conhecimento dos instrumentos e tudo o que depende da sua elaboração, da sua criação, da justificação da sua utilização apropriada e da maneira de se servir deles. Na enfermagem, a tecnologia pode ser definida como um conjunto de conhecimentos (científicos e empíricos) sistematizados, em constante processo de inovação, os quais são aplicados pelo profissional de enfermagem em seu processo de trabalho, para o alcance de um objetivo específico (KOERICH *et al.*, 2006). São instrumentais que constituem os saberes de enfermagem utilizados pelos profissionais no desenvolvimento cotidiano de sua práxis (NIETSCHE, 2000).

As tecnologias são denominadas leves quando se fala de relações, acolhimento, gestão de serviços; leve-duras quando se refere aos saberes bem estruturados, como o processo de enfermagem; e duras quando envolvem equipamentos tecnológicos do tipo

máquinas (MERHY, 2002b). Nesse sentido, as tecnologias de cuidado podem ser consideradas leve-duras, pois envolvem a utilização de conhecimento científico para a concretização do cuidado.

Na área de saúde da mulher, comumente se utiliza o conceito de tecnologia não invasiva de cuidado, a qual tem a característica fundamental de não-invasão do corpo, da mente e da privacidade da mulher. Ao estabelecer vínculo de confiança com o profissional, as decisões no planejamento dos cuidados passam a ser compartilhadas com a cliente. Portanto, a invasão não existe, mesmo que os procedimentos toquem partes íntimas do corpo biológico ou do corpo sociocultural da mulher (VARGENS; PROGIANTI; ARAÚJO, 2007).

Especificamente na enfermagem obstétrica, as tecnologias de cuidado de enfermagem são definidas como o conjunto de técnicas, procedimentos e conhecimentos utilizados pelo enfermeiro durante sua relação de cuidado profissional, que, por sua concepção ecológica, compreende o parto como um processo fisiológico, respeitando-se o aspecto natural e a integridade corporal e psíquica das mulheres (AZEVEDO, 2008).

As tecnologias em enfermagem obstétrica apresentam as seguintes características: são essencialmente relacionais (acolhimento e estabelecimento de vínculo); derivam de saber estruturado (enfermagem obstétrica); são abertas e complexas (saber popular e multidisciplinar para a construção do cuidado); são vivas (dinâmicas e adequadas às necessidades da mulher); possuem como instrumento básico os corpos (potencializam a sua expressão através de instrumentos e equipamentos); possuem justificativa social (levam o cuidado além do período gestacional, contribuindo para o desenvolvimento de crianças saudáveis); são instituintes (aplicáveis em todos os níveis de atenção à saúde); e proporcionam conforto, autonomia e empoderamento (ao incentivar as mulheres a desenvolver suas potencialidades como cidadãs) (TORRES, 2006).

Na prestação de conforto, a enfermagem lança mão de tecnologias que abrangem as mais diversas áreas (física, social e psíquica) e utiliza diversas tecnologias que variam da leve à dura.

3.3.1 Métodos Não Farmacológicos (MNFs) de alívio da dor no parto

A dor no parto está associada às contrações uterinas, processo que envolve interações de mecanismos centrais, periféricos e intercâmbio contínuo de informações por

vias ascendentes e descendentes de nociceptores (LOWE, 2002). Além disso, é decorrente de outros processos fisiológicos como: hipóxia da musculatura uterina, estriamento cervical, vaginal e perineal durante o período expulsivo, o estresse e o limiar de tolerância à dor da mulher (NEME, 2005). Essa dor é resultado de complexas interações, de caráter inibitório e excitatório, associadas a fatores específicos do trabalho de parto, de natureza neurofisiológica, obstétrica, psicológica e sociológica (SILVA, 2006).

Michel Odent (2002) defende que as mulheres devem realizar seus partos em ambientes, aquecidos, pequenos, com pouca luz e com total privacidade para que elas se sintam seguras e protegidas nesse espaço acolhedor. Esse ambiente estimula a produção de determinados hormônios facilitadores do processo de parir, sendo capazes de atenuar a dor nesse período.

Nesses termos, entende-se que a dor de parto envolve fatores emocionais, sensoriais, ambientais e existenciais.

Terapias psicológicas podem contribuir para a promoção do conforto da parturiente, estas envolvem as estratégias referentes à cognição, ao comportamento e ao físico (FERNANDEZ, 1986).

As estratégias cognitivas envolvem a manipulação da cognição através de técnicas como a imaginação, auto-afirmação e distração. Imaginar significa produzir imagens mentais incompatíveis com a dor ou que transformam características da experiência da dor. A auto-afirmação pode ser alcançada enfatizando para si mesmo a capacidade de tolerar a dor ou re-interpretando a dor (negando os aspectos nocivos e incidindo sobre os aspectos positivos da dor). As estratégias de desvio da atenção envolvem dirigir a atenção para um sentido distante da dor como cantar, contar, orar, etc (FERNANDEZ, 1986).

As estratégias comportamentais envolvem a manipulação de ações visíveis de um indivíduo, através de técnicas como o condicionamento operante e *biofeedback*. O *biofeedback* é um processo de condicionamento operante no qual os clientes aprendem a ganhar autocontrole sobre as funções fisiológicas (atividade muscular, respiração, batimento cardíaco, etc), atividades que, normalmente, são pouco percebidas ou controladas (MURATORI, 2011).

As estratégias físicas envolvem a manipulação física de uma pessoa, como estimulação da pele, massagem, mudança de postura e movimento (FERNANDEZ, 1986).

Bruehl e Chung (2004) acrescentam a informação como um MNF de alívio da dor, referindo-se a conceder informações, com antecedência, quanto aos procedimentos que possam ocorrer.

Alguns MNFs de alívio da dor no parto são apresentados a seguir:

a) *Respiração e relaxamento:* as técnicas de respiração e de relaxamento podem reduzir os níveis de ansiedade durante o parto. Estudo caso-controle realizado com dezessete primigestas (grupo controle - GC) que receberam assistência de rotina e dezenove (grupo experimental - GE) que foram orientadas e estimuladas a realizar técnicas de respiração e relaxamento, verificou-se que as técnicas utilizadas não reduziram a intensidade de dor, mas promoveram ao GE a manutenção de baixo nível de ansiedade por mais tempo (ALMEIDA *et al.*, 2005);

b) *Musicoterapia:* contribui para o relaxamento. Produz alterações fisiológicas, tais como na velocidade da respiração, na pressão arterial, no metabolismo corporal e na energia muscular. Além disso, reduz a fadiga física e o estresse, induz a visualização e facilita o fluxo de energia corporal por meio do reflexo talâmico, dependendo da estrutura musical (SILVA, 2006);

c) *Hidroterapia:* a hidroterapia durante o trabalho de parto pode promover a sensação de relaxamento e de alívio da dor através da estimulação cutânea de calor superficial que, associada a intensidade e tempo de aplicação, produz efeito local, regional e geral. Assim, apresenta-se como tratamento complementar e alternativo para a prática obstétrica (SOUSA; HORTENSE, 2004). A recomendação para iniciar a hidroterapia é que a cliente esteja em trabalho de parto ativo e com dilatação maior que cinco centímetros, para evitar a desaceleração das contrações. A cliente deverá ficar na banheira ou no chuveiro por quanto tempo se sentir segura e confortável, no entanto, não deve exceder duas horas (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002);

d) *Acupressão:* aplicação de um dedo ou massagem firme em alguns pontos como: ao longo da coluna, pescoço, ombros, dedos e planta dos pés (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002);

e) *Aromaterapia:* alternativa que se utiliza do poder das plantas através do uso de suas essências. Apesar de incerto, seu mecanismo de ação parece estimular a produção de substâncias relaxantes, estimulantes e sedativas que são próprias do organismo (SMITH *et al.*, 2006);

f) Massagem: os objetivos da massagem são fazer as parturientes se sentirem melhor, aliviar a dor e facilitar o relaxamento. A massagem pode ser realizada na forma de golpes leves ou firmes, vibração, amassamento, pressão circular profunda, pressão contínua e manipulação articular. Pode-se usar a ponta do dedo, as mãos ou vários aparelhos que rolam, vibram ou pressionam. Teoricamente, as várias formas de massagem estimulam diferentes receptores sensoriais. Quando são interrompidas, a consciência da dor aumenta (ENKIN *et al.*, 2005). Vários ensaios clínicos randomizados comprovam a efetividade da massagem para a redução da dor, do nível de estresse e de ansiedade durante o trabalho de parto e parto (FIELD *et al.*, 1997; KIMBER *et al.*, 2008; CHANG; WANG; CHEN, 2002; CHANG; CHEN; HUANG, 2006);

g) Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS): é a aplicação de estimulação elétrica de intensidade e frequência variáveis, aplicada na pele através de forma pulsátil para o alívio da dor (SLUKA, 2003). Ensaio clínico controlado envolvendo 22 parturientes verificou que a aplicação da TENS foi efetiva em retardar a instalação da anestesia combinada para manter analgesia satisfatória durante o trabalho de parto, no entanto, não apresentou efeito significativo sobre a intensidade da dor e a duração do trabalho de parto (ORANGE; AMORIM; LIMA, 2003);

h) Mudança de posição: a mulher deve mudar de posição, no mínimo, a cada 30 minutos. A mudança de posição ajuda a acelerar o trabalho de parto, melhorando a atividade do útero e facilitando os movimentos realizados pelo feto para percorrer o trajeto até o nascimento (RICCI, 2008). Algumas posições que a mulher poderá adotar são:

- **Caminhada:** as vantagens da deambulação incluem aumento da atividade uterina, distração dos desconfortos do parto, fortalecimento do controle materno e uma oportunidade de maior interação com o acompanhante e o prestador de cuidado. A deambulação deve ser encorajada se as membranas estiverem íntegras e se a mulher não tiver recebido medicação para a dor. Além disso, a caminhada torna as contrações menos dolorosas e mais efetivas, pois contam com a força da gravidade, aumenta a vontade de fazer força, ajuda no alinhamento do feto e facilita que este se movimente ao longo do canal do parto (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002; RICCI, 2008).

Na posição vertical, o peso do feto exerce uma pressão crescente sobre a cérvix que facilita o apagamento e dilatação cervical e causa um aumento dos impulsos da cérvix para a hipófise, com consequente aumento da secreção de ocitocina. Isso intensifica as

contrações, exercendo maior pressão descendente no feto, porém de forma menos dolorosa (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002);

- ***Gynastic ball***: a utilização de bolas reduz a dor durante o trabalho de parto. Ensaio clínico controlado verificou que o grupo de mulheres que utilizaram a bola referiu menos dor durante a fase ativa do trabalho de parto (dilatação cervical de quatro centímetros) e obteve uma menor percepção da dor recordada no puerpério imediato (DELGADO-GARCIA *et al.*, 2011);

- ***Cadeira de balanço (cavalinho)***: proporciona o balanceio pélvico e alivia a tensão muscular (CEARÁ, 2000);

- ***Ficar de pé e inclinar-se sobre o acompanhante ou leito***: pode ser mais relaxante do que ficar totalmente em pé. Trata-se de uma boa posição para a realização de massagens (RICCI, 2008);

- ***Dança lenta***: ficar de pé com os braços ao redor do pescoço do acompanhante, a cabeça repousando no seu peito ou no ombro, com as mãos dele fazendo massagem na região sacra; variar o movimento de acordo com a música, procurando respirar no mesmo ritmo (RICCI, 2008);

- ***Sentar-se com as costas retas ou no vaso sanitário, semi-sentada em uma cama (levantando a cabeceira)***: ajuda a estimular o repouso (RICCI, 2008);

- ***Balançar-se em uma cadeira***: o movimento de balanço ajuda a acelerar o trabalho de parto (RICCI, 2008).

- ***Ficar de pé de frente para uma cadeira***: com um pé sobre o assento e com o joelho e o pé voltados para o lado, inclinar o joelho elevado e o quadril e mover-se para as laterais repetidamente durante uma contração, mantendo cada posição durante cinco segundos, enquanto o acompanhante segura a cadeira e ajuda a mulher a se equilibrar. Também pode ser realizada em uma posição ajoelhada. Isso aumenta o estreito pélvico e estimula os movimentos do feto (RICCI, 2008);

- ***De quatro, sobre as mãos e joelhos***: alivia a dor nas costas, permite o balanço pélvico e facilita a realização de exames vaginais. Além disso, favorece a dilatação, melhora a circulação e contribui no processo de abertura e expansão do estreito inferior. Também promove a rotação interna do feto, pelo aumento da mobilidade do cóccix, dos diâmetros pélvicos e pela utilização da gravidade para a rotação da cabeça fetal (RICCI, 2008; CEARÁ, 2000; LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002);

- ***Ajoelhar-se, inclinando-se para frente com o apoio do assento de uma cadeira, da cabeceira elevada da cama ou de uma bola de parto:*** as vantagens são as mesmas da posição de quatro, sendo essa posição menos cansativa (RICCI, 2008).

- ***Deitar-se de lado esquerdo:*** ajuda a reduzir a pressão arterial elevada, estimula o trabalho de parto quando alternada com a deambulação e facilita o relaxamento entre as contrações. Além disso, retira a pressão sobre o períneo, facilita a realização de massagens e contribui para contrações menos frequentes e mais intensas (RICCI, 2008; LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002);

- ***Agachada (de cócoras):*** alivia a dor na região lombar e alarga o estreito pélvico. A vantagem da gravidade e da pressão do tórax sobre o útero durante as forças exige menor esforço na hora do parto (RICCI, 2008). A utilização de um banquinho facilita o parto nessa posição;

- ***Agachada com apoio:*** inclinar-se para traz contra o acompanhante, que apóia a mulher sobre os braços e segura todo o seu peso. Exige mais força por parte do acompanhante. Ao esticar o tronco, o feto fica mais livre para fazer os movimentos e ficar na posição para o parto (RICCI, 2008).

- ***Pêndulo:*** o acompanhante se senta com os pés apoiados e coxas separadas, a mulher se inclina de costas entre as pernas do acompanhante e coloca os braços flexionados sobre as coxas deste, o acompanhante agarra as laterais com suas coxas, a mulher se abaixa e deixa que o acompanhante segure todo o seu peso. A parturiente fica de pé entre as contrações. As vantagens são as mesmas da agachada com apoio, mas exige menos esforço físico por parte do acompanhante (RICCI, 2008);

Como se vê, existe uma diversidade de tecnologias não invasivas para a promoção do conforto da parturiente. No entanto, tais tecnologias ainda são subutilizadas pelos acompanhantes. Grande parte dos acompanhantes de parturientes ainda são admitidos na maternidade sem um processo de capacitação prévia, tornando restrita a utilização de MNFs. Os acompanhantes necessitam ser apresentados a estas tecnologias, tendo estes um maior potencial para amenizar o estresse fisiológico e aumentar o grau de satisfação da parturiente.

3.3.2 Tecnologias educativas em enfermagem obstétrica

As tecnologias educativas se caracterizam como uma categoria geral que inclui o uso de toda e qualquer forma de tecnologia relevante à educação, incluindo a fala humana, a escrita, a imprensa, currículos e programas, giz e quadro-negro e, mais recentemente, a fotografia, o cinema, o rádio, a televisão, o vídeo, os computadores e a internet (CHAVES, 1999). Nesse sentido, algumas tecnologias educativas têm sido desenvolvidas para instruir gestantes, acompanhantes e casais para uma participação ativa no trabalho de parto.

O Manual do Parto Humanizado foi uma tecnologia educativa desenvolvida em parceria Governo do Estado do Ceará, através da Secretaria de Saúde do Estado, como o Projeto LUZ da Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA). Através de uma linguagem simples acompanhada de ilustrações em fotografias, o manual apresenta de maneira harmoniosa as características do parto humanizado (CEARÁ, 2000).

Estudo realizado nas áreas de Informática em Saúde e Enfermagem Obstétrica teve como objetivo desenvolver um CD-ROM demonstrando o processo fisiológico de parto e nascimento na perspectiva da mulher e sua família e utilizando recursos multimídia como estratégia de ensino para profissionais da área da saúde. O CD-ROM foi submetido ao julgamento de oito especialistas, sendo quatro da área de Informática em Saúde e quatro da área Obstétrica. A tecnologia obteve resultado positivo nas avaliações e foram acatadas as opiniões e sugestões relevantes e pertinentes para a melhora da multimídia. O CD-ROM se mostrou um método agradável, efetivo e flexível de instrução (CESAR, 2003).

Outra tecnologia educativa desenvolvida foi a construção e validação da cartilha “*Celebrando a vida*” para a promoção da saúde das gestantes. Nesta cartilha, são abordados os seguintes tópicos: mudanças que acontecem durante a gravidez; desenvolvimento da gravidez e do bebê; como acontece o trabalho de parto; amamentação; cuidados com o corpo e com o recém-nascido. O conteúdo da cartilha foi selecionado a partir das demandas dos participantes de um grupo de gestantes e foi elaborado através de revisão de literatura em bases científicas. Um grupo composto por oito peritos fizeram a validação das informações, linguagem, ilustrações, apresentação da cartilha e deram sugestões de aperfeiçoamento do material. Após essa fase, a versão aperfeiçoada da cartilha foi entregue às gestantes em acompanhamento pré-natal, as quais foram solicitadas a ler a cartilha e indicar palavras, expressões, frases ou ilustrações incompreensíveis e dar sugestões de substituição. Esse

processo foi realizado até a fase em que não foram identificadas dúvidas a respeito do conteúdo da cartilha, demandando a inclusão de nove gestantes. A cartilha se mostrou efetiva para seu objetivo, promovendo a instrução das gestantes e esclarecimento de dúvidas (REBERTE, 2008).

Mais recentemente, a UNICEF (*United Nations Children's Fund*) em parceria com o Ministério da Saúde, lançou o “*Guia dos direitos das gestantes e do bebê*”. Trata-se de um manual educativo, direcionado às gestantes, que contém os seguintes módulos: direitos da gestante e do bebê; direitos ao pré-natal de qualidade; direito ao parto humanizado e assistência de qualidade; e como garantir os seus direitos. O manual tem como objetivo maior levar informação às gestantes para que estas possam lutar pela garantia, respeito e cumprimento de seus direitos (UNICEF, 2011).

O curso para gestantes, acompanhantes e casais também tem se mostrado uma tecnologia educativa bastante utilizada e eficaz. Esta estratégia foi desenvolvida na Europa no século XX e denominada pelo seu criador, o obstetra Dick Read, de Curso de Preparação para o Parto, tendo sido criada para combater uma situação de inatividade por parte da mulher, tanto enquanto gestante, como quanto parturiente e puérpera. Os objetivos destes cursos são: informar a gestante sobre gravidez, parto e cuidados ao recém-nascido; vencer a ansiedade inerente ao parto; reduzir a dor com técnicas de respiração e relaxamento; despertar na mulher processos de aprendizagens e conhecimentos do seu corpo de modo que venha a desempenhar um papel pró-ativo e positivo de cuidado da saúde; proporcionar o encontro com outras mulheres em situação semelhante; orientar o futuro pai para que ele esteja o mais próximo possível da mulher; apresentar a mulher o ambiente onde ela será atendida no processo de parturição (COUTO, 2006).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa metodológica, que tem como foco o desenvolvimento, avaliação e aperfeiçoamento de instrumentos e estratégias metodológicas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). O pesquisador, no desenvolvimento da pesquisa metodológica, se interessa em transformar o conhecimento construído em um formato palpável (LO BIONDO; HABER, 2001).

O presente estudo visa o desenvolvimento de um manual, a ser utilizado em estratégias educativas durante o acompanhamento pré-natal, que tem como objetivo a instrução de acompanhantes que pretendem apoiar a parturiente e presenciar o parto normal.

Tendo conhecimento de que a metodologia científica é imprescindível para garantir a qualidade dos manuais educativos, o processo de construção do manual foi adaptado às premissas de Echer (2005) sobre a elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. Para a autora, o processo de construção de manuais envolve 4 etapas: levantamento bibliográfico, elaboração e construção do manual, qualificação e validação. Nesse estudo, a fase de qualificação foi incluída na fase de validação, na qual foi realizada a adequação do manual às sugestões dos especialistas e representantes do público-alvo.

