

As tecnologias relacionais e a Educação Permanente na atenção obstétrica: uma reflexão teórica

Relational technologies and Permanent Education in obstetric care: a theoretical reflection

Tecnologías relacionales y Educación Permanente en la atención obstétrica: una reflexión teórica

Roberta Maria de Oliveira Silva Lannes Sampaio¹, Cláudia Maria Messias²

Como citar esse artigo. Sampaio RMOSL, Messias CM. As tecnologias relacionais e a Educação Permanente na atenção obstétrica: uma reflexão teórica. Revista Pró-UniverSUS. 2022 Jul./Dez.; 13 (2) Suplemento: 106-111.

Resumo

Introdução: o período gravídico puerperal é um processo fisiológico que envolve a dimensão humana e subjetiva da mulher e da família. Sendo assim, faz-se necessário que os profissionais de saúde envolvidos na assistência obstétrica estejam aptos a atender para as especificidades desse período e utilizar as tecnologias relacionais para garantir um cuidado adequado. **Objetivo:** refletir sobre as tecnologias relacionais e a Educação Permanente na promoção de uma assistência segura ao parto e nascimento. **Materiais e Métodos:** trata-se de um ensaio teórico-reflexivo baseado na relação inter-subjetiva que se processa nos conceitos relacionados à Política Nacional de Educação Permanente e a teoria do “trabalho vivo em ato” proposta nos estudos de Emerson Merhy. **Resultados e Discussão:** a vivacidade do processo de trabalho em saúde produz pactuações entre sujeitos e gera conflitos e tensões. A Educação Permanente pode atuar promovendo o diálogo entre a equipe, fortalecendo os acordos e o vínculos entre usuário e profissional, oportunizando a comunicação efetiva e dessa forma, qualificando as práticas do cuidado. O profissional de saúde precisa se implicar com o bem-estar da mulher, esse é o grande dispositivo que gera cuidado efetivo. **Considerações finais:** a busca por uma reestruturação produtiva na saúde, com destaque para a atenção materno infantil precisa contemplar o sujeito produtor do cuidado. O profissional precisa redirecionar seu processo produtivo para uma dimensão que contemple as tecnologias leves consciente de seu impacto no processo de cuidado, caminhando, portanto, para um cuidado mais humanizado.

Palavras-chave: Educação Permanente; Serviços de Saúde Materno-Infantil; Obstetrícia; Tocologia; Aprendizagem; Saúde.

Abstract

Introduction: the puerperal pregnancy period is a physiological process that involves the human and subjective dimension of the woman and the family. Therefore, it is necessary that health professionals involved in obstetric care are able to pay attention to the specifics of this period and use relational technologies to ensure adequate care. **Objective:** to reflect about the relational technologies and Permanent Education in the promotion of safe delivery and birth care. **Materials and Methods:** it is a theoretical-reflective essay based on the inter-subjective relationship that is processed in the concepts related to the National Policy of Permanent Education and the theory of “live work in action” proposed in the studies of Emerson Merhy. **Results and Discussion:** the Liveliness of the work process in health produces agreements between subjects and generates conflicts and tensions. Permanent Education can act by promoting dialogue between the team, strengthening agreements and bonds between users and professionals, providing effective communication and, in this way, qualifying care practices. The health professional needs to be involved with the woman’s well-being, this is the great device that generates effective care. **Final considerations:** the search for a productive restructuring in health, with emphasis on maternal and child care, needs to contemplate the subject that produces care. Professionals need to redirect their production process to a dimension that includes light technologies, aware of their impact on the care process, moving, therefore, towards a more humanized care.

Keywords: Continuing Education; Maternal and Child Health Services; Obstetrics; Tocology; Learning; Health.

