



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE ESCOLA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO À
SAÚDE MATERNO INFANTIL**



JANEFER ROMUALDO DE OLIVEIRA

**PREVALÊNCIA DOS MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS NO TRABALHO DE
PARTO EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE ENSINO DO RIO DE JANEIRO**

Rio de Janeiro
2017

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE ESCOLA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO INFANTIL**

JANEFER ROMUALDO DE OLIVEIRA

**PREVALÊNCIA DOS MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS NO TRABALHO DE
PARTO EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE ENSINO DO RIO DE JANEIRO**

Monografia apresenta ao Curso de Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil, Maternidade Escola, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista em Saúde Materno-Infantil.

Orientador: Helder Camilo Leite

Rio de Janeiro
2017

OI41 Oliveira, Janefer Romualdo De

Prevalência dos métodos não farmacológicos no trabalho de parto em uma maternidade pública de ensino do rio de janeiro/ Cleide Neves de Aquino. -- Rio de Janeiro: UFRJ / Maternidade Escola, 2017.

48 f. ; 31 cm.

Orientador: Helder Camilo Leite

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, Atenção Integral à Saúde Materno Infantil, 2017.

Referências bibliográficas: f. 42

1. Trabalho de Parto. 2. Dor do Parto. 3. Métodos não Farmacológicos
4. Saúde Materno Infantil – Monografia. I. Leite, Helder Camilo . II.
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, AISMI. III.
Título.

PREVALÊNCIA DOS MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS NO TRABALHO DE PARTO EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE ENSINO DO RIO DE JANEIRO

Autora: Janefer Romualdo de Oliveira

Orientador: Helder Camilo Leite

Monografia apresenta ao Curso de Especialização Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil, Maternidade Escola, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista em Saúde Materno-Infantil.

Aprovado em: 19/07/2017

Banca examinadora:

Orientador: Ms. Helder Camilo Leite

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Histograma da Distribuição da Idade	32
Figura 2 - Histograma da Distribuição da Idade Gestacional	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição de Frequências da Idade das mulheres	29
Tabela 2 -	Distribuição de Frequências da Idade Gestacional das mulheres....	29
Tabela 3 -	Principais Estatísticas da Distribuição da Idade e da Idade Gestacional no Parto das Mulheres da Amostra (n=623).....	31
Tabela 4 -	Distribuição de Frequências do Número de Gestações das mulheres.....	33
Tabela 5 -	Distribuição de Frequências do Número de Filhos Nascidos Vivos das mulheres.....	34
Tabela 6 -	Distribuição de Frequências do Número de Abortos sofridos pelas mulheres	35
Tabela 7 -	Análise de Correlação entre as variáveis	36
Tabela 8 -	Distribuição de Frequências dos métodos não farmacológicos no trabalho de parto utilizados pelas parturientes na sala de parto	37
Tabela 9 -	Distribuição de Frequências dos métodos não farmacológicos no trabalho de parto utilizados pelas parturientes na sala de parto	39

RESUMO

OLIVEIRA, Janefer Romualdo de. **prevalência dos métodos não farmacológicos no trabalho de parto em uma maternidade pública de ensino do Rio de Janeiro**. 48 f. Trabalho de conclusão de Curso (Especialização)- Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, Curso de Especialização Atenção Integral à Saúde, Rio de Janeiro, 2017.

Pesquisa descritiva e retrospectiva que objetivou conhecer a prevalência dos métodos não farmacológicos utilizados pelas parturientes na sala de parto na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro no ano de 2016. Foram analisadas as informações do livro de parto transpélvico dos métodos não farmacológicos para alívio da dor, identificando um total de 623 gestantes que pariram de parto a termo na referida maternidade. Os métodos não farmacológicos com maior prevalência durante o trabalho de parto foram: o banho de chuveiro (91,5%), respiração consciente (57,9%), deambulação (51,2%), movimentos facilitadores do movimento de parto (48,6%), toque ou massagens (46,1%), bola (24,6%), aromoterapia (8,8%), postura e posições variadas (3,5%), agachamento (1,8%), musicoterapia (1,0%), penumbra (0,3%), ambiente acolhedor (0,2%) e escalda pés (0,2%). A equipe de enfermagem é considerada peça fundamental para aplicação das tecnologias não invasivas, promovendo uma assistência mais humanizada e individualizada a cada gestante: transmitindo conforto, apoio físico e emocional, dando-lhe condições para favorecer um trabalho de parto fisiológico e sem intervenções. Recuperando assim o protagonismo da mulher no parto e respeitando a sua vontade sobre a melhor maneira de dar à luz.

Palavras-chave: Trabalho de Parto. Dor do Parto. Métodos não Farmacológicos.

ABSTRACT

Descriptive and retrospective research aimed at knowing the prevalence of non-pharmacological methods used by parturients in the delivery room at the School Maternity of the Federal University of Rio de Janeiro in the year 2016. We analyzed information from the transpartal delivery book of non-pharmacological methods for relief of the pain, identifying a total of 623 pregnant women who gave birth at term in the referred maternity. The non-pharmacological methods with the highest prevalence during labor were: shower (91.5%), conscious breathing (57.9%), walking (51.2%), movement facilitating labor, Massage (46.1%), ball (24.6%), aromatherapy (8.8%), posture and varied positions (3.5%), squatting (1.8%), Music therapy (1.0%), penumbra (0.3%), warm environment (0.2%) and foot scaling (0.2%). The nursing team is considered a fundamental part for the application of non-invasive technologies, promoting a more humanized and individualized assistance to each pregnant woman: transmitting comfort, physical and emotional support, giving her the conditions to favor a physiological labor and without interventions. Thus recovering the protagonism of the woman in childbirth and respecting her will on the best way to give birth.

Keywords: Labor. Labor pain. Non-Pharmacological Methods

*“Se não puder voar, corra,
Se não puder correr, ande,
Se não puder andar, rasteje,
Mas continue em frente
DE QUALQUER JEITO”
(MARTIN LUTHER KING).*

AGRADECIMENTOS

A Deus por mais essa oportunidade de estar aqui nesta instituição, pela força, saúde e capacidade de superar as dificuldades.

Ao meu marido Carlos Alberto pelo apoio mesmo distante, sabendo que as dificuldades vêm e que quando temos um ombro amigo tudo se torna mais leve. Obrigada meu amor pela força e apoio incondicional. TE AMO!

A minha família pelos dias ausentes, pelo incentivo e apoio nos momentos de dificuldade.

Ao meu orientador Helder, pela paciência, correções e incentivo, por ser um excelente Mestre e Enfermeiro, parabéns por tudo que você construiu na sua vida acadêmica e profissional você é nota 10.

A esta Universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram mais um degrau na minha vida. “Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender” Paulo Freire.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	JUSTIFICATIVA	12
2	METODOLOGIA.....	13
2.1	Tipo de Estudo.....	13
2.2	Aspectos Éticos.....	13
2.3	Coleta de dados.....	14
2.4	Análise de dados	14
3	BASES CONCEITUAIS.....	16
3.1	Humanizando a Assistência no Trabalho de Parto e Parto.....	16
3.2	A Dor do Parto: Aspectos Biológicos e Socioculturais	20
3.3	Métodos não Farmacológicos para Alívio da Dor Durante o Trabalho de Parto	22
3.4	A Importância da Enfermagem na Aplicabilidade dos Métodos não Farmacológicos	26
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
	REFERÊNCIAS	42
	ANEXO A - Termo de Compromisso de Utilização e Divulgação de Dados	46
	APÊNDICE A – Instrumento para coleta de dados da Maternidade Escola da UFRJ.....	47
	APÊNDICE B– Comprovante de envio do projeto.....	48

1 INTRODUÇÃO

Grande parte das gestantes que desejam parir de forma natural, fisiológica, precisa muitas das vezes entrar em uma luta para ter seu corpo e seu momento respeitado, e também luta para buscar informações atualizadas. Além disso, profissionais dispostos a prestarem uma assistência humanizada.

Por isso, parir no Brasil tornou-se um evento extremamente asséptico e medicalizado (FEBRASGO, 2010; SILVA; OLIVEIRA, 2006). A mulher deixa de ser protagonista do seu parto, deixa de conhecer, respeitar o seu corpo e passa a seguir protocolos extremamente rígidos e intervencionistas que não respeitam a fisiologia. Modelo de assistência que deseja controlar o trabalho de parto, que utiliza intervenções como rotina, alterando a fisiologia do parto onde uma intervenção pode levar a uma cascata de intervenções desnecessárias (uso de ocitocina sintética, enemas, a tricotomia, o jejum de rotina, a amniotomia, a manobra de Kristeller e a episiotomia) (FIOCRUZ, 2015; SCHNECK; RIESCO, 2006).

Segundo a pesquisa nascer no Brasil (2015) entre as gestantes que tiveram partos vaginais, observou-se a predominância de modelo de atenção extremamente medicalizado que ignora as melhores evidências científicas disponíveis (FIOCRUZ, 2015; SILVA; BARBIERI; FUSTINONI, 2011). A maioria das mulheres foi submetida a intervenções excessivas, ficou restrita ao leito e sem estímulo para caminhar, sem se alimentar durante o trabalho de parto, usou medicamento para acelerar as contrações (ocitocina), “sua utilização também está associada ao aumento da sensação dolorosa, podendo causar uma postura mais restrita ao leito, maior predisposição de hiperestimulação uterina e alteração na frequência cardíaca fetal” (SILVA; COSTA; PEREIRA, 2011), e deu à luz deitada de costas, muitas vezes com alguém apertando sua barriga (Manobra de Kristeller) “seus riscos incluem: rotura uterina, lesões perineais graves, toco traumatismo e maior hemorragia materno-fetal” (FEBRASGO, 2010; SILVA; OLIVEIRA, 2006, p.60). Procedimentos que podem causar dor e sofrimento, que não são recomendados pela Organização Mundial de Saúde como de rotina, devendo ser utilizados só com indicação clínica (FIGUEIREDO et al., 2010).

Poucas mulheres brasileiras tiveram chance de vivenciar um parto sem as intervenções anteriormente descritas, apenas 5% do total. O padrão se distribuiu igualmente por todas as regiões geográficas e tipos de serviço de saúde, mostrando

que a medicalização do parto é uma prática disseminada por todo país (SILVA; STRAPASSON; FISHER, 2011).