4.2 Período e Fases do Estudo

Este trabalho foi desenvolvido durante o ano de 2011 e direcionado pelos passos apresentados na Figura 1:

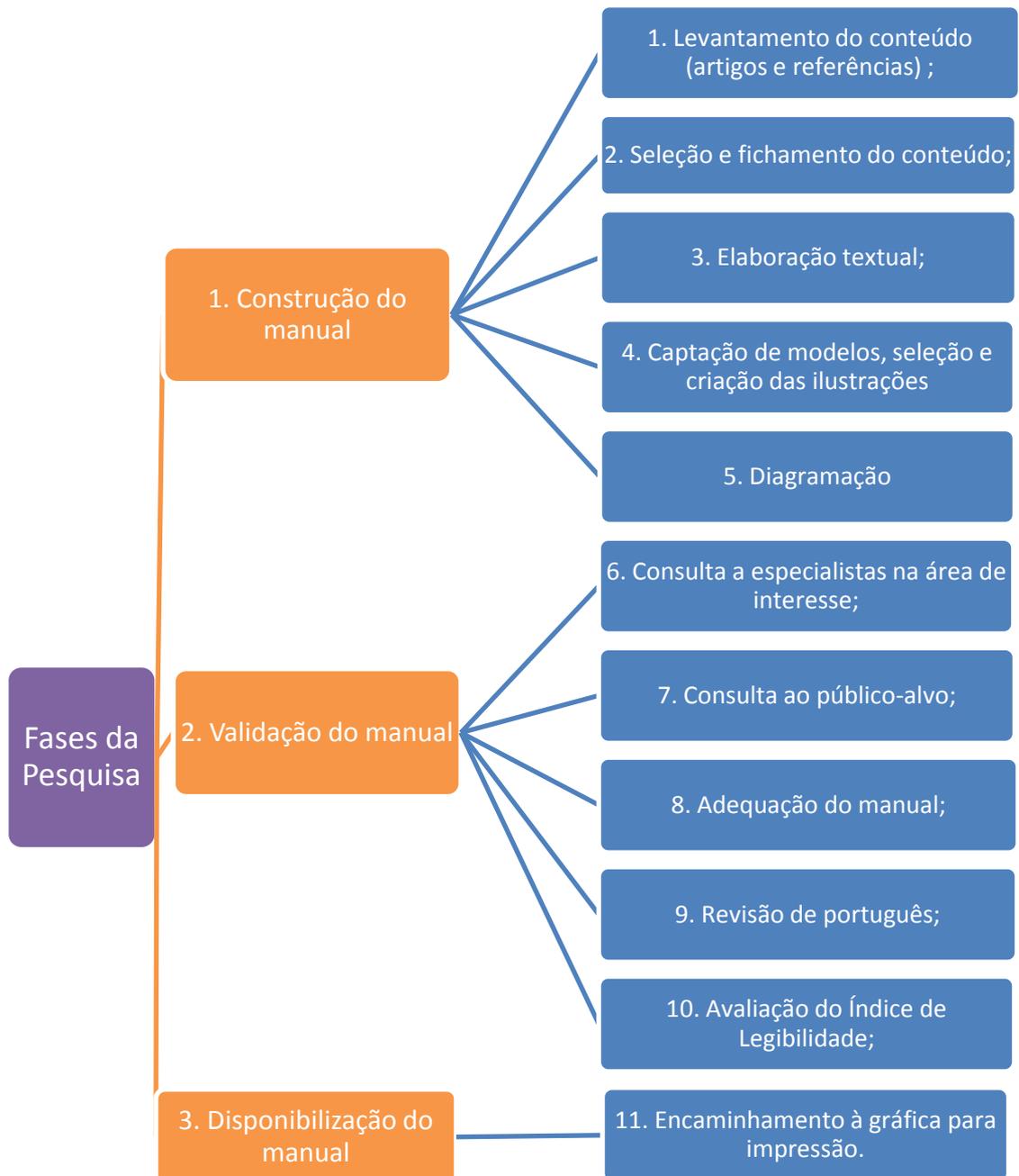


Figura 1- Etapas a serem seguidas no desenvolvimento do manual educativo, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011

4.2.1 Fase 1: Construção do manual

Etapa 1: Levantamento do Conteúdo

Inicialmente, foi realizada intensa busca de trabalhos publicados em bases de dados nacionais e internacionais, bancos de teses, livros e publicações oriundas de organizações correlatas, tais como Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde.

A partir da leitura desse material, foram selecionados os conteúdos considerados importantes para a ampliação do suporte prestado por acompanhantes durante o parto.

Em estudo paralelo, foi realizado um diagnóstico situacional junto a 62 acompanhantes sobre o conhecimento destes quanto às técnicas de apoio físico, emocional e informacional à parturiente, além disso, investigou-se o conhecimento dos acompanhantes quanto aos seus direitos e deveres enquanto provedor de suporte à parturiente¹¹.

A partir dos resultados desse levantamento, houve a seleção dos conteúdos a serem abordados no manual.

Etapa 2: Seleção e fichamento do conteúdo

Após a leitura do conteúdo levantado, foram selecionados e fichados os assuntos que estivessem de acordo com as demandas de conhecimento dos acompanhantes (obtida no estudo supracitado).

Ainda durante esse período, teve-se a oportunidade de se realizar visita técnica ao Hospital Sofia Feldman, referência nacional em parto humanizado. Durante essa visita, pôde-se conviver e se aproximar do verdadeiro conceito de parto humanizado, de apoio à parturiente e seu acompanhante e de respeito à cidadania. Dessa forma, algumas experiências

¹ Estudo realizado pela pesquisadora junto a 62 acompanhantes que presenciaram o parto. Fortaleza, 2010. Dados não publicados.

de apoio à mulher e ao acompanhante foram registradas em diário de campo e incorporadas ao conteúdo do manual.

Após a seleção do conteúdo, houve a leitura minuciosa e fichamento do material referente ao assunto. Nesse momento, procurou-se parafrasear as informações relevantes ao manual.

Estando todo o material devidamente fichado, foi realizada a organização cronológica e coerente do conteúdo que iria compor cada tópico do manual. Dessa maneira, assuntos semelhantes trazidos nas diversas bibliografias foram reunidos em seu respectivo tópico. Após várias leituras de cada tópico, procurou-se condensar as informações, tornando-as mais completas possíveis.

Inicialmente, foram organizados os tópicos a serem abordados no manual de forma a contemplar os seguintes pontos, tais como: anatomia do sistema reprodutor feminino; sinais e sintomas do trabalho de parto; profissionais que assistem a parturiente; noções sobre o mecanismo de parto; o que é e o que recomenda o parto humanizado; técnicas de prestação de suporte à parturiente; posições e tipos de parto; mudanças no corpo durante o puerpério imediato; incentivo ao aleitamento materno; e noções de cidadania (direitos e deveres da mulher e do acompanhante). Esta sequência de tópicos teve como intuito estruturar o pensamento das pesquisadoras, mas, posteriormente, foi necessária uma readaptação da linguagem e sequência, de forma a tornar a leitura menos técnica e mais acessível.

Etapa 3: Elaboração textual

Após a seleção do conteúdo de cada tópico, iniciou-se a elaboração textual. Em cada tópico fichado, havia uma riqueza de informações, no entanto, algumas delas tinham alto nível científico, o que dificultava a sua abordagem no manual. As informações julgadas necessárias à prestação de um apoio adequado e que fossem consideradas em nível de censo comum, foram novamente parafraseadas. Foi prezada a riqueza de conteúdo aliada à objetividade, linguagem acessível, fácil compreensão e atratividade.

Após redigir cada tópico, procurou-se organizar as informações de maneira a retratar todo o percurso da mulher e de seu acompanhante, desde a preparação para ir à

Maternidade até a saída da sala de parto para o alojamento conjunto. Nesse momento, alguns tópicos foram renomeados a fim de facilitar o entendimento do leitor.

A nova sequência de tópicos passou a ser: apresentação; conhecendo o corpo da mulher; alguns dias antes do parto; a hora do parto está chegando; quando a gestante deve ir à maternidade; chegando à maternidade; entendendo o trabalho de parto; na hora do parto; parto humanizado; alívio da dor no parto; suporte de informações; depois do parto; direitos da mulher; direitos do acompanhante; deveres do acompanhante; e noções de cidadania (como solicitar licença maternidade e paternidade e como proceder para a realização do registro de nascimento).

Etapa 4: Captação de modelos, seleção e criação das ilustrações

Terminada a organização do conteúdo, procedeu-se a elaboração de ilustrações baseadas na leitura reflexiva do referencial bibliográfico e nos principais assuntos da temática. Para tanto, foi contratado profissional especialista em desenho que confeccionou ilustrações com as seguintes características: atrativas, de fácil compreensão, representativas da realidade e embasadas na literatura pertinente. A medida que o profissional contratado confeccionava as ilustrações, estas eram enviadas à pesquisadora, a qual aprovava ou realizava sugestões para melhorar a representatividade e clareza do desenho.

De acordo com as recomendações da Norma N° 6029 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2006), ao longo do manual, as figuras vieram identificadas, precedidas da palavra designativa, seguida de seu número de ordem de ocorrência no texto, em algarismos arábicos. A identificação das ilustrações com título representativo facilita ao leitor a identificação do foco central da ilustração.

De acordo com Gonçalves (2007), as ilustrações devem ser adequadas ao tema tratado, de modo a facilitar a compreensão e recordação mais fácil do texto, clarificando e reforçando a informação. Assim, as ilustrações foram editadas de forma a localizar-se o mais próximo possível do conteúdo ao qual representa.

Foram criados dois personagens (a mulher e seu acompanhante) exclusivos para o manual. Levando em conta que o manual faz uma narrativa do percurso da mulher e de seu acompanhante desde suas casas até o Alojamento Conjunto (na Maternidade), a manutenção da aparência desses personagens nas ilustrações facilita a compreensão do leitor, fazendo com

que este crie um filme das situações expostas, o que pode colaborar para a recordação futura das informações. Além disso, o leitor pode se identificar com o personagem e se imaginar vivenciando/acompanhando muitos dos eventos relatados no manual.

Todas as ilustrações foram desenhadas manualmente, utilizando caneta nanquim para sua finalização. Logo após, os desenhos foram escaneados e enviados à pesquisadora para aprovação. Caso fossem aprovados, eram finalizados através de pintura digital utilizando o programa *Adobe Photoshop 12.0*. Caso necessitassem de modificações, todo o processo era reiniciado.

Optou-se pela padronização de desenhos em linha simples, coloridos de acordo com sua correspondente imagem real. No total, o manual foi composto por 38 ilustrações, sendo 23 destas desenhadas utilizando imagens já publicadas como modelo. As fontes bibliográficas dos modelos utilizados para a criação das novas ilustrações foram citadas ao final do manual.

Etapa 5: Diagramação

Com as ilustrações em mão, se procedeu a formatação e configuração das páginas. Para esta etapa, também foi contratado profissional especializado, o qual utilizou ferramentas do programa *CorelDraw 15.0* para realizar a diagramação. O manual foi formatado de forma a conter um número de páginas múltiplo de quatro, visto que, em sua versão impressa, seriam utilizados frente e verso das folhas.

A diagramação do manual seguiu as recomendações da Norma nº 6029 (ABNT, 2006), sendo organizado da seguinte maneira (Fluxograma 2):

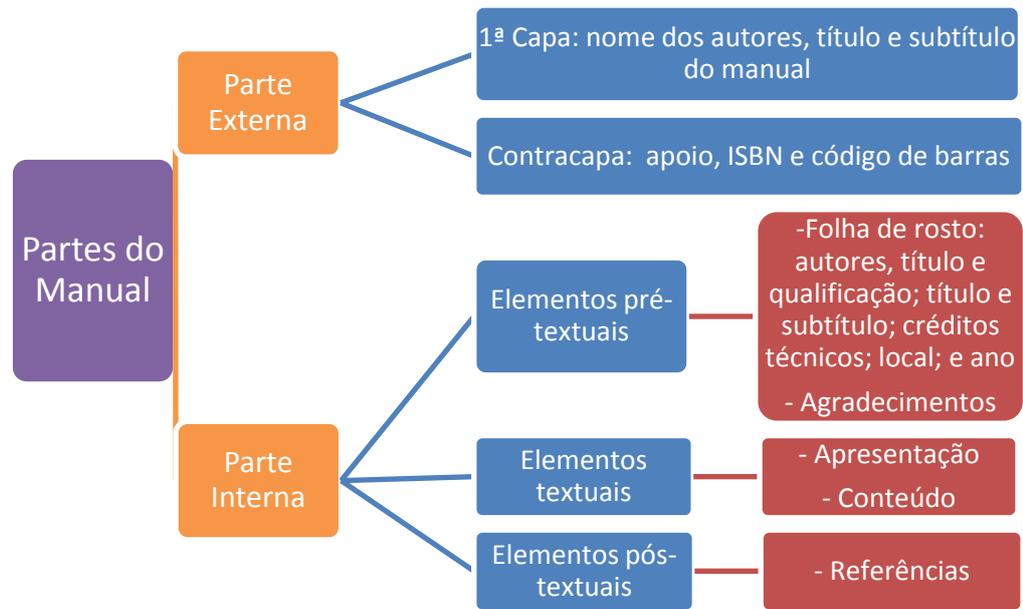


Figura 2- Esquema representativo das partes que compõem o manual educativo, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.

Neste manual, a capa foi composta pelo título e subtítulo da publicação (Preparando-se para acompanhar o parto normal: o que é importante saber?), instituição vinculada ao desenvolvimento do material (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará) e nome das autoras. Na contracapa foi impresso o brasão da instituição supracitada e o *International Standard Book Number* (ISBN) do manual acompanhado de seu código de barras.

Na folha de rosto foram colocadas as seguintes informações: nome dos autores e suas respectivas instituições, local e ano de publicação, créditos técnicos (ilustrações e diagramação) e agradecimentos.

O manual em questão é composto por 36 páginas. Todas as páginas do manual foram contadas sequencialmente, no entanto, a numeração em algarismos arábicos somente passou a ser registrada a partir da primeira página textual, em sua margem inferior.

Quanto à apresentação, o título interno utilizado foi “Manual educativo para acompanhantes durante o trabalho de parto e parto”, destacado com recurso gráfico diferente daquele utilizado no restante da página e, as páginas que se encontram, possuem *layout* com cores iguais.

4.2.2 Fase 2: validação do manual

Após a construção do manual, foi realizada a validação de aparência e conteúdo. A validade de aparência pode ser considerada como uma forma subjetiva de validar um instrumento/estratégia, consistindo no julgamento quanto à clareza e compreensão. Na validade de conteúdo, verifica-se o quanto os conceitos estão representados de maneira adequada e se estes conseguem capturar todo o domínio do conteúdo (WILLIAMSON, 1981; POLIT; BECK, 2011).

Para a realização desta validação, foi realizada consulta aos profissionais de saúde especialistas em uma (ou mais) das áreas de interesse: saúde da mulher; obstetrícia; tecnologia em saúde; e/ou validação de instrumentos na área de interesse.

Etapa 6: Consulta a especialistas na área de interesse

Para a seleção dos *experts*, Pasquali (1997) ressalta que o número de seis especialistas (*experts*) é o recomendável para processos de validação. Lynn (1986) refere que é necessário um mínimo de três especialistas (*experts*), sendo considerado dispensável um número superior a dez. Vale ressaltar que uma quantidade ímpar de especialistas (*experts*) evita empate de opiniões (VIANNA, 1982).

Para o presente estudo, optou-se por seguir as considerações de Pasquali (1997) e Vianna (1982), de forma que foram captados nove especialistas, no período de setembro de 2011. Destaca-se a dificuldade de captação de especialistas competentes para a avaliação do manual educativo. Vinte e cinco profissionais foram convidados a participar do estudo (dois assistentes sociais, um fisioterapeuta, um psicólogo e vinte e um enfermeiros), destes, dezenove enfermeiros e um fisioterapeuta aceitaram, tendo apenas nove enfermeiros respondido ao questionário que lhes foi encaminhado.

Os especialistas foram selecionados por meio da amostragem bola de neve, na qual ao identificar um sujeito que se encaixa nos critérios de elegibilidade necessários para participar do estudo, é solicitado ao mesmo que sugira outros participantes (POLIT; BECK, 2011). Após a indicação, foi realizada consulta ao *Currículo Lattes* para verificar a adequação do especialista aos critérios de seleção para esse estudo.

Os especialistas foram escolhidos segundo os critérios adaptados de Barbosa (2008), Lopes (2009) e Freitas (2010), sendo os especialistas selecionados ao atingirem 05 pontos de acordo com os quesitos a seguir:

Quadro 1 – Critérios de seleção para especialistas em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2010.

ESPECIALISTA	PONTUAÇÃO
Tese ou dissertação na área de interesse*	2 pontos/trabalho
Monografia de graduação ou especialização na área de interesse*	1 ponto/trabalho
Participação em grupos/projetos na área de interesse*	1 ponto
Experiência docente na área de interesse*	0,5 ponto/ano
Atuação prática na área de interesse*	0,5 ponto/ano
Orientação de trabalhos na área de interesse*	0,5 ponto/trabalho
Autoria em dois trabalhos da área de interesse* publicados em periódicos	0,25 ponto/trabalho
Participação em bancas avaliadoras de trabalhos na área de interesse*	0,25 ponto/trabalho

*Área de interesse: saúde da mulher; obstetrícia; tecnologia em saúde; validação de instrumentos.

Aqueles profissionais que preencheram os critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo conforme Procedimento Operacional Padrão (POP) nº 01 (Apêndice A). Foi enviada Carta Convite (Apêndice B), via e-mail, a qual trouxe os objetivos de pesquisa. Após aceitação, foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), para que fosse realizada sua anuência.

Após anuência do TCLE, foi enviado questionário de avaliação (Apêndice D) e cópia do manual. Aos juízes, foram dadas as seguintes instruções:

1. Por favor, leia minuciosamente o manual;
2. Em seguida, solicito que analise o instrumento educativo, assinalando um “X” em um dos números que estão na frente de cada afirmação;
3. Dê sua opinião de acordo com a afirmativa que melhor represente sua opinião acerca das variáveis, na qual 1. Inadequado; 2. Parcialmente adequado; 3. Adequado; 4. Totalmente adequado; e NA. Não se aplica;
4. Para as opções 1 e 2, descreva o motivo pelo qual considerou esse item no espaço destinado após as variáveis;
5. Caso julgue necessário, inclua comentários e/ou sugestões. Elas serão importantes para a construção deste instrumento que está sob sua avaliação;

6. Solicito a gentileza de devolver o questionário via e-mail ou correio no prazo de 15 dias, de modo a permitir que a pesquisadora cumpra com o cronograma previamente estabelecido para o desenvolvimento deste estudo.

Etapa 7: Consulta ao público-alvo

Para consulta ao público-alvo, foram captados onze acompanhantes de gestantes conforme orientações do POP N°02 (Apêndice E).

Para isso, foi registrado o contato de telefone de 30 gestantes que realizavam acompanhamento pré-natal no Centro de Parto Natural Lygia Barros – CPN no período da coleta de dados (outubro de 2011). A escolha desta Instituição se justifica pelo fato de atender gestante de baixo risco gestacional que, via de regra, evolui para o parto vaginal - forma de parto que permite a presença e participação ativa do acompanhante.

Por telefone, foram contatadas 30 gestantes, as quais foram solicitadas a enviar um acompanhante para participar da pesquisa e da intervenção educativa para aplicação do manual em questão. Foram realizadas duas sessões educativas, tendo quatro acompanhantes participado da primeira e sete da segunda, totalizando onze avaliadores. Considerando as recomendações de Pasquali (1998) e Vianna (1982), é um número aceitável de avaliadores.

Na estratégia educativa, primeiramente, foi colocado o objetivo do manual educativo e a importância da avaliação dos acompanhantes para a melhoria do material. Foi realizada a leitura do TCLE (Apêndice F) e solicitado que os acompanhantes realizassem a anuência do mesmo. Logo após, foi realizada a leitura Carta de Apresentação (Apêndice G), que aborda as instruções de como deveria ser realizada a avaliação do manual. Depois disso, procedeu-se à leitura conjunta do manual educativo. Após a leitura do manual, foi solicitado aos acompanhantes o preenchimento do Questionário (Apêndice H) para avaliação do manual.

4.2.2.1 Instrumentos de Coleta de Dados

Para a coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos: o primeiro, direcionado aos especialistas e o segundo, direcionado ao público-alvo.

O primeiro instrumento, direcionado aos especialistas, foi adaptado do instrumento utilizado por Oliveira (2006), utilizado na validação de manual educativo para o autocuidado da mulher na reabilitação da mastectomia. O instrumento é dividido em duas partes (Apêndice D): a primeira contém informações sobre o avaliador/especialista (titulação, tempo de formação, tempo de atuação na área e produção científica); a segunda contém itens avaliativos do manual (objetivos, estrutura, apresentação e relevância da estratégia implementada).

Nos dois instrumentos, as respostas às questões foram apresentadas sob a forma de escala tipo Likert, onde: 1. Inadequado; 2. Parcialmente adequado; 3. Adequado; 4. Totalmente adequado; e NA (Não se aplica).

O segundo instrumento (Apêndice H), direcionado ao público-alvo foi adaptado do instrumento utilizado por Gonçalves (2007). O instrumento é dividido em duas partes: a primeira contém itens de caracterização dos sujeitos; e a segunda traz os itens avaliativos do manual (objetivos, organização, estilo da escrita, aparência e motivação do material educativo).

4.2.2.2 Interpretação e Análise dos Dados

Análise dos dados obtidos através dos juízes

Para a validação do manual educativo, foram utilizadas duas estratégias para a validação dos itens.

A primeira, adaptada aos critérios utilizados por Lopes (2009) e Freitas (2010), considera validado um determinado item, quando o mesmo obtém a classificação de “4=Totalmente Adequado” por pelo menos metade mais um do número de especialistas e os outros especialistas não o consideraram “Totalmente Inadequado”. O item também é considerado validado quando os especialistas o considera “2=Parcialmente Adequado” ou “1=Inadequado”, mas apresenta sugestões de melhoria e estas são implementadas.