Resumen

Introducción: el período gestacional puerperal es un proceso fisiológico que involucra la dimensión humana y subjetiva de la mujer y la familia. Por lo tanto, es necesario que los profesionales de la salud involucrados en la atención obstétrica sean capaces de prestar atención a las especificidades de este período y utilizar tecnologías relacionales para garantizar una atención adecuada. **Objetivo:** reflexionar sobre las tecnologías relacionales y la Educación Permanente en la promoción de una asistencia segura durante el trabajo de parto y el parto. **Materiales y Métodos:** es un ensayo teórico-reflexivo basado en la relación intersubjetiva que se procesa en los conceptos relacionados con la Política Nacional de Educación Continua y la teoría del “trabajo vivo en acción” propuesta en los estudios de Emerson Merhy. **Resultados y Discusión:** la viveza del proceso de trabajo en salud produce acuerdos entre sujetos y genera conflictos y tensiones. La Educación Permanente puede actuar promoviendo el diálogo entre el equipo, fortaleciendo acuerdos y vínculos entre usuario y profesional, proporcionando una comunicación efectiva y, de esa forma, calificando las prácticas de cuidado. El profesional de la salud necesita involucrarse con el bienestar de la mujer, este es el gran dispositivo que genera un cuidado efectivo. **Consideraciones finales:** la búsqueda de una reestructuración productiva en salud, con énfasis en la atención materno-infantil, necesita contemplar el tema que produce cuidado. Los profesionales necesitan reorientar su proceso productivo hacia una dimensión que incluya tecnologías livianas, conscientes de su impacto en el proceso asistencial, transitando, por tanto, hacia un cuidado más humanizado.

Palabras clave: Educación Permanente; Servicios de Salud Materno-Infantil; Obstetrícia; Tocología; Aprendizaje; Salud.

Afiliação dos autores:

¹Discente do Mestrado Profissional de Ensino na Saúde, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8279-9471>

²Docente do Curso de Mestrado Profissional de Ensino na Saúde, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1323-0214>

* Email de correspondência: : robertalannes08@gmail.com

Recebido em: 04/10/22. Aceito em: 11/10/22.

Introdução

O período gravídico puerperal é um processo fisiológico que envolve a dimensão humana e subjetiva da mulher e da família. O parto é considerado um evento complexo, capaz de ser positivamente marcante no âmbito emocional da gestante ou, até mesmo, doloroso e traumático. Sendo assim, faz-se necessário que os profissionais de saúde envolvidos na assistência obstétrica estejam aptos a atender para as especificidades desse período e utilizar as tecnologias relacionais para garantir um cuidado adequado¹.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem lançado diretrizes que enfatizam as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento baseadas em evidências científicas e afirma que o parto é um evento natural que não necessita de controle, mas sim de cuidados².

No Brasil, o cenário obstétrico atual reflete uma institucionalização dos saberes práticos associados ao parto e procedimentos invasivos, muitas vezes dispensáveis e potencialmente iatrogênicos, resultando na perda da autonomia feminina. Esse processo é conhecido como medicalização³.

Nesse contexto, apesar dessa intensa medicalização, a mortalidade materna continua sendo um problema de saúde no Brasil. A qualidade dos serviços que atendem aos partos é frequentemente retratada como sub-ótima, ou que ainda deixa a desejar, no que tange sua capacidade de acolher a mulher⁴.

A realidade retratada demonstra que o modelo de atenção predominante no Brasil ainda é intervencionista e centrado no profissional médico em contraposição à abordagem multidisciplinar e de equipe, afastando-se, portanto, do princípio de integralidade na assistência e auxiliando a manter os altos índices de mortalidade materna.

Outro agravante para esse quadro são os relatos de práticas consideradas violentas nos serviços de saúde. A violência obstétrica descrita de formas variadas principalmente ligada ao uso de procedimentos invasivos, tais como: punção venosa, administração de ocitocina e o abuso emocional com a utilização de um discurso de intimidação com as mulheres. O profissional, imerso na prática, pode participar das situações e realizar os procedimentos sem consentimento da mulher e não perceber que se trata de um ato violento⁵.

Nesse sentido, torna-se de fundamental importância uma reformulação das práticas de saúde e dos processos de trabalho que historicamente constituíram-se em um modelo hegemônico para um modelo centrado na promoção da saúde, no acolhimento, no vínculo e na responsabilização⁶.

Para cooperar com essa mudança, em 2004 foi publicada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde⁷. Esta proposta estimula a reflexão sobre o

cotidiano do serviço como estratégia para favorecer a mudança de culturas organizacionais, utilizando-se para tal de processos educacionais pautados nos princípios da Educação Permanente em Saúde (EPS). A EPS caracteriza-se, como uma intensa vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional⁸.

Entretanto, temos como constatação importante que, para concretização de mudança de modelo nos serviços de saúde, é necessário que essas mudanças ocorram nos espaços de encontro entre trabalhador/usuário, ou seja, no Trabalho Vivo em ato, uma vez que o processo de trabalho na saúde opera principalmente a partir da micropolítica, no lugar de encontro entre os serviços e os usuários e, para inverter qualquer questão que esteja relacionada aos processos produtivos, é necessário intervir nesse lugar, no agir cotidiano onde cada um opera sua parcela de trabalho em uma dada linha de produção do cuidado^{6:106}.