Na tentativa de tornar o processo de parir mais humanizado, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou o guia prático para Assistência ao Parto Normal. Esse documento faz referência ao modelo assistencial como “um conjunto de práticas que visam à promoção do parto e nascimento saudáveis e a prevenção da mortalidade materna e perinatal” (FIGUEIREDO et al., 2010, p.32). Estas práticas incluem o respeito ao processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento, nos quais as intervenções devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se cuidadosamente os recursos tecnológicos disponíveis (FIGUEIREDO et al., 2010; GAVESKI; BRUGGUEMANN, 2010).

Um modelo de assistência humanizada é aquele que proporciona a mulher ser protagonista do seu trabalho de parto, dando-lhe confiança, segurança durante o trabalho de parto e ao cuidar do seu filho. Humanizar o parto implica colocar essa mulher no centro, no controle de suas ações, participando ativamente sobre as decisões sobre seu próprio cuidado (GAVESKI; BRUGGUEMANN, 2010; SILVA; BARBIERI; FUSTINONI, 2011).

A assistência obstétrica humanizada visa à promoção do respeito aos direitos da mulher e da criança, com condutas baseadas em evidências científicas, garantindo o acesso da parturiente a recursos não farmacológicos e o esforço da autonomia da parturiente, proporcionando sua participação ativa e de seu acompanhante durante o parto e nascimento (CONITEC, 2016, p.28).

A assistência obstétrica humanizada esta voltada para uma assistência mais emotiva que respeita os direitos sexuais e reprodutivos da mulher, não esta centrada em uma assistência cheia de intervenções (PROGIANTE, MAUTA,2009). O momento do parto é um momento singular na vida do binômio mãe-bebê, devemos cuidar de forma mais abrangente, respeitando as necessidades dessa mulher, promovendo assim uma experiência mais prazerosa na vida dessa mulher.

Considerando reforçar a importância da aplicação dos métodos não farmacológicos no trabalho de parto para alívio da dor, foi realizada a presente pesquisa.

Dessa forma, nosso **objetivo geral**:

- Conhecer a prevalência dos métodos não farmacológicos no trabalho de parto utilizados pelas parturientes na sala de parto em uma Maternidade Pública de Ensino do Rio de Janeiro no ano de 2016.

Objetivo específico:

- Traçar o perfil das pacientes que usaram os métodos não farmacológicos no trabalho de parto na sala de parto em uma Maternidade. 2. Evidenciar a importância da Enfermagem para aplicação dos métodos não farmacológicos no trabalho de parto.

1.1 Justificativa

Justifica-se a realização deste estudo, para reforçar a importância da utilização dos métodos não farmacológicos no trabalho de parto para alívio da dor durante o trabalho de parto. Tendo em vista que esses métodos não precisam de equipamentos sofisticados e promovem a diminuição da ansiedade e nível de estresse da paciente, consequentemente favorecendo o limiar de dor, tornando essa experiência menos dolorosa possível e mais prazerosa. Esse estudo ainda se justifica, pois busca tornar visível a importância da aplicação de métodos não farmacológicos no atendimento à parturiente durante o trabalho de parto. Também será uma forma de estimular os profissionais de saúde a promoverem à inclusão de novas técnicas no atendimento à parturiente na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Por fim, esse estudo também se justifica, pois busca evidenciar a importância da equipe de enfermagem para aplicação dos métodos não farmacológicos e despertar o interesse dos profissionais de saúde sobre a temática abordada.

2 METODOLOGIA

Neste capítulo serão abordados os materiais e métodos utilizados nessa pesquisa, bem como a descrição das etapas desenvolvidas.

2.1 Tipo de Estudo

A pesquisa teve a abordagem quantitativa que Fonseca, (2002) diverge da pesquisa qualitativa, os resultados da pesquisa quantitativa podem ser quantificados, ou seja, pode ser vista como aquela que compreende o cálculo, a manipulação ou o conjunto sistemático de quantidades de dados. Como as amostras geralmente são enormes e consideradas representativas da população, os resultados são tomados como se formam um retrato real de toda a população alvo da pesquisa. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc.

O estudo realizado foi do tipo documental, retrospectiva, e de natureza descritiva. Foi realizada na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Segundo Santos, (1999) pesquisa documental é realizada em fontes como tabelas estatísticas, cartas, pareceres, fotografias, atas, relatórios, obras originais de qualquer natureza – pintura, escultura, desenho, etc., notas, diários, projetos de lei, ofícios, discursos, mapas, testamentos, inventários, informativos, depoimentos orais e escritos, certidões, correspondência pessoal ou comercial, documentos informativos arquivados em repartições públicas, associações, igrejas, hospitais, sindicatos.

2.2 Aspectos Éticos

O estudo foi inscrito Plataforma Brasil e posteriormente encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Maternidade Escola onde cumpriu todos os requisitos solicitados pela instituição, seguindo preceitos estabelecidos na resolução 466/2012. Aprovado com o número do parecer: 120296/2016 em 18/11/2016.

(Anexo1). A pesquisa foi auto financiada e não acarretou qualquer dano aos sujeitos do estudo.

2.3 Coleta de dados

A amostra foi composta pelos registros realizados no livro de parto transpélvico da unidade, referentes a todos os partos no cenário da pesquisa, no recorte temporal escolhido - de janeiro a dezembro de 2016. Tal amostra atendeu aos critérios de inclusão selecionados.

Foram incluídas as gestantes que pariram de parto normal a termo na referida maternidade (MATERNIDADE ESCOLA, 2013)

Tivemos como critérios de exclusão as gestantes que realizaram cirurgia cesariana e parto normal de feto morto.

Os dados foram coletados nos livros de registros de parto transpélvico. Foram elencadas as seguintes variáveis: Dados referentes à puérpera; dia e hora da admissão, gesta/para, idade gestacional, idade, profissão/ocupação, realização de pré-natal ou não. Dados referentes aos métodos não farmacológicos para o alívio da dor utilizados durante o trabalho de parto; e por último os dados do recém-nascido: data e hora do nascimento; Apgar e se houve aleitamento materno na primeira hora de vida; intercorrências com o recém-nascido. Com estes dados coletados, conseguimos realizar o levantamento do número de mulheres que utilizaram os métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto no referido período de tempo. Para obtenção dos dados, foi elaborado um instrumento que contemplava todas as informações pertinentes à pesquisa (APÊNDICE A).

2.4 Análise de dados

A partir dos dados coletados foi construído um banco de dados em planilha eletrônica que foi analisado pelo programa SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), versão 22.0 e pelo aplicativo Microsoft Excel 2011. O SPSS e o Excel são softwares comerciais da IBM e da Microsoft, respectivamente, de grande uso e eficiência em análise de dados dispostos em planilhas eletrônicas.

A análise descritiva dos dados foi baseada em gráficos, distribuições de frequências, tabelas cruzadas e cálculo de estatísticas descritivas (proporções-incidências, mínimo, máximo, média, mediana, desvio padrão, coeficiente de variação) e teve objetivo sintetizar e caracterizar o comportamento das variáveis e traçar o perfil da amostra.

3 BASES CONCEITUAIS

3.1 Humanizando a Assistência no Trabalho de Parto e Parto

O processo de nascimento sofreu algumas alterações com o passar dos anos, com mudanças dos locais do parto e pessoas envolvidas na assistência. Até meados do século XX, o parto vaginal era vivenciado com o auxílio de outras mulheres em suas casas e acompanhado por seus familiares. Com os avanços tecnológicos, a assistência deste período passou a ser do interesse da medicina e das instituições hospitalares, levando o nascimento para as maternidades (BRASIL, 2001).

No Brasil a medicalização e a institucionalização do parto ocorreu por volta dos anos de 40 e foi uma das primeiras ações destinadas à saúde pública das mulheres. Outro marco importante das políticas públicas de saúde foi a instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, que entre várias ações incluía a assistência ao pré-natal (BRASIL, 2001).

A hospitalização do parto pode ser considerada um avanço uma vez que levou a queda da mortalidade materna e neonatal, mas também, trouxe sequelas medicalizadas no processo de parir, a mudança do ambiente familiar que passou a ser hospitalar, lugar desconhecido e amedrontador, a perda do protagonismo da mulher e o empoderamento dos profissionais de saúde, influenciando diretamente na falta de segurança atribuída ao parto normal e a preferência pelos procedimentos cirúrgicos como o uso do fórceps e a cesárea (BRASIL, 2001).

Ao longo das décadas, várias estratégias foram sendo implantadas para mudança da situação da perda da humanização e o aumento da violência no trabalho de parto e parto, dentre elas podemos citar: o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) a Política Nacional de Humanização (PNH) com enfoque no parto e nascimento, o Plano de Qualificação das Maternidades (PQM) e a Rede Cegonha (BRASIL, 2014a). O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi instituído pelo Ministério da Saúde no ano 2000 priorizando um olhar integral na assistência obstétrica e a garantia dos direitos das mulheres incorporados às normas institucionais. Tendo como principal objetivo assegurar a

melhoria de acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e aos recém-nascidos (BRASIL, 2002).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento está estruturado nos seguintes princípios, fortalecendo os direitos da gestante e do neonato, como é relatado no documento que assegura:

- ✓ O acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- ✓ De saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- ✓ A assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica;
- ✓ E todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (BRASIL, 2002, p.6)

Segundo o PHPN, o conceito de humanização é amplo envolvendo conhecimentos, práticas e atitudes, que visam à promoção de um parto e nascimentos saudáveis e contribuem para prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Para que este objetivo seja alcançado, é necessário que a assistência humanizada tenha início no pré-natal e se estenda ao processo gestacional, para a gravidez evitando intervenções desnecessárias e preservando a autonomia da mulher (BRASIL, 2001).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento baseia-se em um tripé conceitual, sendo afirmado:

1.O Protagonismo restituído à mulher, como premissa fundamental, sem o qual se estaria apenas “sofisticando a tutela” milenarmente imposta pelo patriarcado. 2. A visão integrativa e interdisciplinar do parto, retirando deste o caráter de “processo biológico” e alçando-o ao patamar de “evento humano”, onde aspectos emocionais, fisiológicos, sociais, culturais e espirituais são igualmente valorizados, e suas específicas necessidades atendidas. 3. A vinculação visceral com a Medicina Baseada em Evidências, deixando claro que o movimento de “Humanização do Nascimento” é fundamentado na razão e na pesquisa científica, e não em crenças religiosas, ideias místicas ou pressupostos fantasiosos (BRASIL, 2014, p.112).