Além desses quesitos, o item deveria apresentar Índice de Validade de Conteúdo (IVC) maior ou igual a 0,78. O IVC mede a proporção de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Esse método emprega a utilização de escala tipo Likert com pontuação de um a quatro. O escore do índice é calculado por meio da soma de concordância dos

itens que foram marcados como “3” ou “4” pelos especialistas, dividida pelo número total de respostas. Os itens que receberem pontuação “1” ou “2” devem ser revisados, como proposto anteriormente (GRANT; DAVIS, 1997). Como o manual foi avaliado por mais de seis especialistas, a literatura recomenda ponto de corte superior a 0,78 (LYNN, 1986; POLIT; BECK, 2006).

Para avaliar o manual como um todo, utilizou-se uma das formas de cálculo recomendada por Polit e Beck (2006), na qual é somatório de todos os IVC calculados separadamente é dividido pelo número de itens do instrumento.

Os dados contidos nos formulários preenchidos pelos especialistas e as observações sugeridas e acatadas foram compiladas em quadros.

Análise dos dados obtidos através do público-alvo

Foram considerados validados os itens que tiverem nível de concordância mínimo de 75% nas respostas positivas. Os itens com índice de concordância menor que 75% foram considerados dignos de alteração.

Para a análise das respostas à questão “De um modo geral, o que você achou do manual?” utilizou-se a metodologia de análise de conteúdo proposta por Bardin (2007). As respostas originaram cinco categorias de análise, de acordo com a similaridade dos elementos apresentados nas falas: esclarecedor, interessante, adequado, importante e explicativo.

Etapa 8: Adequação do manual às sugestões dos especialistas e público-alvo

Tendo em mão as sugestões feitas pelos especialistas e por representantes do público-alvo, seguiu-se as instruções contidas no POP N°03 (Apêndice I): registro das sugestões; separação das sugestões inerentes a legibilidade e ilustrações; adequação da linguagem; e contratação de profissional especializado para adequação das ilustrações e posterior diagramação, conforme necessidade.

Etapa 9: Revisão de português

Após a realização de todas as etapas supracitadas, incluindo a adequação do manual às sugestões dos especialistas e representantes do público-alvo, o manual foi encaminhado à revisão de português junto ao profissional especializado.

Etapa 10: Avaliação do Índice de Legibilidade (IL)

Após a realização da revisão de português, foi avaliado o IL, que se refere ao grau de escolaridade exigido do leitor para que este possa compreender determinada passagem da escrita.

A maioria dos IL toma como base as variáveis: dificuldade da palavra e a extensão da sentença, pois segundo os autores, quanto maior o número de palavras e a extensão da sentença, maior a dificuldade de leitura (MOREIRA; SILVA, 2005). Flesch (2001) explica que sentenças de grande extensão, provavelmente, terão mais orações subordinadas e orações preposicionadas, exigindo mais esforço mental do leitor.

O IL proposto por Flesch (2001) foi adaptado para o português e resultou na determinação de quatro níveis (NUNES; OLIVEIRA JÚNIOR, 2000):

Quadro 2 – Interpretação dos valores obtidos com Índice de Legibilidade de Flesch (ILF) (adaptação para textos em português)

ILF%	Dificuldade de Leitura	Escolaridade Aproximada
75-100	Muito Fácil	Até o 4º ano
50-75	Fácil	Até o 8º ano
25-50	Difícil	Ensino Médio ou Universitário
0-25	Muito Difícil	Áreas acadêmicas específicas

Para a avaliação do ILF, foi utilizado o Revisor Gramatical Automático para o Português – ReGra, programa desenvolvido por uma equipe de linguistas e profissionais da área de computação do Núcleo Interinstitucional de Linguística Computacional (NILC) da

Escola de Engenharia de São Carlos – USP, que está incluso nas versões do Microsoft Office 2000/2003. O ReGra identifica a estrutura sintática da sentença; sua pretensão não é entender, mas sim extrair e oferecer opções gramaticais corretas de construção (NUNES; OLIVEIRA JÚNIOR, 200).

O ILF aceitável para o manual foi de 50 a 100%, permitindo uma leitura fácil/muito fácil. Dessa forma, após a elaboração textual do manual, foi realizada a medida do ILF de cada tópico. Caso a medida fosse inferior a 50, o tópico seria reelaborado, procurando-se reduzir as frases e substituir palavras.

4.2.3 Fase 3: disponibilização do manual

Etapa 11: Encaminhamento à gráfica para impressão

Por fim, o manual educativo construído e validado (Apêndice J) foi encaminhado à gráfica para impressão de cinquenta exemplares.

4.3 Aspectos éticos do estudo

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sendo aprovado de acordo com o protocolo N°67/2011 (Anexo A). Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foi garantido sigilo sobre todas as informações coletadas, sendo assegurado o anonimato dos participantes, segundo as normas da Resolução N°196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde para pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fase 1 – Construção do manual educativo

A assistência de enfermagem à parturiente constitui algo complexo, exigindo uma gama de competências que vão desde o conhecimento do manejo de patologias e situações de risco até a prestação de apoio físico e emocional. Além disso, o enfermeiro tem um papel educador, na instrução e esclarecimento de dúvidas da mulher e seu acompanhante.

A satisfação das mulheres frente ao parto está relacionada à quantidade e à qualidade do apoio prestado, à qualidade das relações com os cuidadores e ao envolvimento da parturiente na tomada de decisões (HODNETT, 2002). Dessa forma, quanto melhor instruído o acompanhante, maior a amplitude do apoio prestado à parturiente.

Foi pensando na necessidade de ampliação do saber dos acompanhantes quanto ao apoio à parturiente que se teve a idéia de apresentar estas informações, de maneira simples e criativa, através de um manual educativo.

Dentro das estratégias educativas, a comunicação em saúde tem papel de destaque. Comunicação em saúde é o estudo e o uso de métodos para informar e influenciar as decisões individuais e coletivas que melhoram a saúde. A eficácia dos programas de educação em saúde depende da correta comunicação da mensagem assim como da base científica da mesma, e deve estar relacionada com a credibilidade da fonte e com o uso de canais familiares, para alcance do público-alvo (FREIMUTH; LINNAN; POTTER, 2000).

A comunicação em saúde pode se dar, dentre outras formas, através de material impresso. Quando bem elaborado, esse tipo de material facilita a aquisição, o aproveitamento e o aprofundamento dos conhecimentos, no processo de domínio de habilidades e de tomada de decisão (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003). A informação sobre o que fazer e como fazer é direito de todos os acompanhantes, devendo ser promovida pelos profissionais de saúde atuantes em obstetrícia.

Deve-se considerar a quantidade e o tipo de informações que o consumidor quer ou necessita para se sentir informado, lembrando que a tomada de decisões depende também de experiências prévias, valores, crenças, medos e informações obtidas de outras fontes (HOREY; WEAVER; RUSSEL, 2004). Destarte, garantir informação ao acompanhante quanto as formas de apoio durante o parto não garante a sua realização, mas, por outro lado, para alguns acompanhantes, as informações transmitidas podem se multiplicar ao unir-se a

experiências e conhecimentos prévios, favorecendo a prestação do apoio.

A seguir, serão apresentadas as etapas referentes à construção do manual educativo.

Etapa 1: Levantamento do conteúdo

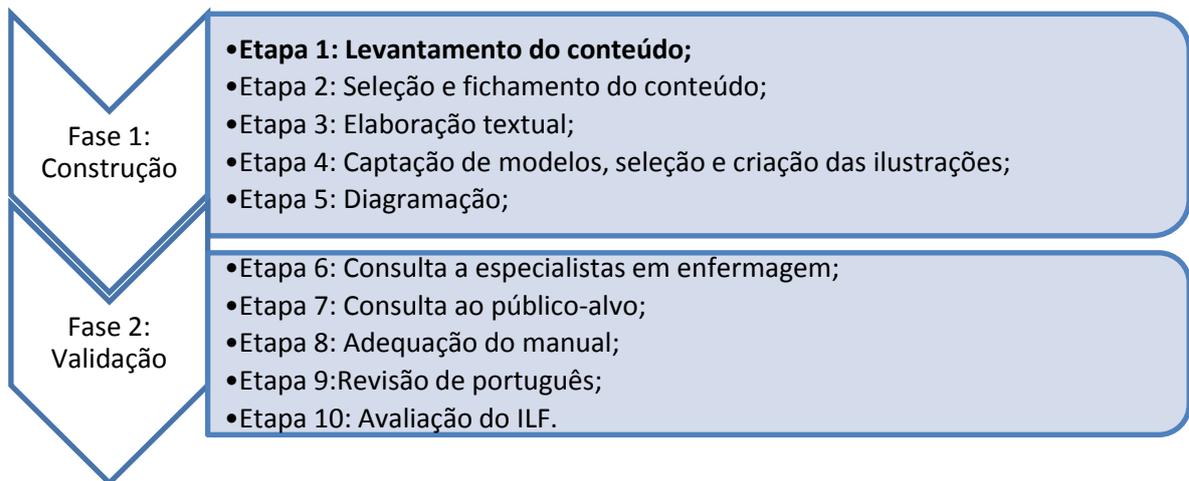


Figura 3- Etapas a serem seguidas no desenvolvimento do manual, com destaque para a Etapa 1, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.

A primeira etapa do processo de construção do manual correspondeu ao levantamento de conteúdo. Foi realizada consulta a livros de obstetrícia, manuais técnicos do Ministério da Saúde, *websites* de Organizações Não Governamentais (ONGs) e artigos científicos a fim de selecionar os conteúdos referentes às seguintes temáticas: mecanismo de parto, parto humanizado, alívio da dor no parto vaginal e acompanhante no parto.

Foram consultados 12 artigos científicos, cinco dissertações do Banco de Teses da Capes, 12 livros-textos, cinco manuais do Ministério da Saúde e três *websites* de Organizações Não Governamentais (ONGs). A busca desse material foi guiada por uma ou mais das seguintes expressões: mecanismo de parto, parto humanizado, alívio da dor no parto vaginal e acompanhante no parto.

Trabalhos educativos que não se preocupam em averiguar o conhecimento que os indivíduos possuem sobre determinado fenômeno são vistos como obsoletos e equivocados, podendo não atingir o fim proposto, sendo o processo de aquisição de conhecimento prejudicado, não se dando de modo eficaz (GAZZINELLI; GAZINELLI; REIS *et al.*, 2005).

Dessa forma, após a leitura do material supracitado, considerou-se importante investigar o conhecimento dos acompanhantes sobre as técnicas de apoio durante o parto.

Referente as técnicas de apoio, os acompanhantes já ouviram falar em: ambiente silencioso e privativo (42; 67,7%); iluminação adequada (20; 32,3%); posicionamento para alívio da dor (31; 50,0%); exercícios de mobilidade pélvica (47; 75,8%); exercícios de respiração (42; 67,7%); uso da água (27; 43,5%); e técnicas de massagem (25; 40,3%). Apesar de ter conhecimento dessas técnicas, as atividades de apoio realizadas durante o parto se restringiram a: presença constante (62;100,0%); palavras de encorajamento (51; 82,3%); toque (43; 69,4%); e massagens (36; 58,1%). Em relação aos seus direitos e deveres, apenas 25 (40,3%) acompanhantes entrevistados se disseram serem sabedores².

Durante o período de parto, 6 (9,7%) acompanhantes tiveram dúvidas quanto às fases do parto, tendo estas recaído sobre: retirada da placenta e não compreensão do processo de parto. Alguns procedimentos realizados durante o parto também despertaram dúvidas em 9 (14,5%) acompanhantes: amniotomia, administração de medicamentos e cuidados iniciais com o recém-nascido³.

Etapa 2: Seleção do conteúdo de acordo com as demandas dos acompanhantes

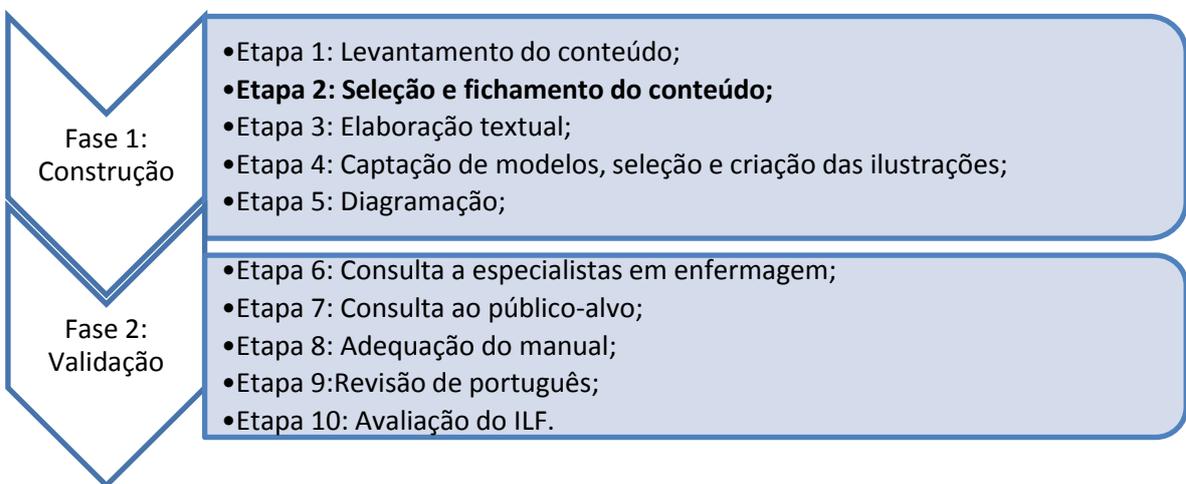


Figura 4- Etapas a serem seguidas no desenvolvimento do manual, com destaque para a Etapa 2, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.

A partir do diagnóstico situacional e do levantamento bibliográfico, foram selecionados e fichados os assuntos trazidos nas seguintes referências (Quadro 3).

² Estudo realizado pela pesquisadora junto a 62 acompanhantes que presenciaram o parto. Fortaleza, 2010. Dados não publicados.

³ Idem, Fortaleza, 2010. Dados não publicados.

Quadro 3 – Fontes de referências utilizadas para o embasamento teórico do manual educativo “Preparando-se para acompanhar o parto normal: o que é importante saber?”, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.

Fonte	Referência
Livros	BALASKAS, 1993; BARROS, 2009; BASILE; PINHEIRO; MIYASHITA, 2007; BRANDEN, 2000; CARVALHO, 2007; ENKIN <i>et al.</i> , 2005; FIGUEIREDO, 2005; FREITAS, 2006; LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002; MONTENEGRO; REZENDE, 2008; ORSHAN, 2010; RICCI, 2008.
Manuais	ARAÚJO <i>et al.</i> , 1992; CEARÁ, 2000; OMS, 1985; OMS, 1996; OMS, 2005.
Websites	BRASIL, 2006; MAYO foundation form medical education and research; Reflexologia Brasília.
Artigos científicos	HODNETT, 2002; HODNETT, 2003; HODNETT, 2010; SMITH; COLLINS; CYNA; CROWTHER, 2006; MOORE; ANDERSON; BERGMAN, 2007; LAWRENCE <i>et al.</i> , 2009; SINGATA; TRANMER; GYTE GILLIAN, 2010; DAVIM; TORRES; MAZONI; FARIA; MANFREDO, 2009; DAVIM, <i>et al.</i> , 2009; NASCIMENTO <i>et al.</i> , 2010; GILLILAND, 2011; DELGADO-GARCÍA <i>et al.</i> , 2011.
Dissertações	LOPES, 2007; MAMEDE, 2005; RODRÍGUEZ, 2007; SILVA, 2010; NASCIMENTO, 2010
Outros (Leis, cartazes, folders).	BRASIL, 2005; JICA; UFC/MEAC, 2011.

Após o fichamento das referências supracitadas, foram construídos os tópicos que compuseram o manual: anatomia do sistema reprodutor feminino; sinais e sintomas do trabalho de parto; profissionais que assistem a parturiente; noções sobre o mecanismo de parto; o que é e o que recomenda o parto humanizado; técnicas de prestação de suporte à parturiente; posições e tipos de parto; mudanças no corpo durante o puerpério imediato; incentivo ao aleitamento materno; e noções de cidadania (direitos e deveres da mulher e do acompanhante, orientações sobre o registro de nascimento).

Etapa 3: Elaboração textual

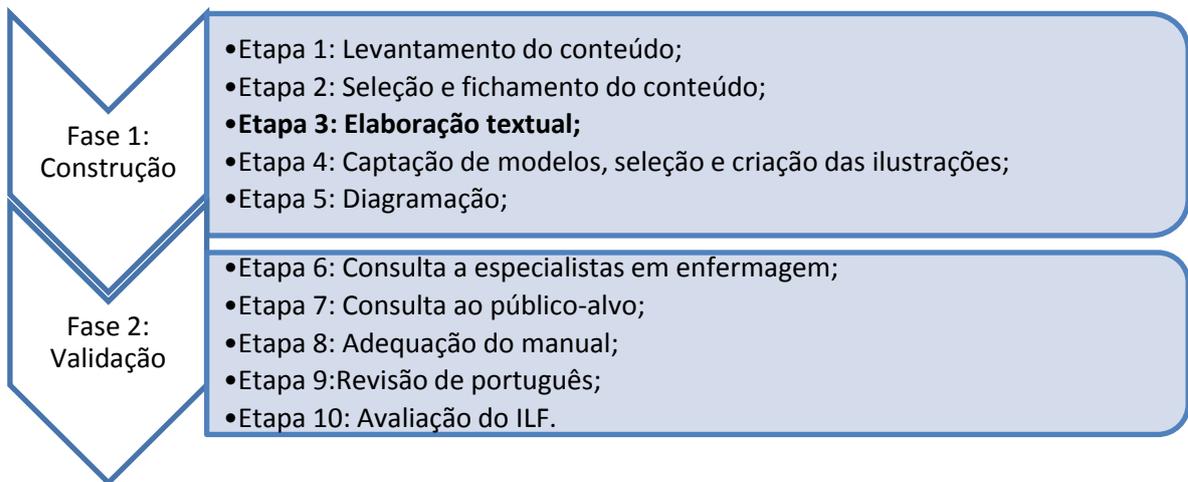


Figura 5- Etapas a serem seguidas no desenvolvimento do manual, com destaque para a Etapa 3, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.

Conhecendo o conteúdo a ser abordado e a sequência dos tópicos e subtópicos, iniciou-se a elaboração textual.

Enfatiza-se a grande dificuldade enfrentada pelas pesquisadoras em transformar a linguagem científica em linguagem popular sem comprometer a qualidade da informação, pois a área da obstetrícia traz um vocabulário técnico muito presente e peculiar. Sendo o manual uma comunicação escrita, a informação repassada deve ser clara e de fácil entendimento.

O sucesso da educação em saúde depende, sobretudo, da efetividade da comunicação entre profissional de saúde e paciente, de modo que seja estabelecido um diálogo tendo em vista a conscientização e autonomia do cliente (SOUSA, 2007).

Algumas expressões científicas necessitaram ser esclarecidas, para isso, o nome científico veio acompanhado da explicação de seu significado entre parêntese, utilizando aí uma linguagem popular. Como exemplo, tem-se: pelve (ossos da “bacia”); região pélvica (“pé da barriga”); amniotomia (rompimento da bolsa utilizando um instrumento específico), entre outros.

Para a elaboração do conteúdo, a informação fornecida deve ser clara, útil e relevante às pessoas a que são direcionadas, apresentando uma ordem lógica e progressiva (GONÇALVES, 2007). As informações foram organizadas de modo a retratar todo o percurso da mulher e de seu acompanhante, desde a preparação para ir à Maternidade até a saída da

sala de parto para o alojamento conjunto, colocando eventos ou situações com os quais eles poderiam se deparar em uma ordem cronológica.

Os textos foram escritos utilizando-se um estilo de letras simples e de fácil leitura, em tamanho 12 ou 14, ideais para leitura média de 30 centímetros de distância. As fontes utilizadas foram Arial e Futurah. Quando seis ou mais tamanhos ou tipos de fontes diferentes são utilizadas em uma página, pode confundir o leitor e deixar o foco incerto. Os pontos principais do texto devem ser ressaltados com negrito, tipo de fonte, tamanho e/ou cores diferentes (DOAK *et al.*, 1996).

A Figura 6 mostra a apresentação do título, tópicos e pontos importantes dentro do manual.