Partindo da necessidade de reverter as altas taxas de mortalidade materna, fundamenta-se a realização deste trabalho pela compreensão de que as ponderações de Emerson Merhy sobre o trabalho vivo em ato, suas confluências com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e o papel das tecnologias relacionais em ambos espaços, podem auxiliar os profissionais a melhor refletirem sobre suas práticas, estimulando, portanto, a primeira etapa para transformação da realidade dos serviços de saúde. Assim sendo, propõe-se, por meio deste, gerar novas concepções de forma a corroborar com a transição para um novo modelo de assistência à saúde, com destaque para uma aprendizagem permanente e significativa, pautada no diálogo ativo e coletivo, com vistas ao aprimoramento do processo produtivo para os profissionais da saúde.

Diante disso, o presente artigo tem como objetivo: refletir sobre as tecnologias relacionais e a Educação Permanente na promoção de uma assistência segura ao parto e nascimento.

Metodologia

Trata-se de um ensaio teórico-reflexivo baseado na relação inter-subjetiva que se processa nos conceitos relacionados à Política Nacional de Educação Permanente e a teoria do “trabalho vivo em ato” proposta nos estudos de Emerson Merhy, com foco na proposta de uma atenção humanizada ao ciclo gravídico puerperal.

Realizou-se uma busca na literatura científica que aborda a temática e, a partir disso, utilizou-se como método a análise crítica, abrangendo a

problematização do tema, leitura interpretativa da bibliografia relacionada e construção própria conceitualmente fundamentada no assunto.

Resultados e Discussão

As Tecnologias relacionais e a atenção obstétrica

Em consonância com Franco e Merhy⁹, o trabalho morto é tudo aquilo que é realizado anteriormente, ou seja, que está acabado e é perceptível por meio dos seus produtos por exemplo as máquinas e instrumentos de trabalho. Por outro lado, o “trabalho vivo” é o trabalho em ato, no exato momento sua realização, e, portanto, se realiza na ação produtiva em si.

O conceito de tecnologias na saúde está ligado a um conhecimento aplicado para fazer algo. Conforme Emerson Merhy destaca em seus manuscritos¹⁰⁻¹¹, as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas em dura, leve-dura e leve.

As tecnologias duras são descritas como os recursos materiais e equipamentos tecnológicos do tipo máquinas e/ou estruturas organizacionais que contribuem para o trabalho. As leve-duras são aquelas concernentes aos saberes estruturados, tais como protocolos, normas e a epidemiologia que têm uma parte leve em sua aplicação¹².

Por sua vez, as tecnologias leves, também chamadas de relacionais, são aquelas que sofrem grande influência da subjetividade das relações humanas, podendo ser observáveis na produção de vínculo, acolhimento, autonomização e gestão como forma de orientar os processos de trabalho¹².

Elas atuam como uma espécie de “caixa de ferramentas” uma vinculada à propedêutica e aos procedimentos (diagnósticos e terapêuticos), outra aos saberes e outra às relações trabalhador-usuário¹³.

Quanto mais se incorpora o processo de subjetivação no processo de trabalho mais leve é a tecnologia. Na perspectiva do evento da gestação e parto como um processo fisiológico e carregado de uma construção simbólica e subjetiva, as tecnologias leves e relacionais deveriam ser consideradas como basilares no processo de cuidado.

Conforme se combinam esses três tipos de tecnologias, configuram-se distintos modelos de atenção à saúde¹³, nesse sentido, as tecnologias relacionais, ou leves, devem ser o destaque quando se projeta uma mudança no modelo de atenção obstétrica vigente, para um modelo que valoriza as relações e a subjetividade da mulher no processo de cuidado¹⁴.

Historicamente, em diversas culturas e grupos sociais, as vivências do trabalho de parto e parto têm

sido associadas a termos como agonia, provação, medo, terror, sofrimento, morte¹⁵, sobretudo quando considerada a dor, um parâmetro vital fisiológico culturalmente associado ao momento do parto, que provoca ansiedade e medo nas mulheres.

Todavia a dor não é uma manifestação universal de processos orgânicos: ela se relaciona com a subjetividade de cada sujeito e com a forma como é construída pela cultura¹⁶.