O PHPN trouxe uma série de mudanças e recomendações para as instituições e profissionais baseadas nas recomendações da OMS (1996), mas enfatiza que estas só são efetivas quando os profissionais de saúde propõem a mudar a sua prática para garantia da humanização, segurança e respeito aos direitos da mulher (BRASIL, 2001; OMS, 1996). Com intuito de aperfeiçoar a

assistência no parto, o PHPN propõe a prática baseada nas melhores evidências científicas com a utilização consciente, criteriosa e explícita para tomada as melhores decisões (BRASIL, 2001).

Desta maneira, as práticas como o enemas, a tricotomia, o jejum de rotina, a amniotomia, a manobra de Kristeller a episiotomia são apontados como práticas desnecessárias e prejudiciais durante o trabalho de parto. Por outro lado as ações consideradas benéficas e humanas a presença do acompanhante, o apoio físico e emocional, orientações sobre posições e movimentação, o manejo da dor com técnicas não farmacológicas de alívio—banhos de imersão ou aspensão, deambulação ativa, técnicas de relaxamento e respiração, toques terapêuticos e o uso da bola de Suíça analgesia peridural e raquidiana (BRASIL, 2001; BRASIL 2014).

Para o alcance da humanização no pré-natal, parto, puerpério foi criado o Plano de Qualificação das Maternidades (PQM) ação organizada e coordenada pela Política Nacional de Humanização (PNH), com a meta de qualificar 26 maternidades e aprimorar as redes de cuidados perinatais em 16 estados da Amazônia legal e do Nordeste durante os anos de 2009 a 2011 (anos de execução) (BRASIL, 2012a). No estado de Minas Gerais, ocorreu no mesmo período o Programa de Qualificação dos Hospitais (PRO-HOSP) que visou melhorar a estrutura e o gerenciamento dos mesmos dos hospitais das macrorregiões do estado (BRASIL, 2007).

A Rede Cegonha (RC) é uma estratégia criada no ano de 2011 que propõe a organização e a qualificação da atenção e gestão materna e infantil em todo território nacional, com incentivos técnicos e financeiros ligados às mudanças do modelo obstétrico e neonatal (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014). A RC amplia o PQM para todo o país, continuando o trabalho de oferecer apoio institucional nas maternidades para as equipes, atrelada a uma perspectiva de produção de redes de cuidado materno e infantil (BRASIL, 2012).

Assim, a RC reforça as diretrizes de humanização do PQM (Acolhimento em Rede e com Classificação de Risco/Vulnerabilidade, Cogestão, Direito a acompanhante de livre escolha da gestante e Ambiência) e outras questões fundamentais, tais como a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, aumento da abrangência do cuidado a crianças de até dois anos de idade, mudanças no modelo de gestão da rede materna e infantil com indução financeira, implantação de Centros

de Parto Normal (CPN) e Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) (BRASIL, 2012).

É importante salientar que tanto no PQM, quanto na RC o foco foi o apoio às instituições, partindo do pressuposto de que para mudar o modelo de assistência e gestão do parto é necessário intervir nas práticas desumanizadoras, com a finalidade de construir uma saúde materna e infantil capaz de transformar o cenário nacional (BRASIL, 2014a). O Manual prático para implementação da rede cegonha salienta a importância prática para implementação da rede cegonha salienta a importância de mudança no modelo de atenção tecnocrático para o modelo humanista. O modelo tecnocrático caracteriza-se pelo foco da atenção no corpo, no parto institucional por meio da utilização de tecnologias e muitas intervenções atendendo basicamente, as necessidades dos profissionais de saúde e gerando consequências como: as altas taxas de cesarianas, episiotomias, uso de ocitocina sintética e outras intervenções (BRASIL, 2011).

O modelo humanista tem como foco o bem-estar da parturiente e de seu bebê, usando intervenções e tecnologias somente diante da necessidade, consideram-se, nesse caso, os processos fisiológicos, psicológicos e o contexto sociocultural. O parto ocorre preferencialmente em casa de parto e ambulatórios e somente quando indicado pela presença de fatores de risco nos hospitais. Práticas como a presença de acompanhantes e posicionamento livre é incentivado. Para a assistência, os profissionais de preferência são as obstetras ou enfermeiras obstetras (BRASIL, 2011).

Portanto, a Humanização da assistência é estratégia primordial, capaz de gerar uma mudança de posicionamento e conduta dos profissionais frente à mulher em trabalho de parto, sugere o desenvolvimento de características primordiais aos seres humanos, como a sensibilidade, respeito e a solidariedade. Para que a mesma seja alcançada na assistência é necessário humanizar os profissionais da saúde (BRASIL, 2011).

Como estratégia para capacitar os profissionais envolvidos no ciclo gravídico/puerperal, a OMS e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) têm apontado um conjunto de ferramentas para o fortalecimento da obstetrícia com objetivo principal de reduzir a mortalidade materna e infantil (OPAS, 2013). Dentre as ações propostas, encontra-se a elaboração de programas curriculares de qualidade, capazes de gerar subsídios para prática de uma maternidade segura.

Nesse contexto, a enfermagem e os programas de especialização desses profissionais são citados como fundamentais para uma mudança do panorama da obstetrícia e melhoria de seus indicadores (OPAS, 2013).

Entretanto em 1998, a Portaria MS/GM 2.815 de 29 de maio de 1998, relatava a importância do profissional de enfermagem, principalmente do enfermeiro obstetra, na assistência ao parto humanizado ao incluir o pagamento pelo parto normal sem distócia realizado pelo enfermeiro na tabela do sistema de informações hospitalares do SUS. Nessa época, o Ministério da Saúde já financiava e apoiava cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica (BRASIL, 2001).

O enfermeiro é apontado pelas políticas públicas como profissional capaz de auxiliar em uma mudança dessa prática desumanizada e para alcançar esse objetivo deve fortalecer seus conhecimentos baseando-os em evidências científicas para que possa enfrentar as adversidades encontradas, tomando decisões adequadas e humanas na garantia de um processo de nascimento satisfatório e feliz para todos os envolvidos (BRASIL, 2014). Contudo, na assistência ao parto, os profissionais de saúde são coadjuvantes e devem colocar o seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher, reconhecendo os momentos em que as intervenções são realmente necessárias para assegurar a saúde de ambos. Esses têm como função minimizar a dor, oferecer apoio e conforto, esclarecer e orientar, auxiliando as mulheres para um parir e nascer humanizado e saudável. Esta conduta é capaz de criar vínculo e minimizar as desigualdades e o autoritarismo (BRASIL, 2001).

As políticas públicas de saúde destinadas à atenção humanizada às mulheres no período de pré-parto e parto foram o referencial teórico adotado neste trabalho.

3.2 A Dor do Parto: Aspectos Biológicos e Socioculturais

A dor do trabalho de parto pode ser influenciada por vários fatores como: cultura, ansiedade, medo, preparação para o parto e suporte oferecido durante o trabalho de parto e parto, sendo considerada uma dor única, vivenciada por cada mulher de diferentes maneiras, apesar da dor em geral estar associada a alguma patologia, nesse caso está experiência irá gerar uma vida, algumas mulheres referem ser a pior dor sentida, a aplicação de técnicas não farmacológicas para alívio da dor podem auxiliar a parturiente a amenizar a dor do trabalho de parto e

parto e torna esse momento menos doloroso na vida dessa mulher (GAVESKI; BRUGGUEMANN, 2010; SILVA; STRAPASSON; FISHER, 2011).

Parir está fortemente associado ao sofrimento, assim como as mulheres do século passado para se tornarem mães passaram pela dor do parto, as mulheres de hoje também irão passar por ela. Essa cultura é passada de geração a geração, causando medo nas parturientes, principalmente nas primíparas, pois nunca passaram por esse momento, gerando mais medo e ansiedade (OLIVEIRA et al., 2010).

Apesar do trabalho de parto ser fisiológico, o trabalho de parto promove alterações mecânicas e hormonais, que irão promover a dilatação do colo.” Na fase de dilatação a dor corresponde a uma sensação subjetiva, descrita como aguda visceral e difusa. Enquanto que, na fase de descida fetal, a dor é somática, mais nítida e continua” (MATERNIDADE ESCOLA, 2013; GALLO et al., 2011). As mulheres anseiam por um parto rápido, sem dor e que mãe e bebê fiquem bem, essas influências culturais são passadas de mulher para mulher, o que irá interferir na escolha do tipo de parto que essa mulher deseja.

Fatores que podem influenciar na intensidade da dor: sentimentos como medo, ansiedade e tensão, motivação para o parto e maternidade, paridade, participação em cursos de preparação para o parto, idade da paciente, condições socioeconômicas, tamanho do feto, peso da paciente, experiências anteriores, uso de drogas para induzir/aumentar as contrações uterinas, filosofia institucional (MATERNIDADE ESCOLA, 2013; GALLO et al., 2011, p.42).

A Pesquisa Nascer Melhor no Brasil (2015) revela que o principal motivo pela escolha da cesariana é o medo da dor do parto, o atendimento no pré-natal deve ser realizado a fim de dirimir essas dúvidas e mitos existentes, mas o que acontece é que essas mulheres são incentivadas a escolherem a cesariana. As mulheres mais pobres vivenciam partos extremamente dolorosos e medicalizados no atendimento público de saúde, mas por outro lado tiveram mais acesso às boas práticas do trabalho de parto e parto. O temor da dor no trabalho de parto, poderá potencializá-la, tornando algo insuportável, levando essas mulheres a optarem por um procedimento cirúrgico mesmo quando não é indicado (SILVA; SIQUEIRA, 2007).

A forma pela qual interpretamos a dor do parto é aspecto básico e cultural das nossas civilizações, antigamente para parir as mulheres se isolavam, atualmente quando a mulher entra em trabalho de parto, acredita-se que ela precisa de ajuda

para parir. Na verdade precisamos compreender que não é necessário controlar a dor do trabalho de parto e sim respeitar o sistema fisiológico de proteção contra a dor, para que o mesmo possa alcançar sua eficácia necessária. Respeitando assim as necessidades básicas da mulher em trabalho de parto (ODENT, 2016).