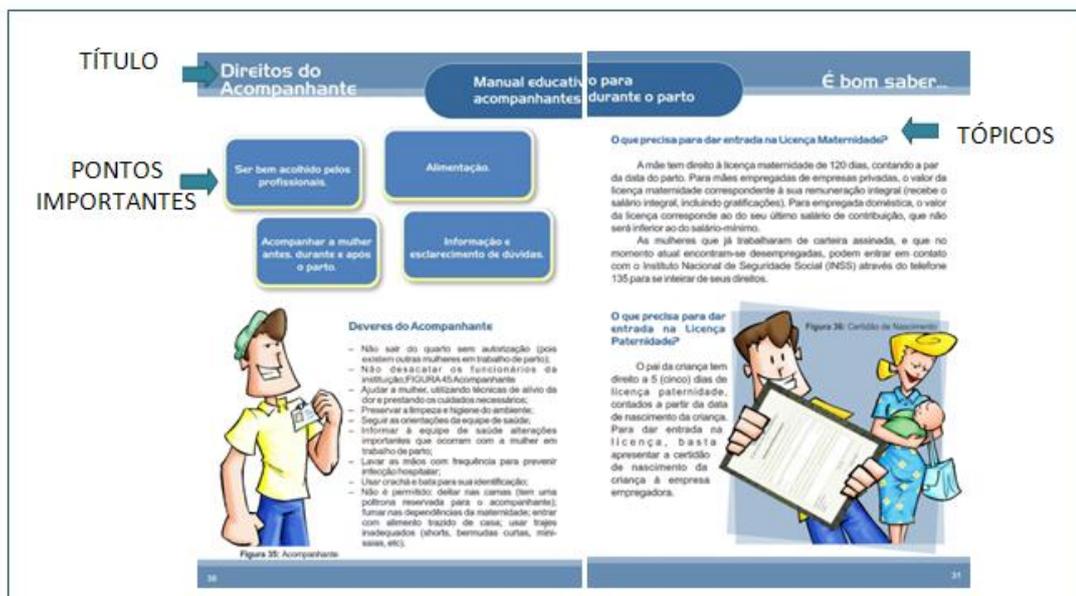


Figura 6- Forma de apresentação dos títulos, subtítulos e tópicos no manual, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.

Um material bem elaborado e uma informação de fácil entendimento melhoram o conhecimento e satisfação do cliente (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008). Nesse sentido, procurou-se trazer informações relevantes através de linguagem simples e frases curtas.

O conteúdo trazido em cada tópico do manual é descrito a seguir:

- **Apresentação:** nesse tópico, traz-se um pouco sobre o desafio de humanização do parto no Brasil, apresentando a Lei do Acompanhante (Lei nº11.108/2005) como um avanço nessa área e como um direito a ser exigido pelas mulheres e seus acompanhantes. Também é trazida a problemática da ausência de capacitações para os acompanhantes que

pretendem presenciar o parto, colocando o manual educativo como uma fonte de informações para o acompanhante prestar um melhor suporte à mulher durante o parto.

- **Conhecendo o corpo da mulher:** é abordada, de forma simples e pontual, a anatomia externa e interna dos órgãos reprodutivos da mulher. As estruturas apresentadas são: anatomia externa (uretra, períneo, ânus e intróito vaginal); e na anatomia interna (útero, vagina, ovário e colo do útero). Considerou-se importante trazer essas estruturas para que o acompanhante, ao ler o manual, tivesse um melhor entendimento de como se dá o processo de parto e intervenções realizadas pelos profissionais de saúde (a ser apresentado posteriormente).

- **Alguns dias antes do parto:** esse tópico tem como objetivo apresentar ao acompanhante algumas mudanças que podem ocorrer no corpo ou no comportamento da mulher quando esta se encontra no período de proximidade do parto. As informações apresentadas são: encaixamento do feto e aumento da pressão na região pélvica; cólica; dor na região lombar; edemas; poliúria; aumento da secreção vaginal; aumento do nível de energia; e maior facilidade para o movimento de respiração. Além disso, apresenta-se como a mulher deverá realizar a monitorização dos movimentos fetais (mobilograma).

- **A hora do parto está chegando:** o acompanhante é apresentado aos sinais e sintomas do trabalho de parto propriamente dito como perda do tampão mucoso, dinâmica das contrações uterinas, rompimento da bolsa das águas e dilatação do colo uterino.

- **“Quando a gestante deve ir à maternidade?”:** é conferido destaque ao momento correto da gestante e seu acompanhante procurar a Maternidade e a documentação necessária.

- **Chegada á Maternidade:** teve-se a preocupação de apresentar ao acompanhante o significado de termos comumente empregados nas Maternidades como “parturiente”, “puérpera” e “feto”. Além disso, foi exposta a função de cada profissional de saúde que poderá estar presente na sala de parto: médico obstetra, enfermeiro, técnico de enfermagem e doula.

- **Entendendo o trabalho de parto:** apresenta-se o parto propriamente dito: como se dá a descida do feto do útero à vagina, o corte do cordão umbilical e a saída da placenta. É enfatizada a importância do contato pele a pele entre a mãe e o recém nascido e a amamentação precoce.

- **Na hora do parto:** esse tópico foi elaborado intencionando o suporte informacional a ser prestado pelo acompanhante. Coloca-se a frequência e a intensidade das contrações uterinas no início e ao final do trabalho de parto, isso é importante para que o acompanhante reconheça em qual fase do parto (inicial ou não) a mulher se encontra. Também são apresentadas informações sobre o uso da ocitocina, como uma droga utilizada para acelerar o trabalho de parto que evolui de forma lenta.

- **Parto humanizado:** são apresentadas informações que caracterizam (ou não) o parto humanizado. Como características do parto humanizado, apresenta-se: presença de um acompanhante durante o parto; livre movimentação e estímulo a posições não deitadas; salas de partos individuais; contato pele a pele entre mãe e recém nascido logo após o parto; incentivo à amamentação precoce. Como características que não favorecem o parto humanizado, expõe-se: realização de lavagem intestinal; raspagem dos pêlos pubianos; violência verbal; utilização indiscriminada de ocitocina; jejum absoluto durante o parto; parto na posição deitada; separação da mãe e do bebê logo após o parto; e realização de toques vaginais repetitivos e sem indicação.

- **Alívio da dor no parto:** nesse tópico são apresentadas algumas técnicas de alívio da dor, como devem ser realizadas e quais os benefícios destas para a parturiente. As técnicas apresentadas são: relaxamento; hidroterapia; acupressão; contrapressão; compressas (mornas e frias); concentração da atenção e imaginação; massagem; técnica de respiração; caminhada; ficar de pé e inclinar-se; dança lenta; sentar-se com as costas retas; utilização do cavalinho; balançar-se em uma cadeira; ficar de pé em frente a uma cadeira; de quatro sobre as mãos e joelhos; ajoelhar-se inclinando para frente; agachada; deitar-se de lado esquerdo; pêndulo; utilização da bola de ginástica e requebrar). Também são apresentadas algumas formas de apoio emocional que podem ser utilizadas pelo acompanhante (apoio contínuo, contato visual, dividir experiências positivas, rezar ou orar, tocar e segurar na mão, incentivar e elogiar).

Além de inserir informações de como realizar as técnicas supracitadas, teve-se o cuidado de descrever os benefícios dessas técnicas para a parturiente, incentivando o acompanhante a realizá-las. No desenvolvimento de um material educativo deve constar tanto o tema principal a ser informado quanto suas recomendações, argumentando a importância ou vantagem daquilo que está sendo colocado (MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003).

- **Suporte de informações:** o acompanhante, quando bem informado, poderá ser um esclarecedor de dúvidas da parturiente (suporte informacional). Nesse tópico são apresentadas informações como: posições de parto, episiotomia, episiorrafia, e tipos de parto (fórceps, vaginal e cesáreo).

- **Depois do parto:** nesse tópico é apresentada a definição de puerpério (“resguardo”) e quais mudanças ocorrerão no corpo da mulher nesse período. Também é apresentado o termo Alojamento Conjunto e a importância deste ambiente para a promoção do aleitamento materno.

No tocante à cidadania, o manual contemplou os conteúdos a seguir.

- **Direitos da mulher:** ter acompanhante; ingerir água e alimentos de cor clara; escolher o local e posição do parto; liberdade de movimentação durante o trabalho de parto; recebimento de informações e esclarecimento de dúvidas; ambiente silencioso e privativo; e atenção humanizada.

- **Direitos do acompanhante:** ser bem acolhido pelos profissionais; receber alimentação; acompanhar a mulher antes, durante e após o parto; receber informações e ter suas dúvidas esclarecidas.

- **Deveres do acompanhante:** não sair do quarto sem autorização; não desacatar os funcionários; ajudar a parturiente; preservar a limpeza e higiene do ambiente; seguir as orientações da equipe de saúde; lavar as mãos sempre que necessário; usar crachá e bata de identificação.

- **Noções de cidadania:** como e quando solicitar a licença maternidade; a licença paternidade; e realizar o registro de nascimento.

Após a elaboração textual, procedeu-se à ilustração do manual educativo.

Etapa 4: Captação de modelos, seleção e criação das ilustrações

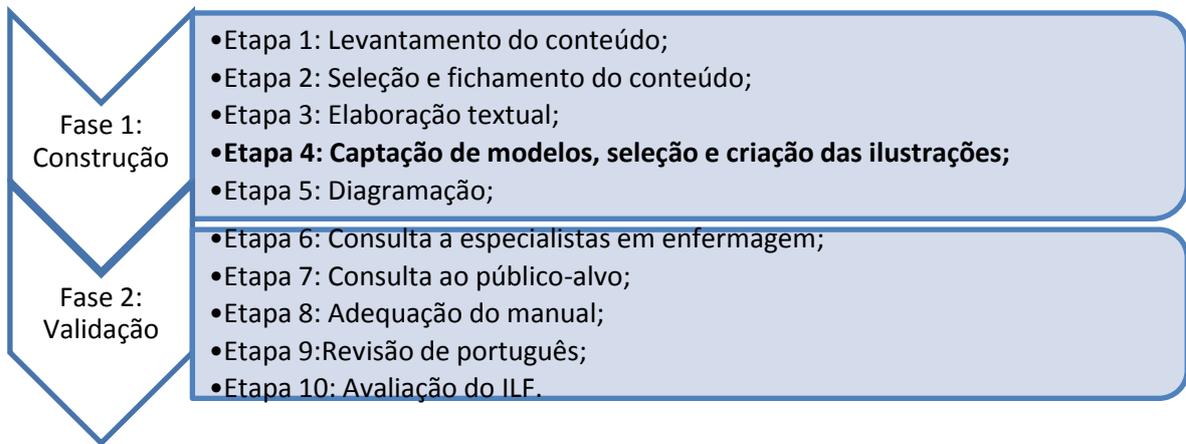


Figura 7- Etapas a serem seguidas no desenvolvimento do manual, com destaque para a Etapa 4, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.

O manual foi composto por 38 ilustrações, destas, 23 foram redesenhadas utilizando desenhos publicados como modelo. Como exposto na metodologia, inicialmente as ilustrações foram desenhadas a mão livre e finalizadas utilizando caneta nanquim e coloridas a o programa *Photoshop 12.0*.

O quadro 4 apresenta a sequência das ilustrações utilizadas no manual que foram criadas a partir de ilustrações anteriores publicadas em referências bibliográficas.

Quadro 4 – Ilustrações elaboradas a partir de figuras publicadas em referências bibliográficas e posteriormente utilizadas no manual, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.

Ilustração	Objetivo	Referência utilizada
Anatomia externa da região íntima da mulher	Apresentar as estruturas: uretra, vagina, períneo e ânus	FIGUEIREDO, 2005
Órgãos do sistema reprodutor da mulher	Apresentar as estruturas: vagina, útero, ovário e colo do útero	BRASIL, 2006
Encaixamento do feto na pelve	Permitir ao acompanhante visualizar a apresentação do feto	MONTENEGRO; REZENDE, 2008
Rompimento da bolsa das águas	Demonstrar como a mulher percebe o rompimento da bolsa das águas.	OMS, 2005
Processo de dilatação do colo uterino	Visualizar como acontece o processo de dilatação do colo uterino e como ele influencia na hora do parto.	LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002
Processo de parto	Compreender a sequência de eventos do parto: rompimento da bolsa das águas; passagem do feto pela vagina; nascimento do feto; e saída da placenta.	LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002
Banho de chuveiro	Demonstrar a técnica.	JICA
Acupressão	Demonstrar a técnica.	Reflexologia Brasília
Técnicas de massagem	Demonstrar as técnicas de massagem nos ombros e na região sacra.	CEARÁ, 2000
Caminhada	Demonstrar a técnica.	CEARÁ, 2000
Ficar em pé e inclinar-se	Demonstrar a técnica.	JICA
Dança lenta	Demonstrar a técnica.	MAYO, 2007
Sentada com costas retas	Demonstrar a técnica.	JICA
Utilização do cavalinho	Demonstrar a técnica.	CEARÁ, 2000
Balanço em uma cadeira	Demonstrar a técnica.	MAYO, 2007
De pé em frente a uma cadeira	Demonstrar a técnica.	MAYO, 2007
De quatro, sobre mãos e joelhos	Demonstrar a técnica.	JICA
Ajoelhar-se e inclinar-se sobre uma bola	Demonstrar a técnica.	MAYO, 2007
De cócoras	Demonstrar a técnica.	MAYO, 2007
Requebra	Demonstrar a técnica.	BIO
Posições de parto	Demonstrar as posições de parto: deitada, sentada e de cócoras.	ARAÚJO <i>et al.</i> , 1992
Episiotomia/episiorrafia	Demonstrar como acontece o corte e sutura na região perineal.	MONTENEGRO; REZENDE, 2008
Parto fórceps	Apresentar como se dá o parto fórceps.	MONTENEGRO; REZENDE, 2008

Além disso, foram criadas 15 ilustrações, de acordo com o contexto e informações trazidas no manual (Quadro 5).

Quadro 5 – Ilustrações elaboradas a partir de informações trazidas no manual, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.

Ilustração	Objetivo
Mulher e acompanhante	Ilustrar a capa do manual.
Tampão mucoso	Apresentar a localização do tampão mucoso.
Contrações uterinas.	Representar a mulher ao perceber as contração uterinas que indicam início do trabalho de parto.
Mulher e acompanhante se preparando para ir à Maternidade	Ilustrar o tópico “Quando a gestante deve ir à maternidade?”
Médico	Ilustrar o tópico “Profissionais presentes na sala de parto”.
Técnico de Enfermagem	Ilustrar o tópico “Profissionais presentes na sala de parto”.
Enfermeiro auxiliando na saída do feto	Apresentar o enfermeiro como profissional atuante na sala de parto e na realização do parto normal sem complicações.
Contrapressão	Demonstrar a técnica.
Deitar-se de lado esquerdo	Demonstrar a técnica.
Pêndulo	Demonstrar a técnica.
Utilizando a bola de ginástica.	Demonstrar a técnica.
Parto cesáreo	Apresentar como se dá o parto cesáreo.
Amamentação	Ilustrar o tópico “Depois do parto” e incentivar a prática do aleitamento materno na primeira hora de vida.
Acompanhante	Ilustrar o tópico “Direitos e deveres do acompanhante”.
Certidão de nascimento	Incentivar a realização do registro da criança no dia seguinte ao nascimento.

As ilustrações ajudam na compreensão do texto, pois contribuem para a memorização dos assuntos, interferem no imaginário e incentivam a leitura. Estudo realizado junto a 115 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para avaliação de cartilha educativa mostrou que as ilustrações ajudaram na interpretação e entendimento do texto, esclarecendo-o e relacionando-o aos objetivos propostos (MARTINS, 2007). Pensando nisso, todas as ilustrações foram colocadas o mais próximo possível de seu contexto, de forma a facilitar a visualização e entendimento do texto escrito.

A imagem é um fator decisivo na atitude de ler ou não a instrução, por isso, deve ser amigável, chamar a atenção do público-alvo e retratar claramente o propósito do material (DOAK *et al.*, 1996). Quando utilizada de maneira inadequada, a imagem pode diminuir o interesse pela leitura e/ou dificultar a compreensão. Desse modo, o material torna-se

inadequado á maioria da clientela, podendo comprometer a compreensão e interferir negativamente no processo educativo (MOREIRA; SILVA, 2005).

Desenhos em linha simples podem promover realismo sem incluir detalhes indesejados. As imagens devem apresentar mensagens fundamentais visualmente, sem nenhum tipo de distração (DOAK *et al.*, 1996). Assim, procurou-se utilizar desenhos em linha simples e aproximar os personagens ao contexto real, colocando em seus semblantes expressões como: satisfação, preocupação, dor, alívio, entre outras (Figura 8).



Figura 8- Ilustrações em linha simples utilizadas no manual educativo, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.

Etapa 5: Diagramação

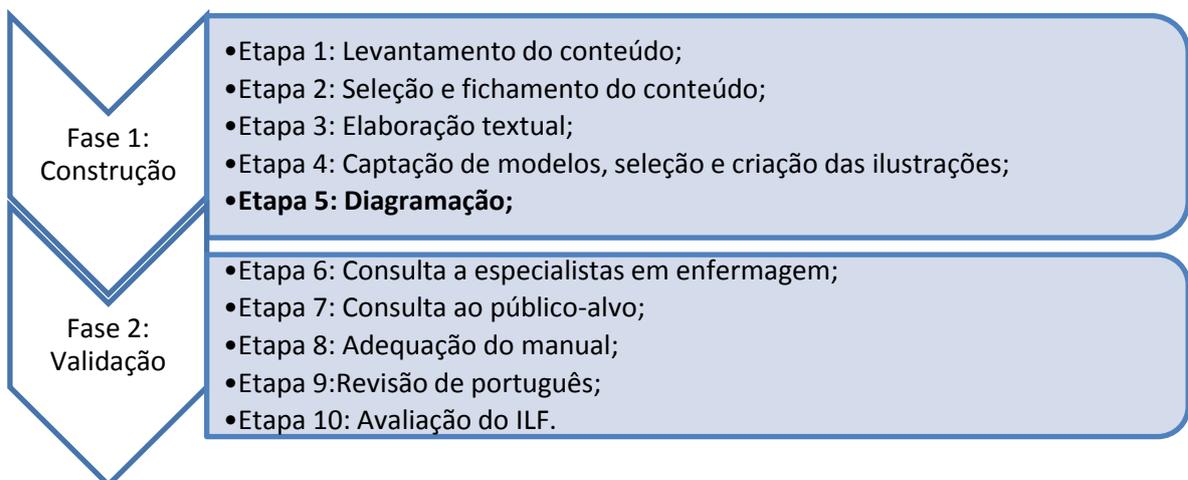


Figura 9- Etapas a serem seguidas no desenvolvimento do manual, com destaque para a Etapa 5, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.

A última etapa de construção do manual foi a diagramação que, como citado anteriormente, corresponde à organização e formatação dos tópicos e páginas.

A criatividade do educador aliada às características particulares dos diferentes recursos são elementos fundamentais para a efetividade da aprendizagem (SALES, 2008). Durante o processo de diagramação, teve-se a preocupação de manter a harmonia entre o texto e ilustrações, evitando quebras de texto e de tópicos.

A cor é um importante fator na comunicação visual gráfica, tendo um grande poder em despertar a atenção do leitor (DOAK *et al.*, 1996). Os autores também recomendam a utilização de cabeçalhos ou legendas de tópicos para informar ao leitor, sucintamente, o assunto a ser apresentado.

Segundo Corrêa (2007), a informação visual precisa estar organizada de modo confortável e compreensível para o público.

Segundo as recomendações acima citadas, optou-se pela organização do manual em cores, dessa forma, as páginas que se encontram possuem a mesma tonalidade. Além disso, para facilitar o entendimento do leitor, foram inseridos cabeçalhos contendo o tópico principal a ser abordado naquele tópico (Figura 3).



Figura 10- Ilustração representativa da diagramação utilizada no manual educativo, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.

Fase 2 – Validação do manual educativo

Etapa 6: Consulta a especialistas na área de interesse

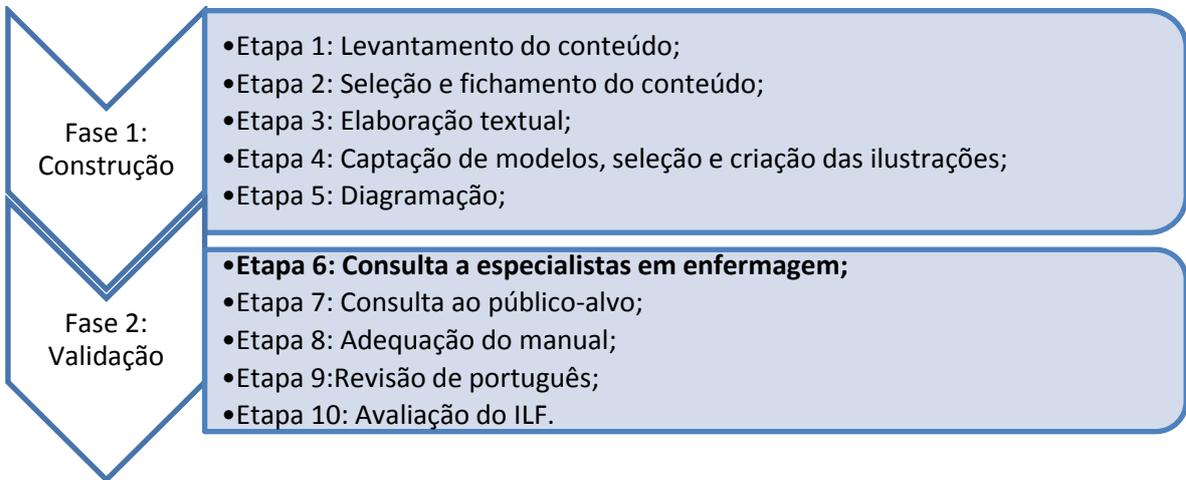


Figura 11- Etapas a serem seguidas no desenvolvimento do manual, com destaque para a Etapa 6, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.