Tostes e Seidl¹⁷ destacam que esse fato é particularmente ilustrado no momento do parto, quando profissionais da equipe de saúde, muitas vezes, desconsideram as subjetividades das parturientes e expressam expectativas de que essas mulheres tenham “bons comportamentos” frente à dor: não gritar, não se desesperar, obedecer às ordens e acatar os conselhos da equipe, sob pena de não serem atendidas ou serem submetidas a diferentes tipos de violência, caso se “comportem mal”.

Nesse sentido o acolhimento, como tecnologia do encontro entre os profissionais e a mulher, poderia favorecer a construção de um ambiente afável, o que reduziria a ansiedade, o medo e a própria percepção da dor. Acolher envolve recepção adequada, escuta da demanda e busca, de forma a compreendê-la e solidarizar-se com ela, elementos estes factíveis do pleno uso das tecnologias relacionais no processo de assistência humanizada.

Nessa perspectiva, há evidências trazidas no estudo de Tostes e Seidl¹⁷, que apontam que uma escuta ativa e acolhedora às parturientes frente às inseguranças e à dor, bem como o respeito pelas diferentes formas de vivência e de expressão, por parte dos profissionais que as assistem, são elementos fundamentais à uma atenção humanizada e de qualidade, devendo, assim, serem implementados, de forma prioritária, nos currículos formativos dos profissionais da saúde.

O vínculo é uma diretriz indicativa da interdependência, isto é, relações com linhas de duplo sentido, onde há o compromisso dos profissionais com os pacientes e vice versa. Este confere ao usuário maior autonomia, tendo seus direitos de fala, argumentação e escolhas respeitados⁶.

Para entender a real potencialidade da vivacidade do trabalho como meio e instrumento para a transformação da realidade, soma-se o pensamento de Spinoza¹⁸ sobre a potência dos encontros, alegres e tristes, que intensificam ou reduzem a potência do viver. São por meio desses encontros, nos quais os regimes de verdade discursivos e não discursivos se apresentam produzindo afecções, deslocamentos e aprendizagem.

Para que o gestar e parir sejam “encontros alegres” ou experiências positivas, os profissionais que acolhem a mulher e a família nos diversos serviços de pré-natal e atenção ao parto e puerpério devem ter em mente a importância de seu papel. Esse profissional precisa desejar produzir cuidado, se implicar com o

bem estar da mulher, esse é o grande dispositivo que gera cuidado efetivo. Para tal, deve conhecer os limites e potencialidades de sua atuação enquanto um dos protagonistas do trabalho vivo em ato, utilizando-se desse momento de tensão para refletir sobre sua prática.

A Educação Permanente: estratégia potencializadora das tecnologias relacionais e sua importância para atenção ao parto e nascimento

A Vivacidade do processo de trabalho em saúde apesar de possibilitar produzir pactuações entre os sujeitos, também pode ser fonte para conflitos e tensões no cenário de produção da saúde. É nesse espaço, que a Educação Permanente pode atuar fortalecendo os acordos, interpondo-se nas situações conflitantes e promovendo o diálogo.

A condição substancial para um trabalhador ou uma organização decidir mudar, ou incorporar novos elementos à sua prática e às suas concepções, é a percepção de que a maneira vigente é insuficiente ou insatisfatória⁶. Nesse contexto, o olhar do outro funciona como um dispositivo para que cada um ponha em análise seu modo de operar, sendo o coletivo fundamental para a efetividade da mudança.

É a partir da observação, dos desejos e das afecções dos encontros que a Educação Permanente acontece. De certo modo, sempre há um processo de aprendizagem envolvido na produção de novos acordos e de novas parcerias, pois eles são constituídos a partir de uma resignificação do cotidiano vivenciado e analisado no coletivo¹⁹.

À vista disso, a Educação Permanente se mostra como uma ferramenta potencial para o aprimoramento do conhecimento necessário para que os profissionais de saúde melhor utilizem das tecnologias em saúde, pois a partir da compreensão dos conceitos, torna-se mais fácil sua aplicação, além de respaldar ações dos profissionais que adotam tais instrumentos em suas práticas há muito tempo, embora de forma empírica ou inconsciente¹³.

O processo de EPS precisa estar associado à experiência do cotidiano, que os trabalhadores vivenciam entre si e com os usuários. Os espaços de produção do cuidado são inevitavelmente espaços de produção pedagógica.