Respeitar as necessidades básicas dessa mulher é entender que para parir ela precisa de um ambiente adequado e como no nosso sistema de saúde as mulheres na sua maioria não têm a oportunidade de estar em um ambiente adequado, a dor do parto atinge um grau patológico, passando a ser um obstáculo para o progresso do trabalho de parto (ODENT, 2016).

Um ambiente facilitador é aquele que reduz a atividade do neocórtex (parte do cérebro altamente desenvolvida, parte do intelecto, parte pensante), a qual é componente fundamental para proteção contra dor. A mulher precisa estar em sintonia consigo mesma, livre de estímulos externos como luz, sentir-se observada, silêncio, penumbra, ausência de pessoas do sexo masculino, ausência da linguagem racional. Segundo Odent somente assim a mulher é capaz de perder o controle sobre o seu corpo, deixando a fisiologia fazer a parte dela. “a principal razão da deficiência humana nesse processo fisiológico é o efeito inibidor de um neocórtex ativo e poderoso” (ODENT, 2016, p.53).

Um estudo realizado no Brasil mostra que as mulheres preferem à cesariana por orientação/indicação de amigos ao parto vaginal porque existe o medo da dor e lesões vaginais, além disso, a cultura da cesariana sendo considerada um parto rápido e sem dor são fatores que influenciam bastante as mulheres na sua escolha do tipo de parto. Existe também a dominação do saber médico, que por conveniência e melhor remuneração, aproveitam-se do medo do desconhecido para agendar uma cirurgia com hora e local marcado, mesmo quando não é necessário. Nesse contexto a mulher deixa de ser protagonista do seu trabalho de trabalho, deixando essa responsabilidade em mãos alheias (OLIVEIRA et al., 2010).

3.3 Métodos não Farmacológicos para Alívio da Dor Durante o Trabalho de Parto

Com intuito de promover um parto mais prazeroso e menos traumático para essa mulher e sua família os métodos não farmacológicos para alívio da dor vem sendo estudados desde a década de 60, e foram implementados no Brasil na década de 90 (SILVA; STRAPASSON; FISHER, 2011), mas ainda hoje há pouca aceitação para implementação dessa prática. Esses métodos têm como objetivo minimizar a dor durante o trabalho de parto e parto, encorajar as parturientes, companheiro e a família, não associando dor do parto ao medo, ao perigo e ao sofrimento. Para que essa experiência não venha ser a experiência mais dolorosa e traumática da vida dessa mulher (FIOCRUZ, 2015; SILVA; STRAPASSON; FISHER, 2011).

Por serem métodos mais seguros e menos intervencionistas devem ser mais explorados, possibilitando a parturiente maior tolerância à dor e ao desconforto, tornando o parto humanizado. A parturiente deve ter liberdade para adotar posturas e posições variadas, deambulação, respiração ritmada, comandos verbais e relaxamento, banhos de chuveiro e de imersão, toque e massagens e o uso da bola. A utilização dos métodos não farmacológicos no trabalho de parto poderá diminuir as intervenções desnecessárias (ocitocina, episiotomia), cesarianas desnecessárias (maior remuneração, hora marcada) e utilização de fármacos (FEBRASGO, 2010; FIOCRUZ, 2015; SILVA; STRAPASSON; FISHER, 2011; SILVA; OLIVEIRA, 2004).

Os métodos não farmacológicos são ferramentas importantes para alívio da dor durante o trabalho de parto, se possível as orientações devem ser passadas desde o pré-natal (SILVA; OLIVEIRA, 2004), para que a gestante possa conhecer os métodos e sentir-se mais segura e confiante para a escolha do parto normal (SILVA; BARBIERI; FUSTINONI, 2011), outra orientação que deve ser dada é a escolha do acompanhante de sua preferência, para apoiá-la, contribuindo dessa forma para experiência positiva do parto e alívio da dor (SILVA; OLIVEIRA, 2006) .

De acordo com o Ministério da Saúde a liberdade de posição e o livre movimento, assim como os métodos não farmacológicos para alívio da dor, são classificados como: uma prática que demonstradamente útil que deve ser estimulada. Promovem um ambiente acolhedor e confortável, garantir a presença do acompanhante e uma equipe de confiança, respiração lenta e relaxamento

muscular. A livre movimentação é comprovada cientificamente que diminui o primeiro estágio do trabalho de parto, a imersão em água reduz os níveis de dor materna e a solicitação de analgesia farmacológica (SILVA; COSTA; PEREIRA, 2011).

A promoção das técnicas, como penumbra, música, direcionar os pensamentos para desmistificar a dor do parto, movimentos respiratórios, são técnicas implementadas para alívio da dor e conforto da parturiente vai desde utilização de posições variadas até a utilização de medidas de mudança no ambiente (SOUZA; AGUIAR; SILVA, 2015).

De acordo com Odent quem assiste ao parto deve promover a proteção do ambiente para que a mulher possa liberar os hormônios necessários, especialmente a ocitocina e as endorfinas, por se tratarem de hormônios “tímidos”, dependem do ambiente para serem liberados. Esses hormônios são antagonistas, a adrenalina é liberada pelo neocórtex já os “hormônios do amor” a ocitocina e endorfinas são liberadas a partir do cérebro primitivo, e precisam de um ambiente facilitador para que isso ocorra (ODENT, 2000).

Tendo como ponto de partida o que já conhecemos sobre o estímulo neocortical, Odent define então as “necessidades básicas das mulheres em trabalho de parto” Luz: deve ser baixa e não clara, a luz estimula a atividade do neocórtex, deve-se evitar a Linguagem verbal, pois ela é forte estimulante do neocórtex, a mulher deve se sentir segura para que possa liberar o “coquetel de hormônios do Amor”, evitar situações que impliquem liberação de adrenalina como frio ou situações que possam provocar medo e privacidade – não se sentir observada é fundamental para a liberação hormonal (ODENT, 2000, p.24).

A ocitocina é o hormônio responsável pelas contrações uterinas; e as endorfinas promovem uma sensação de bem-estar e diminuição da sensação dolorosa durante o trabalho de parto, já a adrenalina age intensificando a atividade de expulsão do feto no final do trabalho de parto. O aumento da adrenalina em etapas anteriores ao período expulsivo, pode estar relacionado com a insegurança, medo ou excesso de estímulos sensoriais, o que irá interferir diretamente na liberação de ocitocina e conseqüentemente no processo fisiológico do trabalho de parto (ODENT, 2000).

Massagens corporais têm por finalidade fazer a parturiente sentir-se melhor, ou aliviar a dor e facilitar o relaxamento. Sendo um método de estimulação sensorial caracterizado pelo toque sistêmico e pela manipulação dos tecidos. “No trabalho de parto, a massagem tem o potencial de promover alívio da dor, além de proporcionar

contato físico com a parturiente, potencializando o efeito do relaxamento, diminuindo o estresse emocional e melhorando o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos” (MATERNIDADE ESCOLA, 2013; GALLO et al., 2011).

Exercícios Respiratórios proporcionam relaxamento e diminuem ansiedade durante o primeiro estágio do trabalho de parto, podem não ser tão efetivos para alívio da dor. Durante o primeiro estágio do trabalho de parto são realizados exercícios respiratórios dando prioridade a região torácica lenta com inspiração e expiração profundas e longas em um ritmo natural, durante as contrações uterinas (MATERNIDADE ESCOLA 2013; GALLO et al., 2011). É eficaz na redução da ansiedade e melhora nos níveis de saturação de oxigênio, tendo como objetivo que as parturientes reconheçam as partes do seu corpo e favoreçam a evolução do trabalho de parto (SOUZA; AGUIAR; SILVA, 2015).

Banho Morno de Aspersão promove a vasodilatação periférica e redistribuição sanguínea, promovendo relaxamento muscular. Promove o alívio da dor através da elevação das endorfinas e diminuição das catecolaminas (MATERNIDADE ESCOLA, 2013; GALLO et al., 2011) . É uma prática segura, de baixo custo e alta aceitação entre as parturientes, possibilitando aumento do relaxamento, bem estar fisiológico e alívio da dor (SOUZA; AGUIAR; SILVA, 2015).

Bola ajuda na descida e encaixe da apresentação fetal do bebê ela pode ficar simplesmente parada ou realizando movimentos para cima e para baixo, o que também alivia a dor. Os movimentos rotativos (bambolê) facilitam a rotação do bebê, outra opção é ficar encaixando e desencaixando o quadril (pélvis para frente e para trás) (MATERNIDADE ESCOLA, 2013; GALLO et al., 2011).

Outras técnicas não farmacológicas para alívio da dor são a cavalinho e o banquinho, cuja finalidade é relaxamento e alívio da dor. A literatura também recomenda terapias como aromaterapia, cromoterapia, Do-in, banho de imersão, acompanhante no momento do parto, medidas ambientais (diminuição da luminosidade/ diminuição dos ruídos sonoros), privacidade, aconchego, música e medidas físicas: caminhar durante o trabalho de parto (MATERNIDADE ESCOLA, 2013), estudos científicos comprovam que a utilização da posição vertical favorece a redução do primeiro período do trabalho de parto e da necessidade da analgesia peridural, as mulheres devem ser encorajadas a adotarem uma posição confortável, diferente da posição supina, a aplicação desses métodos promovem benefícios tanto para as mulheres assim como para as instituições (FEBRASGO, 2010).

3.4 A Impotência da Enfermagem na Aplicabilidade dos Métodos Não Farmacológicos

Estudos demonstram que a enfermagem tem desenvolvido papel fundamental no cuidado humanístico a mulheres, auxiliando na fisiologia do parto e implementando tecnologias de cuidado e conforto (MATERNIDADE ESCOLA, 2013; SILVA; COSTA; PEREIRA, 2011). Corroborando a pesquisa Nascer no Brasil (2015) diz que segundo as melhores evidências científicas, o modelo de atenção ao parto e nascimento liderado por enfermeiras obstétricas e obstetrizas aumentam a chance de partos espontâneos e diminuem as intervenções desnecessárias, mas no Brasil só 15% dos partos são assistidos por enfermeiras e obstetrizas (FIOCRUZ, 2015; SILVA; STRAPASSON; FISHER, 2011).

