



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

SANDRELLY PAULA DE ANDRADE BARROS

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PLANO DE PARTO ILUSTRATIVO:
ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA GESTANTES DE RISCO
OBSTÉTRICO HABITUAL**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
BACHARELADO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE ENFERMAGEM

SANDRELLY PAULA DE ANDRADE BARROS

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PLANO DE PARTO ILUSTRATIVO:
ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA GESTANTES DE RISCO
OBSTÉTRICO HABITUAL**

TCC apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de bacharel em enfermagem.

Orientador: Prof. Msc. José Flávio de Lima Castro.

Coorientadora: Prof. Dr^a Viviane Rolim de Holanda.

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2021

Catálogo na Fonte
Sistema Integrado de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Jaciane Freire Santana, CRB4/2018

B277c Barros, Sandrelly Paula de Andrade.

Construção e validação de um plano de parto ilustrativo: estratégia de educação em saúde para gestantes de risco obstétrico habitual / Sandrelly Paula de Andrade Barros. - Vitória de Santo Antão, 2021.

68 folhas; il.

Orientador: José Flávio de Lima Castro.

Coorientadora: Viviane Rolim de Holanda.

TCC (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado em Enfermagem, 2021.

Inclui referências e anexo.

1. Parto humanizado. 2. Educação em saúde. 3. Gravidez de alto risco. I. Castro, José Flávio de Lima (Orientador). II. Holanda, Viviane Rolim de (Coorientadora). III. Título.

618.4 CDD (23.ed.)

BIBCAV/UFPE - 100/2021

SANDRELLY PAULA DE ANDRADE BARROS

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PLANO DE PARTO ILUSTRATIVO:
ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA GESTANTES DE RISCO
OBSTÉTRICO HABITUAL**

TCC apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de bacharel em enfermagem.

Aprovado em: 19 / 08 / 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Ana Lisa do Vale Gomes (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dra. Tatiana Ferreira da Costa (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dra. Sheyla Costa de Oliveira (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco – Centro de Ciências da Saúde

A Deus que é a fonte da minha vida e a luz para os meus sonhos. A minha mãe, meu pai e minha irmã que me encorajaram e me apoiaram em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

A Deus que me possibilitou saúde e sabedoria para redigir meu trabalho.

A minha mãe Sandra, meu pai Paulo e minha irmã Maria Suélen que me apoiaram em todos os momentos durante minha graduação. Ao meu namorado Esdras por me incentivar a seguir os meus sonhos.

A Universidade Federal de Pernambuco por me permitir alcançar sonhos e no caminho conhecer pessoas maravilhosas. Assim como, a meu orientador José Flávio por toda paciência durante as orientações mesmo em tempos tão difíceis como na pandemia.

E a todos que, direta ou indiretamente, me ajudaram a finalizar minha pesquisa e participaram de minha formação, minha mais nobre gratidão.

RESUMO

O presente estudo situa-se na área da humanização durante o ciclo gravídico-puerperal. Objetivo: construir e validar um plano de parto ilustrativo para gestantes de risco obstétrico habitual. Método: estudo metodológico, desenvolvido em três etapas: construção ilustrativa e textual do plano de parto, validação do plano de parto ilustrativo por juízes especialistas e análise das sugestões para adequação das ilustrações e textos. A validação foi realizada por 86 especialistas, selecionados pela técnica bola de neve e análise de currículo. Utilizou-se duas abordagens do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), o *Level Content Validity Index* (I-IVC) e o *Scale-Level Content Validity Index* (S-IVC) adaptado para escala de *Likert*, assim como, o teste binomial, considerando valor $\geq 0,80$ para validação dos itens. Resultados: foram elaboradas 22 ilustrações. Apenas dois itens “ilustração/texto 05: batimentos do bebê” e “ilustração/texto 09: episiotomia” obtiveram I-IVC $< 0,80$. O S-IVC global do instrumento foi considerado válido com 0,92. Conclusão: O plano de parto foi construído e validado por juízes especialistas e seguirá para a etapa quatro para ser avaliado por gestantes de risco obstétrico habitual da atenção primária à saúde.

Palavras-chave: parto humanizado; educação em saúde; plano de parto; tecnologia educacional.

ABSTRACT

The present study is located in the area of humanization during the pregnancy-puerperal cycle. Objective: to build and validate an illustrative birth plan for pregnant women at habitual obstetric risk. Method: methodological study, developed in three stages: illustrative and textual construction of the birth plan, validation of the illustrative birth plan by expert judges, and analysis of suggestions for the adequacy of illustrations and texts. The validation was carried out by 86 experts, selected using the snowball technique and curriculum analysis. Use the two approaches of the Content Validity Index (CVI), the Level Content Validity Index (I-CVI) and the Scale Level Content Validity Index (S-CVI) adapted to Likert scale as well. as, the binomial test, considering a value ≥ 0.80 for item validation. Results: 22 illustrations were created. Only two items "illustration / text 05: baby's beats" and "illustration / text 09: episiotomy" obtained I-IVC < 0.80 . The instrument's global S-IVC was considered valid with 0.92. Conclusion: The birth plan was built and validated by expert judges and will proceed to step four to be evaluated by pregnant women with usual obstetric risk in primary health care.

Keywords: humanized birth; health education; delivery plan; educational technology.

LISTA DAS ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Resumo das sugestões qualitativas apresentadas pelos juízes especialistas para aprimoramento da versão final do plano de parto ilustrativo.....	34
Figura 2 – Representação aleatória das páginas da versão final do plano de parto ilustrativo.....	38

LISTA DE ABREVIACES

IVC – ndice de validade de conteúdo

I-IVC – Nível do ndice de validade do conteúdo

S-IVC – Escala do nível do ndice de validade de conteúdo

LISTA DAS TABELAS

Tabela 1 – Concordância entre juízes no tocante às ilustrações e textos do plano de parto ilustrativo.....	34
Tabela 2 – Avaliação da concordância em relação à adequação e relevância do plano de parto ilustrativo.....	36

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 Violência ob Holandastétrica	14
2.2 Perspectiva da humanização no processo de parto e nascimento	16
2.3 Empoderamento feminino no ciclo gravídico-puerperal	18
2.4 Tecnologias educativas para o favorecimento do empoderamento feminino	20
2.5 Plano de parto como estratégia de educação em saúde.....	21
3 OBJETIVO GERAL.....	24
3.1 Objetivos específicos	24
4 ARTIGO	25
5 CONCLUSÃO	56
REFERÊNCIAS.....	57
ANEXO A – NORMAS DA REVISTA	63

1 INTRODUÇÃO

O uso de tecnologias educativas validadas (impressas ou *on-line*) promove um maior grau de qualidade para o desenvolvimento do ensino-aprendizagem, favorece a comunicação durante a prestação da assistência, sustenta orientações apresentadas em momentos oportunos e corrobora como mediador na relação profissional e público-alvo (GALDINO *et al.*, 2019).

Em acréscimo, a utilização de materiais de educação em saúde pode favorecer uma mudança de postura frente à gestação, visto que, a mulher passa a compreender melhor sobre seu processo de parto a partir do empoderamento (SOUZA; BASSLER; TAVEIRA, 2019). O empoderamento é uma ação contínua e ativa de conscientização, na qual o indivíduo torna-se protagonista por meio da confiança, conhecimento e diálogo (HEIDEMAN *et al.*, 2021).

O processo de parturição e nascimento foi, com o decorrer do tempo, deixando de ser algo do núcleo feminino, familiar e domiciliar. Esse fato aconteceu na busca da diminuição das taxas de mortalidade materna e neonatal, o que acarretou no processo de institucionalização e medicalização do parto (BRASIL 2010; GOMES *et al.*, 2018). Em consequência da modificação na forma de parir, as mulheres perdem autonomia e o poder de decisão sobre seus corpos em detrimento a uma dominação do saber científico sobre o saber feminino (NICIDA *et al.*, 2020).

Essa mudança pode ter favorecido a diminuição do empoderamento e possibilitou maiores chances das mulheres serem submetidas às práticas intervencionistas desnecessárias, como também a violência obstétrica (BARRERA; MORETTI-PIRES, 2021). Em contrapartida, desde a década de 1990, iniciativas políticas e movimentos sociais começaram a surgir em busca de humanizar a atenção ao parto através do combate às práticas intervencionistas desnecessárias e do resgate do protagonismo das mulheres (DINIZ *et al.*, 2018).

O Ministério da Saúde propõe estratégias visando promover a recuperação da autonomia da gestante através da participação ativa nas escolhas dos cuidados que deseja receber durante a assistência no trabalho de parto e nascimento (PEREIRA *et al.*, 2018). Posto isso, recomenda-se, no Brasil, a elaboração e utilização do plano de parto para as gestantes (BRASIL, 2017).

O plano de parto é um documento elaborado com a finalidade de expressar os desejos e expectativas das gestantes quanto aos procedimentos baseados em evidências científicas, resgatando seu protagonismo na tomada de decisões e com isso, amenizando práticas intervencionistas desnecessárias (SANTOS *et al.*, 2019).

Considerou-se então que o plano de parto ilustrativo preenchido na atenção primária à saúde servirá como uma estratégia de educação em saúde que facilitará o processo de compreensão da gestante em relação aos procedimentos que poderão ocorrer durante o trabalho de parto e nascimento, favorecendo o empoderamento e possibilitando maior confiança nas tomadas de decisões junto à equipe de saúde.

Nesse contexto, a justificativa deste estudo está apoiada na necessidade de propor uma estratégia de educação em saúde validada que possa favorecer o empoderamento das mulheres para a tomada de decisões conscientes durante o trabalho de parto e nascimento. A pesquisa torna-se relevante por possibilitar a validação de um plano de parto que possui como diferencial as ilustrações. Visto que, através de pesquisas bibliográficas foi possível notar que no Brasil ainda não há estudos que demonstrem um plano de parto de caráter ilustrativo e validado, mas sim em formato de *checklist* ou escrito manualmente.

É importante salientar que por meio das ilustrações presentes no plano de parto, mulheres que possuem um nível de escolaridade baixo poderão compreender melhor todas as informações, dado que as ilustrações possivelmente facilitarão o processo de visualização do conteúdo escrito. Sendo assim, a validação do plano de parto ilustrativo servirá como uma estratégia de educação em saúde, favorecendo o empoderamento das gestantes atendidas na atenção primária de saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Violência obstétrica

A violência obstétrica é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como um problema de saúde pública (SILVA *et al.*, 2018). Este termo compreende toda assistência desrespeitosa direcionada a uma mulher gestante, em processo de parturição, puérpera ou ao bebê. É importante ressaltar que todo ato que viole o direito da mulher de ter sua autonomia, sentimentos, escolhas, integridade física e mental é considerado um ato de violência obstétrica (LANSKY *et al.*, 2019).

No ano de 2010 pesquisadores realizaram um estudo pela Fundação Abramo e SESC evidenciando que no Brasil cerca de um quarto da população feminina que teve alguma assistência obstétrica em setores públicos ou privados foi vítima de alguma situação de violência (GUIMARÃES; JONAS; AMARAL, 2018). Dentre os tipos de violência que podem ser vivenciados pelas gestantes podemos categorizar a violência psicológica, verbal e física, ocorrendo situações em que a mulher sente-se angustiada, com medo, insegura, vulnerável e incapaz (MENEZES *et al.*, 2019).

Segundo Jardim e Modena (2018) existem várias situações onde um profissional obstétrico pode cometer um ato de violência, podemos elencar atitudes como a desaprovação do acompanhante escolhido, falta de informações em relação aos procedimentos realizados na assistência, negação ao direito da alimentação, assim como o de caminhar, toques vaginais sem que haja uma explicação, uso de métodos indutores e de procedimentos sem o conhecimento ou aceitação da mulher que esteja em trabalho de parto.

Em relação às intervenções consideradas como violência durante o processo de trabalho de parto e parturição o estudo de Leal *et al.*, (2014) listou a administração de ocitocina, amniotomia, analgesia raquidural ou peridural, posição litotômica, manobra de Kristeller e episiotomia, no qual tais práticas não possuem embasamento científico e são consideradas como desnecessárias (ZANARDO *et al.*, 2017). Quatro situações de violência obstétrica são destacadas, sendo elas: a manobra de Kristeller, a prática da episiotomia, utilização da posição litotômica e fornecimento de ocitocina exógena indiscriminadamente (LEAL *et al.*, 2014).

A manobra de Kristeller ou qualquer outra pressão realizada no fundo do útero durante a fase expulsiva do processo de parturição, sendo justificativa como

forma de ajuda para a mulher, não é indicada em circunstância alguma (LEAL *et al.*, 2019).

Profissionais especialistas na área da obstetrícia humanizada relatam sobre artigos que apresentam evidências e conclusões sobre a prática da episiotomia, alegando que a mesma não deve ser realizada como rotina em uma unidade, pois não possui nenhum embasamento científico, logo, não existe nenhuma indicação para sua realização (KÄMPF; DIAS, 2018).

A posição litotômica causa interferência na fisiologia normal do parto vaginal, ocasionando a perda do protagonismo da mulher durante seu processo de parturição. A realização da prática pelos profissionais sem que haja uma evidência científica acaba naturalizando o ato violento (LANSKY *et al.*, 2019).

Por conseguinte, o conhecimento sobre a fisiologia e dinâmica uterina pode conduzir os profissionais na utilização de certas técnicas químicas para estimular as contrações. Diante deste fato, podemos citar a utilização indiscriminada da ocitocina exógena para acelerar o trabalho de parto, não havendo respeito ao processo natural e fisiológico de produção endógena inerente ao corpo feminino (UNICEF, 2017).