Como exemplo desta associação, pode-se citar o estudo de Steen²⁰ que teve o objetivo de identificar as necessidades e preocupações de enfermeiras e parteiras norte-americanas e espanholas que trabalham com morte perinatal. Os resultados demonstram que estes profissionais têm dificuldades em oferecer suporte emocional aos pais de luto, sendo a falta de conhecimento e habilidades a principal razão por trás das atitudes

de desconforto. Concluiu-se portanto, que melhorar a educação sobre este tópico permitirá que os enfermeiros e parteiras ganhem confiança em suas habilidades e elevem o padrão de atendimento ao luto perinatal.

Nesse caso, a experiência do cotidiano evidenciou a necessidade de uma ação educativa específica que não se relaciona exclusivamente a abordagens técnicas, mas a questões de ordem relacional e pessoal. Fica perceptível a necessidade do diálogo, empatia e postura sensível para favorecer as práticas do cuidado, sendo, portanto, a Educação Permanente vital para o cenário em questão.

A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal apresenta as evidências científicas sobre o efeito que a comunicação tem na percepção da mulher em relação à sua experiência no parto²¹. Conforme essa diretriz, as parturientes devem ser tratadas de forma respeitosa, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem inseridas na tomada de decisões sobre o processo de produção.

Arevisão do *National Institute for Health Care and Clinical Excellence* (NICE), descrita na citada Diretriz²¹, apontou 19 estudos produzidos na Europa e nos Estados Unidos, cujos resultados indicaram que o modo pelo qual os prestadores do cuidado se relacionam com as mulheres influencia fortemente suas experiências em relação ao parto. Como destacou Narchi et al.²² os fatores mais importantes dessa relação foram: O tratamento de forma individualizada, com respeito e carinho, e as informações baseadas em evidências, bem explicadas e interpretadas, que fazem com que a mulher se sinta orientada, apoiada, segura e protegida ao longo do parto.

Nesse sentido pode-se conjecturar que outra tecnologia essencial no cuidado obstétrico é a informação, tomada de decisão e responsabilidade compartilhada entre o profissional de saúde e a mulher. Para contribuir com esse processo pode ser utilizado o Plano Individual de Parto (PIP). O bom uso do plano de parto pode contribuir para minimizar uma assistência fragmentada, impessoal, objetificada e tecnicista, além de possibilitar mudanças no paradigma assistencial, resgatando o protagonismo, a voz, os desejos e as vontades das mulheres²².

Nesse processo a EPS também pode intervir como facilitador uma vez que os profissionais podem compartilhar entre si experiências exitosas no diálogo com as mulheres repensando sua abordagem educativa durante a assistência.

Apesar de não ser novidade, a aplicabilidade da EPS, no cenário obstétrico, ainda é pouco retratada. Pinto et al.²³ em seu estudo demonstrou as mudanças na percepção e prática da equipe de enfermagem após atividade de educação permanente acerca do uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto. Segundo eles, pode-se afirmar que as ações educativas que associam teoria e prática levaram os profissionais a refletirem sobre a assistência prestada. Ao refletirem as informações e as vivências

no percurso das oficinas, observaram-se mudanças na assistência vinculadas ao conhecimento pré-existente.

Diante disso, reafirma-se a pertinência da EPS para o fortalecimento das práticas de assistência em obstetrícia, favorecendo um diálogo eficaz entre a equipe prestadora de cuidados e entre esta e a mulher e a família. Este fortalecimento é indispensável na melhoria da atenção ao parto e nascimento, redução das intervenções desnecessárias e consequentemente redução da mortalidade materna.

Considerações finais

A busca por uma reestruturação produtiva na saúde, com destaque para a atenção materno infantil, precisa contemplar o sujeito produtor do cuidado. O profissional precisa redirecionar seu processo produtivo para uma dimensão que contemple as tecnologias leves consciente de seu impacto no processo de cuidado.

O alto grau de liberdade a qual os profissionais vivenciam, durante o seu processo produtivo, o torna propulsor principal do tipo de correlação que será estabelecida durante o cuidado em saúde. Nesse sentido cabe ao profissional respeitar as escolhas da mulher, os desejos e expectativas sobre aquele momento, em oposição ao engessamento das práticas que se fundamenta nas regras institucionais e centradas nos saberes técnicos científicos.