As enfermeiras obstétricas são consideradas peças fundamentais para mudar o paradigma assistencial dos serviços de assistência obstétrica no país. Através da implementação das técnicas de cuidado, as quais são conhecimentos e procedimentos utilizados pelo enfermeiro durante o processo de parir e nascer, o profissional de enfermagem reconhece a gestação como um processo natural e fisiológico da vida humana, buscando sempre respeitar esse processo e não intervir nos processos fisiológicos envolvidos (MATERNIDADE ESCOLA, 2013; SILVA; COSTA; PEREIRA, 2011).

Estudos consideram que as tecnologias de cuidado de enfermagem estão baseadas no respeito à individualidade e autonomia do sujeito a ser cuidado, no acolhimento, na ambiência e na intersubjetividade na relação cliente- enfermeiro, agregando princípios éticos, estéticos e técnicos do cuidado (SILVA; COSTA; PEREIRA, 2011, p.83).

As tecnologias aplicadas pelos enfermeiros como: uso da água, óleos essenciais, aroma e música, estimular a movimentação corporal, bola suíça, cadeira de balanço obstétrica e o banquinho meia-lua, são tecnologias que respeitam a fisiologia, são técnicas utilizadas para promover conforto e o relaxamento, reduzir os riscos e instituir cuidados eficazes, benefícios aplicados de acordo com a necessidade de cada parturiente (SILVA; COSTA; PEREIRA, 2011).

Segundo dados da pesquisa nascer no Brasil (2015) mulheres brasileiras que desejavam um parto vaginal no início da gravidez, mudam sua opção no decorrer da

gestação, um dos motivos é a falta de apoio pela equipe de saúde, havendo um maior incentivo durante o pré-natal pela escolha da cesariana e o outro é o medo da dor, sendo esse número maior ainda no serviço privado. As mulheres que optaram por cesariana um terço, desde o início da gestação, fez essa opção por medo da dor (SCHNECK; RIESCO, 2006). As gestantes inicialmente demonstram o desejo pelo parto natural mais fisiológico, mas o medo da dor que existe no ideário das mulheres, surge como a principal justificativa pela escolha da cesariana (FIGUEIREDO et al., 2010). “Nas últimas quatro décadas, a proporção de cesarianas quase quadruplicou, passando de 14,5% em 1970 para mais de 50% em 2010” (FIOCRUZ, 2015).

O medo do parto vaginal muitas das vezes ocorre pela falta de diálogo entre os profissionais e as pacientes, sendo o pré-natal de fundamental importância para preparação física e psicológica dessa mulher desmistificando dúvidas e garantindo informações confiáveis (FIGUEIREDO et al., 2010). Sentimentos como dor, agonia, provação, terror, morte e sofrimento, são questões que emergem durante a gravidez e muitas das vezes não são abordados no pré-natal. Deveria ser realizado um preparo psicológico da mulher para promover o fortalecimento emocional para o trabalho de parto e parto (SILVA; SIQUEIRA, 2007).

Segundo Silva e Siqueira (2007) um suporte emocional adequado durante o trabalho de parto e parto tem apresentado resultados positivos tais como: na experiência emocional da mãe, evolução do trabalho de parto e parto e na saúde do bebê. Sendo apontado como um fator de qualificação da assistência materna, reduzindo o índice de cesarianas e o uso de analgésicos.

De acordo com as práticas da instituição de saúde e dos profissionais que assistem à parturiente, a equipe de enfermagem poderá ter ou não ter maior liberdade para aplicar suas habilidades, para promover um parto normal com menos intervenções e mais conforto, possibilitando assim uma experiência mais prazerosa e positiva na vida dessa mulher com a chegada do seu filho (SOUZA; AGUIAR; SILVA, 2015). Considerando a fisiologia da mãe/bebê, eles estão prontos para passar pelo momento fisiológico do parto, a equipe que desconsidera esse fato, corre risco de interferir com práticas exacerbadas, causando possíveis traumas à díade. O profissional é apenas um facilitador, devendo deixar a mãe/bebê serem os protagonistas do trabalho de parto, florescendo com sua força e seus cuidados maternos (ZVEITER; PROGIANTE; VARGENS, 2005).

Durante o trabalho de parto e parto, a acompanhante: orienta a mulher a assumir a posição que mais lhe agrade durante as contrações; favorece a manutenção de um ambiente tranquilo e acolhedor, com silêncio e privacidade; auxilia na utilização de técnicas respiratórias, massagens e banhos mornos; orienta a mulher sobre os métodos para o alívio da dor que podem ser utilizados, se necessários; estimula a participação do marido ou companheiro em todo o processo; apóia e orienta a mulher durante todo o período expulsivo, incluindo a possibilidade da liberdade de escolha quanto à posição a ser adotada (BRASIL , 2001, p.67).

O apoio e o conforto oferecido pela equipe apresentam-se como fatores motivacionais para as parturientes superarem aquele momento de sensações dolorosas e medo. Contribuindo assim para evolução do trabalho de parto, auxiliando na potencialização do poder dessa mulher. Sentindo-se mais confiante e segura a partir da assistência prestada pela equipe, a qual a parturiente percebe o cuidado presente, entendendo que não está sozinha, o que possibilita uma experiência menos traumática (OLIVEIRA et al., 2010).

Uma pesquisa realizada com catorze puérperas no alojamento conjunto mostra que as mulheres que vivenciaram um trabalho de parto com a equipe de enfermagem presente, ou seja, uma equipe que se importa com os sentimentos da parturiente, é empática, dá apoio, carinho e demonstram proximidade, são atitudes consideradas positivas nesse momento tão delicado na vida dessas mulheres. São profissionais que mostram respeito e sensibilidade as expressões de medo, dor e alegria das parturientes. Uma assistência humanizada é importante durante todo período gravídico-puerperal, onde a mulher sente-se acolhida, apoiada e segura, com objetivo de favorecer o trabalho de parto e tornar esse momento menos traumático e menos doloroso, provendo uma mudança no cenário da obstétrica, possibilitando um parto e trabalho de parto mais prazeroso, percebendo o sofrimento e tentar minorá-lo (OLIVEIRA et al., 2010).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo possibilitou o delineamento das características obstétricas das parturientes, que se relacionam intensamente com a qualidade da assistência à saúde.

As opções não farmacológicas para alívio da dor durante o trabalho de parto são diversas, como banho quente, exercícios perineais com bola suíça, exercícios de respiração, relaxamento, massagem, acupuntura, eletroestimulação, entre outros. Estas práticas oferecem conforto e possibilitam a liberdade de escolha por parte das parturientes.

Para a OMS (1996) é essencial que métodos não farmacológicos para o alívio da dor sejam utilizados por serem seguros e menos invasivos.

Os resultados deste estudo são baseados em uma amostra de 623 gestantes que pariram de parto normal a termo na referida maternidade. As distribuições de freqüências em classes da Idade dessas mulheres e da Idade Gestacional que elas se encontravam no Parto são dispostas na Tabela 1 e 2. O intervalo denotado por [13 a 17), por exemplo, conta todos os casos de 13 a 17 nos sem incluir o 17. Observa-se que a faixa etária de maior freqüência de parturientes foi a faixa de [21 a 25) anos que tem 24,7% das mulheres da amostra. As faixas etárias de menor freqüência de parturientes foram as classes de [45 a 49) anos, de [49 a 52) anos, de [41 a 45) anos e a de [13 a 15) anos, que tem prevalência menor de 5%. A idade gestacional no parto ocorre com maior freqüência nas classes de [39 a 40) semanas (27,4%); [40 a 41) semanas (26,0%) e [38 a 39) semanas, 24,1%. As classes menos freqüentes são as classes de [36 a 37) semanas (0,0%) e de [35 a 36) semanas (0,2%).

Tabela 1 - Distribuição de Freqüências da Idade das mulheres

Idade (em anos)	Freqüência Absoluta	Freqüência Relativa
[13 a 17)	27	4,3%
[17 a 21)	122	19,6%
[21 a 25)	154	24,7%
[25 a 29)	115	18,5%
[29 a 33)	87	14,0%
[33 a 37)	63	10,1%
[37 a 41)	42	6,7%

[41 a 45)	12	1,9%
[45 a 49)	0	0,0%
[49 a 52)	1	0,2%

Fonte: Elaborada pela autora, 2017

A maioria das parturientes encontrava-se na faixa etária entre 20 e 35 anos, e um quantitativo considerável de mães adolescentes foi identificado. Tais resultados foram semelhantes aos achados de outro estudo em que 61,8% pertenciam a faixa etária de 21 a 34 anos e 23,9% eram menores de 20 anos.

Observa-se quanto à idade, o resultado da presente pesquisa foi parecido aos obtidos em outro estudo (SPINDOLA; SILVA, 2009), sendo uma prevalência na faixa etária entre 21 a 25 anos. E também nota-se que é alta a prevalência de maternidade na adolescência encontrada cabe ressaltar a importância da gravidez na adolescência no Brasil. Esta prevalência se justifica uma vez que a maternidade Escola da UFRJ é referência para as adolescentes. Segundo Silva (1998) no Brasil tem se observado tendência de crescimento em adolescente com menos de 15 anos de idade e uma estabilização na faixa de 15 a 19 anos (SILVA, 1998).