Sabe-se que uma grande demanda nos serviços públicos de saúde provoca nos profissionais a pressa em acelerar o trabalho de parto das mulheres, o que torna o processo mais intervencionista, não havendo respeito à fisiologia e dinâmica do corpo da parturiente. A falta de assistência adequada muitas vezes iniciada no período de pré-natal, ocasião na qual as mulheres não são informadas de forma suficiente para conduzirem e participarem ativamente de seu parto, o que as tornam mais vulneráveis a atos de violência obstétrica (LEAL *et al.*, 2014) contribuindo para altas taxas de morbimortalidade materna-perinatal (PEDROSO; LÓPEZ, 2017).

Ademais, a banalização e a naturalização da violência obstétrica faz com que muitos profissionais não percebam que estão cometendo o ato, justamente por estar presente seu cotidiano, o que perpetua ainda mais situações violentas (SENS; STAMM, 2019b).

Contudo, muitas das práticas consideradas como desnecessárias e, conseqüentemente, como violência obstétrica são realizadas sem o consentimento da mulher, o que causa a anulação no poder de escolha e conseqüentemente vai ao contrário do que é recomendado pela Organização Mundial de Saúde em relação às boas práticas no parto (RODRIGUES *et al.*, 2018).

Em 2007 a Venezuela passou a ser o primeiro país que reconheceu a violência obstétrica como um problema que envolvia o meio social, a organização política e o setor público. A lei sancionada pela Venezuela alega que ao praticar um ato de violência o profissional pode ocasionar consequências para a mulher no momento em que provoca perda da autonomia e do direito sobre decidir em relação a seus corpos e sua sexualidade o que tem impacto direto na qualidade (SENS; STAMM, 2019a).

Portanto, é imprescindível que ao realizar uma assistência durante a gestação, trabalho de parto ou nascimento o profissional garanta o direito da mulher em relação à obtenção de toda e qualquer informação pertinente, consentir as práticas que serão realizadas, respeitando sua autonomia nas escolhas, permitindo acompanhante durante todo o processo, garantindo sua privacidade e o sigilo de suas informações e, com isso, possibilitando uma assistência livre de violência e dano (ALEXANDRIA *et al.*, 2019).

2.2 Perspectiva da humanização no processo de parto e nascimento

O termo humanização do parto e nascimento vem contrário ao modelo tecnocrático hegemônico obstétrico praticado no Brasil. Este termo refere-se a movimentos sociais, políticas públicas e também a um novo modelo de atenção obstétrica (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2018). O período da gestação possibilita a formação e a vinda de uma nova vida. Além disso, é durante esse período no qual a mulher passa a sofrer modificações físicas, fisiológicas e psicológicas ocasionando a necessidade de uma assistência adequada e humanizada (NAIDON *et al.*, 2018).

No momento em que existe uma assistência ao parto e ao nascimento humanizado há a promoção do respeito aos direitos da mulher durante todo o processo desde a gestação até o momento do nascimento do bebê. Não esquecendo a importância em relação ao respeito que deve ser cumprido também com os familiares da parturiente, possibilitando um trabalho de parto tranquilo e um nascimento sadio (UNICEF, 2017).

Assim, a humanização traz a proposta de diminuir as intervenções desnecessárias, promovendo práticas com embasamento científico em relação aos reais riscos e benefícios para a mãe e filho, dessa forma, ocasionando a possibilidade dos profissionais garantirem a participação ativa da mulher no seu processo de parturição (PEDROSO; LÓPEZ, 2017).

Para promover a humanização do parto os profissionais podem realizar ações consideradas como simples, desde o acreditar que a gestante consegue ter a vivência do trabalho de parto sem a necessidade de intervenções desnecessárias. Além disso, orientar sobre os procedimentos antes de realiza-los é imprescindível na prática, garantir um ambiente acolhedor, respeitando todos os desejos e escolhas da parturiente são também exemplos de formas de humanização do parto (MINISTÉRIO PÚBLICO DE PERNAMBUCO, 2015).

Desse modo, a assistência deve ser realizada visando o estabelecimento de um vínculo com a parturiente a fim de favorecer o esclarecimento de dúvidas em relação ao parto, compreensão do processo gestacional e, assim, proporcionando que novos conhecimentos sejam adquiridos, para que questões sobre o período de gestação, parto e puerpério sejam abordadas e entendidas de maneira adequada. Para mais, é importante que a humanização seja garantida como forma de estratégia na assistência (GOMES *et al.*, 2014). Para isso, deve-se haver o respeito aos desejos da gestante, garantindo o direito a privacidade, possibilidade da deambulação livre, permissão para ingestão hídrica e alimentar, oferta de acesso aos métodos farmacológicos e não farmacológicos para alívio da dor se necessário, promover a oportunidade para a parturiente parir na sua posição de escolha e garantir o direito ao acompanhante (UNICEF, 2017).

Contudo, compreende-se que ao adentrar no movimento pela humanização do parto e nascimento, o profissional obstétrico possibilita o estabelecimento de novas formas de pensar e compreender em relação às técnicas realizadas no cotidiano (KÄMPF; DIAS, 2018).

Para que os profissionais obtivessem melhoria na qualidade assistencial foram criadas ao longo das duas últimas décadas várias questões direcionadas a saúde da mulher. Com isso, houve a elaboração e publicação de diretrizes que indicam como deve ser uma assistência obstétrica adequada, além de programas e políticas públicas voltadas para a saúde do público feminino (NIY *et al.*, 2019).

Logo, no Brasil humanizar a assistência veio ganhando cada vez mais espaço para discussões, através dessa perspectiva, em 2000 o Ministério de Saúde criou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Já em 2011 foi lançada a estratégia da Rede Cegonha que veio para garantir o direito da mulher. Desse modo, a Rede Cegonha segue as recomendações da Organização Mundial de Saúde em relação às boas práticas de atenção ao parto (SILVA *et al.*, 2018).

A rede cegonha traz a necessidade de propor estratégias nas redes de saúde que prestam o pré-natal e a assistência ao parto, levantando a importância de considerar as práticas baseadas em evidências científicas, promoção da educação em saúde para as gestantes e familiares, aceitar a presença do acompanhante de escolha, além da promoção da educação continuada para os profissionais, visando melhoraria do contexto de atenção materno-infantil (GOTTEMS *et al.*, 2018).

Em relação aos princípios presentes no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), pode ser citado o direito que a gestante possui em relação à assistência digna, respeitosa e com qualidade durante todo ciclo gravídico-puerperal e o conhecimento e certeza da maternidade onde irá parir, garantindo uma assistência de qualidade. Além disso, o neonato tem direito a uma assistência segura e humanitária. A preservação dos direitos da gestante, familiares e bebê é um dever do estabelecimento de saúde. Dessa forma, pode-se concluir que o ato de humanizar o parto promove bem-estar físico e emocional para a gestante, o que favorece a redução dos riscos e possíveis complicações no trabalho de parto e nascimento. Toda assistência deve ser pensada de forma a favorecer o empoderamento e garantir um atendimento humano para a gestante, apoiando seus familiares e promovendo com que o evento do parto se torne especial e inesquecível (ANDRADE *et al.*, 2017).

2.3 Empoderamento feminino no ciclo gravídico-puerperal

O conceito empoderamento relaciona-se com a autonomia, direito a liberdade de escolha e tomada de decisões, sendo caracterizado como uma ferramenta de grande importância em todos os aspectos, principalmente quando se trata das gestantes (ARAÚJO; LIMA, 2016).

Sabe-se que durante a gestação a mulher experimenta vários sentimentos, dentre eles o medo, ansiedade, aflição e insegurança, tais sentimentos são reforçados a partir das preocupações em relação ao trabalho de parto e nascimento do bebê, sendo assim, tem-se a necessidade de oferecer um cuidado integral a essa mulher, sempre levando em consideração o binômio mãe-bebê (LIMA *et al.*, 2019).

Diante disso, favorecer o empoderamento possibilita com que a mulher amplie seus saberes em relação a si, sua situação de saúde e ao meio social no qual convive. Quando empoderada a mulher reforça seu papel social e ocasiona a

possibilidade de tornar-se capaz de realizar escolhas seguras sobre si mesma e seu corpo (KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2018).

Ao passo que os profissionais exercem importante relação com a construção da autonomia das gestantes e, conseqüentemente, no favorecimento do seu empoderamento, algumas estratégias podem ser adotadas, como por exemplo: as orientações. Ao orientar uma gestante, o profissional possibilita com que essa mulher tenha maior protagonismo no seu processo de parturição, principalmente quando diz respeito às tomadas de decisões (BARROS *et al.*, 2017). Para que a gestante sinta-se empoderada, é necessário que a mesma detenha de informações de qualidade. Dessa forma, é necessário que haja a oferta de práticas humanizadas como estratégias de educação em saúde, que possibilitem o alcance da autonomia dessas mulheres (BARROS; RUVIARO; RICHTER, 2017).

Desse modo, é na gravidez que a gestante, pai do bebê, companheiro e familiares tornam-se mais adeptos para receberem informações, com isso, o enfermeiro deve utilizar desse evento especial para propagar educação em saúde no intuito de promover com que a gestante não se sinta apavorada durante alguns períodos da gestação, favorecendo seu empoderamento para tomada de decisões seguras (SOUZA; BASSLER; TAVEIRA, 2019).

Assim, através da educação em saúde é possível orientar as gestantes em relação as suas possíveis dúvidas e questões, o que acarretará a minimização das suas aflições, incertezas e medos, contribuindo positivamente para que ela consiga construir sua autonomia ao ponto de tornar-se empoderada em relação aos conhecimentos ofertados (LIMA *et al.*, 2019).

Logo, torna-se imprescindível que durante todo período gravídico-puerperal a mulher receba informações pertinentes e de qualidade, mas é primordialmente no pré-natal onde ela deve receber orientações a cerca da gestação, parto e nascimento. Dessa forma, os enfermeiros possibilitam o favorecimento da autoconfiança dessa mulher, o que promove menos complicações e maiores sucessos em determinadas situações, como por exemplo, na amamentação (MOURA *et al.*, 2015).

Os enfermeiros atuantes no pré-natal que contribuem positivamente para o favorecimento do empoderamento das mulheres grávidas, em relação ao parto natural, ocasionam um reflexo positivo ligado à vivência da gravidez. Visto que, quando a prática do pré-natal é bem desenvolvida, ocorre o respeito à autonomia,

estimulação para escolhas seguras, tendo em vista um olhar integral da mulher, sem descartar suas necessidades e, assim, possibilitando uma prática baseada em evidência (JARDIM; SILVA; FONSECA, 2019).

Dessa forma, possibilitar o conhecimento sobre a dinâmica do seu corpo promove com que a gestante compreenda melhor sobre as fases do trabalho de parto, o que a faz enxergá-lo de forma diferente. Ao receber orientações sobre as fases do parto, essa mulher possuirá mais autoconfiança, facilitando o reconhecimento de práticas necessárias durante cada período, assim como, de práticas desnecessárias, tendo autonomia suficiente para não autorizá-las (PIMENTEL *et al.*, 2014).

Assim, a partir do momento em que a vontade da gestante for respeitada e a assistência voltada para suas necessidades, é importante que o profissional considere e respeite a autonomia dessa mulher, o direito de receber informações coerentes com sua real situação e, principalmente, a participação como protagonista no seu processo de parturição, possibilitando com que as mesmas decidam sobre seus corpos, tornando o parto evento humano, respeitoso, acolhedor e seguro (SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2015). Faz-se necessário então, que durante o pré-natal o enfermeiro oriente e conscientize a mulher em relação à fisiologia e dinâmica do trabalho de parto, para que a mesma alcance a segurança na tomada de decisões (ROCHA; GRISI, 2017).

2.4 Tecnologias educativas para o favorecimento do empoderamento feminino

Considera-se que ainda existam barreiras para que haja uma assistência adequada para as mulheres que estejam em processo gestacional ou parturição. Diante disso, ao longo dos anos tecnologias foram desenvolvidas a fim de proporcionar uma assistência humana no pré-parto, parto e nascimento (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Dessa forma, as tecnologias na obstetrícia abordam um amontoado de conhecimentos, técnicas e métodos usados de maneira a compreender a fisiologia e dinâmica natural do processo de parturição, respeitando a mulher como ser integral. A criação dessas tecnologias deve considerar todo ciclo gravídico-puerperal, sem intervenções invasivas. Com isso, ao utilizar da tecnologia, o profissional da enfermagem consegue contribuir para uma assistência que respeita o processo

fisiológico, transformando o parto em um evento humano, o que aumenta a satisfação das mulheres (DUARTE *et al.*, 2019).

Assim sendo, um instrumento utilizado como estratégia de melhorar a satisfação em relação ao parto denomina-se plano de parto. O plano de parto é um documento que compreende os desejos da gestante. Em vista disso, este documento segue o princípio bioético da autonomia, preparando a mulher para o parto, minimizando seus medos por conter informações pertinentes em relação ao processo de parturição, favorecendo o empoderamento e protagonismo feminino no que tange as tomadas de decisões em relação a si e seu corpo (MEDEIROS *et al.*, 2019).

2.5 Plano de parto como estratégia de educação em saúde

Durante a gestação a mulher tem o direito de receber informações sobre a dinâmica da gravidez, fisiologia do processo parturitivo, importância das suas escolhas, benefícios do parto normal e sobre as intervenções desnecessárias que podem ocorrer durante o processo, facilitando a participação da mesma como protagonista em todo ciclo gravídico-puerperal. Após o recebimento de todas as informações, é indicado que a mulher preencha um plano de parto (GOMES *et al.*, 2017).

O plano de parto é um documento criado para expressar de maneira formal os desejos e as necessidades pessoais da gestante em relação aos cuidados que ela pretende receber no processo de trabalho de parto, parto e nascimento (RABELO *et al.*, 2017).