Sendo assim, a EPS se expressa como uma ferramenta que tem a potencialidade de transformar o processo de trabalho, agindo sobre o principal propulsor do cuidado, induzindo-o à uma autoanálise e autorreflexão sobre o seu trabalho vivo. A partir dessa autoanálise o profissional pode se permitir buscar caminhos para a mudança, se permitir afetar e ser afetado, se abrir para a escuta do outro e favorecer a busca de soluções por meio do coletivo.

Entende-se que existe uma intersecção entre as tecnologias relacionais estudadas por Emerson Merhy e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde desde suas bases conceituais, já que uma abre caminho para a outra, no sentido de inspirar seu principal determinante, ou seja, o profissional de saúde. Assim, este estudo buscou descrever o quanto essa intersecção é vantajosa e premente na prática da obstetrícia, devido as peculiaridades dessa fase para a mulher, tornando as tecnologias leves e relacionais inescusáveis para um cuidado de qualidade. A EPS contribui, nesse sentido, trazendo uma abordagem mais focada no campo relacional e subjetivo, com uso e destaque às tecnologias leves.

Esta reflexão traz como limitação a reduzida quantidade de estudos científicos que contemplem as Tecnologias Relacionais no trabalho em saúde em

associação com a Educação Permanente e a atenção ao ciclo gravídico-puerperal, sendo, portanto, sua realização essencial para a ampliação da literatura científica e para o estímulo da reflexão dos profissionais da saúde que atuam, direta ou indiretamente, com esse público. A partir desta, recomenda-se, ainda, a realização de estudos que contemplem na prática a inserção da Educação Permanente com destaque ao uso das tecnologias relacionais na atenção obstétrica.

Referências

1. Silva ARC, Nery SBM, Oliveira GAL, Leal ES, Brito MGA, Leite NFB, et al. Pain management during childbirth: a focus on non-pharmacological measures. *Res Soc Dev*. 2021; 10(5):e48410514898.
2. Santos HFL, Araujo MM. Políticas de humanização ao pré-natal e parto: uma revisão de literatura. *Revista Científica FacMais*. 2016; 6(2):54-64.
3. 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*. 2018; 71(5):2594-2598.
4. Barreto BL. Perfil epidemiológico da mortalidade materna no Brasil no período de 2015 a 2019. *Revista Enfermagem Contemporânea*. 2019; 10(1):127-133.
5. Ribeiro KG, Ribeiro TCDSM, Dias RSF, Neta ME, Leite MG, Silva KS, et al. Caracterização da violência obstétrica na produção científica: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2021; 13(4):e6604.
6. Masson N, Falcão A, Velo MMAC, Pereira AC. Acolhimento e vínculo: tecnologias relacionais na produção da saúde. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*. 2015; 17(2):103-110.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2004; 16 fev.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
9. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*. 2012; 6(2):151-163.
10. Merhy EE. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997.
11. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato*. São Paulo: Hucitec; 2002.
12. Rodrigues GVB, Cortez EA, Almeida YS, Santos ECG. Permanent education process under the micropolitics of living work in the act of Emerson Merhy: theoretical reflection. *Res Soc Dev*. 2021; 10(1):e17610111514.
13. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Júnior H, organizadores. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 61-74.
14. Franco TB, Hubner LCM. Clinic, care and subjectivity: after all, what kind of care are we talking about?. *Saúde em Debate*. 2019; 43(spe6):93-103.
15. Basso JF, Monticelli M. Expectations of pregnant women and partners concerning their participation in humanized births. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010; 18(3):97-105.
16. Teixeira NZ, Pereira WR. Parto hospitalar: experiências de mulheres

da periferia de Cuiabá - MT. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(6):740-744.

17. Tostes NA, Seidl EMF. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. *Temas em Psicologia.* 2016; 24(2):681-693.

18. Spinoza B. *Ética demonstrada à maneira dos geômetras.* 2ª ed. São Paulo: Martin Claret; 2005.

19. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Educação permanente em saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado [Internet]. São Paulo: USP; 2014 [citado 27 Set. 2022]. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4448009/mod_resource/content/1/TRABALHO2.pdf

20. Steen SE. Perinatal death: bereavement interventions used by US and Spanish nurses and midwives. *Int J Palliat Nurs.* 2015; 21(2):79-86.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 27 Set. 2022]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf

22. 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.* 2019; 53:e03518.

23. Pinto DF, Paula A, Liebl BH, Coelho GA, Trigueiro TH, Souza SRRK. Non-pharmacological methods for pain relief during childbirth: workshops for Nursing. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social.* 2021;9 (Supl.2):779-785.