Tabela 2 - Distribuição de Frequências da Idade Gestacional das mulheres

Idade Gestacional (em meses)	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
[35 a 36)	1	0,2%
[36 a 37)	0	0,0%
[37 a 38)	54	8,7%
[38 a 39)	150	24,1%
[39 a 40)	171	27,4%
[40 a 41)	162	26,0%
[41 a 42)	83	13,3%
[42 a 43)	2	0,3%

Fonte: Elaborada pela autora, 2017

A Tabela 3 mostra as estatísticas da distribuição da Idade dessas mulheres e da Idade Gestacional que elas se encontravam no Parto. A idade das mulheres tinha moderada variabilidade ($C.V=0,26$), variou de 13 a 49 anos, com média de 25,9 anos e desvio padrão de 6,8 anos. A mediana foi de 25,0 anos. Sob o ponto de vista estatístico, a idade de 49 anos constitui um outlier, ou seja um valor alto muito

discrepante dos demais. A idade gestacional das mulheres tinha variabilidade muito baixa ($C.V=0,03$), variou de 35,43 semanas (equivalente a 35 semanas e 3 dias) a 42,71 semanas (que equivale a 42 semanas e 5 dias), com média de 39,53 semanas (que equivale a 39 semanas e 4 dias, aproximadamente) anos e desvio padrão de 1,16 semanas. A mediana foi de 39,57 semanas (que equivale a 39 semanas e 4 dias). Sob o ponto de vista estatístico, a idade gestacional de 35 semanas e 3 dias constitui um inlier, ou seja, um valor baixo, muito discrepante dos demais. Os histogramas das distribuições destas variáveis podem ser vistos nas Figuras 2 e 3. As figuras mostram que os histogramas destoam muito da curva da distribuição normal assinalada no gráfico, tais discrepâncias são significativas sob o ponto de vista estatístico: os p-valores dos testes de normalidade KS e SW foram todos iguais a 0,000 para ambas as distribuições, levando à rejeição da hipótese nula de normalidade, ou seja, a idade das gestantes e idade gestacional no parto não seguem distribuição normal na população.

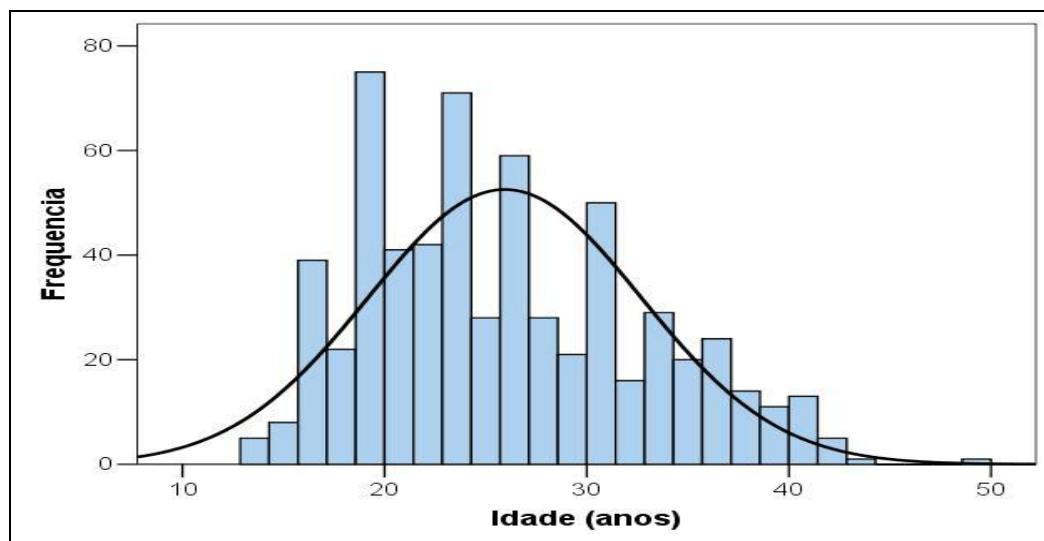
A prática da massagem foi abordada como uma estratégia utilizada em conjunto com outras para a promoção do alívio da dor no trabalho de parto. Quando se analisa em nosso estudo o número de mulheres que fizeram uso de dois ou mais métodos, a massagem é frequentemente utilizada, não podendo se afirmar se foi utilizada de modo isolado ou em conjunto a outro método de alívio a dor.

Tabela 3 - Principais Estatísticas da Distribuição da Idade e da Idade Gestacional no Parto das Mulheres da Amostra (n=623)

Estatística	Idade	Idade Gestacional no Parto
Média	25,9	39,52
Mediana	25,0	39,57
Mínimo	13,0	35,43
Máximo	49,0	42,71
Range	36,0	7,29
Desvio Padrão	6,8	1,16
C.V	0,26	0,03

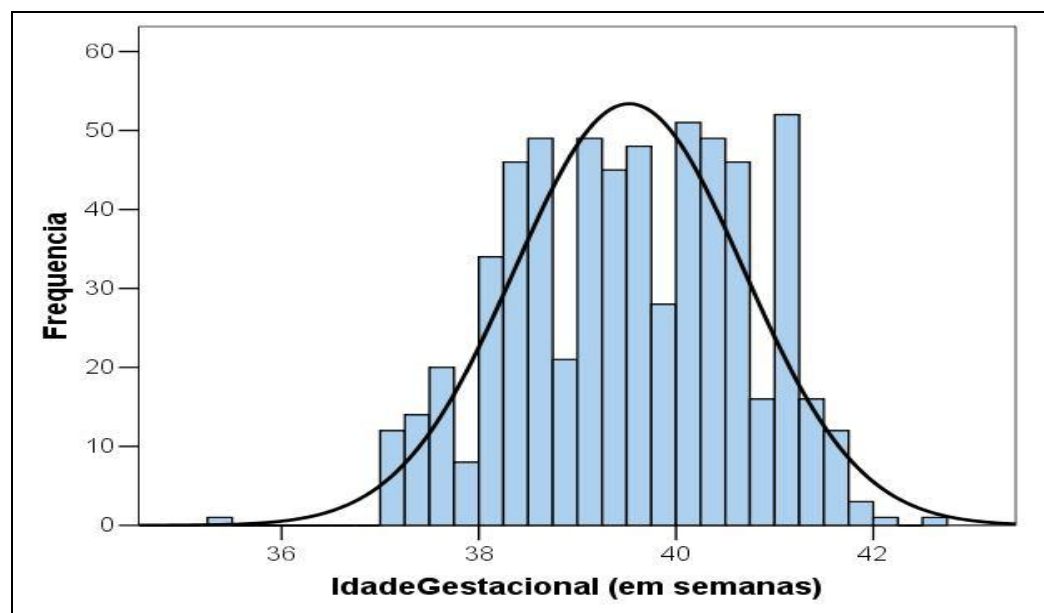
Fonte: Elaborada pela autora, 2017

Figura 1- Histograma da Distribuição da Idade



Fonte: Elaborada pela autora, 2017

Figura 2: Histograma da Distribuição da Idade Gestacional



Fonte: Elaborada pela autora, 2017

A Tabela 4 mostra a distribuição de frequências do número de gestações das mulheres. Tipicamente as mulheres estavam em suas primeiras gestações (60,7%).

Eram raros, ou seja, tinham freqüências menores que 5%, os casos em que a mulher tinha mais de 5 gestações. A média do número de gestações era de 1,72 com desvio padrão de 1,15 gestações, o que resulta num coeficiente de variação igual a 0,67 mostrando alta variabilidade em torno da média. A partir de 4 gestações já é considerado, sob o ponto de vista estatístico, como outlier, ou seja, constitui um número de gestações alto, muito discrepante na população.

Quanto à paridade, a maioria dos partos, ocorreu em mulheres primíparas, resultado condizente com o percentual de 60,7% constatado em outra pesquisa. Tais achados acompanham a tendência de queda da fecundidade apontada pelo Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2010.

Este estudo se destaca pela alta elevada taxa de primíparas adolescentes, dado preocupante, uma vez que, quanto mais precoce a gravidez maiores são os riscos de complicações na gestação, parto e puerpério. As intercorrências relativas à gravidez na adolescência se potencializam quando associadas às más condições socioeconômicas e geográficas, bem como à fragilidade da estrutura familiar e a dificuldade de acesso aos serviços assistenciais.

Tabela 4 - Distribuição de Freqüências do Número de Gestações das mulheres

Número de Gestações	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
1	378	60,7%
2	130	20,9%
3	59	9,5%
4	34	5,5%
5	15	2,4%
6	4	0,6%
7	2	0,3%
9	1	0,2%

Fonte: Elaborada pela autora, 2017

A Tabela 5 mostra a distribuição de freqüências do número de filhos nascidos vivos das mulheres. Tipicamente as mulheres não tinham filhos nascidos vivos (66,0%). Eram raros, ou seja, tinham freqüências menores que 5%, os casos em que a mulher tinha mais de 3 filhos nascidos vivos. A média do número de filhos

nascidos vivos era de 0,56 com desvio padrão de 0,96 filhos, que resulta num coeficiente de variação igual a 1,71 mostrando alta variabilidade do número de filhos nascidos vivos em torno da média. A partir de 3 filhos nascidos vivos já é considerado, sob o ponto de vista estatístico, como outlier, ou seja, constitui um número de filhos alto, muito discrepante na população.

Ao analisar os dados obstétricos observou-se que na presente pesquisa a maioria das parturientes eram primíparas corroborando com o estudo sobre puérperas Silva RC; et al em 2011. É importante ressaltar que a taxa de natalidade no Rio de Janeiro é 11,9%, associado aos fatores sociais, culturais e econômicos. Sabe-se que quanto maior a renda e escolaridade, menor é a fecundidade, sendo uma tendência observada nas regiões Sul e Sudeste do Brasil.

Tabela 5 - Distribuição de Frequências do Número de Filhos Nascidos Vivos das mulheres.

Número de Filhos Nascidos Vivos	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
0	411	66,0%
1	125	20,1%
2	56	9,0%
3	17	2,7%
4	9	1,4%
5	5	0,8%

Fonte: Elaborada pela autora, 2017

A Tabela 6 mostra a distribuição de frequências do número de abortos sofridos pelas mulheres. Tipicamente as mulheres não tinham abortado (83,6%). Eram raros, ou seja, tinham frequências menores que 5%, os casos em que a mulher 2 ou 3 abortos. A média do número de abortos era de 0,21 com desvio padrão de 0,51 filho, que resulta num coeficiente de variação igual a 2,43 mostrando alta variabilidade do número de abortos em torno da média. O aborto de pelo menos 1 filho já é considerado, sob o ponto de vista estatístico, como outlier, ou seja, constitui um número de aborto discrepante na população.

Sabe-se que o aborto é um problema de saúde pública e, por tal motivo, exige ações conjuntas para promover ações educativas acerca de planejamento familiar e atividade sexual responsável. Assim, reconhece-se a necessidade de serem estabelecidas rodas de conversa junto a mulheres e homens, adolescentes e/ou

adultos, nos mais diferentes espaços, a fim de reduzir as lacunas de informações ainda existentes na sociedade sobre concepção e contracepção.