Nesta etapa do estudo, foram selecionados os especialistas conforme os critérios anteriormente citados, e enviados os convites via e-mails no intuito de fornecer explicações sobre o trabalho e convidá-los a participar do mesmo (Apêndice B). Os avaliadores enviaram e-mail como resposta, aceitando ou recusando participar do estudo.

Aos especialistas que aceitaram participar do estudo, foi enviado um e-mail contendo o TCLE (Apêndice C), o manual educativo a ser avaliado e o instrumento de coleta de dados (Apêndice D).

O perfil dos especialistas que validaram o manual educativo é apresentado no quadro a seguir (Quadro 6).

Quadro 6– Caracterização dos especialistas que validaram o manual, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2010.

Variáveis	Especialistas
Formação	
Enfermagem	9
Área de trabalho	
Docência	6
Estudante Pós-Graduação	2
Obstetrícia	5
Instituição	
UFC	4
Faculdade Metropolitana de Fortaleza (FAMETRO)	1
Universidade de Brasília (UNB)	1
Faculdade Integrada da Grande Fortaleza (FGF)	2
Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC)	4
Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana (HDGMM)	1
Titulação	
Doutor	2
Mestre	5
Aluno de pós-graduação (mestrado)	1
Especialista em Obstetrícia	4
Publicação de pesquisa envolvendo a temática:	
Acompanhante no parto	4
Obstetrícia	6
Tecnologia	4
Saúde da mulher	9
Validação de instrumentos	1

Quanto à pontuação obtida por estes especialistas segundo os critérios pré-determinados, ressalta-se que foram alcançados de 7,0 a 116,0 pontos, fato que resultou em uma maior confiança depositada nos especialistas na avaliação do manual educativo, dada a constatada experiência dos especialistas com a temática.

Inicialmente, os especialistas avaliaram o manual educativo quanto aos seus objetivos, ou seja, metas ou fins a serem atingidos com a utilização do manual (Quadro 7).

Quadro 7 – Avaliação dos especialistas quanto os objetivos do manual, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.

	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado	Totalmente adequado	Não se aplica	IVC
1.1São coerentes com as necessidades dos acompanhantes.			3	5	1	0,88
1.2São coerentes do ponto de vista do processo de suporte intraparto.			3	6		1,0
1.3Pode circular no meio científico na área da obstetrícia.			3	6		1,0
1.4Atende aos objetivos de instituições que trabalham com o parto humanizado e inclusão do acompanhante na sala de parto.			2	7		1,0

Quanto aos objetivos do manual educativo, todos os itens foram validados, tendo estes sido classificados como “Totalmente Adequado” por mais da metade dos especialistas e apresentado IVC maior que 0,78.

Um dos especialistas colocou a inviabilidade de responder o item 1.1 (coerência dos objetivos do manual com as necessidades dos acompanhantes). O especialista alegou que este item seria melhor avaliado após a realização de um estudo piloto, com acompanhantes, no qual estes ofereçam um *feedback* acerca do manual por eles lido. Ressalta-se em consideração que, no presente estudo, o manual educativo foi construído a partir das demandas de conhecimento dos acompanhantes, identificadas em estudo paralelo.

Mesmo considerado validado, um dos especialistas sugeriu que enfatizasse, na apresentação do manual, que este deve ser utilizado, preferencialmente, no âmbito do acompanhamento pré-natal ou em cursos de preparação para o parto. Essa sugestão foi aceita e inclusa no manual

Posteriormente, foi avaliada a estrutura e apresentação do manual educativo. Isso inclui a maneira como as informações foram apresentadas, a organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação (Quadro 8).

Quadro 8 – Avaliação dos especialistas quanto a estrutura e apresentação do manual, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.

	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado	Totalmente adequado	NA	IVC
2.1O manual educativo é apropriado para a orientação de acompanhantes que pretendem se fazer presente durante o parto.			3	6		1,0
2.2As mensagens estão apresentadas de maneira clara e objetiva.			7	2		1,0
2.3As informações apresentadas estão cientificamente corretas.			3	6		1,0
2.4O material está apropriado ao nível sociocultural do público-alvo proposto.			4	5		1,0
2.5Sequência lógica do conteúdo proposto.		2	2	5		0,77
2.6As informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia.		3	4	2		0,66
2.7O estilo de redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo.		1	6	2		0,88
2.8Informações da capa, contracapa, agradecimento e/ou apresentação estão coerentes.			3	6		1,0
2.9O tamanho do título e dos tópicos está adequado.			2	7		1,0
2.10As ilustrações estão expressivas e suficientes.		1	3	5		0,88
2.11O número de páginas está adequado.			3	6		1,0

Quanto a estrutura e apresentação do manual, mais da metade dos especialistas consideraram “Totalmente Adequado” e conseqüentemente validado os seguintes itens: 2.1 Adequabilidade do manual educativo para a orientação de acompanhantes; 2.3 Respaldo científico das informações apresentadas; 2.4 Adequabilidade do material ao nível sociocultural do público-alvo; 2.8 Coerência de informações da capa e apresentação; 2.9 Adequabilidade do tamanho do título e tópicos; 2.10 Expressividade e suficiência das ilustrações; e 2.11 Adequabilidade do número de páginas. O IVC nesses itens variou entre 0,88 e 1,0 sendo, portanto, superior ao limite estabelecido de 0,78.

O aspecto gramatical do manual educativo foi considerado “Parcialmente Adequado” ou “Adequado” por mais da metade dos especialistas (Item 2.6), o que resultou em IVC de 0,66. Tal achado pode ser justificado pelo fato da versão do manual disponibilizada aos especialistas ainda não ter sido submetida à revisão de português por profissional especializado. Levando em conta que esta revisão foi realizada na Etapa 11

(conforme exposto na metodologia) e que as alterações sugeridas pelo revisor foram realizadas, considera-se o item validado.

Três itens, 2.2, 2.5 e 2.7 necessitaram adequar-se as sugestões dos especialistas para que fossem considerados validados. O primeiro questiona a clareza e objetividade das mensagens apresentadas, o segundo, a sequência lógica do conteúdo, e o terceiro, a correspondência do estilo de redação ao nível de conhecimento do público-alvo. As sugestões dos especialistas incluíram das e, o que torna validado esses itens. substituição de expressões, reelaboração de frases e inclusão de conectivos. Todas as contribuições dos especialistas foram acata

No item 2.4, quatro especialistas consideram “Adequado” o manual educativo ao nível sociocultural do público-alvo. As contribuições desses especialistas constituíram em simplificar a linguagem das informações.

Todas as sugestões realizadas pelos especialistas para a melhoria dos itens 2.2, 2.4, 2.5 e 2.7 estão sumarizadas no tópico Adequação do Manual, Quadros 11 e 12.

Tais alterações foram realizadas tendo visando facilitar a leitura e compreensão textual do manual educativo.

O item 2.3 (Respaldo científico das informações apresentadas), apesar de ser considerado totalmente adequado por mais da metade dos especialistas, foi classificado como adequado por três especialistas.

Dois especialistas questionaram a seguinte informação: “Ir à maternidade quando as contrações ficarem a cada 5 minutos”. O especialista sugeriu incluir no manual uma observação sobre o meio de transporte e o tempo estimado do percurso do domicílio à Maternidade. Isso é importante, pois, a depender do meio de transporte e do congestionamento no trânsito, o tempo do percurso pode ser aumentado.

Outro especialista questionou a informação “Após romper a bolsa, a maioria das mulheres entram em trabalho de parto dentro de 24h”. De acordo com o especialista, a mulher deveria entrar em trabalho de parto (espontâneo ou induzido) no período de 12h após o rompimento da 78i da águas. O especialista alegou o risco de infecção. No entanto, não trouxe literatura específica para justificar o questionamento. A informação trazida no manual teve como referência Orshan (2011), portanto, não foi digna de alterações.

O item expressividade e suficiência das ilustrações (2.10) foi considerado Parcialmente Adequado ou Adequado por quatro especialistas. As sugestões realizadas estão apresentadas no tópico Adequação do Manual, Quadro 13. Para a adequação das imagens, a

pesquisadora contatou profissional especializado e apresentou-lhe os pontos a serem alterados ou acrescidos nas ilustrações.

Todas as contribuições realizadas pelos especialistas foram acatadas.

O último tópico a ser avaliado pelos especialistas foi a relevância do manual educativo, ou seja, características que avaliam o grau de significação do manual educativo (Quadro 9).

Quadro 9 – Avaliação dos especialistas quanto à relevância do manual, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.

	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado	Totalmente adequado	NA	IVC
3.1 Os temas retratam aspectos-chave que devem ser reforçados.			1	8		1,0
3.2 O manual propõe ao aprendiz adquirir conhecimento quanto às técnicas de suporte intraparto.			1	8		1,0
3.3 O manual aborda os assuntos necessários para a preparação do acompanhante que irá presenciar o parto.		1	1	7		0,88
3.4 Está adequado para ser usado por qualquer profissional da área da saúde em suas atividades educativas.			1	8		1,0

No que diz respeito à avaliação da relevância do manual educativo, verificou-se que todos os itens foram validados, tendo mais da metade dos especialistas considerado-os “Totalmente Adequado” e apresentado IVC maior que 0,78.

Três especialistas colocaram a necessidade de enfatizar o papel do enfermeiro obstetra na condução do parto de baixo risco. Segundo um dos especialistas, o manual educativo é uma ferramenta importante para a divulgação do papel do enfermeiro obstetra.

De acordo com a OMS, a enfermeira obstetra é o profissional mais adequado e com melhor custo-efetividade na prestação de cuidados à gestação e parto normal, incluindo a avaliação de riscos e o reconhecimento de complicações (OMS, 1996). Dessa forma, no tópico “Enfermeiro Obstetra”, essas informações foram enfatizadas.

O IVC Global da tecnologia educativa foi de 0,94, ratificando a validação da aparência e conteúdo junto a especialistas.

Com isto, finalizou-se a avaliação do manual educativo pelos especialistas de enfermagem, resultando em sua validação da aparência e conteúdo.

Etapa 7: Consulta ao público-alvo

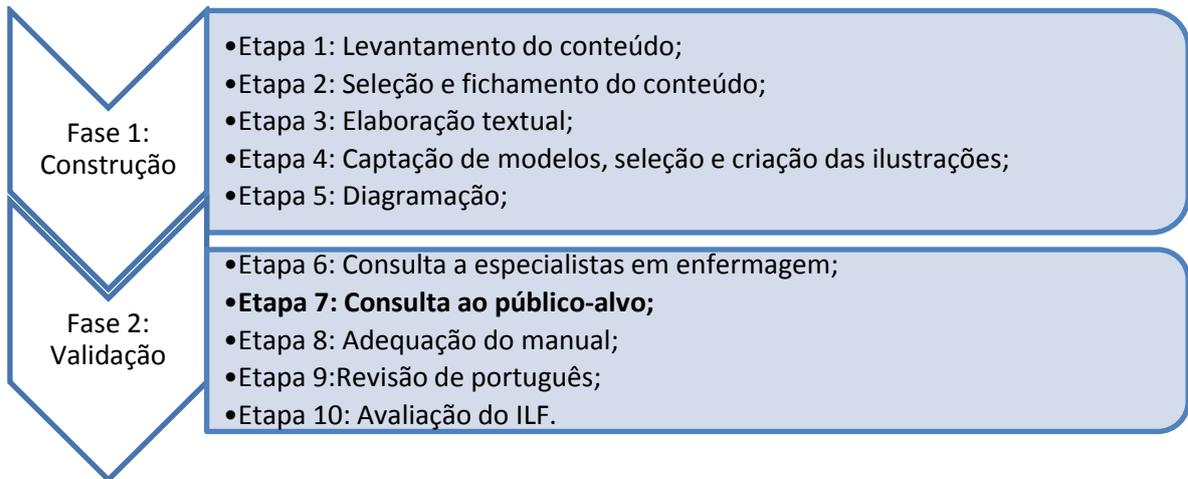


Figura 12- Etapas a serem seguidas no desenvolvimento do manual, com destaque para a Etapa 7, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.

Nesta etapa, foram realizadas duas sessões de intervenções educativas, abordando quatro acompanhantes na primeira sessão e sete na segunda. Nestas intervenções, inicialmente, eram apresentados os objetivos do estudo e a importância da avaliação dos acompanhantes para a melhoria da qualidade do manual educativo e, logo depois, convidados a participar do estudo. Todos os onze que participaram da intervenção educativa concordaram em colaborar com o estudo e assinaram o TCLE (Apêndice F).

Através da Carta de Apresentação (Apêndice G), foram abordadas as instruções de como deveria ser realizada a avaliação do manual. Foi sugerido aos acompanhantes: grifar palavras ou frases de difícil entendimento; substituir essas palavras ou frases por outras que ajudariam a melhorar o entendimento do texto; marcar um “x” ao lado da figura que você achou difícil de entender; e indicar uma sugestão para substituir essa figura.

Após essa etapa inicial, foi distribuído aos participantes o manual, caneta e instrumento de avaliação e, logo após, o manual foi lido de forma conjunta pelo grupo. Após a leitura do manual, os participantes foram solicitados a preencher o instrumento de avaliação. O questionário (Apêndice H) foi aplicado de forma conjunta, sendo os itens lidos e esclarecidos pela pesquisadora.

Ao final, foram recolhidos os instrumentos de avaliação e os manuais contendo sugestões. Os acompanhantes avaliaram o manual educativo quanto a sua organização, estilo

de escrita, aparência e motivação (Quadro 10).

Quadro 10– Avaliação dos acompanhantes quanto organização, estilo de escrito, aparência e motivação do manual, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.

Variáveis	Respostas Positivas		Respostas Negativas		Respostas Imparciais	
	N	%	N	%	N	%
1. Organização						
1.1 A capa chamou sua atenção? sim/ não/ não sei	9	81,8	2	18,2		
1.2 Mostra o assunto a que se refere? sim/ não/ não sei	10	90,9	1	9,1		
1.3 A sequência dos tópicos está adequada? sim/ não/ não sei	11	100,0				
1.4 O tamanho do conteúdo em cada tópico está adequado?	9	81,8	2	18,2		
2. Estilo da escrita						
2.1 Quanto ao entendimento das frases, elas são: fáceis de entender/ difíceis de entender/ não sei	11	100,0				
2.2 O conteúdo escrito é: claro, confuso, não sei	11	100,0				
2.3 O texto é: interessante/ desinteressante/ não sei	11	100,0				
3. Aparência						
3.1 As ilustrações são: simples/ complicadas/ não sei	11	100,0				
3.2 As ilustrações servem para complementar o texto? sim/ não/ não sei	11	100,0				
3.3 As páginas ou sessões parecem organizadas? sim/ não/ não sei	11	100,0				
4. Motivação						
4.1 Qualquer acompanhante que ler esse manual vai entender do que se trata? sim/ não/ não sei	10	90,9	1	9,1		
4.2 Você se sentiu motivado(a) a ler até o final? sim/ não/ não sei	10	90,9	1	9,1		
4.3 O manual aborda os assuntos necessários ao acompanhante que irá presenciar o parto? sim/ não/ não sei	11	100,0				
4.4 O manual propõe ao aprendiz adquirir conhecimento sobre técnicas de apoio durante o parto? sim/ não/ não sei	11	100,0				

Todos os itens inerentes à organização, estilo da escrita, aparência e motivação foram considerados validados, visto que tiveram índice de concordância maior que 75%.

Dois acompanhantes consideraram a capa pouco atrativa (item 1.1) e, um deles, considerou-a pouco representativa do conteúdo (item 1.2), no entanto, não realizaram sugestões de como melhorar estes aspectos.

O tamanho dos tópicos foi avaliado negativamente por dois acompanhantes (item 1.4), os quais sugeriram sintetizar os tópicos: “Alguns dias antes do parto” e “Chegando à Maternidade”, respectivamente. Os dois tópicos foram revistos e reelaborados de maneira mais sucinta.

Um dos acompanhantes obteve dificuldade de compreensão do item referente à realização do mobilograma, sendo esta a justificativa para avaliar negativamente o item 4.1, referente à clareza e compreensão das informações apresentadas.

Um acompanhante relatou que no início, devido ao número de páginas, sentiu-se pouco motivado a ler o manual até o final (item 4.2). No entanto, após iniciar a leitura, percebeu a importância das informações e a curiosidade o fez realizar a leitura completa do material.

Ademais, todos os itens tiveram avaliação positiva, em unanimidade, pelos acompanhantes.

Etapa 8: Adequação do manual

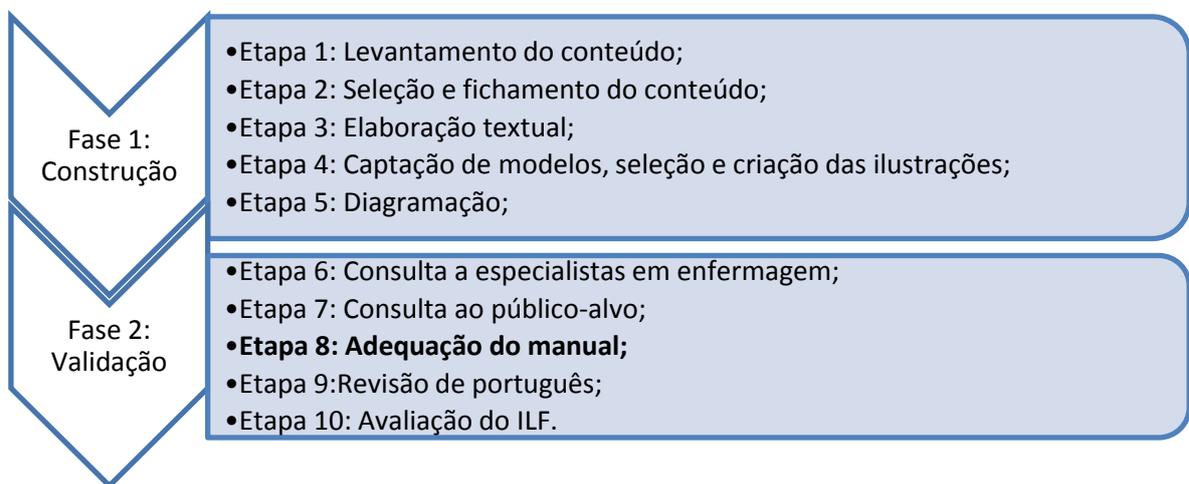


Figura 13- Etapas a serem seguidas no desenvolvimento do manual, com destaque para a Etapa 8, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.

Os especialistas foram solicitados a incluir, ao final do instrumento de avaliação, correções e recomendações que julgassem necessárias. As sugestões consideradas pertinentes foram incorporadas ao manual, como mostra o quadro a seguir.

Adequações sugeridas pelos especialistas referentes às informações do texto

Uma das maiores dificuldades de educação em saúde está na distância cultural entre profissional de saúde e cliente (COSTA; CARBONE, 2004). Isso pode dificultar sobremaneira no processo de comunicação escrita, uma vez que a elaboração textual deve estar adequada ao nível educacional e cultural do cliente a ser beneficiado pela tecnologia educativa construída.

Tendo em vista o melhor entendimento das informações repassadas no manual, alguns especialistas sugeriram a substituição de expressões, a reelaboração de frases e a inclusão de conectivos, conforme apresenta o Quadro 11.

Quadro 11- Sugestões de especialistas para reformulação das frases constantes no manual, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.

Tópicos avaliados	Problemas identificados	Mudanças sugeridas e acatadas
Cabeçalho	Incluir palavras	- Substituir “Manual educativo para acompanhantes durante o parto” por “Manual educativo para acompanhantes durante o trabalho de parto e parto”;
Apresentação	Substituir expressões	- Substituir “Nesse manual você irá conhecer um pouco mais” por “Aqui o acompanhante encontrará informações sobre”; - Substituir “cônjuge” por “esposo”;
Conhecendo o corpo da mulher	Incluir conectivo Reelaborar a frase	- No balão referente ao colo do útero, unir as duas frases colocando o conectivo “onde”; - Substituir “que se adapta ao tamanho do feto” por “podendo por isso se adaptar ao tamanho do feto”;
Alguns dias antes do parto	Substituir expressões	- Substituir “frequentemente” por “mais vezes”; - Substituir a expressão “aumento do nível de energia” por “aumento de energia”; - Substituir “no parto o importante” por “o importante no parto”; - Substituir a expressão “distendida” por “esticada” (sugerido por 2 esp.); - Substituir “abdômen” por “barriga”;
A hora do parto está chegando	Substituir expressões Reelaborar a frase	- Substituir “é expulso” por “começa a descer pela vagina”; - Substituir “e informe” por “e informar”; - No último parágrafo, substituir “pois” por “porque”;
Chegando à maternidade	Substituir expressões	- Substituir “diversidade de profissionais” por “diferentes tipos de profissionais”; - Substituir o termo “presta” por “oferece”;
Entendendo o trabalho de parto	Reelaborar a frase	- No último parágrafo, separar as informações em duas frases. “É recomendado o contato pele a pele entre o recém-nascido e mãe logo após o parto. A amamentação deve ocorrer, preferencialmente, até a primeira hora após o parto”.
Alívio da dor no parto	Substituir expressões	- Substituir “se desconectar” por “se desligar”; - Substituir “dar banho” por “permitir o banho”; - Substituir “minimizar” por “diminuir”.