Sabe-se que a Organização Mundial de Saúde preconiza o plano de parto como uma prática que deve ser realizada durante a gravidez, dessa forma esse instrumento atuará como uma técnica não invasiva, proporcionando a mulher seu protagonismo durante a construção desse plano e, conseqüentemente influenciando no respeito as suas escolhas (MOUTA *et al.*, 2017).

É através do plano de parto que as gestantes conseguem expressar da melhor forma sobre a assistência obstétrica que desejam receber durante todo processo de trabalho de parto e nascimento. Dentre as informações que podem ser colocadas no plano, a mulher pode descrever sobre o seu desejo em relação a: seu acompanhante de escolha em todo ciclo gravídico-puerperal, liberdade para

movimenta-se, escolha da posição para parir, métodos farmacológicos para diminuição da dor (SANTOS *et al.*, 2019).

Ademais, também poderão constar no plano de parto o desejo da parturiente em relação à ingesta hídrica e alimentar, assim como a não autorização de práticas sem embasamento científico, como a episiotomia (MINISTÉRIO PÚBLICO DE PERNAMBUCO, 2015).

Por conseguinte, o plano de parto possui grande importância para atuação obstétrica, pois ele respeita o princípio da bioética em questão da autonomia, possibilitando o aumento do protagonismo da mulher no processo parturitivo e no nascimento do bebê. Quando a mulher atua no papel de protagonista do seu parto é notória a expressão positiva e a satisfação em relação à assistência recebida (CORTÉS *et al.*, 2015).

Para a construção do plano de parto é importante que um profissional da atenção primária ofereça apoio a gestante, orientando-a sobre a necessidade de apresentá-lo aos profissionais que prestarão assistência na maternidade. Assim, os profissionais obstétricos possuirão conhecimento dentre os desejos e escolhas dessa gestante, possibilitando uma assistência de qualidade e adaptada de acordo com a parturiente (MEDEIROS *et al.*, 2019).

O Ministério da Saúde publicou a versão resumida das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, onde é levantada a questão da comunicação entre o profissional obstétrico e a mulher que receberá a assistência. É através da comunicação que o profissional deve perguntar se ela possui um plano de parto, caso a resposta seja sim, o profissional deverá ler e conversar com a mulher sobre as condições para a implementação desse plano, levando em consideração o ambiente da assistência, estrutura física e os recursos da unidade para a prestação das técnicas desejadas pela gestante (BRASIL, 2017).

Assim, notou-se através de observações empíricas que as parturientes que apresentaram um plano de parto no momento da admissão na maternidade, relataram que compreenderam melhor a assistência que receberam, além de terem seus desejos atendidos, portanto, o plano de parto tem o poder de promover autonomia e protagonismo da mulher no momento que sensibiliza os profissionais que prestarão assistência ao parto e nascimento (NARCHI *et al.*, 2019).

Embora escassos, existem estudos que relatam sobre como o plano de parto influencia positivamente para a diminuição de taxas de cesarianas e também em

melhores resultados neonatais e maternos. Além disso, sabe-se que o plano de parto possui grande significância para que práticas institucionalizadas e rotineiras não aconteçam, como por exemplo: a amniotomia precoce e a episiotomia (LOPEZOSA; MAESTRE; BORREGO, 2017).

À vista disso, dentre as várias ferramentas que favorecem o empoderamento feminino durante a gestação, damos destaque ao plano de parto porque o mesmo expõe sobre as demandas da gestante e ajuda não só a mulher em relação ao conhecimento da dinâmica do seu corpo, mas também a equipe de profissionais que prestará serviço ao processo de parto e nascimento (SILVA *et al.*, 2017).

Portanto, pode-se enfatizar que há uma grande importância na utilização do plano de parto, uma vez que, essa ferramenta poderá contribuir para o favorecimento do empoderamento feminino, possibilitando o protagonismo da gestante em relação às decisões durante seu processo de pré-parto, parto e nascimento (KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2018).

3 OBJETIVO GERAL

Construir e validar um plano de parto ilustrativo que servirá como estratégia de educação em saúde para auxiliar no empoderamento de gestantes atendidas na atenção primária de saúde sobre o seu trabalho de parto e nascimento.

3.1 Objetivos específicos

- Construir as ilustrações e textos do plano de parto.
- Realizar a seleção de especialistas nas áreas de saúde da mulher; obstetrícia e atenção primária à saúde.
- Aplicar um questionário expondo o plano de parto ilustrativo para os juízes especialistas a partir da utilização da escala de Likert para atribuir pontuação dos conceitos e o Índice de Validade de Conteúdo (IVC).
- Adequar o plano de parto ilustrativo de acordo com as sugestões dos juízes especialistas.

4 ARTIGO

O PRESENTE TRABALHO ESTÁ APRESENTADO NO FORMATO DE ARTIGO REQUERIDO PELA REVISTA **LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM**, CUJAS NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS SE ENCONTRAM EM ANEXO.

Construção e validação de um plano de parto ilustrativo para gestantes de risco obstétrico habitual

Objetivo: construir e validar um plano de parto ilustrativo para gestantes de risco obstétrico habitual. **Método:** estudo metodológico, desenvolvido em três etapas: construção ilustrativa e textual do plano de parto, validação do plano de parto ilustrativo por juízes especialistas e análise das sugestões para adequação das ilustrações e textos. A validação foi realizada por 86 especialistas, selecionados pela técnica bola de neve e análise de currículo. Utilizou-se duas abordagens do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), o *Level Content Validity Index* (I-IVC) e o *Scale-Level Content Validity Index* (S-IVC) adaptado para escala de *Likert*, assim como, o teste binomial, considerando valor $\geq 0,80$ para validação dos itens. **Resultados:** O S-IVC global do instrumento foi considerado válido com 0,92. As sugestões dos juízes para adequação do plano de parto ilustrativo foram analisadas e implementadas até a versão final. **Conclusão:** o plano de parto ilustrativo foi validado em relação ao conteúdo, linguagem, adequação e relevância. O plano de parto é uma estratégia de educação em saúde para auxiliar gestantes de risco obstétrico habitual no que diz respeito a sua participação ativa com relação às tomadas de decisões a cerca dos cuidados durante o trabalho de parto e parto.

Descritores: Saúde da Mulher; Parto Humanizado; Educação Pré-Natal; Mulher Grávida; Atenção Primária à Saúde; Empoderamento.

Descriptors: Women's Health; Humanizing Delivery; Prenatal Education; Pregnant Woman; Primary Health Care; Empowerment.

Descriptor: Salud de La Mujer; Parto Humanizado; Educación Prenatal; Mujer Embarazada; Atención Primaria de Salud; Empoderamiento.

Introdução

Como instrumento de promoção a saúde, o uso de tecnologias educacionais favorece desenvolvimento do ensino-aprendizagem, favorece a comunicação durante a prestação da assistência, sustenta orientações apresentadas em momentos oportunos e corrobora como mediador na relação profissional e público-alvo^(1,2). Nesse sentido, propõe-se que os materiais educativos impressos sejam elaborados por meio da interação entre o profissional e a gestante/família, possibilitando a formação de uma ferramenta efetiva na ampliação das orientações desde o pré-natal ao pós-parto⁽³⁾.

Durante o período gestacional, a utilização de materiais de educação em saúde pode favorecer uma mudança de postura frente à gestação, visto que, a mulher passa a compreender melhor sobre seu processo de parto a partir do empoderamento⁽⁴⁾, uma vez que é definido como uma ação contínua e ativa de conscientização, na qual o indivíduo torna-se protagonista por meio da confiança, do conhecimento e do diálogo^(4,5). No cunho individual, pode promover um sentimento de autorealização, independência e fortalecimento da autonomia, visando assim, uma experiência positiva da gravidez e do parto⁽⁶⁾.

Essa mudança de perspectiva de passividade para o protagonismo das gestantes⁽⁷⁾ deve ser trabalhada pelo enfermeiro durante o pré-natal, com a compreensão das necessidades individuais e/ou grupais para assim, buscar possibilidades efetivas com a educação em saúde e desenvolver intervenções educativas adequadas⁽⁸⁾. O uso crescente de tecnologias educacionais no pré-natal possibilita uma ampliação do processo de ensino-aprendizagem por meio da interação entre o enfermeiro e a gestante e entre elas com o desenvolvimento das

rodas de conversa, favorecendo uma ampliação nas discussões sobre o trabalho de parto e nascimento⁽⁹⁻¹⁰⁾.

O processo de parturição foi, com o decorrer do tempo, deixando de ser algo do núcleo feminino, familiar e domiciliar. Esse fato aconteceu na busca da diminuição das taxas de mortalidade materna e neonatal, o que acarretou no processo de institucionalização e medicalização do parto^(11,12).

Em consequência da modificação na forma de parir, as mulheres passaram a perder o poder de decisão sobre seus corpos em detrimento a uma dominação do saber científico sobre o saber feminino⁽¹³⁾. Essa mudança pode ter favorecido a diminuição do empoderamento e possibilitou maiores chances das mulheres serem submetidas às práticas intervencionistas desnecessárias, como também a atos de violência obstétrica⁽¹⁴⁾.

A violência obstétrica pode ocorrer de forma verbal, psicológica, sexual e física. São exemplos de procedimentos violentos que não possuem evidência científica que justifique sua prática no trabalho de parto: toques vaginais contínuos e hostis, episiotomia, manobra de Kristeller, tricotomia, jejum sem indicação e imobilização no leito, dentre outros⁽¹⁵⁾. Em contrapartida, desde a década de 1990, iniciativas políticas e movimentos sociais organizados no Brasil começaram a surgir em busca de humanizar a atenção ao parto por meio do combate as práticas intervencionistas desnecessárias e do resgate do protagonismo das mulheres⁽¹⁶⁾.

O Ministério da Saúde do Brasil propõe estratégias visando promover a recuperação da autonomia da gestante através da participação ativa nas escolhas dos cuidados que deseja receber durante a assistência no trabalho de parto e nascimento⁽¹⁷⁾. Posto isso, recomenda-se, no Brasil, a elaboração e utilização do plano de parto para as gestantes⁽¹⁸⁾.

O plano de parto é um documento elaborado com a finalidade de expressar os desejos e expectativas das gestantes quanto aos procedimentos baseados em evidências científicas,

resgatando seu protagonismo na tomada de decisões e com isso, amenizando práticas intervencionistas desnecessárias⁽¹⁹⁾. Adicionalmente, o plano de parto serve como uma ferramenta educacional efetiva que propicia boas práticas obstétricas no parto e nascimento, devendo assim ocorrer o estímulo a sua elaboração pela atenção primária à saúde durante o pré-natal⁽²⁰⁾. Entretanto, ainda existem obstáculos em relação a sua utilização⁽²¹⁾.

Um desses obstáculos relaciona-se às grávidas e seu nível de escolaridade, pois estudos mostraram que há falta de credibilidade atribuída as gestantes com baixo grau de escolaridade, essas geralmente não conseguem ter seus desejos atendidos^(22, 23). Essa barreira favorece a exclusão do direito a um plano de parto que represente suas vontades e desejos, infringindo o princípio bioético da autonomia e, conseqüentemente, do empoderamento feminino.

Nessa perspectiva, considerou-se que um plano de parto ilustrativo poderia servir como uma tecnologia educacional favorecendo o conhecimento de gestantes, de vários níveis de escolaridade, através de figuras que exemplificassem de maneira simples e concisa procedimentos que podem ocorrer durante a assistência. Auxiliando, assim, no processo de compreensão por pessoas não alfabetizadas⁽²⁴⁾.

Dessa forma, verificou-se a necessidade de construir o plano de parto ilustrativo, como uma tecnologia educacional, para facilitar a comunicação e troca de informações entre a gestante e o profissional através de figuras. Logo, objetivou-se construir e validar um plano de parto ilustrativo para auxiliar no empoderamento de gestantes de risco obstétrico habitual.

Método

Tipo do estudo

Estudo metodológico, desenvolvido em três etapas: construção ilustrativa e textual do plano de parto; validação do plano de parto ilustrativo por juízes especialistas; análise das sugestões para adequação das ilustrações e texto. Na primeira etapa, realizou-se um levantamento bibliográfico por meio de recomendações em órgãos internacionais e nacionais sobre estratégias de humanização do processo de parto e nascimento e também por meio das bases de dados LILACS, PubMed, CINAHL, Scielo, Biblioteca Cochrane e Web of Science, com o intuito de identificar estudos sobre plano de parto com enfoque em ilustrações. No entanto, não foram encontrados estudos ou protocolos, visto que, os modelos planos de parto disponíveis nas unidades de saúde e internet não apresentavam ilustrações como maneira de facilitar a compressão, mas sim como forma de enfeitar o documento.

Logo, iniciou-se o processo de elaboração das ilustrações e textos, sendo pensados de forma simples, de fácil compreensão e buscando a adequação ao contexto cultural⁽²⁵⁾, trazendo os principais cuidados no trabalho de parto, parto, pós-parto imediato, com o bebê e a cesariana. Para criação das ilustrações foram consideradas as recomendações para elaboração de materiais de educação em saúde, conforme a importância de uma adequada diagramação, conteúdo e linguagem^(25,26).

A diagramação foi realizada por um profissional design e buscou-se definir uma linguagem verbal acessível. No padrão visual foram utilizados elementos gráficos simples, de fácil associação e com o objetivo de atender diferentes públicos. Os programas utilizados para as ilustrações e diagramação foram, respectivamente, o *Corel Draw Essentials* e *Adobe Illustrator*.

Para a etapa de validação realizou-se cálculo amostral utilizando a fórmula $n = Z\alpha^2 \cdot P(1-P)/e^2$, seguindo o proposto para validação na área da enfermagem e no cálculo foram empregados os parâmetros $Z_{\alpha^2} = 1,96$; $P = 0,85$; $e = 0,15$, resultando em 22 juízes especialistas.