Souza, et al., (2001) mostra que o abortamento como a quarta causa de mortalidade materna, devido a complicações. As curetagens constituem o segundo procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação dos serviços de saúde da rede pública.

Tabela 6 - Distribuição de Frequências do Número de Abortos sofridos pelas mulheres

Número de Abortos	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
0	521	83,6%
1	80	12,8%
2	18	2,9%
3	4	0,6%

Fonte: Elaborada pela autora, 2017

A Tabela 7 traz a tabela da Análise de correlação da Idade e da Idade Gestacional com as demais variáveis, que mostra o coeficiente de correlação de Ordem de Spearman (r_s) e o p-valor do teste de significância de r . Todas as correlações são significativamente não nulas, dados os p-valores menores que 0,05, mas a única correlação forte é a correlação natural já esperada do número de gestações e número de partos anteriores, igual a 0,89. A Idade Gestacional não está fortemente correlacionada á idade da parturiente ($r=-0,14$), o número de gestações também não está fortemente correlacionado à idade da parturiente ($r=0,35$), bem como o número de partos anteriores ($r=0,35$), e o número de abortos ($r=0,20$). A Idade gestacional também não está fortemente correlacionada ao número de gestações, de partos anteriores e de aborto da parturiente (valores absolutos das correlações menores que 0,13).

Tabela 7 - Análise de Correlação entre as variáveis

Correlação (r) p-valor	Idade	Idade Gestacional	Gestações	Partos Anteriores	aborto
Idade	1,00	-0,14 0,001	0,35 0,000	0,35 0,000	0,20 0,000
Idade Gestacional	-0,14 0,001	1,00	-0,11 0,007	-0,12 0,003	-0,05 0,195
Gestações	0,35 0,000	-0,11 0,007	1,00	0,89 0,000	0,62 0,000
Partos Anteriores	0,35 0,000	-0,12 0,003	0,89 0,000	1,00	0,30 0,000
Aborto	0,20 0,000	-0,05 0,195	0,62 0,000	0,30 0,000	1,00

Fonte: Elaborada pela autora, 2017

As intercorrências com o RN ocorreram com as seguintes prevalências: Esforço respiratório em 10,75% dos casos (n=67) e VPP em 1,12% dos casos (n=7). Nenhuma outra intercorrência foi registrada. Nesta pesquisa foi realizado a associação entre o parto transvaginal e as intercorrências com os recém nascidos. Apesar da maioria dos RN nascer com boa vitalidade, as manobras de reanimação podem ser necessárias de maneira inesperada, sendo essencial o conhecimento e a habilidade em reanimação neonatal por todos os profissionais que atendem RN em sala de parto, mesmo quando se esperam crianças saudáveis sem hipóxia ou asfixia ao nascer.

A Tabela 8 traz distribuição de freqüências dos métodos não farmacológicos no trabalho de parto utilizados pelas parturientes na sala de parto. O 'Banho de Chuveiro' é o método mais prevalente, executado em 91,5% das parturientes. Depois deste, ocorrem também com alta prevalência (acima de 10%) os métodos 'Respiração Consciente', 'Deambulação', 'Movimentos Facilitadores do Trabalho de parto', 'Toque ou Massagens' e 'Bola'. Os métodos mais raros, com prevalências menores que 5% são 'Postura e Posições Variadas', 'Agachamento', 'Musicoterapia', 'Penumbra', 'Ambiente Acolhedor' e 'Escalda Pés'.

Tabela 8 - Distribuição de Frequências dos métodos não farmacológicos no trabalho de parto utilizados pelas parturientes na sala de parto.

Método	Frequência	Frequência Relativa ou Prevalência
Banho de Chuveiro	570	91,5%
Respiração Consciente	361	57,9%
Deambulação	319	51,2%
Movimentos Facilitadores do Trabalho de parto	303	48,6%
Toque ou Massagens	287	46,1%
Bola	153	24,6%
Aromoterapia	55	8,8%
Postura e Posições Variadas	22	3,5%
Agachamento	11	1,8%
Musicoterapia	6	1,0%
Penumbra	2	0,3%
Ambiente Acolhedor	1	0,2%
Escalda Pés	1	0,2%

Fonte: Elaborada pela autora, 2017

A Tabela 9 traz a distribuição de frequências da quantidade total de métodos não farmacológicos utilizados em trabalho de parto. Mais frequentemente, 19,7% das mulheres usam 3 métodos diferentes na sala de parto, em frequência semelhante, 18,9% das mulheres usam dois métodos distintos, 17,7% usam somente um método, 15,7% usam 4 métodos, e 15,1% usam 5 métodos diferentes na sala de parto. Há frequências raras de mulheres que usam até 8 métodos na sala de parto (0,6%) ou 7 métodos na sala de parto (4,2%).

As técnicas mais utilizadas na Maternidade Escola durante o trabalho de parto, foram: o banho, a respiração consciente e a deambulação. Entre essas, o banho de chuveiro foi estimulado em quase todas as pacientes. Banho morno de aspersão segundo Gallo et al., (2011) promove a vasodilatação periférica e redistribuição sanguínea, promovendo relaxamento muscular, além de promove o alívio da dor através da elevação das endorfinas e diminuição das catecolaminas. É uma prática segura, de baixo custo e alta aceitação entre as parturientes, possibilitando aumento do relaxamento, bem estar fisiológico e alívio da dor.

Os exercícios respiratórios (respiração consciente) no trabalho de parto têm a função de reduzir a sensação dolorosa, melhorar os níveis de saturação sanguínea materna de oxigênio, proporcionar relaxamento e diminuir a ansiedade. Com o objetivo de avaliar o efeito das técnicas de respiração e de relaxamento sobre a dor e a ansiedade na parturição, Almeida et al. (2005), realizaram um estudo randomizado e controlado abrangendo 36 parturientes. As 17 pacientes do Grupo Controle receberam os cuidados habituais da maternidade, enquanto que as 19 do Grupo Experimental receberam orientação e estímulo para realizarem técnicas de respiração e relaxamento. A dor e a ansiedade foram avaliadas por meio da EVA e dos inventários de ansiedade-traço e estado, respectivamente. Nesse mesmo estudo, os autores observaram que as técnicas utilizadas pelo Grupo Experimental não reduziram a intensidade da dor, mas promoveram por mais tempo a manutenção de um nível mais baixo de ansiedade durante a parturição.

Com relação à utilização da bola suíça na assistência à mulher durante o trabalho de parto, observou-se que 24,6% realizaram uso da bola suíça. Embora o local do parto não tenha sido uma variável deste estudo, considera-se que o centro obstétrico da Maternidade Escola da UFRJ não dispõem espaço e privacidade adequados com quartos privativos o que não facilita o uso dos métodos não farmacológicos. Percebe-se, então, a influência do ambiente nos recursos utilizados como práticas de conforto pela equipe de enfermagem. A presença da equipe de enfermagem na assistência à mulher também propicia o uso de práticas ou condutas não medicamentosas, como: deambulação, movimentação e posicionamento, banhos e massagem, os movimentos pélvicos favorecem a progressão do trabalho de parto. O uso dessas práticas pode diminuir o uso de medicações analgésicas ou anestésicas durante o trabalho de parto.

A deambulação é uma técnica utilizada para alívio da dor durante a fase ativa do trabalho de parto, proporcionando maior relaxamento, melhor progressão do trabalho de parto e menor consumo de analgésicos.

O estímulo à deambulação no centro obstétrico da Maternidade Escola é considerado uma prática considerada benéfica e recomendada durante o trabalho de parto, foi utilizado com grande frequência no presente estudo, foi estimulado pela equipe de enfermagem; contudo, a pequena área física do centro obstétrico não contribuía efetivamente para o estímulo e a concretização da mesma.

A massagem é uma arte que precisa ser cultivada e o único modo de aprendê-la é explorando e experimentando. O motivo de sua baixa realização pode estar relacionado à demanda elevada de atendimentos no centro obstétrico. Uma solução seria orientar o acompanhante de parto, para que o mesmo possa aplicar a técnica com a parturiente.

Os métodos como: aromaterapia, musicoterapia, posições variadas, penumbra e agachamento são técnicas pouco utilizadas na Maternidade, pois a estrutura física do centro de parto normal é dividido por boxes, os quais são divididos por cortinas, não permitindo assim uma maior privacidade para as parturientes, para esses métodos serem mais implementados seria necessário uma sala individualizada para cada parturiente, promovendo assim um atendimento mais individualizado por ser tratarem de métodos mais particulares, atendendo as necessidades de cada uma de acordo com sua escolha.

Tabela 9 - Distribuição de Frequências dos métodos não farmacológicos no trabalho de parto utilizados pelas parturientes na sala de parto.

Total de Métodos	Frequência	Frequência Relativa ou Prevalência
1	110	17,7%
2	118	18,9%
3	123	19,7%
4	98	15,7%
5	94	15,1%
6	50	8,0%
7	26	4,2%
8	4	0,6%

Fonte: Elaborada pela autora, 2017

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo nos permitem concluir que:

Os métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o parto e trabalho de parto são tecnologias do cuidado que devem ser oferecidas as parturientes como forma de amenizar a ansiedade e conseqüentemente aumentar o limiar de dor.

Das 623 gestantes a termo que pariram na maternidade, cada uma fez uso de pelo menos um método não farmacológico durante o trabalho de parto, as parturientes devem ter acesso aos métodos não farmacológicos para alívio da dor e progressão do trabalho de parto.

A equipe de enfermagem é considerada fundamental para aplicação dos métodos, prestando uma assistência humanizada colocando a mulher no centro do atendimento, sendo protagonista do seu trabalho de parto. Tornando essa experiência dignificante e prazerosa, mas infelizmente pela demanda dos atendimentos nos serviços públicos e a redução no número de profissionais, torna-se difícil para o profissional de saúde conseguir atender as necessidades de cada mulher, uma forma de promover esse atendimento individualizado seria a equipe de pré-natal, orientar o acompanhante de como aplicar esses métodos.