No quadro 12, são apresentadas as sugestões dos especialistas quanto à inclusão e/ou realocação de informações no texto, de forma a ampliar a riqueza e organização do manual, respectivamente.

Quadro 12- Sugestões de especialistas para inclusão ou realocação de informações no texto, segundo o assunto, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.

	Problemas identificados	Mudanças sugeridas e acatadas
Quando a gestante deve ir à maternidade?	Acrescentar informações	- Acrescentar a importância do bom senso quanto ao momento correto de ir à maternidade, devendo a gestante levar em consideração fatores como transporte, trânsito, etc.
Chegando à maternidade	Realocar informação Organizar informações Acrescentar informações	- Inserir o tópico “curiosidade” na página 5; - No parágrafo “atenção”, inserir as informações em tópicos separados; - Enfatizar o enfermeiro obstetra como profissional capacitado para a condução do parto de baixo risco.
Entendendo o trabalho de parto	Acrescentar informações	- O contato pele a pele entre mãe e o recém-nascido tem função de aquecimento; - O aleitamento materno deve ser imediato, logo após o parto, pois facilita a saída da placenta;
Na hora do parto	Realocar informação	- Transferir as informações sobre contrações uterinas para a página 10;
Parto humanizado	Retirar informações repetitivas	- Retirar página 15 (tópico parto humanizado), pois as informações já estão expressas em outros tópicos durante o manual;
Alívio da dor no parto	Acrescentar informações Realocar informação	- Acrescentar informações sobre analgesia no parto; - Enfatizar que o acompanhante é de escolha da mulher, não importando o sexo nem o grau de parentesco; - Inserir o tópico “Alívio da dor no parto” antes do tópico “Na hora do parto”.
Depois do parto	Acrescentar informações	- Acrescentar informações sobre as vacinas administradas ao recém-nascido (BCG e Hepatite B).
Noções de cidadania	Acrescentar informações	- Em algumas instituições públicas, a Licença Maternidade é de seis meses.

Adequações sugeridas pelos especialistas referentes às ilustrações do manual

Em tecnologias educativas, a utilização de ilustrações consiste em uma importante ferramenta para o processo de comunicação. No entanto, a depender da forma como a ilustração é apresentada, esta pode contribuir positiva ou negativamente para o processo educativo. Nesse sentido, alguns especialistas realizaram sugestões para a melhoria de algumas imagens apresentadas no manual.

Quadro 13- Sugestões de especialistas para reformulação ou realocação de ilustrações constantes no manual, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.

Ilustrações	Sugestões	Mudanças sugeridas e acatadas
Figura 9	Substituir ilustração	- Substituir a figura do técnico de enfermagem pela do enfermeiro (sugerido por 2 esp.);
Figura 10	Realocar ilustração Alterar ilustração	- Alocar no tópico “Na hora do parto”; - Retirar a expressão de dor;
Figura 11a	Alterar ilustração	- Dá a impressão de que após o rompimento da bolsa a expulsão do feto é imediata, colocar o feto mais alto em relação ao colo;
Figura 11c	Alterar ilustração	- Deixar o feto saindo da vagina espontaneamente, sem o auxílio do profissional de saúde;
Figura 11d	Alterar ilustração	- Acrescentar seta apontando qual estrutura corresponde à placenta;
Figura 15	Alterar ilustração	- Inserir o esposo fazendo massagem;
Figura 28	Substituir ilustração	-Substituir um dos profissionais de saúde pelo acompanhante;
Figura 29	Alterar ilustração	- Redesenhar o corpo da parturiente, salientando o abdômen; - Incluir camisola para não deixar a mulher despida completamente;
Figura 31	Alterar ilustração	- Inserir seta indicando a episiotomia e a episiorrafia;
Figura 34	Realocar ilustração	- Colocá-la o mais próximo possível do parágrafo que fala sobre amamentação;

Dois especialistas solicitaram incluir outros acompanhantes nas ilustrações, além do esposo. Apesar da importância da sugestão, as pesquisadoras optaram por deixar apenas a figura do esposo. O conteúdo apresentado no manual trilha o caminho da gestante e acompanhante do domicílio ao pós-parto imediato. As pesquisadoras consideraram que a inserção de um novo acompanhante poderia confundir o entendimento do leitor, possibilitando a interpretação de que a Maternidade poderia aceitar mais de um acompanhante na sala de parto ou que o acompanhante deve ser escolhido ou substituído na Emergência da Maternidade, colocando em segundo plano a capacitação prévia desse acompanhante.

Apesar de não ter sido realizadas modificações na ilustração, a contribuição do especialista nos despertou para acrescentar, no tópico “Alguns dias antes do parto” uma caixa de texto contendo esta observação: “Atenção! O acompanhante na hora do parto é de escolha da mulher, podendo ser o esposo ou companheiro, um membro da família ou uma amiga”.

A exceção do caso acima citado, todas as sugestões para melhoria das ilustrações do manual educativo foram acatadas, sendo contatado profissional especializado para a adequação das mesmas.

Adequações sugeridas por representantes do público-alvo

Por algum tempo, confundiu-se “ensinar” com “transmitir” e, nesse contexto, o indivíduo que aprendia era um agente passivo da aprendizagem, e o que ensinava era um transmissor, não necessariamente das necessidades do aprendiz (FONSECA; SCOCHI; MELO, 2002).

Os representantes do público-alvo também foram solicitados a realizar sugestões no manual educativo. Dos onze acompanhantes, 2 (18,1%) realizaram sugestões como: reduzir o tamanho das figuras 1 e 2; melhorar a figura 7; e reescrever o quarto parágrafo da página 8, que aborda como a mulher deverá realizar a contagem dos movimentos fetais (mobilograma). Todas estas sugestões foram acatadas pelas pesquisadoras.

A avaliação geral do manual educativo realizada pelos acompanhantes é apresentada no quadro a seguir (Quadro 14).

Quadro 14- Avaliação dos acompanhantes quanto ao manual educativo segundo unidade de sentido e falas correspondentes, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.

Unidade de sentido	Falas
Esclarecedor	“Por mim, ele está bem esclarecido” (Acomp. 1) “É muito esclarecedor” (Acomp. 4) “Muito bom, tirou muitas dúvidas minhas” (Acomp. 2);
Interessante	“O manual é muito interessante para nós” (Acomp. 3); “O manual é muito bom e interessante” (Acomp.11);
Adequado	“É excelente pra quem nunca acompanhou o parto” (Acomp.5);
Importante	“Eu achei muito importante” (Acomp.6); “Bastante importante” (Acomp.7); “Bastante importante, pois fala sobre questões de bastante importância na hora do parto, e também fala sobre nossos direitos, que muitos desconhecem” (Acomp.10);
Explicativo	“Bem explicativo, com informações preciosas e importantes para mãe e acompanhante” (Acomp.9);

O público-alvo avaliou positivamente o manual, considerando-o esclarecedor, interessante, adequado, importante e explicativo.

Pedrosa (2007) critica a concepção positivista, na qual a educação em saúde é vista. Muitas vezes, esta funciona de forma reducionista, com práticas consideradas

impositivas de comportamentos “ideais” desvinculados da realidade dos sujeitos, tornando-os objetos passivos das intervenções.

Nesse sentido, a avaliação positiva dos acompanhantes quanto ao manual educativo elaborado é de suma importância para inferir a eficácia e efetividade desse material para a melhoria do apoio prestado por acompanhantes em sala de parto. Entretanto, este impacto só poderá ser confirmado em estudo posterior de validação clínica.

Etapa 9: Revisão de Português

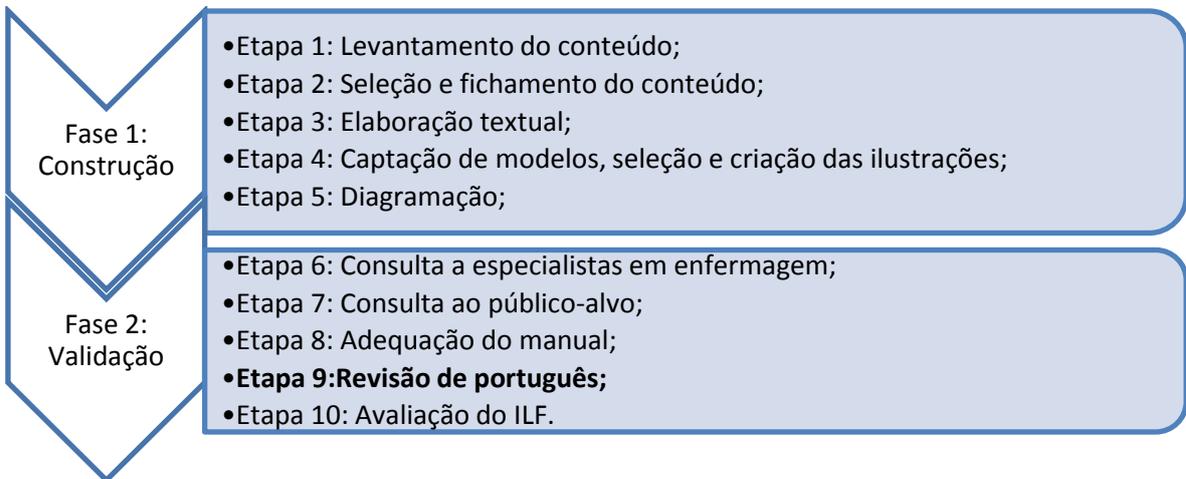


Figura 14- Etapas a serem seguidas no desenvolvimento do manual, com destaque para a Etapa 9, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.

Após a realização das alterações sugeridas pelos especialistas e pelos acompanhantes, foi contatado profissional especializado a fim de realizar a revisão de português. Todas as correções realizadas pelo revisor foram incorporadas à parte textual do manual.

Etapa 10: Avaliação do ILF

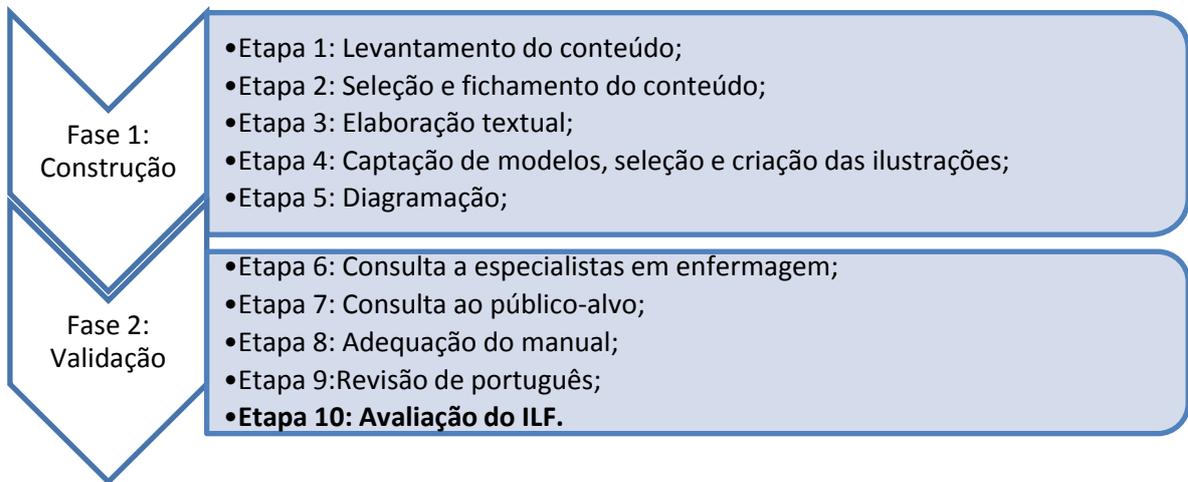


Figura 15- Etapas a serem seguidas no desenvolvimento do manual, com destaque para a Etapa 10, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.

De acordo com Nunes *et al.* (2000), a dificuldade de leitura classificada como “Muito Fácil” pelo ReGra, ILF entre 75 e 100, é adequada para pessoas com no máximo cinco anos de estudo (4ª série do ensino fundamental). Já a leitura classificada como “Fácil”, ILF entre 50 e 75, é adequada para o público-alvo com até nove anos de estudo (8ª série do ensino fundamental).

Após a incorporação de todas as sugestões feitas pelos especialistas e pelos acompanhantes para a melhoria do manual, foi realizada a avaliação do índice de legibilidade da parte textual do manual, utilizando o programa Regra, inserido no Microsoft Word. Para cada tópico do manual, foi realizada uma avaliação individualizada, contendo o índice de legibilidade daquele tópico (Figura 16).

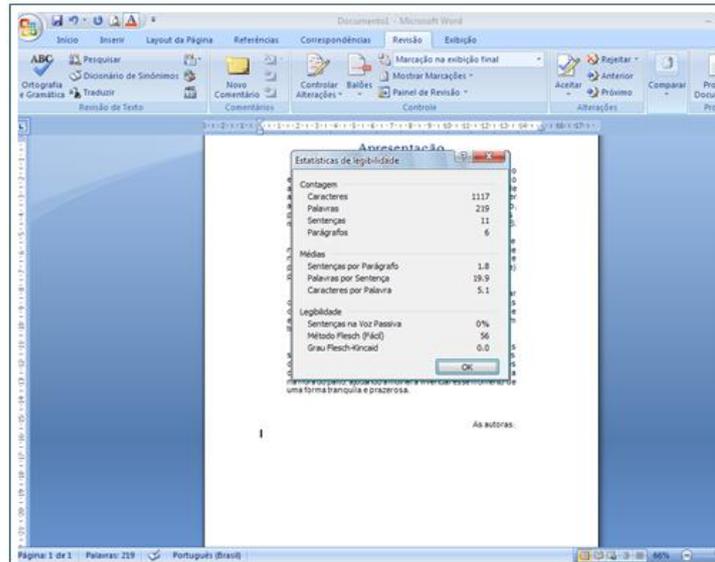


Figura 16- Ilustração representativa do cálculo do ILF calculado pelo Regra – Microsoft Word, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.

Os dados da avaliação estão apresentados no quadro a seguir (Quadro 15).

Quadro 15- Apresentação do cálculo do ILF segundo os tópicos apresentado no manual após o processo de adequação às sugestões dos especialistas e acompanhantes, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2011.

Tópicos avaliados	Caracteres				Médias			ILF
	Crt	Pl	St	Pgf	St p/ Pgf	Pl p/ St	Crt p/ Pl	
Apresentação	1117	219	11	6	1,8	19,9	5,1	56(F)
Conhecendo o corpo da mulher	557	120	13	12	1,1	9,2	4,6	82(F)
Alguns dias antes do parto	1408	287	15	6	2,5	19,1	4,9	63(F)
A hora do parto está chegando	1741	374	20	8	2,5	18,7	4,7	72(F)
Quando a gestante deve ir à maternidade?	554	135	9	6	1,5	15,0	4,1	94(MF)
Chegando à maternidade	901	165	12	6	2,0	13,8	5,5	50(F)
Entendendo o trabalho de parto	1138	241	15	6	2,5	16,1	4,7	72(F)
Na hora do parto	753	153	7	5	1,4	21,9	4,9	60(F)
Parto humanizado	834	164	18	18	1,0	9,1	5,1	67(F)
Alívio da dor no parto	6295	1280	66	36	1,8	19,4	4,9	62(F)
Suporte de informações	1374	262	14	10	1,4	18,7	5,2	52(F)
Depois do parto	1089	220	9	4	2,3	24,4	4,9	56(F)
Direitos da mulher	630	117	9	8	1,1	13,0	5,4	53(F)
Direitos do acompanhante	160	30	2	2	10	15,0	5,3	53(F)
Deveres do acompanhante	566	102	10	10	1,0	10,2	5,5	50(F)
Noções de cidadania	1477	283	16	12	1,3	17,7	5,2	54(F)

Crt= caracteres

Pl= palavras

St= sentenças

Pgf= parágrafos

St p/ Pgf= sentenças por parágrafos

Pl p/ St= palavras por sentenças

Crt p/ Pl= caracteres por palavra

F= fácil

MF= muito fácil

D= difícil

MD= muito difícil

De acordo com os parâmetros de interpretação do ILF propostos por Nunes e Oliveira Junior (2006), a leitura dos tópicos do manual foi classificada como “Muito Fácil” ou “Fácil”, tendo os resultados do ILF variado entre 50 e 94. Nenhum tópico apresentou ILF menor que 50, ou seja, apresentado leitura “Difícil” ou “Muito Difícil”.

Bauman (1997) coloca que os princípios da legibilidade assim como os diversos fatores que melhoram a compreensão do leitor devem ser considerados na produção de materiais educativos. De acordo com os resultados obtidos no presente estudo, o manual educativo possui legibilidade compatível com o grau de escolaridade do público-alvo.

Durante todo o processo de construção desse manual, teve-se o cuidado de tornar esse instrumento acessível e adequado ao público-alvo. Inicialmente, fez-se o diagnóstico das demandas de conhecimento dos acompanhantes, depois, procurou-se trazer esse conhecimento da forma mais completa, simples e objetiva, acompanhado de ilustrações atrativas e esclarecedoras. Por fim, esse manual foi submetido a validação de sua aparência e conteúdo por especialistas e por representantes do público-alvo.

Percebe-se, portando, o empenho das pesquisadoras em transmitir informações de maneira horizontal, com uma sequência lógica do conteúdo e com adaptação aos saberes culturais do leitor.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento de tecnologias educativas efetivas direcionadas para acompanhantes durante o parto constitui um grande desafio, tendo em vista a dificuldade de sumarizar e apresentar, de maneira simples e atrativa, todas as informações relevantes a esse público-alvo.

As informações trazidas no manual poderão promover a aquisição de conhecimento e autonomia do acompanhante em sala de parto, sendo a utilização dessa tecnologia no acompanhamento pré-natal, uma prática favorável à inserção da promoção da saúde no cotidiano dos enfermeiros.

O manual elaborado tem como objetivo reforçar as informações repassadas em discussões orais (práticas educativas enfermeiro-acompanhante no âmbito do pré-natal) e ser utilizado como um guia para o esclarecimento de dúvidas e um auxílio para a tomada de decisão. Nesse sentido, o manual educativo aqui proposto não substitui o diálogo e as atividades educativas enfermeiro-acompanhante, é apenas um instrumento para facilitar e padronizar essas ações. No entanto, caso o acompanhante não tenha acesso a essas atividades, o manual poderá ser utilizado como uma fonte alternativa de informação.

Outro aspecto importante do manual elaborado é a divulgação do enfermeiro obstetra na assistência ao parto normal e o estímulo à relação de confiança enfermeiro-acompanhante-parturiente. As enfermeiras obstetras são importantes agentes de mudança do paradigma de atenção ao parto, devendo favorecer, em suas rotinas assistenciais, a humanização e desenvolvimento de estratégias de emancipação dos sujeitos.

A contribuição dos avaliadores que participaram do estudo foi positiva para a melhoria da qualidade do material educativo, principalmente, nos aspectos relacionados à linguagem e ilustrações. Ressalta-se a dificuldade de captação dos especialistas, visto que, muitas vezes, estes profissionais encontram-se sobrecarregados em sua rotina diária, não tendo disponibilidade de tempo para participar de uma validação como foi proposta neste estudo.

Com relação à validação deste manual, os especialistas avaliaram os objetivos, estrutura e apresentação e relevância do material. Encontraram-se pontos de ajustes que foram alterados ou acrescentados tendo em vista a melhoria do manual educativo, outros pontos foram satisfatoriamente avaliados pelos especialistas convidados. O manual também foi submetido a avaliação por representantes do público-alvo, onde os itens organização, estilo da escrita, aparência e motivação foram avaliados positivamente.

Realizadas as modificações solicitadas pelos avaliadores, considera-se validado, quanto à aparência e conteúdo, o manual educativo junto aos especialistas e representantes do público-alvo. No entanto, o impacto do manual educativo sobre a postura do acompanhante durante o parto não pôde aqui ser mensurado, constituindo objeto de estudo posterior.

Como limitação desse estudo, tem-se a não validação por especialista técnico em comunicação.

Recomenda-se o desenvolvimento de outras tecnologias educativas (vídeos, panfletos, álbum seriado, hipermídia, etc.) que objetivem a divulgação de informações para aqueles que pretendem presenciar o parto.

Acreditando que nenhum conhecimento é finito e inflexível, propõe-se revisões anuais do conteúdo do manual educativo, com base nas inovações científicas e nas novas demandas de conhecimento apresentadas pelos acompanhantes.

Acredita-se que o manual educativo “Preparando-se para acompanhar o parto: o que é importante saber?” pode contribuir para a preparação técnica dos acompanhantes que pretendem presenciar o parto, viabilizando uma atenção integral e humanizada à parturiente, além de incentivar a participação ativa do acompanhante durante o parto.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p.3061-3068, 2011.

ALMEIDA, N. A. M.; SOUSA, J. T.; BACHION, M. M.; SILVEIRA, N. A. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio da dor e ansiedade no processo de parturição. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v.13, n.1, p.52-8, 2005.