Posto isso, o nível de confiança do estudo foi de 95% e a proporção esperada de 85%, sendo 15% a diferença aceitável ⁽²⁷⁾.

Para o julgamento do plano de parto ilustrativo utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), adaptando a escala de *Likert* para atribuição de pontuações pré-estabelecidas variando de um a quatro: 1- item inadequado, 2- item pouco adequado, 3- item adequado e 4- item muito adequado⁽²⁸⁾. Adicionalmente aplicou-se o teste binomial para avaliar a concordância no que diz respeito à adequação e relevância do instrumento.

A terceira etapa foi caracterizada pela análise das sugestões através de uma abordagem qualitativa, considerando as recomendações emitidas pelos juízes para o aprimoramento da versão final do plano de parto ilustrativo.

Local e período

O estudo ocorreu em Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, no período de junho de 2019 a janeiro de 2021.

População

Para a pesquisa foram considerados profissionais da saúde, especialistas nas áreas de saúde da mulher, obstetrícia, tecnologia em saúde e atenção primária à saúde.

Crítérios de seleção

Por conveniência, do tipo bola de neve, com indicação de especialistas na área de saúde da mulher, obstetrícia, tecnologia em saúde e atenção primária à saúde, com prática clínica e/ou experiência docente na área do estudo de, no mínimo, um ano. Desse modo, os sujeitos identificados nos critérios de elegibilidade do estudo poderiam indicar outros especialistas⁽²⁹⁾.

Após a indicação, foi realizada consulta ao Currículo Lattes para verificar a adequação do especialista aos critérios do estudo. Os profissionais aposentados ou que passaram 15 dias sem emitir resposta à carta convite foram excluídos da pesquisa.

Definição da amostra

Os especialistas que atendessem aos critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo, totalizando uma amostra composta por 86 juízes.

Variáveis do estudo

Para caracterizar os juízes foram utilizadas as variáveis: nome, profissão, tempo de formação profissional, ocupação atual, área de atuação. Assim como, tempo, em anos, de trabalho na área de atuação, titulação, artigo publicado na área de interesse, experiência docente de, no mínimo, um ano na área de estudo, orientação de trabalhos na área da pesquisa, prática clínica de, no mínimo, um ano na área abordada, participação em grupos/projetos de extensão na área da pesquisa.

Para o julgamento e considerações do conteúdo, no que diz respeito às ilustrações e textos elaborados, foram implementadas as respectivas variáveis: capa, apresentação do plano, ficha de apresentação da gestante, ficha de apresentação do bebê e avaliação individual das 22 ilustrações e textos. Para realizar a validação os especialistas procederam à análise da concordância dos itens do plano de parto, considerando diagramação e conteúdo.

Para análise da adequação do plano de parto ilustrativo, foram introduzidas as consecutivas variáveis: as ilustrações apresentadas motivam as gestantes para as escolhas e desejos relativos ao seu parto? As ilustrações utilizam traços apropriados para gestantes de risco habitual/atenção primária de saúde? Os elementos textuais atendem com o proposto do plano de parto? As ilustrações são simples, apropriadas e de traçado de fácil compreensão? Os

textos são de fácil leitura e o estilo da redação está compatível com o nível do público-alvo (gestantes de risco habitual da atenção primária à saúde/baixa escolaridade)?

Com relação à análise da relevância foram inseridas as subseqüentes variáveis: o plano de parto está de acordo com informações atualizadas segundo o Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde? Você recomendaria o plano de parto ilustrativo no cotidiano da prática de cuidados na atenção primária de saúde durante atividades educacionais? O material propicia benefício para ser aplicado em rodas de gestantes na atenção primária de saúde do Sistema Único de Saúde? E você acredita que esse plano de parto vai contribuir de forma positiva para o conhecimento das gestantes?

Instrumento utilizado para a coleta das informações

Foi utilizado um formulário *on-line* produzido a partir da ferramenta *google docs*, enviado a partir do e-mail do especialista selecionado, visando à participação de profissionais de todo território brasileiro. O formulário foi formatado apresentando três divisões, na qual a primeira buscou obter a caracterização dos juízes da pesquisa, a segunda, avaliar a concordância quanto ao conteúdo através do IVC (referente às ilustrações e textos) e a terceira, analisar a concordância em relação à adequação e relevância do plano de parto ilustrativo no âmbito da saúde.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada a partir das respostas dos questionários devolvidos através do e-mail, no período de novembro de 2020 a janeiro de 2021.

Tratamento e Análise dos dados

Os dados foram tabulados no Microsoft Excel e transportados para o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 26.0 para tratamento estatístico. Os dados

referentes à caracterização da amostra foram analisados por meio de estatística descritiva para variáveis categóricas, com distribuição de frequência relativa e absoluta, sendo também realizado o desvio padrão e média para variável tempo, em anos, de trabalho na área de atuação.

O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) foi calculado por meio de duas abordagens: I-IVC (*Level Content Validity Index*) de cada item da tecnologia e o S-IVC (*Scale-Level Content Validity Index*) que determina a média global dos itens avaliados pelos juízes. Adotou-se como critério de validade de conteúdo IVC maior ou igual 0,80^(28,30).

A concordância entre os juízes em relação à adequação e relevância do plano de parto ilustrativo foi calculada por meio do teste binominal, com concordância (p) $\geq 0,80$ e qui-quadrado de aderência p-valor $< 0,05$. Por fim, foi realizada a análise qualitativa das sugestões dos especialistas, seguindo ao processo de adequação do texto e das ilustrações que atingiram o escore IVC menor que 0,80.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco com número de protocolo: 79845017.0.0000.5208, sendo considerada a resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Construção do plano de parto ilustrativo

Foram elaboradas 22 ilustrações representando situações vivenciadas durante o trabalho de parto, parto normal, nascimento do bebê e na cesariana. O esboço das ilustrações foi realizado inicialmente em papel, com lápis de diferentes granulações HB, 2B, 4B, 6B. Após isso, as ilustrações foram digitalizadas e convertidas em arquivos *Portable Network*

Graphic (PNG) com 300 *pixels* por polegada para servir de gabarito e evitar problemas durante a vetorização.

Em seguida, ocorreu o teste de cor, para verificar o comportamento das cores selecionadas em diferentes telas, papéis e afins. Concomitantemente, algumas imagens foram selecionadas através de pesquisa na internet, e em seguida, adaptadas às necessidades desta pesquisa. De tal modo, as ilustrações foram recriadas por um ilustrador digital pelo processo de vetorização.

A primeira versão do plano de parto ilustrativo apresentou dimensão de 20x20cm, contabilizando 20 páginas, de conteúdo, constituídas pelos tópicos: capa, apresentação dos autores, apresentação do plano de parto, apresentação da gestante, apresentação do bebê, cuidados no trabalho de parto e parto, cuidados no pós-parto imediato, cuidados com o bebê e na cesariana. Para mais, também foi disponibilizada uma página para outras informações relevantes.

Validação do plano de parto ilustrativo

Na caracterização dos juízes, o plano de parto ilustrativo foi avaliado por profissionais da área obstétrica, com predomínio de enfermeiros (81; 94,2%), residentes, principalmente, no Nordeste, com prevalência no estado de Pernambuco (30; 34,9%), entre 5 a 10 anos de formação (42; 48,9%).

Os profissionais atuam predominantemente na assistência (49; 57,0%), sendo a maternidade o local mais frequente de atuação (35; 40,7%). O tempo médio de atuação na atenção primária à saúde foi de 6,0 anos (DP $\pm$ 5,2), na maternidade foi de 6,4 anos (DP $\pm$ 6,1), no ensino formação na área de saúde da mulher foi de 16,1 anos (DP $\pm$ 12,6) e em mais de uma área/outras áreas foi de 11,3 anos (DP $\pm$ 6,2).

Quanto à titulação de pós-graduação, todos os participantes tinham pós-graduações, dividida entre modalidade de lato sensu (28; 32,6% residência e 21; 24,4% especialização) e stricto sensu (29; 33,7% mestrado e 8; 9,3% doutorado). A metade dos juízes apresentava pesquisa publicada na área de interesse (43; 50,0%), boa parte possuía experiência docente de, no mínimo, um ano na área de estudo (47; 54,7%) e orientação de trabalhos na área de interesse (48; 55,8%). A maioria dos juízes tinha prática clínica de, no mínimo, um ano na área de interesse do estudo (78; 90,7%) e participavam de projetos e/ou grupos de estudos relacionados à área de interesse da pesquisa (52; 60,5%).

A Tabela 1 demonstra a concordância por parte dos juízes em relação aos textos e ilustrações dispostos no plano de parto, no qual é possível observar concordância entre os juízes para grande parte dos itens, com I-IVC $\geq 0,80$. Apenas os itens “ilustração/texto 05: batimentos do bebê” e “ilustração/texto 10: episiotomia” obtiveram I-IVC abaixo do esperado. O S-IVC global do instrumento foi considerado válido.

Tabela 1 - Concordância entre juízes no tocante às ilustrações e textos do plano de parto ilustrativo (n=86). Vitória de Santo Antão – PE, Brasil, 2021

Item	Concordância	%	I-IVC*
Capa do plano	70	81,4	0,81
Apresentação do plano	77	89,5	0,90
Ficha de apresentação da gestante	70	81,4	0,81
Ficha de informações sobre o bebê	69	80,2	0,80
Ilustração/texto 01: escolha do acompanhante	80	93,0	0,93
Ilustração/texto 02: caminhar/mudar de posição	74	86,0	0,86
Ilustração/texto 03: consumo de alimentos	81	94,2	0,94
Ilustração/texto 04: métodos naturais para dor	70	81,4	0,81
Ilustração/texto 05: batimentos do bebê	67	77,9	0,78
Ilustração/texto 06: ambiente calmo e silencioso	78	90,7	0,91
Ilustração/texto 07: liberdade para se posicionar	82	95,3	0,95
Ilustração/texto 08: ordem para fazer força	78	90,7	0,91
Ilustração/texto 09: episiotomia	68	79,1	0,79
Ilustração/texto 10: manobra de Kristeller	80	93,0	0,93
Ilustração/texto 11: contato pele a pele	76	88,4	0,88

Ilustração/texto 12: corte do cordão umbilical	79	91,9	0,92
Ilustração/texto 13: saída da placenta	71	82,6	0,83
Ilustração/texto 14: administração de ocitocina	82	95,3	0,95
Ilustração/texto 15: procedimentos com o bebê	79	91,9	0,92
Ilustração/texto 16: alojamento em conjunto	83	96,5	0,97
Ilustração/texto 17: amamentação	77	89,5	0,90
Ilustração/texto 18: primeiro banho do bebê	83	96,5	0,97
Ilustração/texto 19: indicação da cesariana	80	93,0	0,93
Ilustração/texto 20: escolha do acompanhante	83	96,5	0,97
Ilustração/texto 21: baixar o campo na cesárea	74	86,0	0,86
Ilustração/texto 22: amamentar na primeira hora	73	84,9	0,85
S-IVC †			0,92

I-IVC*- média global de cada item da tecnologia; S-IVC † - média global dos itens avaliados

pelos juízes

Fonte: dados da pesquisa, 2021

Quanto aos juízes, verificou-se que mesmo realizando uma análise positiva dos itens, procederam com sugestões para aprimoramento do plano de parto ilustrativo, as quais foram analisadas cuidadosamente e implementadas para melhoria do instrumento, as considerações podem ser observadas na Figura 1.

Item	Sugestões dos juízes especialistas
Capa	Inserir ilustração de uma gestante; retirar cesariana da capa; apresentar maior diversidade (representatividade feminina).
Ilustração/texto 02	Apresentar maior movimento (a gestante deve parecer que está caminhando); delimitar o rosto para proporcionar um aspecto humano; incluir expressão de vocalizar no texto.
Ilustração/texto 03	Corresponder o mais próximo da realidade alimentar das maternidades (suco, rapadura, caldos); colocar uma gestante com um copo com líquido por ser mais universal.
Ilustração/texto 04	Apresentar outras ilustrações referentes aos métodos não farmacológicos para alívio da dor, para que assim, a mulher possa escolher quais deseja receber.
Ilustração/texto 05*	Modificar o texto para: desejo receber informações sobre o bem-estar do meu bebê. Visto que, avaliar os batimentos cardíacos do bebê é uma rotina assistencial; acrescentar um coração na ilustração.

Ilustração/texto 10*	Representar melhor a episiotomia; a ilustração não trata de forma clara a episiotomia;
Ilustração/texto 13	Delimitar a cabeça do bebê na figura; modificar o texto para: no mínimo, três minutos após o parto.
Ilustração/texto 14	Ressaltar a placenta; apresentar no texto a tração controlada do cordão umbilical.
Ilustração/texto 16	Apresentar um recém-nascido no colo da mãe e o profissional ao lado realizando anotações; substituir a palavra “gostaria” por “desejo”.
Ilustração/texto 19	Trocar o balde por uma banheira
Ilustração/texto 20	Retirar o balão com a proibição e apresentar balões que representem uma conversa.

*Itens que apresentaram IVC abaixo do desejado.

Figura 1 – Resumo das sugestões qualitativas apresentadas pelos juízes especialistas para aprimoramento da versão final do plano de parto ilustrativo (n= 86). Vitória de Santo Antão - PE, Brasil, 2021

Foi realizado o teste binomial para concordância, com relação à adequação e relevância, entre os juízes. Todos os itens apresentaram-se proporcionalmente significativos com p-valor <0,05 e p >0,80, os resultados podem ser observados conforme a Tabela 2.