Disponibilizar esses métodos significa ressignificar esse momento para essa mulher e sua família, pois minimizando a ansiedade e conseqüentemente a dor, possibilitando uma experiência única na vida dessa família. Tratar essa mulher com indiferença, e esse momento como um momento sem significado, privar a mulher de viver essa experiência de conexão e transformação, significa não humanizar a assistência, não respeitar as escolhas dessa mulher, nesse momento que é único e só dela. Precisamos urgentemente rever nossos conceitos, estar abertos a novas práticas e ter empatia pelo outro, que em algum momento da sua vida precisa ser cuidado.

Como ferramenta principal tem: o pré-natal para informar, dirimir dúvidas e mitos, para que a gestante não chegue ao final da gestação sem saber quais são as fases do trabalho de parto e o que poderá acontecer durante o seu trabalho de parto. Tanto a mulher quanto a criança adquiriram as condições necessárias para passar pelo trabalho de parto, e a equipe multiprofissional é apenas facilitadora do trabalho de parto, oferecendo tecnologias não invasivas e dando suporte emocional,

utilizar intervenções somente quando for necessário, ou seja, quando houver risco para mulher ou para o bebê.

A Humanização da assistência ao binômio ainda é um desafio para os profissionais de saúde, para sociedade e para as instituições de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. A. M. et al. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. **Rev. Lat. Am. Enferm.**, v.13, n.1, p.52-58, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n° 32.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos Humaniza SUS, 4.)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde–SUS, a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília-DF, 27 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final do plano de qualificação das maternidades e redes perinatais da Amazônia Legal e Nordeste/ Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/RELATORIOFINALPQMfinal.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. **Programa humanização do parto**: humanização do pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Humaniza SUS**: visita aberta e direito a acompanhante. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Presidência da República: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Manual de assistência ao abortamento, parto e puerpério**. São Paulo: Febrasco, 2010, p.1-181. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/manuais/item/manual-de-assistencia-ao-abortamento-parto-e-puerperio>. Acesso em: 14 jul. 2017.

FIOCRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública. **Nascer no Brasil**: sumário executivo temático nascer no Brasil. Rio de Janeiro: ENSP, 2015.

FIGUEIREDO, N. S. V. et. al. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. **HU Rev.**, v.36, n.4, p.296-306, 2010.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila

GAYESKI, M. E.; BRUGGUEMANN, O. M. Métodos não farmacológicos para alívio da dor: uma revisão sistemática. **Texto Contexto Enferm.**, v.19, n.4, p.774-782, 2010.

GALLO, R. B. S. et. al. Recursos não farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **Femina**, v.39, n.1, p.41-48, 2011.

IBGE. **Dados populacionais**, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 18 maio 2017.

MATERNIDADE ESCOLA. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Enfermagem: Protocolos assistenciais. Métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto, 2013. Disponível em: <http://www.maternidade.ufrj.br/portal/images/stories/pdfs/enfermagem/metodos_nao_farmacologicos_de_alivio_da_dor.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2016.

ODENT, M. **A cientificação do amor**. São Paulo: Terceira Margem, 2000.

ODENT, M. **Pode a humanidade sobreviver à medicina?** Tradução Laura Uplinger e Izabel Aleixo. Rio de Janeiro: Instituto Michel Odent, 2016.

OLIVEIRA, A. S. S. et al. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. **Rev. Rene**, v.11, n.esp., p.32-41, 2010.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Redução da Mortalidade Materna em 11 países da América Latina e Caribe, 2013. <http://www.paho.org>. Acesso em: 02 de maio de 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Brasília: OPS; USAID, 1996.

PROGIANTI, J. M.; MOUTA, R. J. O. A enfermeira obstétrica: agente estratégico na implementação de práticas do modelo humanizado em maternidades. **Rev. Enferm. UERJ**, v.17, n.2, p.165-169, 2009.

SANTOS, A. R. **Metodologia científica**: a construção do conhecimento. Rio de Janeiro: DP&A, 1999.

SESCATO, A. C.; SOUZA, S. R. R. K.; WALL, M. L. Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. **Cogitare Enferm.**, v.13, n.4, p.585-590, 2008.

SILVA, E. F.; STRAPASSON, M. R.; FISCHER, A. C. dos S. Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto e parto. **Rev. UFSM.**, v.1, n.2, p.261-271, 2011.

SILVA, F. M. B.; OLIVEIRA, S. M. J. V. O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v.40, n.1, p.57-63, 2006.

SILVA, J. L. P. e. Gravidez na adolescência: desejada x não desejada. **Femina**, v.26, n.10, p.825-830, 1998.

SILVA, L. M.; BARBIERI, M.; FUSTINONI, S. M. Vivendo a experiência da parturição em um modelo de assistência humanizado. **Rev. Bras. Enferm.**, v.64, n.1, p.60-65, 2011.

SILVA, A. V. R.; SIQUEIRA, A. A. F. de. O valor do suporte à parturiente: um estudo da relação interpessoal no contexto de um centro de parto normal. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, v.17, n.1, p.126-135, 2007.

SILVA, T. F.; COSTA, G. A. B.; PEREIRA, A. L. de F. Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal. **Cogitare Enferm.**, v.16, n.1, p.82-87, 2011.

SILVA, R. C. et al. La concepción de los profesionales de salud sobre el parto humanizado en la adolescencia. **Enferm. Glob.**, v.10, n.4, p.342-351, 2011.

SCHNECK, C. A.; RIESCO, M. L. G. Intervenção no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar. **REME - Rev. Min. Enferm.**, v.10, n.3, p.240-246, 2006.

SOUZA, E. N. S.; AGUIAR, M. G. G.; SILVA, B. S. M. Métodos não farmacológicos no alívio da dor: equipe de enfermagem na assistência a parturiente em trabalho de parto e parto. **Enferm. Rev.**, v.18, n.2, p.42-56, 2015.

SOUZA, V. L. C. et al. O aborto entre adolescentes. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v.9, n.2, p.42-47, 2001.

SPINDOLA, T.; SILVA, L. F. F. D. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de um hospital universitário. **Esc. Anna Nery**, v.13, n. 1, p.99-107, 2009.

ZVEITER, M.; PROGIANTI, J. M.; VARGENS, O. M. da C. O trauma no parto e nascimento sob a lente da enfermagem obstétrica. **Pulsional Rev. Psicanál.**, v.18, n.182, p.86-92, 2005.

ANEXO A – Termo de Compromisso de Utilização e Divulgação de Dados



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE ESCOLA



TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE DADOS

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DOS MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE ENSINO DO RIO DE JANEIRO

Pesquisador (a) responsável: Janefer Romualdo de Oliveira

Grupo CONEP: () I () II () III

Eu, pesquisador(a) responsável pela pesquisa acima identificada, declaro que conheço e cumprirei as normas vigentes expressas na **Resolução n 466/12 do Conselho Nacional de saúde / Ministério da Saúde**, e em suas complementares (**Resoluções 240/97, 251/97, 303/00 e 304/00 do CNS / MS**), e assumo neste termo os compromissos de:

- 1 – Ao utilizar dados e informações coletadas no(s) prontuário(s) /amostra(s) do(s) sujeito(s) da pesquisa na Maternidade Escola, assegurar a confidencialidade e a privacidade dos mesmos;
- 2 – Destinar os dados coletados somente para o projeto ao qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso deverá ser objeto de um novo projeto de pesquisa que deverá ser submetido à apreciação do **Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro**.
- 3 – Quando da divulgação e/ou publicação da pesquisa, fazer referência à Maternidade Escola, (que deverá ser grafada nos seguintes termos: **Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro**) em todas as formas de divulgação (teses, dissertações, artigos, livros, resumos de trabalhos apresentados em reuniões e eventos) e qualquer outra publicação ou forma de divulgação de atividades que resultem, total ou parcialmente, do auxílio da Maternidade Escola.
- 4 – As Unidades Acadêmicas dos pesquisadores envolvidos na pesquisa também deverão ser citadas, sem abreviações.



Rio de Janeiro, de de 2016.

Pesquisador(a) responsável

Assinatura

Rua das Laranjeiras, 180 Laranjeiras – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22240-003
Tel. (21) 2285 7935 ramal 207 Tel/Fax.: (21) 2205 9064 E-mail: matesc@me.ufrj.br

APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DA MATERNIDADE-ESCOLA DA UFRJ

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO MATERNIDADE ESCOLA</p>	
<p>Puérpera: _____</p>		
<p>Número.....</p>		
<p>Dados da Puérpera:</p>		
<p>Data do parto: _____ idade: _____ Idade Gestacional: _____</p>		
<p>Gesta _____ Para: _____ Profissão/Ocupação _____</p>		
<p>Realização de Pré-natal () Sim () Não</p>		
<p>Quais Métodos não Farmacológicos Utilizados no trabalho de parto e parto:</p>		
<p>() Bola () Deambulação () Postura e Posições Variadas () Respiração Consciente</p>		
<p>() Toque e Massagens () Banho de Chuveiro () Escalda Pés () Aromoterapia</p>		
<p>() Musicoterapia () Movimentos Facilitadores do Trabalho de parto</p>		
<p>Dados do Recém-nascido</p>		
<p>Data __/__/__ Hora do Nascimento: _____ APGAR 1º / 5º</p>		
<p>Aleitamento Materno na primeira hora de vida () sim () não</p>		
<p>Intercorrências com o Recém-nascido () sim () não</p>		
<p>Quais _____</p>		
<p>Sufrimento Fetal () Não () Sim</p>		
<p>() Agudo () Crônico () Esforço Respiratório () Taquipnéia () Gemência</p>		
<p>() Estimulação () VPP () Reanimação CP</p>		
<p>() Intubação Orotraqueal</p>		
<p>() Outros: _____</p>		

ANEXO B – Comprovante de envio do Projeto



UFRJ - MATERNIDADE
ESCOLA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DOS MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS NA MATERNIDADE ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO.

Pesquisador: Helder Camilo Leite

Versão: 2

CAAE: 62118516.0.0000.5275

Instituição Proponente: Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 120296/2016

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto PREVALÊNCIA DOS MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS NA MATERNIDADE ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, que tem como pesquisador responsável Helder Camilo Leite, foi recebido para análise ética no CEP UFRJ - Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro / ME-UFRJ em 18/11/2016 às 12:32.

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
Bairro: Laranjeiras **CEP:** 22.240-003
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2556-9747 **Fax:** (21)2205-9064 **E-mail:** cep@me.ufrj.br