AMORIM, T. **O resgate da formação e inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto no Brasil**. 2010. 290p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

ARAÚJO, J. G.; POLIM, J. M. O.; NOGUEIRA, M. P.; BRASILEIRO, R. A.; HYPPOLITO, S. B. **Manual para capacitação de parteiras tradicionais**. 2. ed. Fortaleza: Imprensa Universitária/UFC, 1992.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR6029**: informação e documentação - livros e folhetos – apresentação. Rio de Janeiro, 2006.

AZEVEDO, L. G. F. **Estratégias de luta das enfermeiras obstétricas para manter o modelo desmedicalizado na Casa de Parto David Capistrano Filho**. 2008. 112 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

BALASKAS, J. **Parto ativo: guia prático para o parto natural**. São Paulo: Ground, 1993.

BARBOSA, R. C. M. **Validação de um vídeo educativo para a promoção do apego entre mãe soropositiva para o HIV e seu filho**. 2008. 155 f. Tese (Doutorado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2007.

BARROS, S. M. O. **Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2009.

BASILE, A. L. O.; PINHEIRO, M. S. B.; MIYASHITA, N. T. **Centro de Parto normal intra-hospitalar**. São Paulo: Yendis Editora, 2007.

BAUMAN, A. The comprehensibility of asthma education materials. **Patient Educ. Couns.**, v.32, n.1, p.51-59, 1997.

BIO, R. E. **Exercícios Fisioterápicos.** Disponível em: <<http://maternidadenatural.blogspot.com/2009/09/alivio-da-dor-no-trabalho-de-parto.html>>. Acesso em: 7 maio 2011.

BRANDEN, P. S. **Enfermagem Materno-Infantil.** Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 abr. 2005. Seção 1, p.1.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Resolução Normativa nº167, de 10 de janeiro de 2008.** Revê o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e amplia as coberturas para os beneficiários de planos de saúde. Brasília, DF, 2005.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas.** Rio de Janeiro: ANS, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) 2006.** Brasília, DF, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. **Brasil registra aumento no número de cesáreas.** Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/3349/162/brasil-registra-aumento-no-numero-de-cesareas.html>>. Acesso em: 22 nov. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa. **Indicadores e dados básicos para a saúde - 2007 (IDB-2007).** Brasília, DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: manual técnico.** Brasília, DF, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 985, 1999. **Autoriza a criação dos Centros de Parto Normal no Brasil.** Brasília, DF, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 569, de 1 de junho de 2000. **Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN).** Brasília, DF, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização. Brasília, DF, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Ação Integrada à Saúde da Mulher**. Plano de Ação 2004-2007. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 36, de 3 de junho de 2008 . Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 de Junho de 2008, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. **Campanha de incentivo ao parto normal**. Brasília, DF, 2008c. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/campanhas_publicitarias/campanha_detalhes.cfm?co_seq_campanha=1765> Acesso em: 8 set. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1459, de 24 de Junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de junho de 2011, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº196/96. Decreto Nº 93.933 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisas envolvendo seres humanos. **Bioética**, Brasília, DF, v.4, n.2, p.15-25, out. 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos Sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Previdência Social. **Requerimento de salário maternidade: informações básicas**. Disponível em: http://www.dataprev.gov.br/servicos/salmat/salmat_def.htm>. Acesso em: 10 jul. 2011.

BRUGGEMANN, O. M.; OSIS, M. J. D.; PARPINELLI, M. A. Apoio no Nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 44-52, fev. 2007.

BRUEHL, S.; CHUNG, O. Y. **Psychological interventions for acute pain**. In: T. HADJISTAVROPOULOS, T.; CRAIG, K. D. (Ed.). **Pain: Psychological perspectives**. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2004.

CARVALHO, G.M. **Enfermagem em obstetrícia**. 3. ed. São Paulo: Editora pedagógica e Universitária, 2007.

CASTRO, J.C. **Parto humanizado na percepção dos profissionais de saúde envolvidos com a assistência ao parto**. 2003. 130p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Manual do parto humanizado**. Fortaleza, 2000. Projeto Luz da JICA. Agência de Cooperação Internacional do Japão em parceria com o Governo do Estado do Ceará.

CESAR, M. B. N. **Os caminhos da parturição: projeto educativo por meio de um CD-ROM**. 2003. 98f. Dissertação (Mestrado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2003.

CHANG, M.; WANG, S.; CHEN, C. Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. **J. Adv. Nurs.**, v.38, n.1, p.68-73, 2002.

CHANG, M. Y.; CHEN, C. H.; HUANG, K. F. A comparasion os massage effects on labor pain using the McGill pain questionnaire. **J. Nurs. Res.**, v.14, n.3, p.191-196, 2006.

CHAVES, E. O. C. A tecnologia e a educação. In: GHIRARDELLI JR, P.; PETERES, M. A. (Ed.). **A Enciclopédia de Filosofia de Educação**. Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <<http://4pilares.net/text-cont/chaves-tecnologia.htm>> Acesso em: 5 out. 2011.

COLLIÉRE, M. F. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: edições técnicas, 1999. 388 p.

CORRÊA, J. **Educação à distância: orientações metodológicas**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

COSTA, M. H.; CARBONE, M. H. **Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

COUTO, G. R. Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto. **Rev. Latinoam. Enferm.**, São Paulo, v.14, n.2, p.190-198, mar./abr. 2006.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; DANTAS, J. C. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.43, n.2, p.438-445, 2009.

DELGADO-GARCIA, B.E.; ORTS-CORTÉS, M.I.; POVEDA-BERNABEU, A.; CABALLERO-PÉREZ, P. Ensayo clínico controlado y aleatorizado para determinar los efectos del uso de pelotas de parto durante el trabajo de parto. **Enferm. Clínica**, 2011.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, jul./set. 2005.

DOAK, C. C.; DOAK, L. G.; ROOT, J. H. **Teaching patients with low literacy skills**. 2nd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1996.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 13, n. 5, p. 754-757, 2005.

ENKIN, M.; CKEIRSE, M. J. N. C.; NEILSON, J.; CROWTHER, C.; DULEY, L.; HODNETT, E.; HOFMEYR, J. **Guia para a Atenção Efetiva na Gravidez e no Parto**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FERNANDEZ, E. A classification system of cognitive coping strategies for pain. **Pain**, v.26, n.2, p.141-151, 1986.

FIELD, T.; HERNANDEZ-REIF, M.; TAYLOR, S.; QUINTINO, O.; BURMAN, I. Labor pain is reduced by massage therapy. **J. Psychosom. Obstet. Gynecol.**, v.18, n.4, p.286-291, 1997.

FIGUEIREDO, N. M. **Ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido**. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2005.

FLESCHE, R. Let's start with the formula. In: **How to write plain english**. 2ªed; 2001. Disponível em: <<http://mang.canterbury.Ac.nz/courseinfo/AcademicWriting/Flesh.htm>> Acesso em: 1 jun. 2010.

FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S.; MELLO, D. F. Educação em saúde de puérperas em alojamento conjunto neonatal: aquisição de conhecimento mediado pelo uso de um jogo educativo. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 10, n. 2, p. 166-171, mar./abr. 2002.

FRANCESCHINI, D.T.B. **O acompanhante de parto no Centro Obstétrico de um hospital universitário**. 2009. 51f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2009.

FREIMUTH, V.; LINNAN, H.W.; POTTER, P. Communication the threat of emerging infections to the public. **Emerg. Infect. Dis.**, v.6, n.4, p.1-14, 2000.

FREITAS, L.V. **Construção e validação de hipermídia educacional em exame físico no pré-natal**. 2010. 116p. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

FREITAS, F. **Rotinas em obstetrícia**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GAYESK, M.E.; BRÜGGEMANN, O.M. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. **Texto Contexto Enferm.**, v.19, n.4, p.774-782, 2010.

GAZZINELLI, M. F.; GAZZINELLI, A.; REIS, D. C.; PENNA, C. M. M. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p.200-206, jan./fev. 2005.

GILLILAND, A.L. After praise and encouragement: emotional support strategies used by birth doulas in the USA and Canada. **Midwifery**, v.27, n.2, p.525-531, 2011.

GONÇALES, M.B. **Teste de Papanicolau**: construção e validação de material educativo para usuárias de serviços de saúde. 2007. Dissertação (Mestrado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2007.

GRANT, J.S.; DAVIS, L.L. Selection and use of content experts for instrument development. **Res Nurs Health**, v.20, n.3, p.269-274, 1997.

HODNETT, E.D.; LOWE, N.K.; HANNAH, M.E.; WILLAN, A.R.; STEVENS, B.; WESTON, J.A., et al. Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals: a randomized controlled trial. **JAMA**, v. 288, n.11, p.1373-1381, 2002.

HODNETT, E.D. Caregiver support for women during childbirth. **Cochrane Database Syst. Rev.**, n. 1, CD000199, 2002.

HODNETT, E.D.; DOWNE, S.; WALSH, D.; WESTON, F. Alternative versus conventional institutional settings for birth. **Cochrane Database Syst. Rev.**, n. 9, CD000012, 2010.

HODNETT, E.D.; GATES, E.D.; HOFMEYER, G.F.; SAKALA, C. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database Syst. Rev.**, n. 3, CD003766, 2003.

HOFMEYER, G.J.; NIKODEM, V.C.; WOLMAN, W.L. Companionship to Modify the Clinical Birth Environment: effects on progress and perceptions of labour and breast feeding. **Br. J. Obstet Gynaecol.**, v.98, n.8, p.756-764, 1991.

HOREY, D.; WEAVER, J.; RUSSELL, H. Information for pregnant women about cesarean birth. **Cochrane Database Syst. Rev.**, n. 1, CD003858, 2004.

HOTIMSKY, S.N.; SCHRAIBER, L.B. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. **Cienc. Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.639-649, 2005.

JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY (JICA). **Movimente-se para o parto normal**. Cartaz.

KAYNE, M.A.; GREULICH, M.B.; ALBERS, L.L. Doulas: An alternative yet complementary addition to care during childbirth. **Clin. Obstet. Gynecol.**, v.44, p.692-703, 2001.

KASHANIAN, M.; JAVADI, F.; HAGHIGHI, M.M. Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery. **Int. J. Gynecol. Obstetr.**, v.109, p.198-200, 2010.

KENNEL, J.H.; KLAUS, M.H.; MCGRATH, S.K.; ROBERTSON, S.S.; HINKLEY, C.W. Continous Emotional Support during Labor in US Hospital. **JAMA**, v.265, p.2197-2201, 1991.

KIMBER, L.; MCNABB, M.; MCCOURT, C.; HAINES, A.; BROCKLEHURST, P. Massage or music for pain relief in labour: a pilot randomized placebo controlled trial. **Eur. J. Pain**, v.12, n.4, p.961-969, 2008.

KLAUS, M.H.; KENNEL, J.H.; ROBERTSON, S.; SOSA, R. The effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. **BMJ**, v.293, p.285-587, 1986.

KLAUS, M.H.; KENNEL, J.H. The doula: an essential ingredient of childbirth rediscovered. **Acta Paediatr.** v.86, n.10, p.1034-1036, 1997.

KOERICH, M.S.; BACKES, D.S.; SCORTEGAGNA, H.M.; WALL, M.L.; VERONESE, A.M.; ZEFERINO, M.T. et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto Contexto Enferm.**, v.15, n.esp., p.178-185, 2006.

LAWRENCE, A.; LEWIS, L.; HOFMEYER, G.J; DOWSWELL, T.; STYLES, C. Maternal positions and mobility during first stage labour. **Cochrane Database Syst. Rev.**, n. 2, CD003934, 2009.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nurs. Res.**, v. 35, n. 6, p. 382-385, Nov./Dec. 1986.

LO BIONDO, W.G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

LOBO, S.F.; OLIVEIRA, S.M.J.V.; SCHNECK, C.A.; Silva, F.M.B.; BONADIO, I.C.; RIESCO, M.L.G. Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal perihospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.44, n.3, p. 812-818, set. 2010.

LOPES, E. M. **Construção e validação de hiperímia educacional em planejamento familiar: abordagem à anticoncepção**. 2009. 138 f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

LOWE, K.N. The nature of labor pain. **Am. J. Obst. Gynecol.**, v.186, p.16-24, 2002.

LYNN, M.R. Determination and quantification of content validity. **Nurs Res.**, v.35, n.6, p.382-5, 1986.

MACHADO, N.X.S.; PRAÇA, N.S. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.40, n.2, p.274-279, jun. 2006.

MAMEDE, F.V. **O efeito da deambulação na fase ativa do trabalho de parto**. 2005. 100f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

MAYO FOUNDATION FORM MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. **Pregnancy: Labor Position**. 2007. Disponível em: <http://www.riversideonline.com/health_reference/Pregnancy/PR00141.cfm>. Acesso em: 10 May 2011.

MARTINS, J. **Avaliação de tecnologia inovadora para promoção do desenvolvimento infantil, segundo agentes comunitários de saúde.** 2007. 127f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

MARTINS, A.K.L.; NUNES, J.M.; NÓBREGA, M.F.B.; PINHEIRO, P.N.C.; SOUZA, A.M.A.; VIEIRA, N.F.C.; FERNANDES, A.F.C. Literatura de cordel: tecnologia de educação para saúde e enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, v.19, n.2, p.324-329, 2011.

MAZONI, S.R.; FARIA, D.G.S.; MANFREDO, V.A. Hidroterapia durante o trabalho de parto: relato de uma prática segura. **Arq. Ciênc. Saúde**, v.16, n.1, p.40-44, 2009.

MERHY, E. L. **A cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002a.

MERHY, E.E. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. (Org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002b. p. 113-150.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende: obstetrícia fundamental.** 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

MOORE, E.R.; ANDERSON, G.C.; BERGMAN, N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database Syst. Rev.**, n. 3, CD003519, 2007.

MOREIRA, M. F.; SILVA, M. I. T. Readability of the educational material written for diabetic patients. **OBJN**, v. 2, n. 4, 2005. Disponível em: <<http://www.uff.br/nepae/objn402moreiraetal.htm>> Acesso em: 1 maio 2011.

MOREIRA, F. M.; NÓBREGA, M. L.; SILVA, M. T. Comunicação escrita: contribuição para elaboração de material educativo em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 56, n. 2, p.184-188, 2003.

MURATORI, F. **Biofeedback e neurofeedback.** Disponível em: <<http://psiconeuro.wordpress.com/o-que-e-biofeedback/>>. Acesso em: 10 ago. 2011.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.651-657, 2005.

NAKANO, A. M. S.; SILVA, L. A.; BELEZA, A. C. S.; STEFANELLO, J.; GOMES, F. A. O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante. **Acta Paul. Enferm.**, v.20, n.2, p.131-137, 2007.

NARCHI, N. Z.; DINIZ, C. S. G.; AZENHA, C. A. V.; SCHENECK, C. A. Satisfação das mulheres com a experiência do parto em modelos assistenciais distintos. **OBJN**, v.9, n.2, 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.3102/692>>. Acesso em: 10 ago. 2011.

NASCIMENTO, N. M.; PROGIANTI, J. M.; NOVOA, R. I.; OLIVEIRA, T. R.; VARGENS, O.M.C. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v.14, n.3, p.456-461, jul./set. 2010.

NEME, B. **Obstetrícia Básica**. São Paulo: SARVIER; 2005.

NIETSCHÉ, E. A. **Tecnologia Emancipatória**: possibilidades ou impossibilidades para a práxis de enfermagem. Ijuí, RS: Unijuí, 2000.

NUNES, M. G. V.; OLIVEIRA JUNIOR, O. N. O processo de desenvolvimento do Revisor Gramatical ReGra. In: SEMISH, 27.; CONGRESSO NACIONAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE COMPUTAÇÃO, 20., 2000, Curitiba. **Anais...** Curitiba: PUC-PR, 2000.

ODENT, M. **A cientificação do amor**. 2.ed. Florianópolis: Saint Germain, 2002, p.138.

OLIVEIRA, M. S. **Autocuidado da mulher na reabilitação da mastectomia**: estudo de validação de aparência e conteúdo de uma tecnologia educativa. 2006. 114 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2006.

OLIVEIRA, M.S.; FERNANDES, A.F.C.; SAWADA, N.O. Manual educativo da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.17, n.1, p.115-123, jan./mar. 2008.

ORANGE, F.A.; AMORIM, M.M.R.; LIMA, L. Uso da eletroestimulação transcutânea para alívio da dor durante o trabalho de parto em uma maternidade-escola: ensaio clínico controlado. **RBGO**, v.25, n.1, p.45-52, 2003.

OMS. **Assistência ao parto normal**: um guia prático: Relatório de Grupo Técnico OMS/SRF/ MSM/ 96.24. Genebra, 1996.

OMS. Appropriate technology for birth. **Lancet**, v.2, n.8452, p. 436-437, 1985.

OMS. Educação para uma maternidade segura: módulos de educação: Parto prolongado e paragem na progressão do trabalho de parto. In: _____. **Manual para professores de enfermagem obstétrica**. 2. ed. Lisboa: Maiadouro, 2005.

ORSHAN, S. A. **Enfermagem na Saúde das mulheres, das mães e dos recém-nascidos**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

OSAVA, R. H.; MAMEDE, M. V. A assistência ao parto ontem e hoje: a representação social do parto. **J. Bras. Ginecol.**, v.105, n.12, p.3-9, 1995.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicações**. Brasília: UnB, 1997.

PEDROSA, J. I. S. Educação Popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília, DF, 2007.

POLIT, D.F.; BECK C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recomendationas. **Res Nurs Health**, v,29, p.489-97, 2006.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimento e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface: comunicação, saúde, educação**. v.13, supl.1, p.759-768, 2009.

REBERT, L.M. **Celebrando a vida: construção de uma cartilha para promoção da saúde da gestante**. 2008. 130p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, SP, 2008.

REFLEXOLOGIA Brasília. **Reflexologia e Acupressão**, 2011. Disponível em:<<http://reflexologiabrasilia.blogspot.com/2011/01/reflexologia-e-acupressao.html>>. Acesso em: 10 jul. 2011.

RODRÍGUEZ, P.C.G. **Educação para o parto**: uma contribuição para o alcance da maternidade segura. 2007. 116p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2007.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SALES, A. A criatividade, comunicação e produção do saber. **Sociologias**, n.19, p.22-39, jan./jun. 2008.

SCOTT, K.D.; BERKOWITZ, G.; KLAUS, M. A comparison of intermittent and continuous support during labor: a meta-analysis. **Am. J. Obstetr. Gynecol.**, v.8, n.17, p.1054-1059, 2000.

SILVA, G. T. R (Org.). **Enfermagem Obstétrica**: abordagem do cuidado a gestante, parturiente e puérpera: reflexões sobre relevantes temas. São Paulo: Martinari, 2006.

SILVA, L.M. **Utilização da bola suíça na assistência ao parto nos serviços públicos do município de São Paulo**. 2010. 105p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, SP, 2010.

SINGATA, M.; TRANMER, J.; GYTE GILLIAN, M. L. Restricting oral fluid and food intake during labour. **Cochrane Database Syst. Rev.**, n. 1, CD003930, 2010.

SLUKA, K.A.; WALSH, D. Transcutaneous electrical nerve stimulation: basic science mechanisms and clinical effectiveness. **J. Pain**, v.4, n.3, p.109-121, 2003.

SMITH, C. A.; COLLINS, C. T.; CYNA, A. M.; CROWTHER, C. A. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. **Cochrane Database Syst. Rev.**, n. 4, CD003521, 2006.

SOSA, R.; KENNEL, J.H.; KLAUS, M.H.; ROBERTSON, S.; URRUTIA, J. The effects of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction. **N. Engl. J. Med.**, v.303, p. 597-600, 1980.

SOUSA, F.A.E.F.; HORTENSE, P. Mensuração da dor. In: CHAVES, L. D.; LEÃO, E. R.; MARQUES, J. O. (Org.). **Dor 5º sinal vital**: reflexões e intervenções de enfermagem. Curitiba, 2004. p.75-84.

SOUSA, L. B. **DST no âmbito da relação estável: análise cultural com base na perspectiva da mulher.** 2007. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

SOUZA, L. B.; AQUINO, P. S.; FERNANDES, J. F. P.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M.G.T. Educação, cultura e participação popular: abordagem no contexto da educação em saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, v.16, n.1, p.107-112, 2008.

TELES, L. M. R. **A experiência de ter um acompanhante durante o processo de parto na perspectiva das puérperas.** 2008. 62 f. Monografia (Graduação) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

TELES, L. M. R.; PITOMBEIRA, H. C. S.; OLIVEIRA, A. S.; FREITAS, L. V.; MOURA, E. R. F.; DAMASCENO, A. K. C. Parto com acompanhante e sem acompanhante: a opinião de puérperas. **Cogitare Enferm.**, v.15, n.4, p.688-694, 2010.

TORRES, J. A. **Concepções de tecnologia de cuidado em enfermagem obstétrica: estudo sociopoético.** 2006. 98 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro, 2006.

UNICEF. **Guia dos direitos da gestante e do bebê.** 1. ed. São Paulo: Globo; 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Maternidade Escola Assis Chateaubriand. **Informações aos acompanhantes e visitantes.** Fortaleza, 2011. Folder.

VARGENS, O.M.C.; PROGIANTI, J.M.; ARAÚJO, L.N. A humanização como princípio norteador do cuidado à mulher. IN: FERNANDEZ, R.A.Q.; NARCI, N.V. (Org.). **Enfermagem e saúde da mulher.** São Paulo: Manole, 2007. p.272-287.