Tabela 2 – Avaliação da concordância em relação à adequação e relevância do plano de parto ilustrativo (n=86). Vitória de Santo Antão – PE, Brasil, 2021

Item avaliado	N	%	p*	p†
As ilustrações apresentadas motivam as gestantes para as escolhas e desejos relativos ao seu parto?				
Sim	85	98,8	0,00	0,99
Não	1	1,2		

As ilustrações utilizam traços apropriados para gestantes de risco habitual/ atenção primária de saúde?

Sim	83	96,5	0,00	0,97
Não	3	3,5		

Os elementos textuais atendem com o propósito do plano de parto?

Sim	84	97,7	0,00	0,98
Não	2	2,3		

As ilustrações são simples, apropriadas e de traçado de fácil compreensão?

Sim	83	96,5	0,00	0,97
Não	3	3,5		

Os textos são de fácil leitura e o estilo da redação está compatível com o nível do público-alvo proposto (gestantes de baixo risco da Atenção Primária de Saúde/ baixa escolaridade)?

Sim	86	100,0	0,00	1,00
Não	0	0,0		

O plano de parto está de acordo com informações atualizadas segundo o Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde?

Sim	85	98,8	0,00	0,99
Não	1	1,2		

Você recomendaria o plano de parto ilustrativo no cotidiano da prática de cuidados na atenção primária de saúde durante atividades educacionais?

Sim	85	98,8	0,00	0,99
Não	1	1,2		

O material propicia benefício para ser aplicado em rodas de gestantes na atenção primária de saúde do SUS?

Sim	85	98,8	0,00	0,99
-----	----	------	------	------



Não

1

1,2

Você acredita que esse plano de parto vai contribuir de forma positiva para o conhecimento das gestantes?

Sim

86 100,0 0,00 1,00

Não

0 0,0

p* - p-valor; p† - teste binomial

Fonte: dados da pesquisa, 2021

A versão final do plano de parto ilustrativo contabiliza 22 páginas de conteúdo, dispondo de 26 ilustrações e seus respectivos textos. Foi acrescentado o tópico métodos naturais para alívio da dor após sugestões dos juízes. Três novas ilustrações foram elaboradas e introduzidas ao plano de parto, as mesmas correspondem a: utilização do banho de chuveiro com água morna, utilização do cavalinho, massagem e técnicas de respiração. A Figura 2 demonstra aleatoriamente algumas páginas do plano de parto ilustrativo.

*Sequência da esquerda para direita: capa; página 8 (cuidados durante o trabalho de parto e parto); página 12 (Sobre os métodos naturais para alívio da dor); página 14 (Cuidados no pós-parto imediato); página 16 (Cuidados com meu bebê); página 18 (Cuidados na cesariana, se necessária)

Figura 2 – Representação aleatória das páginas da versão final do plano de parto ilustrativo, Vitória de Santo Antão-PE, Brasil, 2021

Discussão

A elaboração de um plano de parto partiu de reflexões acerca da necessidade de construir uma tecnologia educacional ilustrativa que pudesse representar os procedimentos que ocorrem durante o trabalho de parto, nascimento, pós-parto imediato, como também, os cuidados com o bebê e na cesariana, quando indicada. Para a construção foi necessário que o material estivesse em concordância com as diretrizes de boas práticas obstétricas nacionais e internacionais de assistência ao parto, elencando os principais cuidados que podem acontecer durante a assistência⁽¹⁸⁻³¹⁾.

Construir e validar uma tecnologia educativa ilustrada torna-se favorável na busca de auxiliar a compreensão das informações, por gestantes de diversos níveis de escolaridade, durante o pré-natal. Tendo em vista, como argumento fortalecedor um estudo que também buscou elaborar e validar um material educativo na perspectiva de alcançar indivíduos de variáveis graus de alfabetização, desde poucos anos de estudo até níveis avançados, como o ensino superior⁽³²⁾.

A enfermagem vem se fortalecendo no desenvolvimento de pesquisas metodológicas com intuito de favorecer a assistência em saúde⁽³³⁻³⁴⁾. Uma pesquisa metodológica associada a um estudo quase experimental descreveu sobre a construção de um material educativo simples e objetivo, no intuito de adequar as informações ao público-alvo, elencando sobre a utilização de ilustrações como forma de atrair e melhor esclarecer as informações abordadas. Ademais, utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) como método de validação da aparência e conteúdo⁽³⁵⁾.

Na avaliação quantitativa da aparência e conteúdo do plano de parto ilustrativo identificou-se um S-IVC global de 0,92 e uma readequação dos itens menores que 0,80. Assim, considera-se validada a tecnologia educacional: plano de parto ilustrativo para auxiliar no empoderamento de gestantes. A readequação dos itens é essencial para aprimoramento da versão final do instrumento elaborado. Adicionalmente, o IVC vem sendo utilizado em pesquisas de validação, demonstrando grande importância para o alcance de instrumentos de qualidade para a saúde⁽³⁶⁻³⁷⁾.

O IVC pode ser observado em vários estudos de validação de diferentes segmentos da saúde⁽³⁴⁻³⁸⁻³⁹⁾, como se verifica no estudo internacional que apresentou o S-IVC e o I-IVC adaptados a escala de *Likert* visando desenvolver um instrumento de medição do estigma relacionado ao câncer de mama para pacientes árabes a fim de elucidar a associação com a depressão e alcançou índices relevantes atingindo o objetivo do estudo com IVC variando de 0,85 a 1,0⁽⁴⁰⁾. Ainda corroborando, outro estudo buscou construir e validar um questionário de conhecimentos e práticas alimentares empregando o IVC e obteve resultados significativos ao atingir pontuações maiores que 0,80⁽⁴¹⁾. Assim, percebe-se a relação entre o uso do IVC como instrumento de validação para tecnologias educacionais em saúde⁽⁴²⁾.

Quanto ao alto índice de participação de enfermeiros como juízes especialistas observa-se a importância para o tema proposto, dado que, esses profissionais atuam como uma das principais fontes de transmissão de informações seguras durante o pré-natal⁽⁴³⁾. Ademais, os enfermeiros reforçam uma prática baseada no modelo assistencial humanizado de parto e nascimento⁽⁴⁴⁾.

Percebe-se que há uma importância do enfermeiro como facilitador de informações no pré-natal. Entretanto, uma pesquisa debateu acerca da dificuldade que algumas gestantes apresentam em dialogar com profissionais, quando não há uma vinculação positiva, o que

pode implicar em uma assistência fragmentada, sem favorecer a autonomia, podendo contribuir com a submissão da mulher às vontades dos prestadores de assistência obstétrica por falta de conhecimento⁽⁶⁾.

No tocante a contribuição positiva do plano de parto para o conhecimento das gestantes houve avaliação positiva entre os juízes, ressaltando a importância da construção desse documento durante atividades educacionais no pré-natal para a busca da autonomia. Uma pesquisa qualitativa constatou que mulheres informadas sobre os procedimentos que podem acontecer durante a assistência obstétrica permaneciam calmas, seguras e tinham a oportunidade de escolha. Logo, notou-se que as informações sobre os cuidados desenvolvidos no processo de parturição, são trazidas como meio de prevenir violência obstétrica e possíveis intervenções sem o consentimento da gestante⁽¹⁹⁾.

Corroborando com a importância da informação no pré-natal, verificou-se em um estudo multicêntrico que a educação em saúde no pré-natal pode influenciar nas preferências maternas descritas nos planos de parto, e isso ocorre possivelmente porque as mulheres são informadas acerca dos procedimentos com evidência científica que podem ocorrer durante o trabalho de parto e nascimento⁽⁴⁵⁾. Além disso, o plano de parto ainda mostrou que as mulheres no ciclo gravídico fortalecem as suas tomadas de decisões acerca de seu processo de parto, prevenindo as intervenções desnecessárias e promovendo autonomia e empoderamento⁽⁴⁶⁾.

No que tange a aplicabilidade do plano de parto ilustrativo no cotidiano da prática da atenção primária de saúde durante atividades educativas, os juízes especialistas consideraram como importante realizar essa ação. Entretanto, a utilização do plano de parto ainda não é considerada uma prática cotidiana, o que promove a necessidade de aumentar o incentivo à adoção desse documento para todas as mulheres⁽⁴⁷⁾.

Além disso, constatou-se que o material foi avaliado positivamente quanto ao seu benefício no que diz respeito à aplicação em rodas de gestantes na atenção primária de saúde⁽⁴⁸⁾ do Sistema Único de Saúde. O resultado de uma pesquisa confirmou o plano de parto como ferramenta efetiva, que pode ser utilizada em unidades primárias de saúde, no pré-natal, favorecendo o empoderamento e autonomia feminina. Ademais, esse instrumento promove maior satisfação no processo de parturição a partir da melhora na comunicação com os profissionais envolvidos⁽²⁰⁾.

Outros benefícios encontrados com o uso do plano de parto foram apresentados no estudo de caso-controle em hospitais no sul da Espanha, o qual concluiu que os planos de parto estiveram relacionados a menos intervenções, melhora no bem-estar materno e do recém-nascido e na promoção de nascimentos mais naturais⁽⁴⁹⁾. Mais um estudo espanhol observou que as parturientes que realizaram o plano de parto obtiveram um aumento nas práticas baseadas em evidência científicas como o contato pele a pele, clampeamento tardio do cordão umbilical e aumento na taxa de parto normal⁽⁵⁰⁾.

Com relação aos benefícios aos recém-nascidos um estudo realizado nos EUA evidenciou que o uso do plano de parto proporcionou resultados positivos para o recém-nascido com valores superiores no pH do cordão umbilical, no Apgar e menores taxas de internações neonatais em Unidade de Terapia Intensiva⁽⁵¹⁾. Isso ocorre, possivelmente, porque as parturientes com maior nível de conhecimento buscam uma assistência mais natural, não medicamentosa e que respeite os aspectos biopsicosociocultural e fisiológico do parto.

Diante da avaliação da aparência das ilustrações do plano de parto, houve concordância entre os juízes quanto à adequação para gestantes de risco habitual motivando-as frente às escolhas e desejos relativos ao parto. Durante o processo da elaboração das ilustrações considerou-se pesquisas sobre construção de materiais educacionais⁽⁵²⁻⁵³⁾. Posto

isso, cada ilustração deveria conter traços simples que se adequassem ao público-alvo com a presença de legenda e que conseguisse ser compreendida⁽²⁶⁾.

A utilização das ilustrações com traços simples pode ser uma ferramenta chave no processo de compressão, visto que, poderão transmitir com maior facilidade as informações discutidas, auxiliando no processo de alfabetização em saúde⁽⁵³⁾. Um estudo mostrou a importância das ilustrações atuando de forma complementar aos textos, o que facilita a leitura e possibilita uma maior facilidade no entendimento⁽²⁷⁾.

Outro estudo complementou descrevendo a importância da ilustração no processo de compressão por não alfabetizados, tendo em vista que informações apenas no formato textual não são adequadas aos que não leem⁽²⁴⁾. Assim, pesquisas de construção e validação relatam a relevância de adaptar uma linguagem técnica a uma acessível, popular e simples, visando facilitar a compreensão dos indivíduos de diferentes níveis de escolaridade^(54,55).

Desse modo, o plano de parto ilustrativo torna-se um instrumento de conhecimento de gestantes de diferentes graus de escolaridade durante o pré-natal. Assumindo, assim, importante papel no auxílio da recuperação do empoderamento feminino, pois vem como uma ferramenta para ajudar na tomada de decisões durante o processo de parto e nascimento⁽²⁰⁾.

No que se refere à adequação e relevância do plano de parto ilustrativo, o teste binomial mostrou resultados positivos com índices maiores que 0,80. O teste binomial vem sendo utilizado e tem demonstrado importância em pesquisas que visam elucidar a concordância de juízes no que concerne à criação de materiais educacionais para a saúde⁽⁵⁶⁻²⁴⁾. Entretanto, é válido relatar que construir tecnologias educacionais com enfoque em ilustrações e linguagem simples e de fácil entendimento pode ser considerado um desafio no âmbito da saúde.

Esse estudo apresenta como limitação a ausência da quarta etapa que seria a avaliação de conteúdo e aparência por gestantes de risco obstétrico habitual da atenção primária à saúde, pois no andamento do estudo ocorreu a pandemia pelo Coronavírus e a identificação das gestantes como grupo de risco⁽⁵⁷⁾ o que ocasionou o distanciamento social como uma das precauções de contágio⁽⁵⁸⁾, impossibilitando o andamento da pesquisa no campo.

Em consideração as implicações para o avanço do conhecimento científico para a área de saúde e enfermagem ressalta-se que a construção e validação desse plano de parto ilustrativo foram meditadas para apoiar a prática da enfermagem baseada em evidências científicas. Dessa forma, esse instrumento poderá favorecer o profissional de saúde, pois vai fomentar o diálogo com as gestantes no pré-natal facilitando a troca de informações e a compressão dos cuidados durante o trabalho de parto, parto, pós-parto imediato, com o bebê e na cesariana, quando indicada, através dos procedimentos ilustrados.

No que tange aos benefícios para as gestantes pode-se elencar o aumento do conhecimento, destacando suas preferências e o poder de escolha no preenchimento do seu plano de parto ilustrativo, podendo favorecer uma maior confiança, satisfação e empoderamento quanto ao seu trabalho de parto e nascimento.

Conclusão

O plano de parto ilustrativo foi validado de acordo com seu conteúdo, adequação e relevância, podendo ser utilizado como ferramenta para auxiliar no empoderamento de gestantes de risco obstétrico habitual. O processo de análise e avaliação do plano de parto ilustrativo foi desenvolvido por juízes (profissionais de saúde) em sua maioria enfermeiros da área de saúde da mulher.

Todas as sugestões propostas no formulário de avaliação foram apreciadas e executadas na correção e aprimoramento da versão final do plano de parto ilustrativo. Por

fim, o estudo seguirá para a etapa quatro com a finalidade de legitimar a validade do plano de parto ilustrativo a partir da aplicação com gestantes de risco habitual da atenção primária à saúde.

Referências

1. Albuquerque AFLL, Pinheiro AKB, Linhares FMP, Guedes TG. Technology for self-care for ostomized women's sexual and reproductive health. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2016 [cited 2021 jul 23];69(6):1099-106. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/J6XNS6P6pYYRtDvbkdqXF5P/?lang=en>
2. Galdino YSL, Moreira TMM, Marques ADB, Silva FAA. Validation of a booklet on self-care with the diabetics foot. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2019 [cited 2021 jul 23];72(2): 780-7. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/LPNP8DyP7cPH9np3Rk3S79K/?lang=en>
3. Roberte LM, Hoga LAK, Gomes ALZ. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012;20(1):101-8. [Acesso jun 27, 2021]; Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/ztcqvsg8Q4vSmzLbHZ6BvH/?lang=en>.
4. Souza EVA, Bassler TC, Taveira AG. Educação em saúde no empoderamento da gestante. Rev enferm UFPE on line. [Internet]. 2019 [citado 27 jul 2021];13(5):1527-3. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238437>
5. Heideman, ITSB, Souza JB, Santos DG, Oliveira DR, Marques LC. Empowerment: reflections in the context of vulnerabilities and nursing practices. Rev baiana enferm. [Internet]. 2021 [cited 2021 jun 23];35:e36399. Available from: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/36399>
6. Jardim MJA, Silva AA, Fonseca LMB. Contribuições do Enfermeiro no Pré-Natal para a Conquista do Empoderamento da Gestante. Rev Fund Care Online. [Internet]. 2019 [citado

- 27 jun 2021];11(n.esp):432-440. Disponível em:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-969671>
7. Valadão CL, Pegoraro RF. Vivências de mulheres sobre o parto. Revista de Psicologia. [Internet]. 2020 [citado 27 jun 2021];32(1):p.91-98. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/fractal/a/DSj53Z3MMs7xZNWmvjr47wz/?format=pdf&lang=pt>
8. Santos ACC, Ferreira EJ, Santos L, Souza OSQ. Experience Report In The Context Of Health Education Of Mother And Child Care. J Nurs UFPE on line. [Internet]. 2015 [cited 2021 jun 28];9(Suppl.5):8474-8. Available from:
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10615/11598>
9. Cardoso RF, Souza VH, Paiva TR, Lima DEOB, Costa JB, Oliveira LR et al. Educação em saúde na assistência pré-natal: revisão de literatura. Electronic Journal Collection Health. [Internet]. 2019 [citado 28 jun 2021];(supl.23):e397. Disponível em:
<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/397/410>
10. Silva MEP, Jurado LG, Feitosa LG, Marta IER, Zogue, FTS, Valadão, FB. Rodas de conversa com gestantes como estratégias para promoção à saúde no período pré-natal. Revista Nursing. [Internet]. 2020 [citado 28 jun 2021];23(263):3760-3765. Disponível em:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1100749>
11. Ministério da Saúde. Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares. [Internet]. Brasília: MS; 2010 [acesso 28 jun 2021]. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf
12. Gomes SC, Teodoro LPP, Pinto AGA, Oliveira DR, Quirino GS, Pinheiro AKB. Rebirth of childbirth: reflections on medicalization of the Brazilian obstetric care. Rev Bras Enferm.

[Internet]. 2018 [cited 2021 jun 19];71(5):2594-8. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/nHFxfwdbY9sCV7KcHyP9Rfh/?lang=en>

13. Nicida LRA, Teixeira LAS, Rodrigues AP, Bonan C. Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. Ciên Saúde Coletiva. [Internet]. 2020 [citado 17 jul 2021];25(11):4531-4546. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NFLfFVk59DRwVc3PPPPvPLv/?lang=pt>

14. Barrera DC, Moretti-Pires RO. “Da violência obstétrica ao empoderamento de pessoas gestantes no trabalho das doulas”. Revista Estudos Feministas. [Internet]. 2021 [citado 22 jun 2021];29(1):e62136. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/TqbrVSjWhzZ7Bb5hJWjRDxf/?format=pdf&lang=pt>

15. Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018; 26: e3069. [Access jun 20, 2021]; Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6280177/>

16. Diniz CSG, Rattner D, d'Oliveira AFPL, Aguiar JM, Niy DY. Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' trainin. Reproductive Health Matters. [Internet]. 2018 [cited 2021 jun 24];(26):e53 [cerca de 18 p.]. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09688080.2018.1502019>

17. Pereira SB, Diaz CM, Backes MT, Ferreira CL, Backes DS. Good practices of labor and birth care from the perspective of health professional. Rev Bras de Enfermagem. [Internet]. 2018 [cited 2021 jul 23];71(3):1393-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29972529/>

18. Ministério da saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal [Internet]. Brasília: MS; 2017 [acesso 22 jun 2021]. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf

19. Santos FS, Souza PA, Lansky S, Oliveira BJ, Motozinhos FP, Abreu AL et al. Meanings of the childbirth plan for women that participated in the Meanings of Childbirth Exhibit. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2019 [cited 2021 jun 20];35(6):e00143718. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31291428/>

20. Silva WN, Azevêdo JA, Holanda VR, Gomes AL, Albuquerque GP. Plano de parto como instrumento das boas práticas no parto e nascimento: revisão integrativa. *Rev baiana enferm*. [Internet]. 2019 [citado 9 jun 2021];33:e32894. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/32894>

21. Medeiros RM, Figueiredo G, Paula Correa AC, Barbieri M. Repercussions of using the birth plan in the parturition process. *Rev Gaúcha Enferm*. [internet]. 2019 [cited 2021 jun 20];40:e20180233. Available from: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/FwsQmg48tP6BrWrd95GhWhJ/?lang=en>

22. D' Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA. et al. Social inequalities and women's satisfaction with childbirth care in Brazil: a national hospital-based survey. *Cadernos de Saúde Pública*. [Internet]. 2014 [cited 2021 jun 15];30, (Supl. 1);1:S1-15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25167175/>

23. Zanardo GLP, Uribe MC, Nadal AHR, Habigzang LF. Obstetrical violence in brazil: a narrative review. *Psicologia & Sociedade*. [Internet]. 2017 [cited 2021 jun 14];29:e155043. Available from: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/J7CMV7LK79LJTnX9gFyWHNN/?lang=pt>

24. Carvalho KM, Figueiredo MDLF, Galindo Neto NM, Sá GGM. Construction and validation of a sleep hygiene booklet for the elderly. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2019 [cited

- 2021 jun 15];72(suppl.2):214-220. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31826213/>
25. Hoffmann T, Warrall L. Designing effective written health education materials: Considerations for health professionals. *Disabil Rehabil.* [Internet]. 2004 [cited 2021 jun 10];26(9):1166-73. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15371031/>
26. Oliveira SC, Lopes MV, Fernandes AF. Construção e validação de cartilha educativa para alimentação saudável durante a gravidez. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2014; 22 (4): 611-20. [Acesso jun 25, 2021]; Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4292660/>.
27. Lopes MVO, Silva VM, Araújo TL. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. *Int. J. Nurs. Knowledge.* [Internet]. 2012 [cited 2021 jul 20];23(3):134-9. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.2047-3095.2012.01213.x>
28. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva.* [Internet]. 2011 [citado 10 jun 2021];6(7):3061-3068. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5vBh8PmW5g4Nqxz3r999vrn/?lang=pt>
29. Polit D, Beck CT. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Art Med; 2011.
30. Polit D, Beck CT. The Content Validity Index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health.* [Internet]. 2006 [cited 2021 jun 10];29(5):489-97. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16977646/>

31. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2021 jul 09]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

32. Jesus GJ, Caliri JS, Oliveira LB, Queiroz AAFLN, Figueiredo RM, Reis RK. Construction and validation of educational material for the health promotion of individuals with HIV. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020; 28:e3322. [Access jun 29, 2021]; Available in: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/b584msKGkNrYLJyXBbhVWsh/?lang=pt&format=pdf>

33. Almeida TCF, Sousa MM, Gouveia BLA, Oliveira SHS. Construction and validation of audiovisual resources to motivate people with hypertension to use antihypertensives. Esc Anna Nery. [Internet]. 2021 [cited 2021 jun 22];25(1):e20200127. Available from: <https://www.scielo.br/j/ean/a/8VX8n7H4FQzZqGbYZWrTPSM/?lang=pt#>

34. Antonioli SAC, Assenato APR, Araújo BR, Costa Lagranha VE, Souza LM, Paz AA. Construction and validation of digital education resources for the health and safety of workers. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2021[cited 2021 jun 22];42:e20200032. Available from: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/KScfvQg4v3WK9p6Kd7mTs4K/?lang=en>

35. Costa CC, Gomes LF, Teles LM, Mendes IC, Oriá MO, Damasceno AK. Construção e validação de uma tecnologia educacional para prevenção da sífilis congênita. Acta Paul Enferm. [Internet]. 2020 [citado 22 jun 2021];33:eAPE20190028. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/appe/a/KqJmCVzGL3XbdQ3rsCDWGwN/?lang=pt>

36. Nicola T, Weis AH. Primary Health Care Planning workshops: construction and validation of an assessment instrument. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2020 [cited 2021 jun 29];73(6):e20190545. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32901740/>

37. Lima ACACC, Bezerra KC, Sousa DMN, Rocha JF, Oriá MOB. Development and validation of a booklet for prevention of vertical HIV transmission. *Acta Paul Enferm.* [Internet]. 2017 [cited 2021 jun 29];30(2):181-9. Available from: <https://www.scielo.br/j/appe/a/SBDGBgkRwk4QGnwNnsKnSCs/?format=pdf&lang=en>

38. Bulbul E, Enc N. Construction and validation of a scale for assessing arteriovenous fistulas. *J Vasc Access.* [Internet]. 2021 [cited 2021 jun 27];22(2):178-183. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1129729820933753?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed

39. Silva CRDT, Felipe SGB, Carvalho KM, Gouveia MTO, Silva Júnior FL, Figueiredo MDLF. Construction and validation of an educational gerontotechnology on frailty in elderly people. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2020 [cited 2021 jun 27];73(suppl.3):e20200800. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33295479/>

40. Dewan MF, Hassounch D, Song M, Lyons KS. Development of the Breast Cancer Stigma Scale for Arab Patients. *Asia Pac J Oncol Nurs.* [Internet]. 2020 [cited 2021 jun 07];26;7(3):295-300. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7325776/>

41. Silva AB, Piccoli ÂB, Pellanda LC. Knowledge and food practices questionnaire: construction and validation. *J Pediatr* [Internet]. 2021 [cited 2021 jun 22];97(2):177. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755719303869?via%3Dihub>

42. Almanasreh E, Moles R, Chen TF. Evaluation of methods used for estimating content validity. *Res Social Adm Pharm* [Internet]. 2019 [cited 2021 jun 22];15(2):214-221. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29606610/>

43. Cardoso AMR, Marín HF. Gaps in the knowledge and skills of Portuguese mothers associated with newborn health care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018; 26:e2997. [Access jul 09, 2021]; Available in: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/hXZR5gGDDCJSz9wJnPrGYpP/?lang=en>

44. Assunção CS, Rizzo ER, Santos ME, Basílio MD, Messias CM, Carvalho JB. The Nurse in Prenatal Care: The Pregnant Women Expectations. *Rev Fund Care Online*. [Internet]. 2019 [cited 2021 jul 09];11(3):576-581. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-987527>

45. Soriano-Vidal FJ, Vila-Candel R, Soriano-Martín PJ, Tejedor-Tornero A, Castro-Sánchez E. The effect of prenatal education classes on the birth expectations of Spanish women. *Midwifery*. [Internet]. 2018 [cited 2021 jun 23];60:41-47. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613817302516?via%3Dihub>

46. Narchi NZ, Venâncio KCMP, Ferreira FM, Vieira JR. Individual birth planning as a teaching-learning strategy for good practices in obstetric care. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2019 [cited 2021 jul 09];53:e03518. Available from: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/dNPK3CC4bCn5XKLhRDfnMnm/?lang=pt>

47. Jolles MW, de Vries M, Hollander MH, van Dillen J. Prevalence, characteristics, and satisfaction of women with a birth plan in The Netherlands. *Birth*. [Internet]. 2019 [cited 2021 jun 23];46(4):686-692. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/birt.12451>

48. Silva IS, Brandão GCG, Xavier PB, Araújo TLL, Paulino DA, Queiroz CG. As rodas de conversa como ferramenta complementar ao pré-natal. *Extensão em Ação*. [Internet]. 2020 [citado 27 jul 2021];19;1. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/extensaoemacao/article/view/42280>

49. Hidalgo-Lopezosa P, Cubero-Luna AM, Jiménez-Ruz A, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego MA, López-Soto PJ. Association between birth plan use and maternal and neonatal outcomes in southern Spain: a case-control study. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet]. 2021 [cited 2021 jul 23];18(2):456. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7828065/>
50. Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Utilização e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de humanização do parto. *Rev. Lat. Am-Enfermagem*. 2015; 23 (3): 520-526. [Acesso jun 28, 2021]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/CnCH3f9JjpyCsCStbtdrZfS/?lang=pt&format=pdf>
51. Afshar Y, Mei JY, Gregory KD, Kilpatrick SJ, Esakoff TF. Birth plans-impact on mode of delivery, obstetrical interventions, and birth experience satisfaction: a prospective cohort study. *Birth*. [Internet]. 2018 [cited 2021 jul 19];45(1):43-9. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/birt.12320>
52. Wilson LD. Developing low-literacy health education materials for women. *MCN Am J Matern Child Nurs*. [Internet]. 2011 [cited 2021 jul 23];36(4):246-51. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21709522/>
53. Haragi M, Ishikawa H, Kiuchi T. Investigation of suitable illustrations in medical care. *Journal of Visual Communication in Medicine*. [Internet]. 2019 [cited 2021 jun 29]; 42(4):158-168. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17453054.2019.1633237>
54. Sena JF, Silva IP, Lucena SKP, Oliveira ACS, Costa IKF. Validation of educational material for the care of people with intestinal stoma. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*.

2020;28:e3269. [Access jun 29, 2021]; Available in:
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/g5VVCpjGpN3RQB39Rvx9KpP/?lang=pt&format=pdf>

55. Jesus GJ, Caliari JS, Oliveira LB, Queiroz AAFLN, Figueiredo RM, Reis RK. Construction and validation of educational material for the health promotion of individuals with HIV. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2020;28:e3322. [Access jun 29, 2021]; Available in: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/b584msKGkNrYLJyXBbhVWsh/?lang=pt&format=pdf>

56. Sousa VLP, Moreira ACA, Fernandes MC, Silva MAM, Teixeira IX, Dourado Jr FW. Educational technology for bathing/hygiene of elders at home: contributions to career knowledge. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2021 [cited 2021 jul 09];74(Suppl 2):e20200890. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/BCsVvd8vZxjDWKYMMffYX5N/?lang=en>

57. Zaigham M, Andersson O. Maternal and perinatal outcomes with COVID-19: A systematic review of 108 pregnancies. *Acta Obstet Gynecol Scand*. [Internet]. 2020 [cited 2021 jun 22];99(7):823-829. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7262097/>

58. Mascarenhas VHA, Caroci-Becker A, Venâncio KCMP, Baraldi NG, Durkin AC, Riesco MLG. COVID-19 and the production of knowledge regarding recommendations during pregnancy: a scoping review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2020;28:e3348. [Access jul 24, 2021]. Available in: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/WBFTkqSGYsKcqyzYfk9NVBj/?lang=pt>

5 CONCLUSÃO

Durante a construção do plano de parto ilustrativo foram elaboradas 22 ilustrações. Apenas dois itens “ilustração/texto 05: batimentos do bebê” e “ilustração/texto 09: episiotomia” obtiveram I-IVC $<0,80$, 0,78 e 0,79 respectivamente. O S-IVC global do instrumento foi considerado válido com 0,92. As sugestões dos juízes para adequação da versão final do plano de parto ilustrativo foram analisadas cuidadosamente e implementadas para aprimoramento da versão final do instrumento elaborado. Durante o processo de análise, observou-se uma prevalência na participação de enfermeiros. Conclui-se que o plano de parto ilustrativo foi validado em relação ao conteúdo, adequação e relevância, no qual poderá servir como uma estratégia de educação em saúde para auxiliar no empoderamento de gestantes de risco obstétrico habitual da atenção primária à saúde.

Diante do exposto, ressalta-se que o estudo poderá contribuir para apoiar a prática da enfermagem baseada em evidências científicas. Dessa forma, esse plano de parto ilustrativo poderá favorecer o profissional de saúde, pois vai fomentar o diálogo com as gestantes no pré-natal facilitando a troca de informações e a compressão dos cuidados durante o trabalho de parto, parto, pós-parto imediato, com o bebê e na cesariana, quando indicada, através dos procedimentos ilustrados.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRIA, S. T. *et al.* Violência obstétrica na perspectiva dos profissionais de enfermagem envolvidos na assistência ao parto. **Cultura de los cuidados**, Alicante, v.23, n.53, p. 119-128, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-190053>. Acesso 07 de out. 2019.
- ANDRADE, L. O. *et al.* Práticas dos profissionais de enfermagem diante do parto humanizado. **Rev enferm UFPE online**, Recife, supl.6, p.2576-2585, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/23426/19113>. Acesso 20 out. 2019.
- ARAÚJO, S. A. G. D.; LIMA, T. L. O empoderamento feminino: análise da participação da mulher no mercado de trabalho e na política na região metropolitana de salvador. **Revista Diálogos & Ciências**, Salvador, ano 16, n. 36, 2016. ISSN: 1678-0493. Disponível em: http://periodicos.ftc.br/index.php/dialogos/article/download/215/pdf_06. Acesso 24 out. 2019.
- BARRERA, D.C.; MORETTI-PIRES, R.O. “Da violência obstétrica ao empoderamento de pessoas gestantes no trabalho das doulas”. **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis, v. 29, n.1, p.1-15, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ref/a/TqbrVSjWhzZ7Bb5hJWjRDxf/?format=pdf&lang=pt_. Acesso 22 jun. 2021.
- BARROS, A. P. Z. *et al.* Conhecimento de enfermeiras sobre plano de parto. **Rev Enferm UFSM**, Rio Grande do Sul, v.7, n.1, p.69-79, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/23270>. Acesso 20 out. 2019.
- BARROS, B. M. C.; RUVIARO, R.; RICHTER, D. A violação dos direitos fundamentais na hora do parto: uma análise da autonomia e empoderamento da mulher. **Revista direitos sociais e políticas públicas**, São Paulo, v. 5, n.1, p. 67-104, 2017. Disponível em: http://www.unifafibe.com.br/revista/index.php/direitos-sociais-politicas-pub/article/view/204/pdf_1. Acesso 23 out. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal – versão resumida**. Brasília, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso 24 de out. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares**. Brasília: MS, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf. Acesso: 28 jun. 2021.
- BOURGUIGNON, A. M.; GRISOTTI, M. Concepções sobre humanização do parto e nascimento nas teses e dissertações brasileiras. **Saúde Soc.** São Paulo, v.27, n.4,

p.1230-1245, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v27n4/1984-0470-sausoc-27-04-1230.pdf>. Acesso 27 set. 2019.

CORTÉS, M. A. *et al.* Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v.23, n.3, p.520-526, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf. Acesso em: 10 out. 2019.

DINIZ, C. S. G. *et al.* Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' trainin. **Reproductive Health Matters**, Holanda, v.26, n.53, p.19-35, 2018. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09688080.2018.1502019>_Acesso 24 jun. 2021.

DUARTE, M. R. *et al.* Tecnologias do cuidado na enfermagem obstétrica: contribuição para o parto e nascimento. **Cogitare enferm**, Curitiba, v.24, p.1-11, 2019. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/54164>. Acesso 17 nov. 2019.

GALDINO, Y. L. S. *et al.* Validation of a blooket on self-care with the diabetics foot. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v.72, n.2, p.817-824, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/LPnP8DyP7cPH9np3Rk3S79K/?lang=en>. Acesso em 23 julh. 2021.

GOMES, S. C. *et al.* Rebirth of childbirth: reflections on medicalization of the Brazilian obstetric care. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v.71, n.5, e2594-7, p.2744-2748, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/nHFxfwdbY9sCV7KcHyP9Rfh/?lang=en>_ Acesso 19 jun. 2021.

GOMES, A. R. N. *et al.* Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. **Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v. 4, n. 11, p.23-27, 2014. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/73>. Acesso 27 set. 2019.

GOMES, R. P. C. *et al.* Plano de parto em rodas de conversa: escolhas das mulheres. **Revista mineira de enfermagem**, Minas Gerais, v.21, e.1033, p.1-8, 2017. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1169>. Acesso 20 ago. 2019.

GOTTEMS, L. B. D. *et al.* Boas práticas no parto normal: análise da confiabilidade de um instrumento pelo Alfa de Cronbach¹. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v.26, e3000, p.1-8, 2018. DOI: 10.1590/1518-8345.2234.3000. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3000.pdf. Acesso 22 ago. 2019.

GUIMARÃES, L. B. E.; JONAS, E.; AMARAL, L. R. O. G. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. **Rev. Estud. Fem**, Florianópolis, v.26, n.1, p.1-11, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2018000100205&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 16 nov. 2019.

HEIDEMAN, I. T. S. B. *et al.* Empowerment: reflections in the context of vulnerabilities and nursing practices. **Rev baiana enferm.** Salvador, v.35, e36399, p.1-9, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/36399>_Acesso: 23 jun. 2021.

JARDIM, D. M.; MODENA, C. M. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. **Revista Latino-americana de enfermagem**, São Paulo, v.26, e3069, p. 1-12, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3069.pdf. Acesso 06 out. 2019.

JARDIM, M. J. A.; SILVA, A. A.; FONSECA, L. M. B. Contribuições do Enfermeiro no Pré-Natal para a Conquista do Empoderamento da Gestante. **J. res. fundam. care. online**, Rio de Janeiro, v.11 (n.esp), p.432-440, 2019. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/6370/pdf_1. Acesso 23 out. 2019.

KÄMPF, C.; DIAS, R. B. A episiotomia na visão da obstetrícia humanizada: reflexões a partir dos estudos sociais da ciência e tecnologia. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, p.1155-1160, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702018000401155&lang=pt. Acesso 23 out. 2019.

KOTTWITZ, F.; GOUVEIA, H. G.; GONÇALVES, A. C. Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.1-8, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000100201&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso 24 out. 2019.

LANSKY, S. *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.8, p. 2811-2823, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n8/1413-8123-csc-24-08-2811.pdf>. Acesso 23 ago. 2019.

LEAL, M. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, supl.s17-s47, p.1-16, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=pt&tlng=pt. Acesso 20 ago. 2019.

LIMA, V. K. S. *et al.* Educação em saúde para gestantes: a busca pelo empoderamento materno no ciclo gravídico-puerperal. **J. res. fundam. care.**, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p. 968-975, 2019. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6822>. Acesso 20 out. 2019.

LOPEZOSA, P. H.; MAESTRE, M. H.; BORREGO, M. A. R. O cumprimento do plano de parto e sua relação com os resultados maternos e neonatais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v.25, e2953, p.1-6, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692017000100399&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso 24 out. 2019.

MEDEIROS, R. M. K. *et al.* Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. **Revista gaúcha de enfermagem**, Rio Grande do Sul, v.40, e20180233, p. 1-12, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40/1983-1447-rgenf-40-e20180233.pdf>. Acesso 21 ago. 2019.

MENEZES, F. R. *et al.* O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. **Interface**, São Paulo, v.24, e180664, p.1-14, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832020000100204&tlng=pt. Acesso 16 nov. 2019.

MOURA, S. G. *et al.* Assistência pré-natal realizada pelo enfermeiro (a): um olhar da mulher gestante. **J. res.: fundam. care. Online**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.2930-2938, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750947020.pdf>. Acesso 21 out. 2019.

MOUTA, R. J. O. *et al.* Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. **Rev baiana de enfermagem**, Salvador, v.31, n.4, p.1-10, 2017. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/20275>. Acesso 10 out. 2019.

NAIDON, A. M. *et al.* Gestação, parto, nascimento e internação de recém-nascidos em terapia intensiva neonatal: relato de mães. **Texto contexto – enfermagem [online]**, Florianópolis, v.27, n.2, p.1-9, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180005750016>

NARCHI, N. Z. *et al.* O plano individual de parto como estratégia de ensino-aprendizagem das boas práticas de atenção obstétrica. **Rev. Esc. Enferm.** São Paulo, v.53, e03518, p.1-7, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100473&tlng=pt. Acesso 24 out. 2019.

NICIDA, L. R. A. *et al.* Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. **Ciêñ Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, V.25, n.11, p. 4531-4546, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NFLfFVvk59DRwVc3PPPPvPLv/?lang=pt> Acesso 17 julh. 2021.

NIY, D. Y. *et al.* Como superar a cultura da imobilização física das parturientes? Resultados parciais de estudo de intervenção em São Paulo, SP, Brasil. **Interface**, São Paulo, v.23, e180074, p.1-16, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v23/1807-5762-icse-23-e180074.pdf>. Acesso 16 nov. 2019.

OLIVEIRA, L. L. *et al.* Hipermídia educativa sobre assistência de enfermagem ao parto: construção e validação de conteúdo e aparência. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.72, n.6, p. 1547- 1554, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v72n6/pt_0034-7167-reben-72-06-1471.pdf. Acesso 17 nov. 2019.

PEDROSO, C. N. L. S.; LÓPEZ, L. C. À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.27, n.4, p.1163-1184, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000401163&lng=pt&tlng=pt. Acesso 23 set. 2019.

PEREIRA, S. B. *et al.* Good practices of labor and birth care from the perspective of health professional. **Rev Bras de Enfermagem**, Brasília v.71, supl.3, p.1313-1319, 2018. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29972529/> Acesso 23 julh. 2021.

PERNAMBUCO. Ministério Público de Pernambuco. **Humanização do parto. Nasce o respeito/Informações práticas sobre seus direitos**. Recife, 2015. Disponível em: <https://www.mppe.mp.br/mppe/attachments/article/4240/cartilha%20humanizacao%20do%20parto%20pdf.pdf>. Acesso 20 ago. 2019.

PIMENTEL, C. *et al.* Autonomia, risco e sexualidade. A humanização do parto como possibilidade de redefinições descoloniais acerca da noção de sujeito. **REALIS**, Brasília, v.4, n. 01, p.166-185, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/realis/article/view/8813/8788>. Acesso 23 out. 2019.

RABELO, M. *et al.* Estratégias da gestão para implantação do modelo da rede cegonha em uma maternidade pública de Curitiba. **Cogitare Enferm**, Paraná, v.22, n.2, p.1-9, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/48252>. Acesso em: 24 out. 2019.

ROCHA, M.J.; GRISI, E. P. Violência obstétrica e suas influências na vida de mulheres que vivenciaram essa realidade. **Rev. Mult. Psic.** Ceará, v.11, n. 38, p. 623-635, 2017. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/931/1304>. Acesso 20 out. 2019.

RODRIGUES, D. P. *et al.* A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento. **J Nurs UFPE on line**, Recife, v.12, n.1, p. 236-246, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23523/26086>. ISSN: 1981-8963. Acesso 07 out 2019.

SANTOS, F. S. *et al.* Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n.6, p.1-11, 2019. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000705011. Acesso 24 out. 2019.

SENS M. M.; STAMM, A.M.N.F. A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. **Interface**, São Paulo, v.23, e170915, p. 1-19, 2019a; Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832019000100277&script=sci_arttext. Acesso 07 out. 2019.

SENS, M.M.; STAMM, A.M.N.F. Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. **Interface**, São Paulo, v. 23, e180487, p.1-16, 2019b. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100255&tlng=pt. Acesso 16 nov. 2019.

SILVA, A. L. S.; NASCIMENTO, E. R.; COELHO, E. A. C. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.424-431, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0424.pdf>. Acesso 20 out. 2019.

SILVA, M. C. *et al.* Labor and birth in the rural region: obstetric violence. **J Nurs UFPE online**. Recife, v.12, n.9, p.2407-2417, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234440>. Acesso 07 out. 2019.

SILVA, A. L. N. V. *et al.* Plano de parto: ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de enfermagem. **Rev Enferm UFSM**, Roraima, v.7, n.1, p.144-151, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/22531/pdf>. Acesso 24 out. 2019.

SOUZA, E.V.A.; BASSLER, T.C.; TAVEIRA, A.G. Educação em saúde no empoderamento da gestante. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.13, n.5, p.1527-1531, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238437>. Acesso 20 out. 2019.

ZANARDO, G. L. P. *et al.* Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v.29, e155043, p.1-11, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822017000100218&lng=pt&tlng=pt. ISSN: 1807-0310. Acesso 06 out. 2019

ANEXO A – NORMAS DA REVISTA

1. Formatação

Os Artigos Originais e de Revisão deverão conter até 5000 palavras; as Cartas ao Editor até 500 palavras e no máximo cinco referências. Na contagem das palavras, não serão considerados o resumo, as tabelas, as figuras e as referências. O texto científico deverá ser enviado de acordo com as seguintes instruções:

- Arquivo no formato .doc ou .docx (Microsoft Word).
- Tamanho A4 (21 cm x 29,7 cm ou 8,27" x 11,7"), com margens superiores, inferiores e laterais de 2,5 cm (1").
- Fonte Times New Roman tamanho 12 (em todo o texto, inclusive nas tabelas).
- Espaçamento duplo entre as linhas desde o título até as referências, com exceção das tabelas, que devem ter espaçamento simples.
- Para destacar termos no texto, utilizar itálico. Não são permitidas no texto palavras em negrito, sublinhado, caixa alta ou marcadores do Microsoft Word.

2. Título

O título deve ser conciso e informativo, no idioma em que o texto científico for submetido, com até 15 palavras e em negrito. A utilização de caixa alta, siglas, abreviações e localização geográfica da pesquisa não será permitida.

3. Resumo

O resumo deve ser estruturado em: Objetivo, Método, Resultados e Conclusão. Deverá ser redigido em parágrafo único, com até 200 palavras, no idioma em que o texto for submetido, em espaçamento duplo entre as linhas e com a fonte Times New Roman tamanho 12. Citações de autores, local e ano da coleta de dados e siglas, não devem ser apresentadas. O Objetivo deve ser claro, conciso e descrito no tempo verbal infinitivo. O Método deve conter o tipo de estudo, amostra, variáveis, instrumentos utilizados na pesquisa e o tipo de análise. Os Resultados devem ser concisos, informativos e apresentar os principais resultados descritos e quantificados, inclusive as características dos participantes e análise final dos dados. A Conclusão deve responder estritamente ao objetivo, expressar as considerações sobre as implicações teóricas ou práticas do estudo e as suas principais

contribuições para o avanço do conhecimento científico. Os Ensaio Clínicos devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final do resumo. O número desse registro não será computado no número de palavras do resumo.

4. Descritores

Os descritores em português, inglês e espanhol deverão ser selecionados da lista do Medical Subject Headings (MeSH) ou vocabulário dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Devem ser incluídos seis descritores, separados entre si por ponto e vírgula. A primeira letra de cada palavra do descritor deve estar em caixa alta, exceto artigos e preposições.

5. Introdução

Deve ser breve, definir claramente o problema estudado, justificando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências atualizadas (dos últimos três anos) e de abrangência nacional e internacional. Descrever as hipóteses do estudo, quando aplicável, e o objetivo no final dessa seção. O objetivo deve ser idêntico no resumo e ao final da introdução. As siglas deverão ser descritas por extenso na primeira vez em que aparecerem no texto e acompanhadas de sua abreviatura.

6. Método

Subdividir a seção nos tópicos: Tipo ou delineamento do estudo; Local ou Cenário em que aconteceu a coleta de dados (cidade, sigla do estado e país); Período; População; Critérios de seleção; Definição da amostra, se for o caso, ou Participantes; Variáveis do estudo; Instrumentos utilizados para a coleta das informações; Coleta de dados; Tratamento e Análise dos dados e Aspectos éticos. Todos os subtítulos devem ser destacados em negrito. Os estudos de abordagem qualitativa devem explicitar o referencial ou quadro conceitual no corpo do texto científico.

7. Resultados

Descrever os resultados encontrados, sem incluir interpretações, comentários ou comparações. O texto não deverá repetir o que está descrito nas tabelas e nas figuras.

8. Discussão

Deve se restringir aos resultados obtidos e alcançados. Enfatizar aspectos novos e importantes do estudo. Discutir as concordâncias e as divergências com outras pesquisas com evidências científicas atualizadas, publicadas em periódicos

nacionais e internacionais. Apresentar, ao final deste tópico, as limitações do estudo e as implicações para o avanço do conhecimento científico para a área de saúde e enfermagem.

9. Conclusão

Responder aos objetivos do estudo, de forma clara, direta e objetiva, restringindo-se aos dados encontrados, sem a citação de referências.

10. Tabelas e Figuras

O texto científico deve conter, no máximo, cinco tabelas e/ou figuras. As tabelas devem conter título informativo, claro e completo, localizado acima do seu conteúdo, indicando o que se pretende mostrar. O título deve conter as informações: participantes do estudo, variáveis, local (cidade, sigla do estado, país) e ano da coleta de dados. O ponto final após a descrição do título da tabela não deve ser incluído. O “n” deverá ser incluído logo após os participantes do estudo.

10.1 Formatação das tabelas

As tabelas deverão ser elaboradas com a ferramenta de tabelas do Microsoft Word, em fonte Times New Roman tamanho 12, com espaçamento simples entre as linhas. Os dados deverão ser separados por linhas e colunas, de forma que cada dado esteja em uma célula. As tabelas não devem conter células vazias e cada coluna deve ser identificada. Os traços internos deverão ser inseridos somente abaixo e acima do cabeçalho e na última linha das tabelas.

10.2 Menção e inserção das tabelas no texto

Todas as tabelas e figuras deverão ser mencionadas no texto científico e inseridas logo após a sua primeira menção. Exemplo: “...conforme a Tabela 1...”.

10.3 Cabeçalho e fonte de informação das tabelas para dados secundários

O cabeçalho deverá estar em negrito. A fonte de informação para dados secundários deverá ser mencionada em nota de rodapé, nas próprias tabelas.

10.4 Notas de rodapé das tabelas

As notas de rodapé das tabelas devem ser restritas ao mínimo necessário. Essas notas deverão ser indicadas pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, || e ¶, os quais deverão ser apresentados tanto no interior da tabela quanto em sua nota de rodapé.

10.5 Siglas A utilização de siglas deve ser restrita ao mínimo necessário.

As siglas presentes nas tabelas e/ou figuras deverão ser apresentadas por extenso em nota de rodapé das, utilizando os símbolos sequenciais: *, †, ‡, §, || e ¶, sem a utilização de ponto final. Exemplo: *GC = Grupo controle; †GI = Grupo intervenção.

Os símbolos sequenciais devem ser reiniciados para cada tabela e/ou figura, sendo apresentados desde o título/cabeçalho, corpo da tabela/figura e nota de rodapé, em sistema de leitura ziguezague (da esquerda para a direita, de cima para baixo). Quando houver necessidade de utilizar mais de seis indicações na mesma tabela e/ou figura, símbolos sequenciais duplicados deverão ser utilizados após os seis símbolos iniciais. Se houver necessidade de utilizar mais símbolos, obedecer à mesma lógica, ou seja, utilizar símbolos triplicados, quadruplicados, etc., conforme exemplo a seguir: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, §§, ||||, ¶¶, ***, †††, ‡‡‡, §§§, |||||, ¶¶¶, ...

10.6 Valores monetários

Deverão ser apresentados em dólares dos Estados Unidos (USD) ou em salários mínimos no país da pesquisa na época da coleta de dados. Se apresentados em dólares (USD), a cotação do dólar e a data da cotação devem ser informadas em nota de rodapé. Exemplo: *Cotação do Dólar EUA = R\$ 4,6693, em 10/03/2020 Se apresentados em salários mínimos, o valor, ano e país da pesquisa referentes ao salário mínimo devem ser informados em nota de rodapé. Exemplo: *Salário mínimo vigente = R\$ 1.045,00, Brasil, 2020

10.7 Formatação não permitida

Quebras de linhas utilizando a tecla ENTER, recuos utilizando a tecla TAB, espaços para separar os dados, caixa alta, sublinhado, marcadores do Microsoft Word, cores nas células e tabelas com mais de uma página não serão permitidos. As tabelas de apenas uma ou duas linhas deverão ser convertidas em texto.

11. Figuras

São consideradas figuras: quadros, gráficos, desenhos, esquemas, fluxogramas e fotos. Todos estes itens devem ser denominados apenas como “figura” no texto científico (Exemplo: Figura 1, Figura 2, etc.). O título da figura deve estar localizado logo abaixo da mesma. Se houver nota de rodapé, o título virá imediatamente abaixo. As figuras devem estar em alta resolução, com um mínimo de 900 DPI (Dots Per Inch ou Pontos por Polegada, em português), sendo, sempre que possível, editáveis.

11.1 Figuras: Quadros Os quadros deverão conter dados textuais e não numéricos, serem fechados nas laterais e com linhas internas. Quando construídos com a ferramenta de tabelas do Microsoft Word, poderão ter o tamanho máximo de uma página e não, somente, 16x10 cm como as demais figuras. A inserção de

quadros, quando extraídos de outras publicações, exige a indicação da fonte em nota de rodapé.

11.2 Figuras: Gráficos Os gráficos deverão estar legíveis e nítidos, com o tamanho máximo de 16x10 cm. Se optar por utilizar cores, elas devem ser de tons claros. Vários gráficos em uma única figura somente serão aceitos se a apresentação conjunta for indispensável à interpretação da figura.

11.3. Figuras: Desenhos, esquemas e fluxogramas Os desenhos, esquemas e fluxogramas deverão ser construídos com ferramentas adequadas, de preferência com a intervenção de um profissional de artes gráficas. Eles deverão ser de fácil compreensão, legíveis, nítidos e no tamanho máximo de 16x10 cm. Desenhos, esquemas e fluxogramas inseridos, quando extraídos de outras publicações, exigem a indicação da fonte em nota de rodapé da figura.

11.4. Figuras: Fotos As fotos deverão estar nítidas, em alta resolução e de tamanho máximo de 16x10 cm. Caso contenham imagens de pessoas deverão ser tratadas, para que não haja possibilidades de identificação das que foram retratadas.

11.5. Notas de rodapé das figuras As notas de rodapé das figuras devem ser restritas ao mínimo necessário; deverão ser indicadas pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, || e ¶, os quais deverão ser apresentados tanto no interior da figura quanto na nota de rodapé. 6. Depoimentos de participantes dos estudos. Os depoimentos devem ser apresentados em itálico, na fonte Times New Roman tamanho 10, sem aspas e na sequência do texto. É obrigatória a identificação por código de cada depoimento citado no manuscrito, entre parênteses, sem itálico e ao final do depoimento.

12. Notas de rodapé no texto

As notas de rodapé deverão ser indicadas pelo sinal gráfico asterisco, iniciadas a cada página e restritas a um máximo de três por página. Utilizar a sequência *, **, ***.

13. Formatação das citações

13.1. Citações de referências no texto Enumeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses, sem menção do nome dos autores (exceto os que constituem referencial teórico ou de método). Quando forem sequenciais, indicar o primeiro e o último número, separados por hífen. Ex.: (1-4) ; quando intercaladas, deverão ser separados por vírgula. Ex.: (1-2,4) . Entre a

citação numérica e a palavra que a antecede, não deve existir espaço. Exemplo:Cândida albicans(3-6,16,21) . A indicação da página consultada da referência citada no artigo não deve ser mencionada.

13.2. Citações de referências “ipsis literes” Essas citações deverão ser apresentadas entre aspas, sem itálico, com fonte Times New Roman tamanho 12 e na sequência do texto.

14. Referências

A RLAE adota as referências em conformidade com o Estilo Vancouver (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). Inexiste limite máximo do número de referências, desde que pertinentes ao texto e com link de acesso para sua averiguação. Os autores devem seguir a proporcionalidade de, no mínimo, 80% de artigos de periódicos indexados em bases de dados internacionais e dos últimos três anos. Os links para a averiguação devem estar com datas de acesso atualizadas. As referências citadas deverão estar no idioma inglês sempre que disponível. O Digital Object Identifier (DOI) ou o link de acesso devem ser inseridos ao final de todas as referências citadas no artigo. Para se ter exemplos de como citar artigos publicados na RLAE, recomenda-se a consulta ao site <http://rlae.eerp.usp.br/section/9/como-citar-artigos-da-rlae>.