VIANNA H. M. **Testes em educação.** São Paulo: IBRASA,1982.

VIEIRA, M.R.; BONILHA, A.L.L. A parteira leiga no atendimento à mulher no parto e nascimento do seu filho. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 19-26, mar. 2006.

WANG, D.; MAO, X.; QIAN, S. Clinical observation on Doula delivery. **Chung Hua Fu Chan Ko Tsai Chih**, v.32, n.11, p. 659-661, 1991.

WILLIAMSON, M. Y. **Research methodology and its application to nursing.** New York, John Wiley & Sons, 1981.

WOLFF, L. R.; MOURA, M. A. V. A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 279-285, ago. 2004.

ZHANG, J.; BERNASKO, J.W.; LEYBOVICH, E.; FAHS, M.; HATCH, M.C. Continuous labor support from labor attendant for primiparous woman: a meta-analysis. **Obstetr. Gynaecol.**, v.88, n.4, p.739-744, 1996.

APÊNDICE A

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Nº01	
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ	
NOME DA TAREFA: COLETA DE DADOS PARA DESENVOLVIMENTO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO	ESTABELECIDO EM: DEZEMBRO 2010
RESPONSÁVEL: LIANA MARA ROCHA TELES	
OBJETIVOS	
Contatar (via e-mail ou correspondência) especialistas na área de interesse para avaliação de um manual destinado à instrução de acompanhantes que pretendem presenciar o parto.	
MATERIAL NECESSÁRIO	
<ul style="list-style-type: none"> - Carta Convite; - Termo de consentimento livre esclarecido; - Manual educativo a ser avaliado; - Questionário. 	
DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Contatar juízes que preencham os critérios de inclusão, através de Carta Convite (Apêndice B), via e-mail ou pessoalmente, a qual trará os objetivos de pesquisa; 2. Após aceitação, será enviado o TCLE (Apêndice C), para que seja realizada sua anuência; 3. Após anuência do TCLE, será enviado questionário de avaliação (Apêndice D) e cópia do manual; 4. Aos juízes, serão dadas as seguintes instruções: <ol style="list-style-type: none"> 1. Por favor, leia minuciosamente o manual; 2. Em seguida, solicito que analise o instrumento educativo, assinalando um “X” em um dos números que estão na frente de cada afirmação; 3. Dê sua opinião de acordo com a afirmativa que melhor represente sua opinião acerca das variáveis, na qual 1. Inadequado; 2. Parcialmente adequado; 3. Adequado; 4. Totalmente adequado; e NA. Não se aplica; 4. Para as opções 1 e 2, descreva o motivo pelo qual considerou esse item no espaço destinado após as variáveis; 5. Caso julgue necessário, inclua comentários e/ou sugestões. Elas serão importantes para a construção deste instrumento que está sob sua avaliação; 6. Solicito a gentileza de devolver o questionário via e-mail ou correio no prazo de 15 dias, de modo a permitir que a pesquisadora cumpra como cronograma previamente estabelecido para o desenvolvimento deste estudo. 	
CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES	
PREPARADO POR:	EXECUTADO POR:

APÊNDICE B
CARTA CONVITE AOS ESPECIALISTAS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

CARTA CONVITE AOS JUÍZES ESPECIALISTAS

Eu, Liana Mara Rocha Teles, Enfermeira, aluna do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado), da Universidade Federal do Ceará, venho convidá-lo(a) a participar como avaliador na validação de aparência e conteúdo de um manual que estou desenvolvendo em dissertação de mestrado de minha autoria sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Ana Kelve de Castro Damasceno. Trata-se de um manual básico de orientações para acompanhantes de parturientes, com informações importantes para sua participação ativa como provedor de suporte durante o trabalho de parto e parto.

Na oportunidade, antecipo sinceros agradecimentos.

Atenciosamente,

Enf^a. Liana Mara Rocha Teles

Local, Data

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO ESPECIALISTAS

Documento N° _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ESPECIALISTAS)

Caro(a) Senhor(a):

Eu, LIANA MARA ROCHA TELES, enfermeira, sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Estou convidando-o(a) a participar de um estudo que será desenvolvido sob minha responsabilidade e de minha orientadora Prof^a Dra. ANA KELVE DE CASTRO DAMASCENO. Nesse estudo pretendo validar um manual educativo direcionado para acompanhantes durante o parto. Pretendemos com esta pesquisa contribuir para a humanização do parto e nascimento, instruindo os acompanhantes para a prestação de adequado apoio físico e emocional à parturiente.

Os participantes serão profissionais com experiência da temática desenvolvida no manual. Caso concorde em participar do estudo, solicito que faça a leitura do manual e preencha o instrumento de avaliação, os quais deverão, posteriormente, ser encaminhados à pesquisadora via internet ou pessoalmente, segundo lhe convier.

Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para a realização deste estudo. Você tem o direito de desistir de participar do estudo a qualquer momento, se assim desejar, sem que sua desistência possa trazer-lhe qualquer prejuízo. Finalmente, informo que sua identidade será preservada tanto durante a condução do estudo como quando em publicações posteriores. A participação no estudo não lhe trará nenhum custo.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias, sendo que uma ficará comigo (pesquisadora) e a outra, com você (especialista).

Em caso de dúvidas e/ou desistência da entrevista, pode-se entrar em contato com o Comitê de Ética da UFC por meio do telefone (85) 3366-8344. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço:

Liana Mara Rocha Teles
Universidade Federal do Ceará
Rua Alexandre Baraúna, nº 1115
Telefone para contato: 87106818

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____ RG nº _____, declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos e concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, ____ de _____ de 2011.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

2- ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO – Refere-se à forma de apresentar as orientações. Isto inclui sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação.

2.1 O manual educativo é apropriado para a orientação de acompanhantes que pretendem se fazer presente durante o parto.	1	2	3	4	NA
2.2 As mensagens estão apresentadas de maneira clara e objetiva.	1	2	3	4	NA
2.3 As informações apresentadas estão cientificamente corretas.	1	2	3	4	NA
2.4 O material está apropriado ao nível sociocultural do público-alvo proposto.	1	2	3	4	NA
2.5 Sequência lógica do conteúdo proposto.	1	2	3	4	NA
2.6 As informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia.	1	2	3	4	NA
2.7 O estilo de redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo.	1	2	3	4	NA
2.8 Informações da capa, contracapa, agradecimentos e/ou apresentação são coerentes.	1	2	3	4	NA
2.9 O tamanho do título e dos tópicos está adequado.	1	2	3	4	NA
2.10 As ilustrações estão expressivas e suficientes.	1	2	3	4	NA
2.11 O número de páginas está adequado.	1	2	3	4	NA

3- RELEVÂNCIA – Refere-se à característica que avalia o grau de significação do material educativo apresentado.

3.1 Os temas retratam aspectos-chave que devem ser reforçados.	1	2	3	4	NA
3.2 O manual propõe ao aprendiz adquirir conhecimento quanto às técnicas de suporte intraparto.	1	2	3	4	NA
3.3 O manual aborda os assuntos necessários para a preparação do acompanhante que irá presenciar o parto.	1	2	3	4	NA
3.4 Está adequado para ser usado por qualquer profissional da área da saúde em suas atividades educativas.	1	2	3	4	NA

Para comentários gerais e sugestões, utilizar a folha seguinte.

APÊNDICE E

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Nº02	
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ	
NOME DA TAREFA: COLETA DE DADOS PARA DESENVOLVIMENTO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO	ESTABELECIDO EM: DEZEMBRO 2010
RESPONSÁVEL: LIANA MARA ROCHA TELES	
OBJETIVOS	
Realizar estratégia educativa e entrevistar público-alvo para avaliação de um manual destinado à instrução de acompanhantes que pretendem presenciar o parto.	
MATERIAL NECESSÁRIO	
<ul style="list-style-type: none"> - Termo de consentimento livre esclarecido; - Manual educativo a ser avaliado; - Carta de Apresentação; - Questionário. 	
DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES	
<p>1. Para consulta ao público-alvo, se procederá os seguintes passos:</p> <p>1.1 Registro do contato de telefone de todas as 30 gestantes que realizavam acompanhamento pré-natal no Centro de Parto Natural Lygia Barros – CPN no período da coleta de dados (outubro de 2011);</p> <p>1.2 As gestantes serão contatadas por telefone, momento em que serão apresentadas a proposta da pesquisa e solicitadas a enviar um acompanhante para participar da pesquisa e da intervenção educativa, em data pré-agendada, para aplicação do manual em questão;</p> <p>2. No momento do encontro, será realizada a leitura do TCLE (Apêndice G) para os acompanhantes que consentirem em colaborar com o estudo e será entregue o manual juntamente com a Carta de Apresentação (Apêndice F), que abordará instruções de como deverá ser realizada a avaliação do manual:</p> <p>2.1 Faça um traço embaixo das palavras e frases que são difíceis de entender;</p> <p>2.2 Substitua essas palavras ou frases por outras que ajudará a melhorar o seu entendimento do texto;</p> <p>2.3 Marque um “x” ao lado da figura que você achou difícil de entender;</p> <p>2.4 Indique uma sugestão para substituir essa figura.</p> <p>3. Após esse momento inicial, se procederá a leitura conjunta do manual educativo;</p> <p>4. Depois disso, haverá a aplicação do instrumento de coleta de dados;</p> <p>5. Por último, serão recolhidos os instrumentos (checando se estes foram preenchidos por completo) e os manuais educativos contendo as contribuições dos acompanhantes.</p>	
CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES	
PREPARADO POR:	EXECUTADO POR:

APÊNDICE F
TERMO DE CONSENTIMENTO ACOMPANHANTES

Documento N° _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ACOMPANHANTES)

Eu, Liana Mara Rocha Teles, enfermeira, venho por meio deste convidá-lo(a) a participar como avaliador no estudo intitulado: Construção e Validação de Tecnologia Educativa para Acompanhantes durante o Parto. Trata-se de um estudo que objetiva validar um manual como tecnologia de enfermagem direcionado para técnicas de apoio prestadas por acompanhantes durante o parto.

Após sua aceitação em participar deste estudo, entregarei o manual, juntamente com a Carta de Apresentação e Instrumento de Avaliação. Após a leitura em grupo do manual, você devolverá o manual contendo as sugestões de melhoria e o instrumento de avaliação.

A sua participação neste estudo será muito importante, pois o manual será validado a partir das suas sugestões, e, depois, será aplicado no ambulatório pré-natal, com acompanhantes (de gestantes) que pretendam presenciar o parto.

Informo ainda que:

- Seu nome ou qualquer outra informação que possa identificá-lo (a) não será revelado;
- Você poderá deixar de participar desta pesquisa, a qualquer momento, se assim o desejar, sem que isso acarrete qualquer prejuízo;
- Você terá acesso a qualquer momento às informações de procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer;
- O estudo não lhe trará riscos, e sua colaboração e participação poderão proporcionar benefícios para o desenvolvimento científico;
- Sua participação não será remunerada mas qualquer despesa que possa surgir será financiada pela pesquisadora;
- No caso de dúvidas, estarei disponível para quaisquer outros esclarecimentos, no endereço abaixo:

Rua Marechal Deodoro, 55 Bl. A, Apto. 301. Benfica, Fortaleza – CE.

Tel: (85) 3253.3512 / 9999.1896

E-mail: lianinhamara@yahoo.com.br

Certa de contar com sua colaboração, desde já agradeço.

Atenciosamente,

Liana Mara Rocha Teles

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO (ACOMPANHANTES)

Eu, _____, declaro que tomei conhecimento do estudo mencionado, e tendo sido devidamente esclarecido(a) pela pesquisadora e entendido o que me foi explicado, concordo em participar desta pesquisa.

Fortaleza, ____ de _____ de _____

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE G
Carta de Apresentação ao Público-Alvo

Caro colega,

Obrigada por ter aceitado participar desta pesquisa. Sua colaboração será muito importante para melhorar o manual educativo.

O texto do manual é resultado de uma pesquisa feita com um grupo de mulheres que tiveram acompanhantes durante o parto, as quais indicaram quais os tipos de apoio mais relevantes prestados pelos acompanhantes. Por isso, desenvolvemos um manual para ajudar o acompanhante que irá presenciar o parto a fornecer tais apoios, permitindo que a mulher vivencie de forma mais tranquila o momento do parto.

Outros profissionais também estão ajudando a fazer esse manual. Eles também deram sugestões que já foram colocadas nesse manual.

- Por favor, leia o manual. Caso achar melhor, podemos ler juntos.
- Faça um traço embaixo das palavras e frases que são difíceis de entender.
- Substitua essas palavras ou frases por outras que ajudará a melhorar o seu entendimento do texto.
- Marque um “x” ao lado da figura que você achou difícil de entender.
- Indique uma sugestão para substituir essa figura.

Suas sugestões serão colocadas no manual e isso será feito com outros acompanhantes até que não haja nenhuma dificuldade em entender o que está escrito e nas figuras do manual educativo.

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE H

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO – PÚBLICO-ALVO

Data: ____ / ____ / ____

Nº _____

Nome do instrumento: Manual de orientações para acompanhantes que irão presenciar o parto.

Parte 1 – IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Sexo: _____ Idade: _____

Se feminino: Nº de gestações: _____ Nº de partos: _____ Nº de abortos: _____

Anos de Estudo: _____

Já presenciou anteriormente o parto na condição de acompanhante? () Sim () Não

Se sim, quais as maiores dificuldades encontradas?

Parte 2 – INSTRUÇÕES

Leia minuciosamente o manual. Em seguida, analise o instrumento educativo, marcando um “X” em uma das alternativas que estão na frente de cada afirmação.

Se você marcar a opção 2, descreva o motivo pelo qual considerou essa opção no espaço destinado após o item.

Obs. Não existem respostas corretas ou errada. O que importa é a sua opinião. Por favor, responda a todos os itens.

1. ORGANIZAÇÃO

1.1 A capa chamou sua atenção?	1.Sim	2. Não	3.Em parte
1.2 Mostra o assunto a que se refere?	1.Sim	2. Não	3.Em parte
1.3 A sequencia dos tópicos está adequada?	1.Sim	2. Não	3.Em parte
1.4 O tamanho do conteúdo em cada tópico está adequado?	1.Sim	2. Não	3.Em parte

2. ESTILO DA ESCRITA

2.1 Quanto ao entendimento das frases, elas são:	1.Fáceis de entender	2.Difíceis de entender	3.Não sei
2.2 O conteúdo escrito é:	1.Claro	2.Confuso	3.Não sei
2.3 O texto é:	1.Interessante	2.Desinteressante	3.Não sei

3. APARÊNCIA

3.1 As ilustrações são:	1.Simples	2.Complicadas	3.Não sei
3.2 As ilustrações servem para complementar o texto?	1. Sim	2. Não	3.Não sei
3.3 As páginas ou seções parecem organizadas?	1. Sim	2. Não	3.Não sei

4. MOTIVAÇÃO

4.1 Em sua opinião, qualquer acompanhante que ler esse manual vai entender do que se trata?	1.Sim	2. Não	3.Não sei
4.2 Você se sentiu motivado(a) a ler até o final?	1.Sim	2. Não	3.Não sei
4.3 O manual aborda os assuntos necessários ao acompanhante que irá presenciar o parto?	1.Sim	2.Não	3.Não sei
4.4 O manual propõe ao aprendiz adquirir conhecimento sobre técnicas de apoio durante o parto?	1.Sim	2.Não	3.Não sei

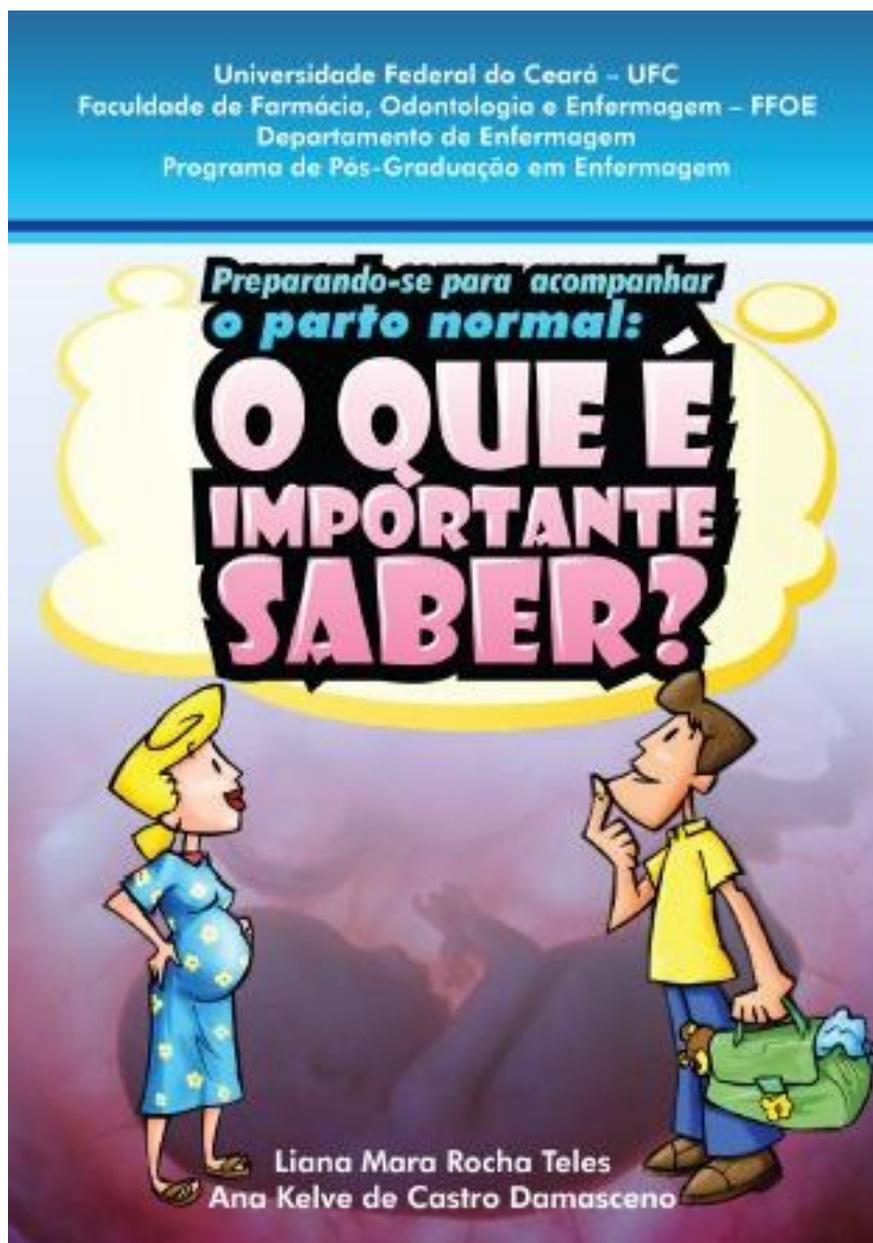
5. Quais sugestões você faria para melhorar o manual?

6. De um modo geral, o que você achou do manual?

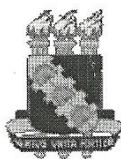
APÊNDICE I

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ	
NOME DA TAREFA: COLETA DE DADOS PARA DESENVOLVIMENTO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO	ESTABELECIDO EM: DEZEMBRO 2010
RESPONSÁVEL: LIANA MARA ROCHA TELES	
OBJETIVOS	
Adequar o manual educativo após avaliação dos peritos e público-alvo.	
MATERIAL NECESSÁRIO	
<ul style="list-style-type: none"> - Manual educativo a ser avaliado; - Instrumentos preenchidos pelos especialistas; - Instrumentos preenchidos pelos acompanhantes; - Manual com sugestões dos acompanhantes; - Computador, impressora, papel e caneta; 	
DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Após o recebimento dos questionários preenchidos pelos especialistas, se procederá a adequação do manual: <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Análise individual de cada questionário, registrando as justificativas das variáveis avaliadas, as quais julgaram ser Parcialmente Adequado/ Inadequado; 1.2 Registro das sugestões apresentadas por cada avaliador; 1.3 Encontro com o orientador para o aperfeiçoamento do manual. 2. Tendo em mãos as sugestões feitas pelos representantes do público-alvo, se procederá a: <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Registro das sugestões de cada acompanhante; 2.2 Separar as sugestões inerentes a legibilidade e ilustrações; 2.3 Proceder à adequação da linguagem; 2.4 Contatar profissional especializado para adequação das ilustrações. 	
CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES	
PREPARADO POR:	EXECUTADO POR:

APÊNDICE J

**CAPA DO MANUAL PREPARANDO-SE PARA ACOMPANHAR O PARTO
NORMAL: O QUE É IMPORTANTE SABER?**

ANEXO A



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 071/11

Fortaleza, 03 de Maio de 2011

Protocolo COMEPE nº 067/11

Pesquisador responsável: Liana Mara Rocha Teles.

Título do Projeto: “Construção e validação de tecnologias educativas para acompanhantes durante o parto”

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o protocolo e o TCLE do projeto supracitado na reunião do dia 28 de Abril de 2011.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

Dr. Fernando A. Frota Bezerra
Coordenador do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC