

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

KAROLINE MATURANA RITTER

**MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO DA DOR EM MULHERES
DURANTE O TRABALHO DE PARTO EM UM HOSPITAL ESCOLA**

Porto Alegre

2012

KAROLINE MATURANA RITTER

**MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO DA DOR EM MULHERES
DURANTE O TRABALHO DE PARTO EM UM HOSPITAL ESCOLA**

**Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado à Escola de Enfermagem
da Universidade Federal do Rio Grande
do Sul como requisito parcial para a
obtenção do título de Enfermeiro.**

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Cláudia Junqueira Armellini

Porto Alegre

2012

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À professora Cláudia Junqueira Armellini, minha orientadora pelo apoio incondicional, compreensão e principalmente pela amizade. Foi muito mais tranquilo concluir esta etapa tendo você ao meu lado, obrigada por todas as horas depreendidas a mim.

Meu eterno agradecimento e admiração não apenas por seu profissionalismo, mas pela pessoa humana e especial, que sempre fez eu me sentir especial na sua presença.

Obrigada pelos ensinamentos constantes e por participar dessa caminhada ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Cleide e Silmar que sempre me incentivaram a buscar os meus objetivos e me mostraram como lutar por eles. Que me ensinaram o valor e a importância da nossa família e principalmente ao meu pai que desde muito cedo me ensinou a valorizar o conhecimento como meu bem mais precioso.

A minha irmã pelos momentos de descontração tão importantes nessa caminhada muitas vezes estressante e desgastante. Sempre tendo uma palavra de apoio e carinho.

Ao Vilmar meu amor, companheiro de todos os momentos, pela compreensão de mesmo muitas vezes ficando em segundo plano para alguma prova ou atividade acadêmica, continuar ao meu lado me apoiando e me fazendo rir quando tinha vontade de chorar. Obrigada por nunca me deixar sozinha caminhada.

Aos meus colegas, e principalmente aos meus amigos tão estimados Graziela Martins, Rafael Frigotto, Viviane Maciel, Laura Silveira, Renata Severino que sempre estiveram ao meu lado e fizeram essa jornada memorável. Obrigada por todos os momentos que passamos juntos.

A todas as colegas e amigas que fizeram parte desse projeto de pesquisa, pelo empenho e dedicação na coleta e digitação dos dados.

A todas as professoras responsáveis por esse projeto de pesquisa, sem vocês nada disso seria possível, obrigada.

A todas as professoras e professores da Escola de Enfermagem, pelo aprendizado adquirido nesses anos.

E a todos que de alguma forma colaboraram com a concretização deste trabalho.

RESUMO

Este estudo teve por objetivo conhecer o uso dos métodos não farmacológicos (MNF) de alívio da dor oferecidos às mulheres durante o trabalho de parto (TP) em um hospital escola. Trata-se de um estudo quantitativo de corte transversal, realizado na Unidade de Internação Obstétrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com uma amostra de 385 mulheres. Os principais resultados apontam que a maioria das mulheres do estudo tinha entre 20 a 44 anos (78,2%), com mais de oito anos de estudo (74,5%), 96,6% tiveram pelo menos um acompanhante e destes 73,8% era o próprio companheiro. Quase todas as mulheres realizaram pré-natal, a maioria na rede pública (84,3%) com mais de sete consultas (69,9%). Em relação ao tipo de parto, 75,1% teve parto normal. Verificou-se que 68,2% das mulheres utilizaram alguma medida não farmacológica de alívio da dor durante o TP. Os métodos não farmacológicos (MNF) utilizados pelas parturientes foram banho de aspersão (49,1%), banqueta (3,7%), bola de nascimento (20,8%), cavalinho (0,5%), massagem (34,1%), movimento de balanço do quadril (16,9%) e 7,5% das mulheres disseram fazer uso de outros MNF de alívio da dor. Entre as mulheres que receberam a massagem como MNF, esta foi realizada na maioria das vezes pelo companheiro (69,2%). O motivo mais frequente relatado pelas entrevistadas para a utilização dos MNF foi para o alívio da dor (65,8%). Verificou-se que o tempo de permanência das mulheres e o recebimento de informação sobre formas de alívio da dor durante a internação influenciaram positivamente no uso dos métodos. Conclui-se que estão sendo utilizados os métodos não farmacológicos nesta instituição indo ao encontro com o que preconiza a OMS.

DESCRITORES: Dor do trabalho de parto. Trabalho de parto. Enfermagem obstétrica. Parto humanizado.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Banho de aspersão realizado durante o trabalho de parto.	20
Figura 2 - Exercícios respiratórios utilizados durante o trabalho de parto.	22
Figura 3 - Técnica de relaxamento no trabalho de parto.	23
Figura 4 - Quadro ilustrativo com posições incentivadas durante o trabalho de parto.	24
Figura 5 - Bola de nascimento utilizada durante o trabalho de parto.	25
Figura 6 - Cavalinho utilizado durante o trabalho de parto	26
Figura 7 - Massagem na região lombar durante o trabalho de parto.	27
Figura 8 - Distribuição das mulheres segundo o tipo de método não farmacológico de alívio da dor utilizado no trabalho de parto, Porto Alegre – 2012.	41
Figura 9 - Distribuição das mulheres segundo o número dos métodos não farmacológicos de alívio da dor utilizados durante o trabalho de parto, Porto Alegre – 2012.	43
Figura 10 - Distribuição das mulheres segundo a utilização de um método não farmacológico de alívio da dor durante o trabalho de parto, Porto Alegre – 2012.	43
Figura 11 - Distribuição das mulheres segundo a utilização de dois métodos não farmacológicos de alívio a dor durante o trabalho de parto, Porto Alegre – 2012.	44
Figura 12 - Distribuição das mulheres segundo a utilização de três métodos não farmacológicos de alívio a dor durante o trabalho de parto, Porto Alegre – 2012.	45
Figura 13 - Distribuição das mulheres segundo a pessoa que realizou a massagem como método de alívio da dor durante o trabalho de parto, Porto Alegre – 2012.	48
Figura 14 - Distribuição dos motivos do uso dos métodos não farmacológicos de alívio à dor durante o trabalho de parto citados pelas mulheres, Porto Alegre – 2012.	50
Figura 15 - Distribuição das mulheres segundo informação recebida durante o trabalho de parto sobre formas de diminuir a dor, Porto Alegre – 2012.	52

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Características sócio-demográficas das 385 mulheres incluídas no estudo, Porto Alegre – 2012. 33
- Tabela 2** - Caracterização das mulheres participantes do estudo segundo as variáveis obstétricas, Porto Alegre – 2012. 36
- Tabela 3** - Caracterização das mulheres do estudo segundo categoria de internação, tipo de parto e presença de acompanhante, Porto Alegre – 2012. 39
- Tabela 4** - Distribuição entre o tempo de permanência das mulheres no pré-parto e o uso dos métodos não farmacológicos de alívio da dor, Porto Alegre – 2012. 51
- Tabela 5** - Distribuição das mulheres segundo o recebimento de informação sobre formas de diminuir a dor na internação e a utilização dos métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, Porto Alegre – 2012. 53

LISTA DE ABREVIATURA DE SIGLAS

CPN – Centro de Parto Normal

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

MNF – Métodos não farmacológicos

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PHPN – Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

PN – Pré-natal

SUS – Serviço Único de Saúde

TP – Trabalho de parto

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 REVISÃO DA LITERATURA	14
3.1 ESTÁGIOS E FASES DO TRABALHO DE PARTO	14
3.1.1 Primeiro estágio	14
3.1.2 Segundo estágio	15
3.1.3 Terceiro estágio	16
3.1.4 Quarto estágio	16
3.2 FISIOPATOLOGIA DA DOR	16
3.3 MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS DE ALÍVIO DA DOR	19
3.3.1 Recursos para alívio da dor no trabalho de parto	20
3.3.1.1 Banho de aspersão	20
3.3.1.2 Exercícios respiratórios	21
3.3.1.3 Técnicas de relaxamento	22
3.3.1.4 Mobilidade materna	23
3.3.1.5 Bola de nascimento, <i>birth ball</i> ou bola obstétrica	24
3.3.1.6 Cavalinho	25
3.3.1.7 Massagem	26
4 MATERIAL E MÉTODO	28
4.1 TIPO DE ESTUDO	28
4.2 LOCAL DO ESTUDO	28
4.3 POPULAÇÃO E CÁLCULO DA AMOSTRA	28
4.4 SELEÇÃO DE PARTICIPANTES	29
4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	29
4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO	29

4.7 COLETA DE DADOS	30
4.8 ANÁLISE DE DADOS	31
4.9 ASPECTOS ÉTICOS	31
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES DO ESTUDO	32
5.2 MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICO DE ALÍVIO A DOR UTILIZADOS PELAS MULHERES DURANTE O TRABALHO DE PARTO	40
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS	56
ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	62
ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO “PRÁTICAS DE ATENDIMENTO IMPLEMENTADAS DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO” PELA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL.	73
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HCPA.	74
ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	75
ANEXO E - TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS INSTITUCIONAIS	76

1 INTRODUÇÃO

No ano de 2000, foi implantado no Brasil o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria/GM n° 569. O objetivo primordial do PHPN é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2000).

Um dos aspectos fundamentais defendido pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento é a adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias (BRASIL, 2000). Apesar de a hospitalização ter sido, em grande parte, responsável pela queda da mortalidade materna e neonatal, o cenário de nascimento transformou-se rapidamente, tornando-se desconhecido e amedrontador para as mulheres e mais conveniente e asséptico para os profissionais de saúde (BRASIL, 2001). Neste cenário, a mulher perde o lugar de protagonista do parto e o profissional da saúde passa a assumir esse papel, o parto deixa de ser um processo natural com o mínimo de intervenções e torna-se uma situação de risco em que as intervenções são necessárias para proporcionar segurança (SESCATO; SOUZA; WALL, 2008).

O conceito de atenção humanizada do Ministério da Saúde (MS) é amplo e envolve um conjunto de práticas e atitudes que visam à promoção do parto e nascimento saudáveis. Nesse contexto a Organização Mundial da Saúde, em 1996, publicou um manual intitulado Maternidade Segura Assistência ao Parto Normal: um guia prático, no qual classifica as condutas e práticas utilizadas durante o processo do parto normal em quatro categorias: a) práticas que são demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, b) práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, c) práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão e d) práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

Segundo a OMS, quase todas as mulheres sentem dor durante o trabalho de parto, mas as respostas de cada uma delas a esta dor são diferentes. Uma tarefa importante do profissional ao assisti-las durante esse período é ajudá-las a suportar a dor. Isto pode ser obtido com o alívio farmacológico, porém mais fundamental e importante é a abordagem não

farmacológica, por auxiliar na redução de intervenções. Entre as ações listadas como práticas úteis e que devem ser estimuladas incluem-se os métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto, como liberdade de adotar posturas e posições variadas, deambulação, respiração ritmada e ofegante, relaxamento, banhos de chuveiro, toque e massagens (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

A enfermagem é uma profissão fundamental para a mudança do contexto atual da assistência do processo de parturição no Brasil para um modelo humanizado de assistência à parturiente, fato esse que resultou em 1998, o reconhecimento do Ministério da Saúde à assistência humanizada prestada pela enfermeira obstetra nos hospitais públicos (DIAS; DOMINGUES, 2005). Por esse motivo, faz-se necessário à enfermagem conhecer e aplicar as práticas classificadas como úteis, tanto pelo MS quanto pela OMS, para a realização de um parto humanizado.

Devido aos problemas relacionados à dificuldade de adesão e até mesmo ao desconhecimento dos profissionais sobre as práticas e condutas úteis e que deveriam ser estimuladas, e pela necessidade de avanços em direção ao modelo de assistência ao parto preconizado pela OMS/MS, iniciou-se o projeto de pesquisa intitulado “Práticas de atendimento implantadas durante o processo de parturição” realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A partir deste projeto originou-se o subprojeto intitulado manejo não farmacológico da dor em mulheres durante o trabalho de parto em um hospital escola tendo como motivação contribuir para este projeto de pesquisa respondendo o seu último objetivo específico com base na seguinte questão: Quais métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto estão sendo oferecidos neste hospital universitário?

Meu interesse pela área da saúde da mulher surgiu durante o estágio no Centro Obstétrico de um hospital escola na cidade de Porto Alegre, que foi campo de prática da disciplina de Enfermagem no Cuidado a Saúde da Mulher-ENF02002, no sexto semestre do curso de graduação em Enfermagem. No decorrer deste estágio, tive a oportunidade de proporcionar as parturientes o uso dos métodos não farmacológicos de alívio a dor e observar sua eficácia. Esta foi evidenciada por mudanças na expressão facial das mulheres e por relatos verbais das mesmas e seus familiares sobre a percepção de melhora da dor que esses métodos proporcionavam. Percebeu-se que os métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto não eram oferecidos pelos profissionais, daquela instituição hospitalar, e as práticas e condutas úteis que deveriam ser estimuladas, segundo a Organização Mundial da Saúde (1996) não eram praticadas. Observou-se que o único atendimento oferecido às

mulheres que expressavam dor durante o trabalho de parto era a administração de métodos farmacológicos.

Apesar de preconizados pelo MS (BRASIL, 2001) e pela OMS (1996), e ter um amplo número de pesquisas que tratem do tema, o uso dos métodos não farmacológicos de alívio à dor no trabalho de parto parece não ter grande difusão entre os profissionais de saúde. Face a este contexto, entende-se como relevante este estudo, que tem por finalidade contribuir para o conhecimento sobre os tipos de métodos não farmacológicos para a redução da dor da parturiente e a frequência de seu uso.

Portanto, este estudo justifica-se pela necessidade de adquirir maior conhecimento sobre os diferentes métodos não farmacológicos de alívio da dor para avançar em direção ao modelo de assistência ao parto preconizado pela OMS/MS, no qual tais métodos devem ser baseados em evidências e criteriosamente utilizados. Também se acredita que possa contribuir com a instituição onde foi realizado o estudo, apresentando aos profissionais que atuam no centro obstétrico a descrição dos métodos de alívio a dor utilizados e a frequência de seu uso.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer os métodos não farmacológicos de alívio da dor oferecidos às mulheres durante o trabalho de parto em um hospital escola.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as mulheres do estudo quanto à idade, escolaridade, ocupação, número de gestações, situação marital e atendimento pré-natal.
- Verificar a frequência do uso de cada método não farmacológico para alívio à dor utilizado pelas mulheres durante o trabalho de parto.
- Conhecer o motivo referido pelas mulheres para a utilização dos métodos não farmacológicos de alívio à dor durante o trabalho de parto.
- Verificar a associação entre o tempo de permanência das mulheres no pré-parto e o uso dos métodos não farmacológicos de alívio à dor.
- Verificar a associação entre as informações recebidas pelas mulheres sobre formas de aliviar a dor durante o trabalho de parto e o uso dos métodos não farmacológicos de alívio à dor.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A seguir são descritos os estágios e fases do trabalho de parto, a fisiopatologia da dor e os métodos não farmacológicos de alívio da dor.

3.1 ESTÁGIOS E FASES DO TRABALHO DE PARTO

Didaticamente o trabalho de parto (TP) foi dividido em quatro estágios e o conhecimento desses é fundamental para a compreensão das mudanças anatômicas e fisiológicas que ocorrem nesse período, objetivando uma assistência de qualidade e o planejamento do uso efetivo dos métodos não farmacológicos, nos diferentes estágios do TP (BUDIN, 2010).

3.1.1 Primeiro estágio

O primeiro estágio do trabalho de parto é caracterizado pelas alterações cervicais perceptíveis, como resultado das contrações uterinas. A cérvix amolece, afina, encurta e dilata-se até um diâmetro de 10 cm. Essas alterações cervicais referem-se ao apagamento e à dilatação (BUDIN, 2010).

O apagamento é o amolecimento, afinamento e encurtamento do canal cervical, passando de uma estrutura de um ou dois centímetros de comprimento até uma em que não existe mais o canal. Durante o apagamento, as margens do orifício são tracionadas para cima, de forma que a mucosa cervical original se torna parte do segmento uterino inferior (BUDIN, 2010).

A dilatação do colo uterino ocorre quando o canal cervical aumenta de um orifício de poucos milímetros de diâmetro até uma abertura grande suficiente para permitir a passagem do feto. Em geral, o primeiro estágio do trabalho de parto está dividido em três fases: inicial (latente), ativa (acelerada) e de transição (BUDIN, 2010).

Durante o trabalho de parto inicial (fase latente), o colo continua a se afinar e a abrir, dilatando de três a quatro centímetros. As contrações no início do trabalho de parto, que as mulheres sentem no final da gestação, parecem como uma dor nas costas intermitente ou uma cólica menstrual. Em geral, essa fase é de excitação e antecipação de eventos que estão por vir. A mulher pode ficar muito falante e entusiasmada. O trabalho de parto é gradual, de modo

que essa fase pode levar algum tempo. Em geral, o início do trabalho de parto leva cerca de dois terços do tempo total do trabalho de parto. Deve-se sugerir que a parturiente permaneça em casa o máximo de tempo possível no início do trabalho de parto, porque o relaxamento e a mobilidade ocorrem com mais facilidade nesse período (BUDIN, 2010).

Com o passar de várias horas, as contrações tornam-se mais demoradas, fortes, regulares e em intervalos menores. Vários fatores como grau de fadiga, hidratação e nutrição da mãe, influenciam o progresso durante essa fase. As emoções maternas e suas atitudes em relação ao trabalho de parto, bem como a disponibilidade e a eficácia dos sistemas de apoio, também podem afetá-la. Além disso, sedação e anestesia local podem retardar ou mesmo interromper o trabalho de parto se administradas nessa fase (BUDIN, 2010).

Durante a fase ativa do trabalho de parto, as contrações ficam mais longas e fortes, chegando a ocorrer em intervalos de quase três minutos, com uma duração de até um minuto ou mais. Durante essa fase, que geralmente perdura por duas a seis horas, o colo continua a se apagar e dilata em cerca de quatro a oito centímetros. As contrações mais fortes auxiliam a rotação do feto para a posição adequada ao nascimento. A mulher pode experimentar sintomas físicos adicionais que aumentam o desconforto (BUDIN, 2010).

Já na fase de transição, a última fase do primeiro estágio do trabalho de parto, a dilatação da cérvix está completa, e o corpo materno faz a transição da dilatação do colo à expulsão do feto através da cérvix aberta. As contrações são muito fortes e eficazes, fazendo com que essa fase seja normalmente curta. A descida da parte de apresentação fetal é responsável por sinais e sintomas de pressão retal e do início da vontade de fazer força para baixo (BUDIN, 2010).

3.1.2 Segundo estágio

Esse estágio caracteriza-se pela expulsão fetal, uma vez que a cérvix esteja totalmente dilatada, e começa a fazer força de empurrar, “puxos”. Nesse estágio o feto move-se pela pelve materna, fazendo a rotação e a descida lenta pelo canal de parto. A pressão na pelve materna aumenta conforme o feto desce e as mulheres podem gemer ou resmungar com as contrações. É comum segurarem sua respiração instintivamente à medida que empurram para baixo (BUDIN, 2010).

Quando o feto alcança o períneo materno, as contrações são intensas e, em geral, acompanhadas de ardência e estiramento. O períneo começa a distender-se de modo visível, os grandes lábios se separam e a parte fetal que se apresenta torna-se aos poucos visível, esse

ponto é chamado de “coroamento”. O medo pode influenciar a expulsão, e uma mulher que está assustada com o parto ou com a dor antecipada pode ficar relutante em empurrar (BUDIN, 2010).

3.1.3 Terceiro estágio

Este estágio refere-se à separação e a expulsão dos anexos, ou seja, da placenta e das membranas ovulares. Em geral, esse estágio ocorre espontaneamente dentro de cinco a trinta minutos após o feto emergir do canal de parto. Depois da expulsão do feto, o útero relaxa por alguns minutos. As contrações retornam, resultando na separação da placenta do útero. As contrações durante o terceiro estágio do trabalho de parto variam da intensidade de fracas a moderadas. Em geral são parecidas com cólicas menstruais fortes (BUDIN, 2010).

3.1.4 Quarto estágio

O quarto estágio refere-se ao período imediato após a expulsão da placenta, tem duração de uma a quatro horas e pode ser considerado como a fase de recuperação (BUDIN, 2010).

3.2 FISIOPATOLOGIA DA DOR

O parto fisiológico está diretamente ligado com a experiência de dor. O medo da dor e o desaparecimento do parto fisiológico estão relacionados com ao estilo de vida. Um ritmo frenético, a pressão para ser eficiente, a competição, a procura pelo sucesso, a necessidade de gratificação imediata, a recusa de sofrer, todos estes fatores deixam pouco espaço para ouvir, sentir e assumir uma atitude pró-ativa diante de dificuldades. O rápido desenvolvimento da tecnologia criou uma ilusão de bem-estar e segurança, favorecendo a eliminação do perigo, enfraquecendo a nossa capacidade de adaptação às circunstâncias. Tem-se rejeitado a importância das relações humanas, esquecendo que essas relações com os outros determinam o estado da saúde (SCHMID, 2005).

A dor é como um guia durante o parto, protetora da mãe e do bebê. A função fisiológica da dor é proteger o corpo enviando sinais de alarme para avisá-lo dos agressores, para que possa agir perante o perigo de forma a proteger-se (SCHMID, 2005).

Para a mulher em trabalho de parto entrar na fase ativa, caracterizada por contrações longas e poderosas, o corpo precisa de estímulo regular, em proporção, com uma produção constante e crescente de ocitocina. Este estímulo regular é fornecido pela dor intermitente. A dor momentaneamente cria um pico de estresse agudo para a mulher, o corpo reage aumentando a produção de catecolaminas, que, ao ser produzido em picos, obtém uma resposta paradoxal de ocitocina, estimulando ao mesmo tempo a produção de endorfinas. Com este processo inicia-se um aumento gradual das contrações, juntamente com uma tolerância cada vez maior à dor (SCHMID, 2005).

Por outro lado, quando as catecolaminas não são produzidas de forma intermitente, mas constante, elas inibem a produção de ocitocina e endorfinas. Isso pode ter o efeito de retardar o trabalho de parto ou prolongar as contrações, sem nunca resultarem em um trabalho de parto ativo, originando mais dor aguda. Em muitos casos em que o colo cervical não evolui além dos três centímetros de dilatação, podemos observar um estado permanente de tensão da mãe, muitas vezes acompanhado por sintomas de estimulação excessiva do sistema nervoso simpático. Tendo em consideração estes fatos, podemos contemplar o quão fundamental é a dor no parto. Traduzido em prática, essa consciência deve trazer muito mais atenção para as pausas entre as contrações. O relaxamento completo entre as contrações permite que a mulher momentaneamente entre num estado de calma sem stress profundo. Este estado facilita a ativação do sistema nervoso parassimpático e permite que o corpo da mulher prepare-se para outra corrida de catecolaminas, com conseqüente produção de ocitocina que estimula a prolactina, que possui um papel importante na proteção do metabolismo do bebê durante o trabalho de parto e ajuda-o na transição para a vida extra-uterina (SCHMID, 2005).

Quando o bebê nasceu e o estímulo da dor cessa, os níveis de endorfinas no corpo da mulher são tão altos que ela experimenta sentimentos intensamente prazerosos de êxtase, com os quais dá as boas vindas ao bebê e começa a sua experiência da maternidade. Às endorfinas também são atribuídas às propriedades de dependência e vinculação. O apego é o terreno em que uma criança cria raízes, cresce e vive. Portanto, o parto fisiológico estabelece os alicerces para a sobrevivência e crescimento do bebê (SCHMID, 2005).

A dor é uma experiência que varia de pessoa para pessoa, é uma experiência emocional e sensorial desagradável, associada a lesões reais ou potenciais. A norma 1.2.7 da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (2001) determina que as clientes tenham o direito de avaliar e manejar de forma apropriada sua dor. Por essa razão, a maioria das unidades de cuidado de saúde, atualmente, exige que os enfermeiros avaliem o nível da dor de cada cliente ao admiti-lo e realizem outras verificações da dor a cada

avaliação subsequente (SMITH, 2010). O Hospital de Clínicas de Porto Alegre, local de coleta dos dados deste estudo, adota a dor como o 5º sinal vital.

A dor no parto assume características específicas que envolvem tanto aspectos fisiológicos, como psicológicos e socioculturais, diferenciando-se de outros tipos de dor. Pode ser definida como, “Aguda, transitória, complexa, subjetiva e multidimensional, mas inerente ao processo fisiológico da parturição e resultante dos estímulos sensoriais gerados, principalmente pela contração uterina” (ALMEIDA et al., 2008, p.02).

Anatomicamente, a dor no primeiro estágio do trabalho de parto é basicamente visceral, causada pelas contrações uterinas, pela dilatação do colo do útero e pela distensão do segmento inferior do útero. Os impulsos nervosos são transmitidos por fibras viscerais que acompanham as fibras simpáticas e entram na medula espinhal nos segmentos T10 a L1 (FERNANDES; ANDRADE, 2009).

Durante o segundo estágio do trabalho de parto, surge o componente somático da dor devido à distensão no assoalho pélvico, vagina e períneo. Essas informações são transmitidas pelo nervo pudendo, que é composto por fibras somáticas sacrais. Além da inervação sensitiva da vagina, vulva e períneo, os nervos pudendos fazem a inervação motora de vários músculos da pelve e região perineal. Portanto, a dor é intensa e possui componente visceral e somático, com fibras que penetram na medula nos segmentos T10 a S4 (FERNANDES; ANDRADE, 2009).

Normalmente, a dor do trabalho de parto causa ansiedade e quando esta não é diminuída multiplicam-se naturalmente cortisol, glucagon e catecolaminas, resultando no aumento do metabolismo e do consumo de oxigênio. O aumento dos níveis de catecolaminas também causa hipoperfusão do útero e reduz o fluxo sanguíneo para a placenta, o que, por sua vez, pode ocasionar aumento da contratilidade uterina, o que pode colocar o feto em risco de asfixia, mostrando alterações não tranquilizadoras na frequência do batimento cardíaco no traçado da monitorização fetal (SMITH, 2010).

A dor aguda, como a do trabalho de parto, é principalmente física em sua natureza, em geral, possui uma duração finita e pode ser aliviada por vários métodos não farmacológicos. Muitos fatores podem interferir na resposta individual à dor, entre eles, fatores afetivos (medo, estresse, baixo limiar da dor), fatores comportamentais (tensão muscular), fatores associados (fadiga dificulta o manejo da dor) e fatores cognitivos (falta de conhecimento predispõe ao aumento da percepção dolorosa) (SMITH, 2010).

Segundo Yamashita e Gozzani (1997), as mulheres de todas as culturas sentem dor durante o trabalho de parto, o que varia é a forma de manifestação, ou o comportamento doloroso.

As técnicas não farmacológicas de alívio a dor apresentam limitações, mas quando administradas de forma adequada, respeitando suas limitações, apresentam vantagens como pacientes relaxadas e cooperativas, redução da necessidade de analgésicos, retardo na instalação do bloqueio anestésico, participação ativa da parturiente no período expulsivo e melhor participação familiar (YAMASHITA; GOZZANI, 1997).

3.3 MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS DE ALÍVIO DA DOR

Atualmente, o modelo de assistência obstétrica predominante no Brasil é caracterizado por um alto grau de medicalização e de abuso de práticas invasivas. O desenvolvimento desse modelo está diretamente relacionado ao rumo tomado pelo processo de medicalização da sociedade brasileira, principalmente após 1960, quando se favoreceu a criação de um modelo intervencionista e curativo de assistência médica. Vários especialistas identificam este modelo de assistência obstétrica – em que o médico é o único responsável pelo atendimento durante o trabalho de parto e a figura da parteira é eliminada – como uma das principais causas da alta taxa de cesáreas no país (DOSSIE HUMANIZAÇÃO DO PARTO, 2002).

Promover o conforto e a satisfação das mulheres no parto está entre as tarefas mais importantes dos provedores de cuidados. As práticas que têm estes objetivos fazem parte de um contexto de valorização do parto fisiológico e do uso adequado de tecnologias na assistência ao parto e nascimento, que incluem desde modificações nos ambientes de assistência ao parto até o emprego de práticas não medicamentosas de alívio à dor do parto. Estas práticas provocam menos efeitos colaterais para o binômio mãe-bebê e propiciam à mulher maior sensação de controle no parto. Ambientes intra-hospitalares com aspecto arquitetônico e mobiliário adequados contribuem para a promoção de sensação de calma, controle e liberdade de movimento. Mulheres que deram à luz nesses locais vêm apresentando maiores índices de satisfação, redução na utilização de intervenções médicas e maior probabilidade de partos espontâneos (SILVA et al., 2011).

3.3.1 Recursos para alívio da dor no trabalho de parto

Estudo de revisão, com o objetivo de avaliar os efeitos dos recursos não farmacológicos de alívio a dor no trabalho de parto, incluiu 25 estudos e identificou que os métodos não farmacológicos comumente utilizados são: o banho de aspersão, exercícios respiratórios, técnica de relaxamento, mobilidade materna, a bola de nascimento, e a massagem (GALLO et al., 2011).

3.3.1.1 Banho de aspersão

A água aquecida induz a vasodilatação periférica e a redistribuição do fluxo sanguíneo, promovendo relaxamento muscular. O mecanismo de alívio da dor por este método é a redução da liberação de catecolaminas e a elevação das endorfinas, reduzindo a ansiedade e promovendo a satisfação da parturiente (GALLO et al., 2011).

A aplicação terapêutica desse recurso requer que a temperatura da água esteja em torno de 37 a 38°C, sendo necessário que a parturiente permaneça no mínimo 20 minutos no banho, com a ducha sobre a região dolorosa, comumente localizada na região lombar ou abdome inferior (Figura 1) (GALLO et al., 2011).

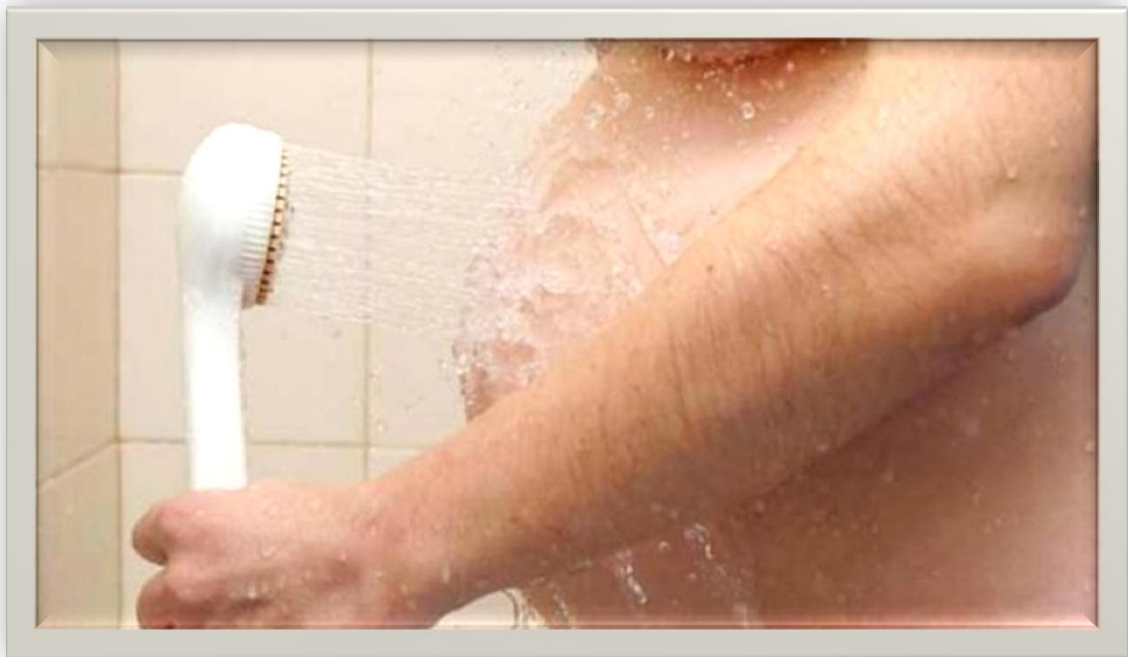


Figura 1 - Banho de aspersão realizado durante o trabalho de parto.

3.3.1.2 Exercícios respiratórios

Os exercícios respiratórios durante as contrações são comumente usados para auxiliar no alívio da dor durante o trabalho de parto. Em estudo experimental realizado no Centro Obstétrico de uma Maternidade em Florianópolis (SC), objetivou analisar se o padrão respiratório adotado ofereceu analgesia no trabalho de parto, identificando se a intensidade de dor e a saturação de oxigênio são influenciadas pela técnica respiratória. Compuseram randomizadamente o grupo controle e o grupo experimental 40 primigestas. Para todas as parturientes do grupo experimental, a técnica respiratória interferiu no trabalho de parto, sendo que, 85% delas disseram ter relaxado e 55% referiram que diminuiu a sensação dolorosa. A intensidade dolorosa no grupo experimental foi consideravelmente mais baixa. A análise demonstrou diferença estatisticamente significativa das saturações de oxigênio no período de 4 a 9 cm de dilatação cervical durante as contrações e no intervalo de contração. As autoras conferiram à técnica respiratória a ação de diminuir a sensação dolorosa durante o primeiro estágio do trabalho de parto (fase ativa), melhorando os níveis de saturação materna. Assim, acreditam que a técnica respiratória diafragmática, realizada de forma lenta e profunda, é uma forma alternativa para o controle da dor durante o trabalho de parto (BÖING; SPERANDIO; SANTOS, 2007).

A respiração diafragmática ou respiração profunda é chamada assim porque expande o diafragma e leva o ar rico em oxigênio até o abdômen. É através dessa técnica que se consegue aumentar significativamente a capacidade volumétrica dos pulmões em mais do dobro. A respiração diafragmática pode ser utilizada por todos nos momentos de tensão e estresse. É o primeiro passo para restabelecer o equilíbrio e também para o relaxamento, desconstruindo o mecanismo de luta ou fuga causado pela respiração torácica (PETROFF, 2012).

Uma pesquisa de campo experimental (ALMEIDA et al., 2005) que objetivou avaliar o efeito de técnicas de respiração e de relaxamento sobre a dor e a ansiedade, na parturição. Foi aplicada a Escala Analógica Visual para avaliação da intensidade da dor no início das fases latente, ativa e de transição, no momento em que a parturiente estava apresentando dor proveniente da contração uterina. As técnicas utilizadas foram de respiração e de relaxamento. A técnica de respiração utilizada durante as contrações nas diferentes fases do trabalho de parto e no período expulsivo foi: na fase latente uso da respiração total, na fase ativa a respiração foi torácica lenta (Figura 2), e na fase de transição foi estimulada a respiração de pressão sem execução de força de pressão abdominal, já no período expulsivo

utilizaram a respiração de pressão com execução de força no momento dos puxos. A técnica de relaxamento incluiu a soltura de toda a musculatura corporal associada à respiração total, nos intervalos das contrações uterinas. As autoras concluíram que as técnicas utilizadas não reduziram a intensidade de dor, mas promoveram ao grupo que utilizou a técnica à manutenção de nível baixo de ansiedade por maior tempo da parturição.



Figura 2 - Exercícios respiratórios utilizados durante o trabalho de parto.

3.3.1.3 Técnicas de relaxamento

Os exercícios de relaxamento têm como objetivo permitir que as parturientes reconheçam as partes do seu corpo, evidenciando as diferenças entre relaxamento e contração, melhorando o tônus muscular e, desta forma, favorecendo a evolução do trabalho de parto. Em estudo de revisão, Gallo et al. (2011) concluíram que o relaxamento reduz o número de cesarianas e de partos vaginais assistidos, além de promover alívio da dor e redução da ansiedade.

A promoção de um bom relaxamento vai desde a adoção de posturas confortáveis a ambientes tranquilos, os quais permitam música ambiente, iluminação adequada e principalmente pensamentos direcionados, utilizando a imaginação para desmitificar o trauma

da dor no trabalho de parto. Uma das técnicas mais utilizadas é o relaxamento muscular progressivo, no qual a parturiente realiza a contração de grupos musculares seguida de relaxamento, priorizando o intervalo das contrações uterinas. Existem outras formas de relaxamento como as massagens, a respiração com movimentos de inspiração e expiração suave, acompanhada por relaxamento do corpo; imersão em banheiras ou duchas aquecidas e até mesmo estar acompanhada por pessoas colaborativas escolhidas pela parturiente para compartilhar esse momento (Figura 3) (GALLO et al., 2011).



Figura 3 - Técnica de relaxamento no trabalho de parto.

3.3.1.4 Mobilidade materna

A mudança de postura materna durante o trabalho de parto tem se mostrado eficiente para aumentar a velocidade da dilatação cervical, promover o alívio da dor durante as contrações e facilitar a descida fetal. As parturientes são incentivadas a adotarem posturas alternadas, variando de sentada no leito, na cadeira e na banquetta para decúbito lateral, ajoelhada, agachada, quatro apoios, em pé com inclinação de tronco, dentre outras, sempre de acordo com as habilidades motoras de cada parturiente. A alternância contínua de posturas, priorizando as verticais (posições com o tronco a favor da linha da gravidade) deve ser estimulada durante o trabalho de parto, porém sob supervisão para melhor adequação postural (GALLO et al., 2011).

A postura vertical e a movimentação podem diminuir a dor materna, facilitar a circulação materno-fetal e a descida do feto na pelve materna, melhorar as contrações uterinas e diminuir o trauma perineal, motivo pelo qual a influência das mudanças de posição materna no parto vem sendo um tópico de interesse há muitas décadas nas pesquisas (Figura 4) (SILVA et al., 2011).



Figura 4 - Quadro ilustrativo com posições incentivadas durante o trabalho de parto.

3.3.1.5 Bola de nascimento, *birthball* ou bola obstétrica

A bola de nascimento é um recurso que deve ser utilizado com o objetivo de facilitar a adoção de postura vertical pela parturiente de forma confortável. Para muitos, a bola é um instrumento lúdico que distrai a parturiente, tornando o trabalho de parto mais tranquilo. Tanto serve de suporte para outras técnicas como, por exemplo, a massagem e o banho de aspersão, como também para a realização de alongamentos e exercícios ativos de circundação, anteversão e retroversão pélvica, dentre outros. A utilização da bola pela parturiente sem orientação e supervisão de um profissional de saúde pode provocar queda e não deve ser recomendada (GALLO et al., 2011).

A bola de nascimento consiste em uma bola de borracha inflável, usada em fisioterapia para exercícios de correção postural e no tratamento de problemas neurológicos. Permite que a mulher realize um discreto balanceio pélvico enquanto está sentada, movimento este que pode auxiliar na descida e rotação do feto. Além de proporcionar sensação de relaxamento a mulher adota uma postura vertical e ativa durante o trabalho de parto (Figura 5) (LOBO et al., 2010).

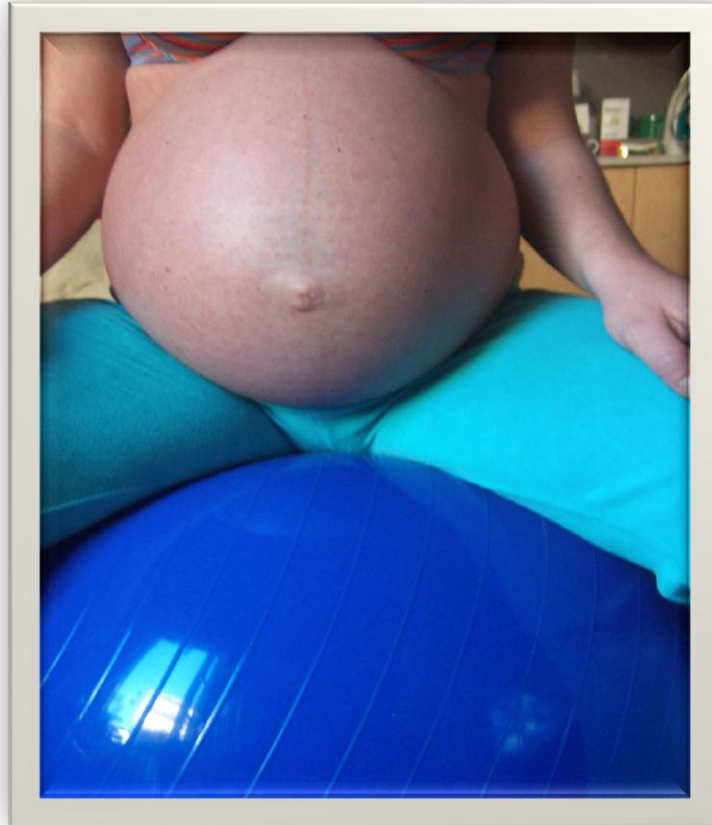


Figura 5 - Bola de nascimento utilizada durante o trabalho de parto

3.3.1.6 Cavalinho

Consiste em um assento com apoio para os braços, o que favorece uma postura sentada com as costas inclinadas para frente e promove um balanço pélvico (Figura 6) (SESCATO; SOUZA; WALL, 2008).



Figura 6 - Cavalinho utilizado durante o trabalho de parto

3.3.1.7 Massagem

A massagem é 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 de relaxamento, diminuindo o estresse emocional e melhorando o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos (GALLO et al., 2011).

A massagem pode ser aplicada em qualquer região que a parturiente relatar desconforto e pode também ser combinada com outras terapias. Dependendo da tolerância de cada parturiente, as técnicas de massagem podem ser alternadas durante os períodos de

contração uterina, objetivando o alívio da dor, e o intervalo das contrações, com o intuito de proporcionar relaxamento (GALLO et al., 2011).

As técnicas podem variar de deslizamento superficial e profundo, amassamento, pinçamento, fricção ou pressão em pequenos círculos, desde que realizada de forma direcional razoavelmente firme e rítmica. Pode ser aplicada no abdômen, cabeça, sacro, ombros, pés, membros e dorso, ou seja, nos locais onde a parturiente relatar desconforto. Comumente, aplica-se a massagem na região lombar durante as contrações uterinas e em outras regiões como panturrilhas e trapézios nos intervalos entre as contrações, por serem regiões que apresentam grande tensão muscular no trabalho de parto (Figura 7) (GALLO et al., 2011).



Figura 7 - Massagem na região lombar durante o trabalho de parto.

4 MATERIAL E MÉTODO

A seguir estão descritos o tipo e o local do estudo, a amostra, a seleção de participantes, o instrumento de coleta de dados, as variáveis, a coleta e a análise de dados do estudo e os aspectos éticos.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo de corte transversal. O estudo transversal corresponde a uma estratégia de estudo que se caracteriza pela observação direta de um número planejado de indivíduos em uma única oportunidade. Este tipo de estudo é apropriado para descrever características de populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição (PEREIRA, 1995).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado na Unidade de Internação Obstétrica, localizada no 11º andar, ala sul do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Este hospital é integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e é vinculado academicamente a Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

4.3 POPULAÇÃO E CÁLCULO DA AMOSTRA

A população do estudo incluiu todas as mulheres que tiveram parto no centro obstétrico do HCPA. Considerando que no ano de 2010 o Hospital de Clínicas de Porto Alegre teve 3.510 partos e visto que não existem dados na literatura sobre os níveis de adequação das práticas de assistência humanizada, o tamanho amostral foi calculado com base em 50% de adequação de cada prática, 95% de intervalo de confiança e 5% de margem de erro. O *Software* utilizado foi o *WinPepi*. Assim, a amostra foi composta de 385 entrevistas com puérperas.

4.4 SELEÇÃO DE PARTICIPANTES

Foram incluídas no estudo mulheres que tiveram parto no Centro Obstétrico do HCPA , gestação de feto único, idade gestacional igual ou superior a 37 semanas, permaneceram em Sala de Pré-parto do Centro Obstétrico por no mínimo uma hora ou tiveram registro no prontuário de práticas implementadas durante a permanência no pré-parto.

Foram excluídas as mulheres que não entraram em trabalho de parto, aquelas com óbito fetal ou recém-nascido com malformação grave e as submetidas a cesariana eletiva ou de emergência.

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a realização da pesquisa da qual este estudo integra, foi elaborado um Instrumento de Coleta de Dados (ANEXO A) a fim de identificar os dados referentes à caracterização da amostra e as práticas de assistência humanizada implementadas.

4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

A seguir serão descritas as variáveis do estudo.

Idade: em anos completos no momento da entrevista.

Raça/Cor da pele: autorreferida. Foram utilizadas as categorias branca, preta, parda/morena/mulata, amarelo e indígena segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010).

Escolaridade: considerado a série ou ano concluído.

Situação marital: informação fornecida pela gestante referente a ter companheiro e não ter companheiro.

Ocupação: atividade ou profissão exercida pela mulher.

Número de Gestações: número de vezes que a mulher ficou grávida, incluindo a gestação atual.

Pré-natal: considerado se a mulher realizou ou não alguma consulta durante o pré-natal. Categorizado por sim e não.

Número de consultas de pré-natal: número de consultas durante a gestação.

Tipo de serviço onde realizou o pré-natal: categorizados como rede pública, por custeio próprio ou prestadora de saúde privada.

Profissional que realizou a consulta de pré-natal: categoria profissional que realizou a consulta de pré-natal. Categorizado por médico, enfermeiro, médico e enfermeiro.

Categoria de internação: categorizadas como Sistema Único de Saúde (SUS), prestadora de saúde privada (convênio) e custeio próprio (particular).

Informação no pré-parto sobre formas de diminuir a dor durante o trabalho de parto: considerado se a mulher recebeu ou não, dos profissionais de saúde que atuam no centro obstétrico, alguma informação sobre métodos de alívio a dor durante o trabalho de parto. Categorizada como sim e não.

Métodos não farmacológicos: medidas para aliviar a dor durante o trabalho de parto que não incluem o uso de fármacos e categorizados como banho de aspersão, banqueta, bola, cavalinho, massagem, movimento de balanço do quadril e outros.

Motivo relacionado ao uso de métodos não farmacológico de alívio a dor: categorizado como para alívio da dor, para o bebê descer mais rápido, relaxamento e outros.

Pessoa que realizou a massagem durante o trabalho de parto: categorizado como, companheiro/esposo, mãe, sogra, irmã, prima, cunhada, amiga, avó, equipe de enfermagem, equipe médica e outro.

Teve acompanhante durante o trabalho de parto: considerada a presença ou a ausência de acompanhante, categorizado como sim e não.

Acompanhante durante o trabalho de parto: considerada a pessoa que acompanhou a mulher durante o trabalho de parto e categorizado como, companheiro/esposo, mãe, sogra, irmã, prima, cunhada, amiga, avó, equipe de enfermagem, equipe médica e outro.

Tempo de permanência no pré-parto: considerado o intervalo de tempo entre o horário de admissão das mulheres no centro obstétrico e o horário do nascimento.

4.7 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados ocorreu no período de Agosto a Novembro de 2012.

Os dados foram obtidos por meio de entrevista semi-estruturada com mulheres internadas na Unidade de Internação Obstétrica com no mínimo 12 horas pós-parto, de registros do prontuário eletrônico materno e do neonato e da Planilha de Ocorrências da Área Restrita da Unidade do Centro Obstétrico. Os dados que a participante não soube informar foram conferidos no prontuário materno e neonatal. Foram entrevistadas diariamente, todas as puérperas que contemplaram os critérios de inclusão definidos para esse estudo. A autora

deste estudo participou da coleta de dados juntamente com as outras pesquisadoras do projeto maior e todas receberam treinamento para esta coleta.

4.8 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram digitados em um banco construído no *Statistical Package For The Social Sciences*– SPSS. A análise utilizada foi estatística descritiva das variáveis pesquisadas, pelos cálculos de frequência, percentual, medidas de tendência central e de variabilidade. Foi utilizado o teste estatístico Qui-quadrado para verificar a associação entre as variáveis, “tempo de permanência das mulheres no pré-parto” e “utilização dos métodos não farmacológicos”, assim como para as variáveis “recebimento de informação sobre formas de alívio da dor” e “utilização dos métodos não farmacológicos”. O cálculo foi realizado com 95% de intervalo de confiança e 5% de margem de erro. As análises foram realizadas Software SPSS, versão 18. Utilizaram-se gráficos e tabelas para a apresentação.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

Este subprojeto foi originado do projeto de pesquisa intitulado “Práticas de atendimento implantadas durante o processo de parturição” que foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ/ENF), sob o protocolo nº 22387 (ANEXO B), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com o parecer de nº 66852 (ANEXO C).

Todas as participantes que concordaram em participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO D) em duas vias iguais, no qual constou os objetivos da pesquisa, o tempo destinado para responder ao questionário, bem como a não existência de risco à saúde física e mental das mesmas, visto que não foi utilizada qualquer intervenção, a não ser a aplicação do Instrumento de Coleta de Dados. Foi assegurado à participante a confidencialidade da informação prestada e a possibilidade de desistir da participação sem prejuízos à sua assistência na instituição de saúde.

Nos casos em que a participante tinha idade inferior a 18 anos, também foi solicitado ao responsável legal o consentimento e a assinatura do TCLE.

Foi apresentado ao HCPA, o Termo de Responsabilidade para Utilização de Dados Institucionais (ANEXO E).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir será descrita a caracterização das mulheres do estudo e os métodos não farmacológicos de alívio à dor utilizados pelas mulheres durante o trabalho de parto.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES DO ESTUDO

Neste estudo foram incluídas 385 mulheres. Os resultados dos dados sociodemográficos, ou seja, idade, cor da pele, escolaridade, ocupação e situação marital serão descritos a seguir. A média de idade das mulheres deste estudo foi de 24,92 anos, com desvio padrão de 6,25, idade mínima de 14 anos e a máxima de 44 anos. Em relação à faixa etária, 78,2% tinham idade entre 20 e 44 anos, ou seja, estavam na idade adulta. Verificou-se que quanto à cor da pele, a maioria das mulheres (54,8%) denominou-se ser da cor branca. Quanto à escolaridade, 30,4% tinha o ensino médio completo e 25,5% o ensino fundamental incompleto. Em relação à ocupação das entrevistadas, identificou-se que 41,0% eram do lar. Quanto à situação marital, a maioria das mulheres (90,1%) tinha companheiro (Tabela 1). Apesar de o número total de mulheres do estudo ser de 385, ao se analisar as variáveis, esse número foi menor em alguns casos quando ocorreram dados perdidos.

Tabela 1 - Características sócio-demográficas das 385 mulheres incluídas no estudo, Porto Alegre – 2012.

Variáveis Sócio-demográficas	Frequência absoluta (n)*	Frequência relativa (%)
Idade		
14-19 anos	84	21,8
20-44 anos	301	78,2
Total	385	100,0
Cor da pele		
Branca	210	54,8
Preta	57	14,9
Parda/Morena/Mulata	107	28,0
Amarela	7	1,8
Indígena	... 2	0,5
Total	383	100,0
Escolaridade		
Ensino fund. incompleto	98	25,5
Ensino fund. completo	64	16,6
Ensino médio incompleto	75	19,5
Ensino médio completo	117	30,4
Ensino superior	31	8,0
Total	385	100,0
Ocupação		
Do lar	158	41,0
Estudante	37	9,6
Auxiliar administrativo	13	3,4
Operadora de caixa	12	3,1
Outros	165	42,9
Total	385	100,0
Situação marital		
Tem companheiro	345	90,1
Não tem companheiro	38	9,9
Total	383	100,0

* O n amostral de cada variável não inclui seus valores ignorados.

A caracterização sócio-demográfica das mulheres deste estudo demonstra um predomínio na faixa etária de 20 a 44 anos, cor da pele branca e grau de escolaridade superior a oito anos. Quanto à ocupação, o maior percentual evidenciou que as mulheres do estudo eram do lar e tinham companheiro. Em relação à gravidez na adolescência (10-19 anos), contou-se que 21,8% tinham menos de 20 anos, sendo este percentual mais elevado que o de 14,6%, na cidade de Porto Alegre (PORTO ALEGRE, 2012) e de 16% do estado do Rio Grande do Sul no ano de 2011 (RIO GRANDE DO SUL/SINASC, 2011b). Dados semelhantes à idade das mulheres deste estudo foram encontrados em pesquisa realizada em uma maternidade do estado do Espírito Santo, cujo objetivo era descrever o perfil social e obstétrico das puérperas atendidas, onde as usuárias apresentaram uma média de idade de 23 anos, idade mínima de 12 e máxima de 46 anos, e um índice de gravidez na adolescência de 21,93% (PRIMO; AMORIM; CASTRO, 2007). Em estudo realizado na cidade de Rio Grande – RS (CESAR et al., 2011), que tinha por objetivo comparar a assistência à gestação e ao parto entre mães adolescentes e não adolescentes, obteve percentual de gestantes adolescentes de 20,2% semelhante ao nosso estudo. Outro estudo realizado em oito municípios do estado do Rio Grande do Sul com mães adolescentes que tiveram partos no período de 2000 a 2005, que teve por objetivos descrever o perfil sociodemográfico e epidemiológico da gravidez entre 10 e 19 anos, e caracterizar a rede de serviços de saúde dos mesmos, encontrou um percentual de 19,6% de mães adolescentes, dado semelhante ao encontrado neste estudo (PERETTO et al., 2011). Esse valor fortalece os dados obtidos nesta pesquisa.

O percentual das entrevistadas que completou o ensino fundamental ou mais foi de 74,5%. Tal percentual demonstra que a maioria das mulheres deste estudo cumpriu a recomendação constitucional de que a população deve ter no mínimo oito anos de estudo (ensino fundamental completo) (BRASIL, 1996). Este percentual também foi melhor que o apresentado pelo estado do Rio Grande do Sul (56,4%) e semelhante aos valores do município de Porto Alegre no ano de 2010 (72,7%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS, 2010). Em estudo do tipo transversal, realizado no ano de 2001 no vale do Paraíba Paulista – SP que incluiu 3.843 declarações de nascidos vivos, que teve como objetivo estimar as associações entre a escolaridade materna, como variável dependente, e algumas variáveis constantes na declaração de nascido vivo do Ministério da Saúde este associou escolaridade materna com variáveis obstétricas e identificou que a baixa escolaridade está relacionada à ocorrência de recém-nascidos com baixo peso, ao menor número de consultas de pré-natal. As autoras concluíram que mães com maior grau de instrução tinham duas vezes mais chance de comparecerem em mais de seis consultas de pré-natal. Segundo os autores, a baixa

escolaridade materna é um fator importante que pode predispor ao aparecimento de situações potencialmente de risco para a mãe e o recém nascido (HAIDAR; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2001).

Foi predominante a situação marital de a mulher ter companheiro e a ocupação do lar, por esta ser uma pergunta aberta ocorreu uma gama variada de profissões o que impossibilitou uma categorização quanto às outras profissões que apareceram no estudo. Apesar do elevado grau de instrução das mulheres um grande número delas não exercia atividade remunerada.

Ao analisar as variáveis de caracterização obstétrica (número de gestações, realização e número de consultas, e o tipo de serviço de saúde onde realizou o pré-natal), verificou-se em relação ao número de gestações que 46,6% das mulheres eram primigestas. (Tabela 2).

Quase todas as entrevistadas realizaram o pré-natal (99,7%), apenas uma mulher não realizou consulta de pré-natal na gestação atual. Entre as mulheres que frequentaram o pré-natal, 69,9% realizaram sete ou mais consultas. A grande maioria das entrevistadas (84,3%) realizou o pré-natal na rede pública. Deve ser considerado que algumas mulheres realizaram a consulta de pré-natal em mais de um tipo de serviço de saúde, ou seja, na rede pública e na rede privada. Quanto ao profissional responsável pela realização das consultas de pré-natal, 28,9% das mulheres realizaram consultas de pré-natal com ambos os profissionais médico e enfermeiro e 0,8%, exclusivamente, com o enfermeiro (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização das mulheres participantes do estudo segundo as variáveis obstétricas, Porto Alegre – 2012.

Variáveis Obstétricas	Frequência absoluta (n)*	Frequência relativa (%)
Número de gestações		
1 Gestação	179	46,6
2 Gestações	103	26,8
3 Gestações	60	15,6
4 Gestações ou mais	42	11,0
Total	384	100,0
Realizou pré-natal		
Sim	384	99,7
Não	1	0,3
Total	385	100,0
Número de consultas		
< 7 consultas	116	30,1
≥ 7 consultas	267	69,9
Total	383	100,0
Tipo de serviço onde realizou o pré-natal**		
Rede pública SUS	323	84,3
Custeio próprio	43	11,2
Convênio	60	15,7
Profissional responsável pelas consultas de PN		
Médico	270	70,3
Médico e Enfermeiro	111	28,9
Enfermeiro	3	0,8
Total	384	100,0

* O n amostral de cada variável não inclui seus valores ignorados.

**Algumas mulheres consultaram em mais de um tipo de serviço. n=383.

Quase a totalidade das mulheres do estudo realizou PN na gestação atual, a maioria delas realizou sete ou mais consultas, a maior parte fez o PN na rede pública, sendo que o profissional médico ainda aparece como o principal responsável pelas consultas, o enfermeiro somou um percentual de 28,9% de realização das consultas quando estas são compartilhadas com o médico e três mulheres realizaram o PN apenas com o enfermeiro.

O número de consultas de pré-natal realizado pelas mulheres do estudo é semelhante quando comparados aos dados do Estado do Rio Grande do Sul e do município de Porto Alegre que apresentaram, respectivamente, 70,7% e 71,9% de cobertura de sete ou mais consultas de pré-natal no ano de 2010 (RIO GRANDE DO SUL/SINASC, 2011a). A cobertura nacional de sete ou mais consultas de pré-natal ficou abaixo (61,1%) dos valores encontrados no estudo (MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS, 2011). Esses valores fortalecem os dados obtidos pelo estudo em relação ao número de consultas de pré-natal.

Um dado inquietante observado no estudo foi o baixo percentual de enfermeiros que realizou as consultas de pré-natal, uma vez que a consulta de enfermagem é uma atividade independente, realizada privativamente pelo enfermeiro, e tem como objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida. O pré-natal de baixo risco pode ser acompanhado integralmente pela enfermeira de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 (BRASIL, 1987). A enfermeira possui embasamento teórico-científico e respaldo legal para prestar assistência pré-natal de baixo risco, e se espera dela o acompanhamento e a assistência à população de gestantes (CUNHA et al., 2009).

É atribuição do enfermeiro orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação; realizar o cadastramento da gestante no SISPRENATAL e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido; realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do (a) médico (a); solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal; realizar testes rápidos; prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das DST, conforme protocolo da abordagem sindrômica); orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B); identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica; realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero; desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera); orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade; orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas; realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar (BRASIL, 2012).

Em estudo realizado na cidade de Divinópolis-MG para conhecer a percepção dos enfermeiros a cerca do uso do protocolo e suas atribuições na assistência do PN, identificando as ações desenvolvidas por esses profissionais, incluiu 15 unidades básicas de saúde da família existentes na cidade e entrevistou cinco enfermeiros (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2011). Os resultados obtidos demonstraram a necessidade de investimento na formação de pessoal qualificado para o atendimento a mulher no ciclo gravídico-puerperal. Entre as falas dos entrevistados, as que mais se destacou confirmando a opinião dos autores foram, “Olha o pré-natal eu não assumo [...] Eu não me meto a fazer uma coisa que eu não sei direito”, “[...] o pré-natal mesmo é realizado pelo médico”. Essas falas evidenciam a falta de conhecimento por parte dos enfermeiros em relação as suas atribuições na realização do PN e a falta de qualificação por parte dos mesmos. Esta pode ser uma explicação para o baixo número de consultas realizadas por enfermeiros em nosso estudo.

Em referência ao tipo de serviço de saúde onde as mulheres realizaram o pré-natal, observou-se uma prevalência em relação à rede pública, sendo que 84,3% delas fizeram o PN no SUS. Estudo realizado na cidade de Rio Grande – RS no ano de 2010, que teve por objetivo avaliar a assistência recebida durante o PN nos setores público e privado, incluiu 2.395 gestantes. O estudo mostrou que o PN oferecido pela Estratégia de Saúde da Família, uma modalidade do setor público, apresentou vários indicadores de cobertura melhores que o setor privado tais como sorologia para sífilis, anti HIV, citopatológico para colo uterino, suplementação com sulfato ferroso e vacinação antitetânica, esses indicadores evidenciam um melhoramento na assistência ao pré-natal (CESAR et al., 2012).

Em relação à categoria de internação hospitalar, o predomínio (99,2%) ocorreu pelo Sistema Único de Saúde (SUS). As internações por convênio e por custeio próprio, se somadas, são menores que 1,0%. Em referência ao tipo de parto das mulheres do estudo nesta internação, 75,1% delas tiveram parto normal. Quando questionado às mulheres se foi permitido à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, 96,6% responderam que tiveram pelo menos um acompanhante durante o trabalho de parto, sendo a maioria (73,8%) acompanhada pelos seus respectivos companheiros. Salienta-se que algumas das entrevistadas tiveram mais de um acompanhante durante o trabalho de parto (Tabela 3)

Tabela 3 - Caracterização das mulheres do estudo segundo categoria de internação, tipo de parto e presença de acompanhante, Porto Alegre – 2012.

Variáveis de Internação	Frequência absoluta (n)*	Frequência relativa (%)
Categoria de internação		
Sistema Único de Saúde	380	99,2
Particular	1	0,3
Convênio	2	0,5
Total	383	100,0
Tipo de parto		
Normal	289	75,1
Cesárea	81	21,0
Fórceps	15	3,9
Total	385	100,0
Teve acompanhante no pré-parto		
Sim	372	96,6
Não	13	3,4
Total	385	100,0
Quem foi o acompanhante		
Companheiro		
Sim	276	73,8
Não	98	26,2
Total	374	100,0
Mãe		
Sim	77	20,6
Não	297	79,4
Total	374	100,0
Outros familiares		
Sim	74	19,9
Não	298	80,1
Total	372	100,0

* O n amostral de cada variável não inclui seus valores ignorados.

O tipo de parto predominante entre as mulheres da pesquisa foi o parto normal. Sendo o local da pesquisa uma instituição que preconiza e estimula o acompanhante durante o trabalho de parto e parto, a grande maioria das entrevistadas teve pelo menos um

acompanhante durante o trabalho de parto, sendo a maior parte seus respectivos companheiros. Esse direito é garantido pela Lei N.º 11.108, de abril de 2005, a qual determina que os serviços do SUS, da rede própria ou conveniada, devem permitir a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005).

Em pesquisa realizada na Unidade de Internação Obstétrica em uma maternidade de Fortaleza – CE, que objetivou identificar a percepção das puérperas quanto à presença do acompanhante e o papel desenvolvido por estes, incluiu 14 puérperas (OLIVEIRA et al., 2011). Destaca-se das falas conversar, proporcionar apoio e segurança, amenizar o medo, dar atenção, segurar a mão e explicar eventos desconhecidos confirmam o valor da presença do acompanhante para a puérpera. Para a OMS (1996) o respeito à escolha da mulher sobre seu acompanhante é classificado como uma prática comprovadamente útil e que deve ser estimulada. Essa experiência de apoio é um componente importante na parturição, pois remete à mulher a sensação de tranquilidade, confiança e segurança (OLIVEIRA et al., 2011).

Pesquisa realizada em uma maternidade de Campinas – SP no período de fevereiro de 2004 a março de 2005, portanto antes da Lei do acompanhante entrar em vigor, objetivou conhecer a influência deste provedor de apoio sobre a satisfação da mulher com a experiência do trabalho de parto/parto. Participaram do estudo 212 primíparas que foram divididas em dois grupos, o grupo de intervenção e o grupo controle. Constatou-se que as parturientes que receberam apoio por acompanhantes de sua escolha tiveram maior satisfação global com a experiência do trabalho de parto se comparadas com as que não tiveram apoio (BRÜGGEMANN et al., 2010).

5.2 MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS DE ALÍVIO A DOR UTILIZADOS PELAS MULHERES DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Verificou-se que neste estudo 68,2% das mulheres utilizaram alguma medida não farmacológica para aliviar a dor durante o trabalho de parto.

Em um estudo descritivo de corte transversal, teve por objetivos conhecer a percepção das puérperas em relação a um grupo de práticas assistenciais realizadas durante o seu trabalho de parto e parto e levantar a frequência que estas práticas são indicadas pelos profissionais de saúde, tomando como referência para o estudo as Categorias A, B e D das recomendações da OMS (SOUZA; ALMEIDA; REIS, 2009). As autoras verificaram que 31% das mulheres relataram que não tiveram acesso aos métodos não invasivos e não

farmacológicos. Os dados obtidos em nosso estudo são semelhantes aos apresentados pelo estudo referido, corroborando com os resultados desta pesquisa.

Os métodos não farmacológicos (MNF) de alívio à dor utilizados pelas mulheres desse estudo foram o banho de aspersão, a banqueta, a bola, o cavalinho, a massagem, o movimento de balanço do quadril e outros (agachamento, deambular, arco sobre o leito, barras de apoio na parede, mudança de posição, postura de quatro apoios).

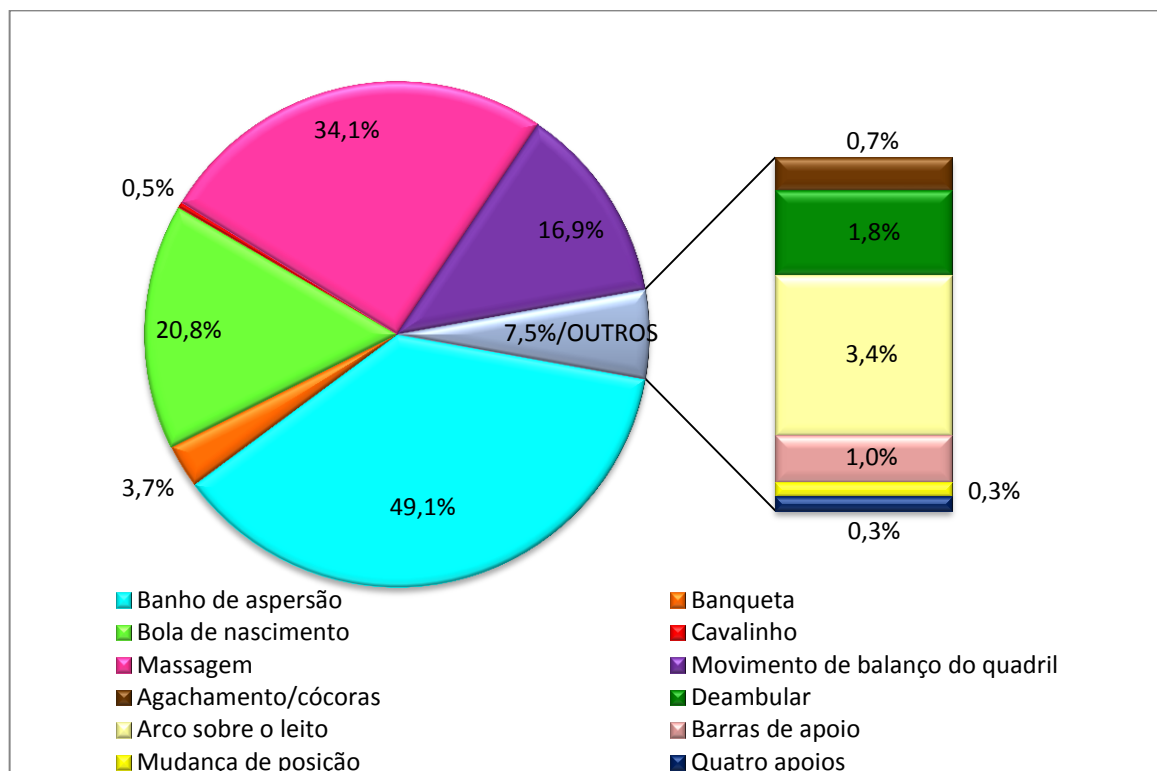


Figura 8 - Distribuição das mulheres segundo o tipo de método não farmacológico de alívio da dor utilizado no trabalho de parto, Porto Alegre – 2012.

Uma grande parte das mulheres do estudo (49,1%) utilizou como método não farmacológico de alívio da dor o banho de aspersão, seguido da massagem (34,1%), da bola de nascimento (20,8%), do movimento de balanço do quadril (16,9%), da banqueta (3,7%) e do cavalinho (0,5%). Além disso, 7,5% das mulheres disseram ter utilizado outro método, sendo que todos os métodos descritos relacionaram-se com a mobilidade materna. Salienta-se que algumas mulheres utilizaram mais de um método de modo combinado ou em momentos distintos (Figura 8).

Entre os métodos utilizados, que tiveram maior aceitação ou foram mais oferecidos para o emprego das mulheres o banho de aspersão foi o método de maior percentual de utilização. Evidenciando ser este um método de grande aceitação tanto pela equipe que

orientou o seu uso quanto pelas parturientes que o utilizou. Ao se analisar os percentuais de utilização dos métodos, um alto percentual de mulheres também utilizou a massagem e a bola como método de alívio da dor. Nota-se que a banqueta e o cavalinho foram muito pouco utilizados, fato este que pode estar associado à desinformação quanto à existência desses MNF de alívio da dor por parte das mulheres e também a pouca oferta por parte da equipe de saúde.

Outros MNF além dos incluídos no Instrumento de Coletade Dados foram citados pelas mulheres, que são agachamento/cócoras, deambulação, arco sobre o leito, barras de apoio, mudança de posição e quatro apoios. Verificou-se que esses métodos relacionavam-se a mobilidade materna que podem ter sido orientados pela equipe de saúde.

Um dos fatores que pode ter contribuído para a frequência do uso dos métodos utilizados pelas mulheres foi o fato de existir, em frente ao leito da parturiente em cada Sala de Pré-parto, um quadro demonstrativo sugerindo diversos métodos de alívio à dor durante o trabalho de parto (Figura 4).

Em um estudo descritivo retrospectivo realizado em um Centro de Parto Normal (CPN) na cidade de São Paulo, com o objetivo descrever os resultados maternos e perinatais da assistência, verificou que a frequência da utilização do banho de aspersão foi de 71,0%, da massagem de 29,8% e da bola de 18,1% (LOBO et al., 2010). Ao se comparar esses percentuais com os do nosso estudo constatamos que o percentual de utilização da massagem e da bola pelas mulheres foram semelhantes. Já os percentuais de utilização do banho de aspersão foram divergentes entre os estudos, sendo que tal resultado pode estar relacionado ao fato de que a assistência ao parto e nascimento no CPN ser realizada exclusivamente por enfermeiras obstétricas e obstetrias. É de conhecimento que existe uma tendência de esses profissionais utilizarem os métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o processo de parturição comparado ao uso dos métodos farmacológicos.

Em estudo prospectivo randomizado, conduzido por Adachi, Shimada e Usui (2003), teve por objetivo determinar se a posição materna reduziu a intensidade da dor do parto durante a dilatação cervical 6-8 cm em 58 parturientes, sendo 39 primíparas e 19 multíparas. As parturientes foram orientadas a alternar entre posição sentada e deitada, a cada 15 minutos durante a dilatação cervical de 6-8 cm. Os índices de dor medidos pela escala visual analógica foram menores na posição sentada do que na supina, com diferença estatisticamente significativa ($p = 0,001$). Os autores concluíram que a posição sentada é uma postura eficaz no alívio da dor lombar durante a dilatação cervical de 6 a 8 cm. Tal estudo corrobora para justificar o uso de posturas verticalizadas adotadas pelas mulheres de nosso estudo.

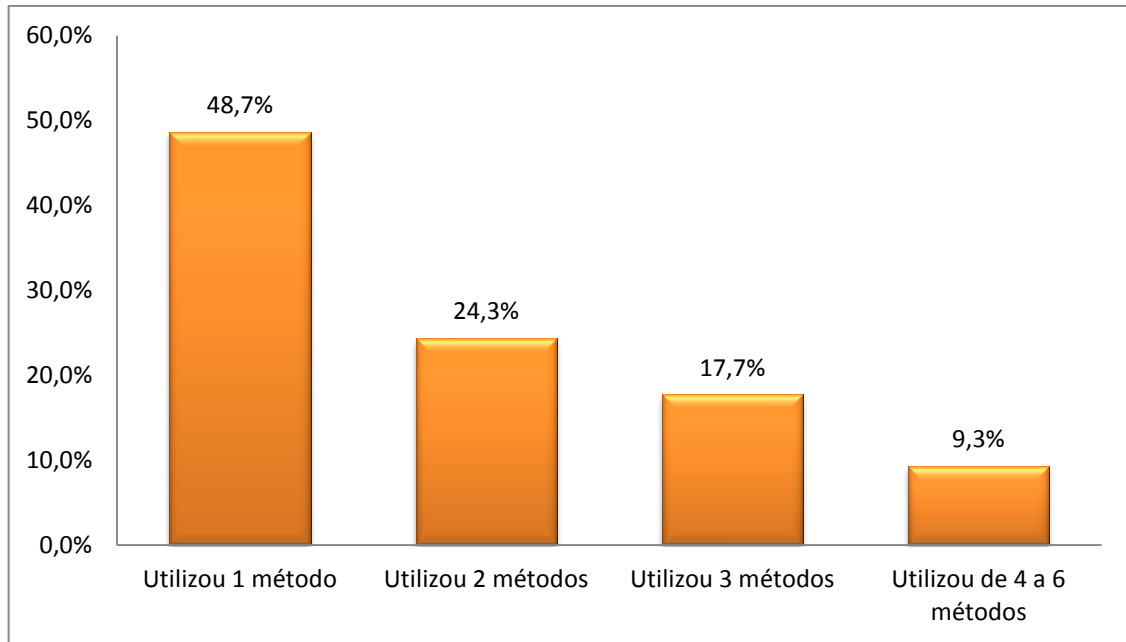


Figura 9 - Distribuição das mulheres segundo o número dos métodos não farmacológicos de alívio da dor utilizados durante o trabalho de parto, Porto Alegre – 2012.

Entre as mulheres que utilizaram algum método não farmacológico (n=259), a maioria, 73,0%, fez uso de um ou dois MNF de alívio da dor e as que utilizaram três métodos ou mais somaram 21,0% (Figura 9). Não se pode afirmar se as mulheres que fizeram uso de mais de um método os utilizaram combinados em um mesmo momento ou isoladamente em momentos distintos.

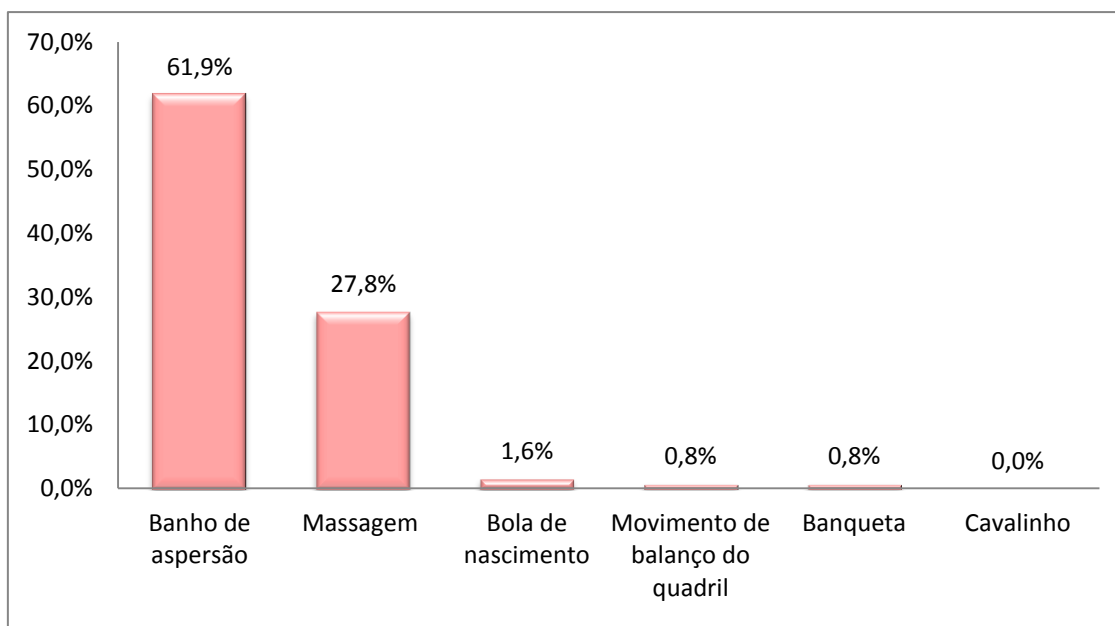


Figura 10 - Distribuição das mulheres segundo a utilização de um método não farmacológico de alívio da dor durante o trabalho de parto, Porto Alegre – 2012.

Entre as mulheres que utilizaram apenas um método (n=126), observou-se que o banho de aspersão foi o mais utilizado (61,9%). Compete informar que o cavalinho não foi utilizado isoladamente pelas mulheres como MNF de alívio da dor (Figura 10).

Um estudo do tipo ensaio clínico quantitativo de intervenção terapêutica, realizado em Natal-RN, teve por objetivo avaliar a efetividade do banho de chuveiro para o alívio da dor de parturientes na fase ativa do trabalho de parto. Este verificou alívio significativo da dor das parturientes do estudo na aplicação do banho de chuveiro (DAVIM et al., 2008).

Um estudo randomizado avaliou a efetividade da massagem nas três fases do trabalho de parto como método não farmacológico de alívio da dor (SIMKIN; BOLDING, 2004). A massagem foi realizada por 30 minutos em cada fase e a intensidade da dor foi avaliada pela enfermeira que usou uma escala comportamental. Embora a intensidade da dor tenha aumentado gradativamente conforme o trabalho de parto foi progredindo, o grupo que recebeu a massagem apresentou pontuação mais baixa se comparado com o grupo controle e 87% das mulheres do grupo que receberam a massagem informou que a mesma foi útil no alívio da dor e como apoio emocional.

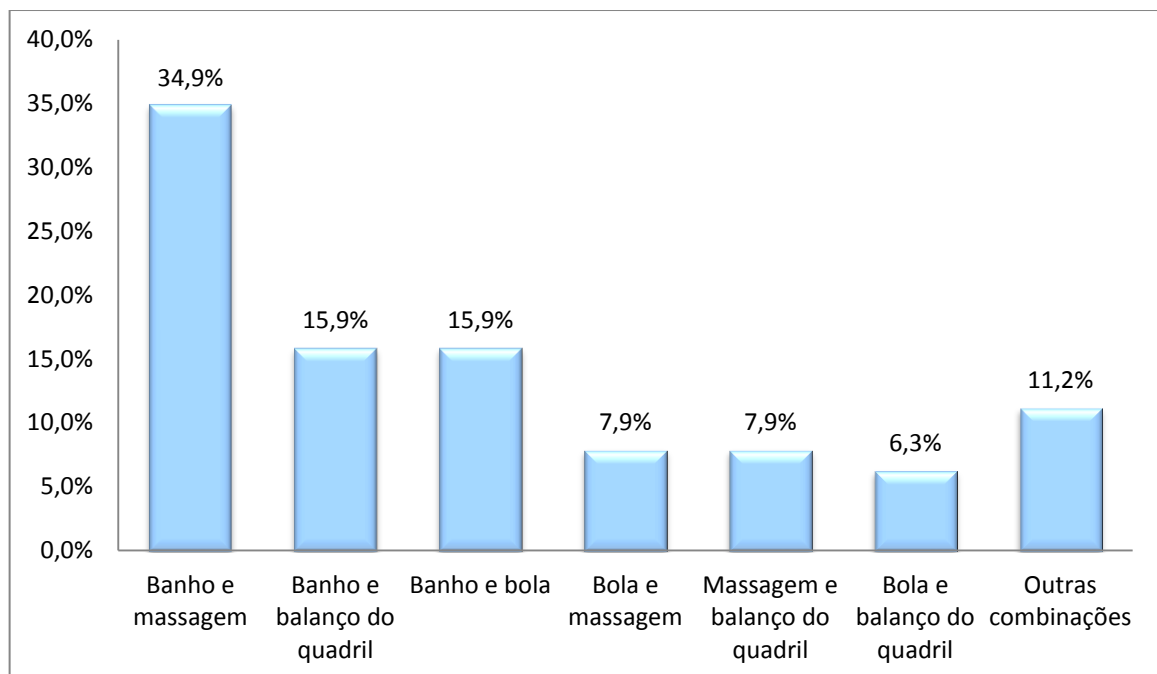


Figura 11 - Distribuição das mulheres segundo a utilização de dois métodos não farmacológicos de alívio a dor durante o trabalho de parto, Porto Alegre – 2012.

Quando se analisou o grupo de mulheres que utilizou dois MNF de alívio da dor (n=63), verificou-se que o banho de aspersão foi o método mais utilizado (66,7%) de modo

combinado em um mesmo momento ou isolado em momentos distintos, a massagem teve um percentual de uso de 50,7% e a bola e o balanço do quadril apresentaram o mesmo percentual de utilização (30,1%) (Figura 11).

É de conhecimento que os métodos não farmacológicos podem reduzir a percepção dolorosa da dor durante o trabalho de parto, sendo considerados como não invasivos. Os métodos podem ser aplicados de forma combinada ou isolados, além de proporcionar alívio da dor no trabalho de parto, podem reduzir a necessidade de utilização de métodos farmacológicos, favorecendo uma melhor experiência vivenciada durante o trabalho de parto (DAVIM, TORRES, DANTAS, 2009).

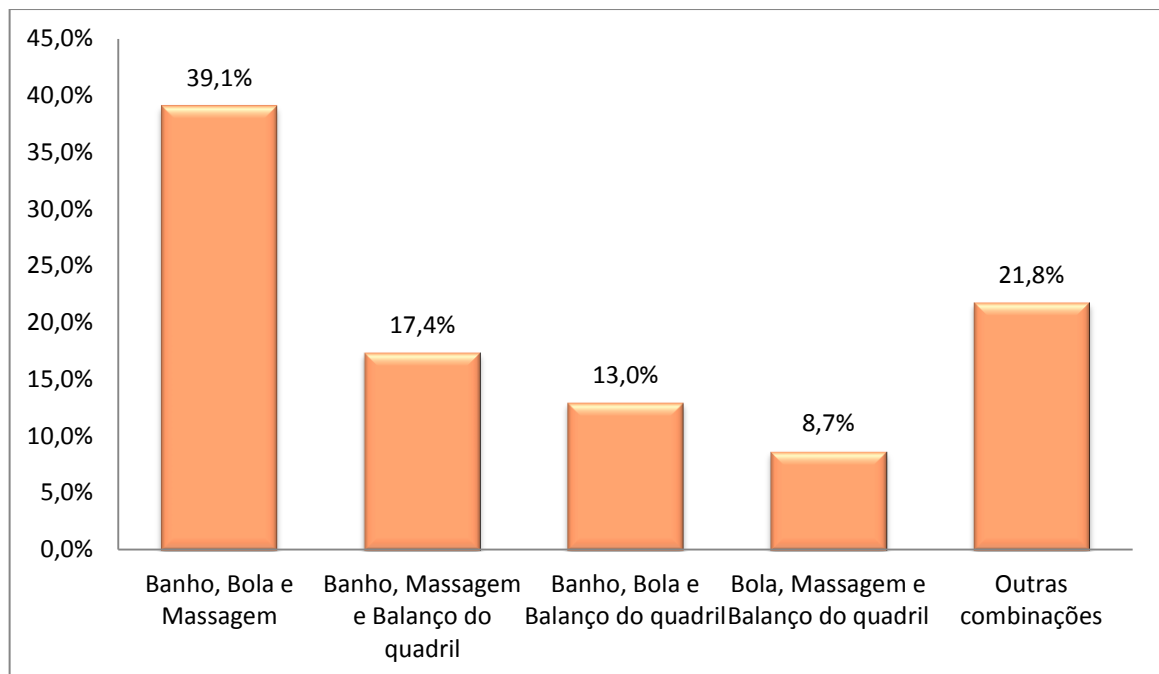


Figura 12 - Distribuição das mulheres segundo a utilização de três métodos não farmacológicos de alívio a dor durante o trabalho de parto, Porto Alegre – 2012.

Quando utilizado três métodos (n=46), as mulheres usaram com maior frequência o trio banho, bola e massagem (39,1%) (Figura 12). Entre as que utilizaram quatro MNF (n=16) durante sua internação no CO, o arranjo mais frequente foi banho, bola, massagem e balanço do quadril (62,5%). Seis entrevistadas utilizaram cinco MNF durante o trabalho de parto e entre elas a combinação mais frequente foi banho, bola, massagem, balanço do quadril e outros (83,5%). Apenas duas mulheres fizeram o uso de todos os seis métodos não farmacológicos questionados no Instrumento de Coleta de Dados.

Verificou-se neste estudo que o banho de aspersão foi o método não farmacológico utilizado com maior frequência em todos os momentos, não apenas quando utilizado como o único método como também quando utilizado com dois ou mais métodos não farmacológicos. Uma explicação para a ampla utilização deste método talvez seja sua facilidade de acesso, visto que na instituição do estudo a cada duas salas de pré-parto existe um chuveiro/ducha para o uso das parturientes outra justificativa para a utilização deste método é a facilidade no seu uso, podendo inclusive incluir o acompanhante na sua aplicação.

Em pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso realizado também no HCPA, com o objetivo de conhecer as ações das enfermeiras obstetras com relação à utilização de medidas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto, analisou doze registros de profissionais enfermeiros no prontuário de 12 parturientes, relativos à utilização de métodos não farmacológicos aplicados a mulher em trabalho de parto no Centro Obstétrico. O método não farmacológico indicado com maior frequência pelos profissionais que participaram do estudo foi o exercício com a bola obstétrica evidenciado pelo uso de todas as pacientes incluídas no estudo. Nove pacientes que se encontravam acompanhadas, receberam a massagem lombo-sacral do acompanhante, encorajados pela enfermeira. As parturientes desacompanhadas não receberam nenhum tipo de massagem. O método de hidroterapia do tipo banho de aspersão foi utilizado com menor frequência pelas parturientes, sendo que duas fizeram uso desse recurso (OLIVEIRA, 2007).

Ao comparar nosso estudo com o de Oliveira (2007) nota-se a mudança quanto à frequência dos métodos não farmacológicos de alívio da dor utilizado pelas parturientes do HCPA, uma vez que no ano de 2007 o método mais utilizado era a bola de nascimento e, no atual estudo, o método mais frequente empregado foi o banho de aspersão, sendo a bola de nascimento o terceiro método mais utilizado pelas mulheres deste estudo.

Observou-se que a bola e o balanço do quadril obtiveram baixo percentual, 1,6% e 0,8%, respectivamente, quando utilizados como único método de alívio da dor, mas esse percentual aumentou para 30,1% (os dois métodos tiveram o mesmo percentual) quando utilizados com outros métodos, de modo combinado ou em momentos distintos ao uso dos diferentes métodos.

Oliveira (2011) observou que a indicação do uso da bola obstétrica é principalmente realizada pela enfermeira, que tem o conforto como indicação principal. Quanto ao período de trabalho de parto que é implementado a bola, constatou-se que na maioria dos casos foi empregada no início da fase ativa do trabalho de parto e que é associada a outros métodos.

Entre as mulheres que utilizaram a bola como um recurso não farmacológico, 12 associaram com o banho de aspersão, três com massagem e apenas uma paciente não associou o uso da bola obstétrica com qualquer outro método. Todas as mulheres do estudo relataram algum tipo de alívio da dor, o que também foi percebido pelas enfermeiras (OLIVEIRA, 2011). Mesmo se tratando de um estudo qualitativo, portanto com um número de participantes pequeno, se comparado ao nosso estudo é possível observar semelhanças como o reduzido percentual de uso da bola como método utilizado isoladamente e a utilização do banho de aspersão como método não farmacológico mais frequente combinado a outros métodos neste caso a bola.

Silva et al. (2011) realizaram estudo com a finalidade de caracterizar o uso da bola de nascimento na assistência ao parto. Foram entrevistadas 35 enfermeiras obstétricas, e investigados a frequência e os motivos para uso da bola no trabalho de parto. A respeito do período do trabalho de parto, no qual é empregada a bola, as respostas das entrevistadas variaram de 4 a 7 cm; sendo que a maior parte (54,8%) indicou quando a parturiente atinge 4 cm de dilatação cervical. Em relação às indicações para uso da bola, as respostas mais citadas foram: para auxiliar na descida da apresentação fetal (34,8%), promover o relaxamento (24,2%) e aliviar a dor (15,1%). As respostas que apareceram com menor frequência foram indicação para auxílio na progressão do trabalho de parto (13,6%), estímulo para movimentação (7,6%) e auxílio para exercitar a região perineal, com 4,5% das respostas. Do total de 31 enfermeiras que mencionaram ter experiência com a bola, quatro relataram que não a associam com outras práticas não medicamentosas no trabalho de parto. Dentre aquelas que utilizavam a bola associada a algum outro método, 54,5% a empregavam combinada ao banho de aspersão, 42,4% com a massagem e 3,0% com a orientação de realizar exercícios respiratórios (SILVA et al., 2011).

Estudo cujo objetivo foi avaliar a efetividade de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, concluiu que a aplicação dos métodos não farmacológicos combinados, exercícios respiratórios, relaxamento e massagem, nos 6, 8 e 9 centímetros de dilatação do colo uterino, apresentou diferença significativa no alívio da dor das parturientes do estudo. Frente aos dados obtidos, os autores afirmaram que a aplicação de métodos não farmacológicos é efetiva no alívio da dor de parturientes na fase ativa do período de dilatação do trabalho de parto (DAVIM; TORRES; DANTAS, 2009).

Em um estudo descritivo de abordagem qualitativa, teve como objetivo discutir as práticas incorporadas e desenvolvidas por enfermeiras desde a implantação do modelo humanizado de assistência ao parto. Na categoria do estudo “práticas que promovem

relaxamento e o alívio da dor no parto” as enfermeiras incorporavam em suas ações o uso do banho de aspersão, orientação para uma respiração adequada e o uso de massagem como recursos que favorecem o relaxamento da parturiente e o alívio da dor, sejam em conjunto ou isoladamente. A prática mais frequente foi o uso do banho de aspersão. 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 (PORFÍRIO; PROGIANTI; SOUZA, 2010). 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.

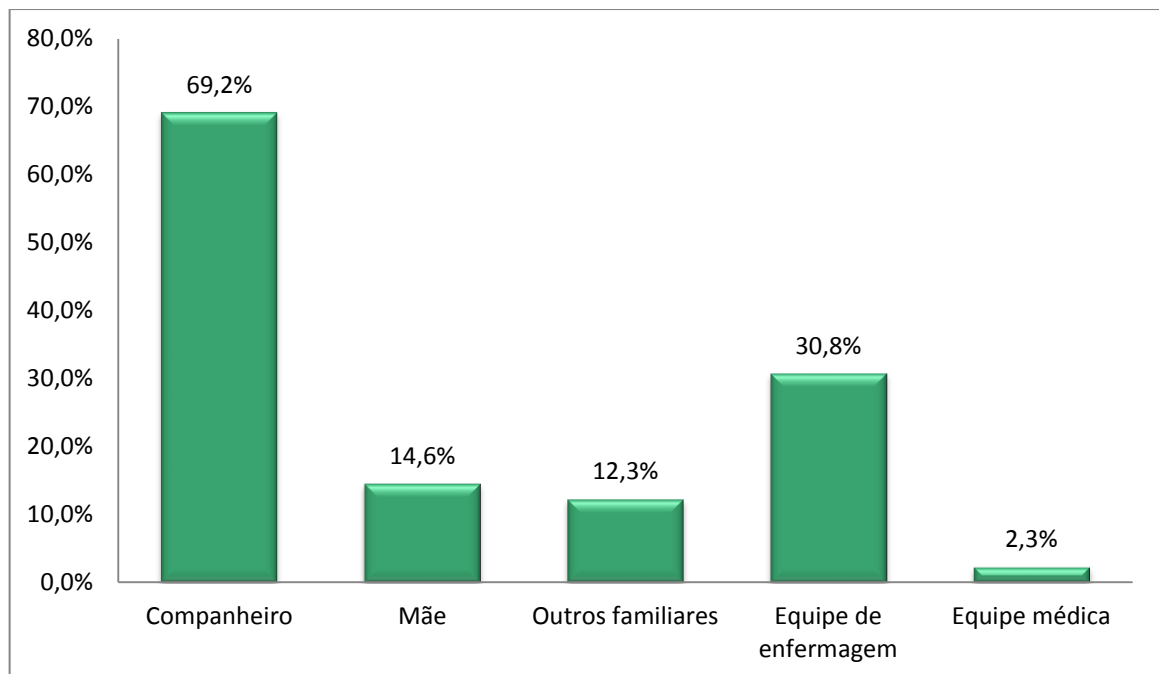


Figura 13 - Distribuição das mulheres segundo a pessoa que realizou a massagem como método de alívio da dor durante o trabalho de parto, Porto Alegre – 2012.

Entre as mulheres que receberam massagem como método de alívio da dor, a maioria (69,2%) referiu que foi o companheiro quem a executou (Figura 13). Ressalta-se que algumas mulheres receberam a massagem por mais de uma pessoa.

Neste estudo, o percentual de mulheres que tiveram acompanhantes durante o trabalho de parto foi de 96,6%, sendo o companheiro a presença mais frequente (73,8%), seguido da mãe (20,6%). Algumas mulheres tiveram a presença de mais de um acompanhante em momentos distintos do trabalho de parto. Acredita-se que o percentual de mulheres que receberam a massagem do companheiro e da mãe relaciona-se ao fato de esses terem sido os

acompanhantes mais frequentes durante o trabalho de parto. O percentual de mulheres que receberam massagem pela equipe de enfermagem, 30,8%, pode estar relacionado ao fato de que esta equipe presta o cuidado continuamente todo o período de internação hospitalar, quando comparado com a equipe médica.

O alto percentual de mulheres com acompanhantes durante o trabalho de parto demonstra que a instituição está respeitando e incentivando a presença do acompanhante seguindo a recomendação da OMS (1996) e Lei N.º 11.108, de abril de 2005 (BRASIL, 2005) quanto a esta prática.

Gayeski e Brüggemann (2010) em estudo de revisão sistemática constataram que a massagem mostrou-se mais efetiva para o alívio da dor quando utilizada no início da fase latente, age reduzindo as reações comportamentais o estresse e ansiedade frente à dor, além disso, permite a participação ativa do acompanhante, o que resulta em maiores níveis de satisfação para ambos.

Em um estudo qualitativo do tipo estudo de caso realizado no HCPA, mesma instituição de nosso estudo, que teve o objetivo de conhecer a participação do pai como acompanhante da mulher durante o parto, identificou que os pais consideraram sua participação importante em todo o processo de parturição por poderem oferecer apoio emocional à mulher. Foi observado ainda que a participação paterna favoreceu a relação do casal e também foi fundamental para a formação do vínculo pai-filho (PERDOMINI; BONILHA, 2011).

Em outra pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso, também realizada no HCPA, com o objetivo de analisar o uso da bola obstétrica no trabalho de parto e incluiu 16 mulheres que utilizaram a bola obstétrica, evidenciou que todas parturientes contaram com a permanência de um acompanhante durante o trabalho de parto (OLIVEIRA, 2011). A autora destacou que o uso da bola, isoladamente ou em associação com outros métodos não farmacológicos, implicou a participação do acompanhante que se envolveu com a massagem lombar e/ou com a ducha de água quente durante a hidroterapia.

O acompanhante apresenta atitudes como o interesse pelos sentimentos da mulher e o toque, representado pelo ato de segurar a mão. Além dessas atitudes, outras podem ser realizadas, como massagens, auxílio no banho de aspersão/imersão, na deambulação e encorajamento no período expulsivo (SATURNINO et al., 2011).

Medo, tensão, estresse e ambiente desconhecido aumentam a percepção dolorosa, deste modo o acompanhante introduz-se como um amparo emocional para a parturiente, permitindo desta forma que o companheiro se aproxime e participe ativamente do processo

parturitivo. A possibilidade de desfrutar de situações de cuidado e conforto, principalmente aquelas oferecidas por pessoas com as quais ela possui vínculo, gera elevação da autoestima e sensação de apoio, que resultam em satisfação e segurança. O alcance do bem-estar acontece quando a parturiente se sente amada e respeitada (SATURNINO et al., 2011).

Um estudo qualitativo cujo objetivo foi descrever a percepção de profissionais da saúde sobre prestar assistência à parturiente na presença do acompanhante por ela escolhido, apresentou que o acompanhante gerou mudanças benéficas na assistência, bem como sentimentos positivos e emoção na equipe, sua presença aumentou a orientação e a privacidade dadas à parturiente. Os profissionais identificaram muitos aspectos positivos quanto aos sentimentos, comportamento, participação e satisfação das parturientes com acompanhante, enquanto as sem acompanhante demonstraram mais medo e dificuldade para vivenciar o nascimento (BRÜGGEMANN; OSIS; PARPINELLI, 2007).

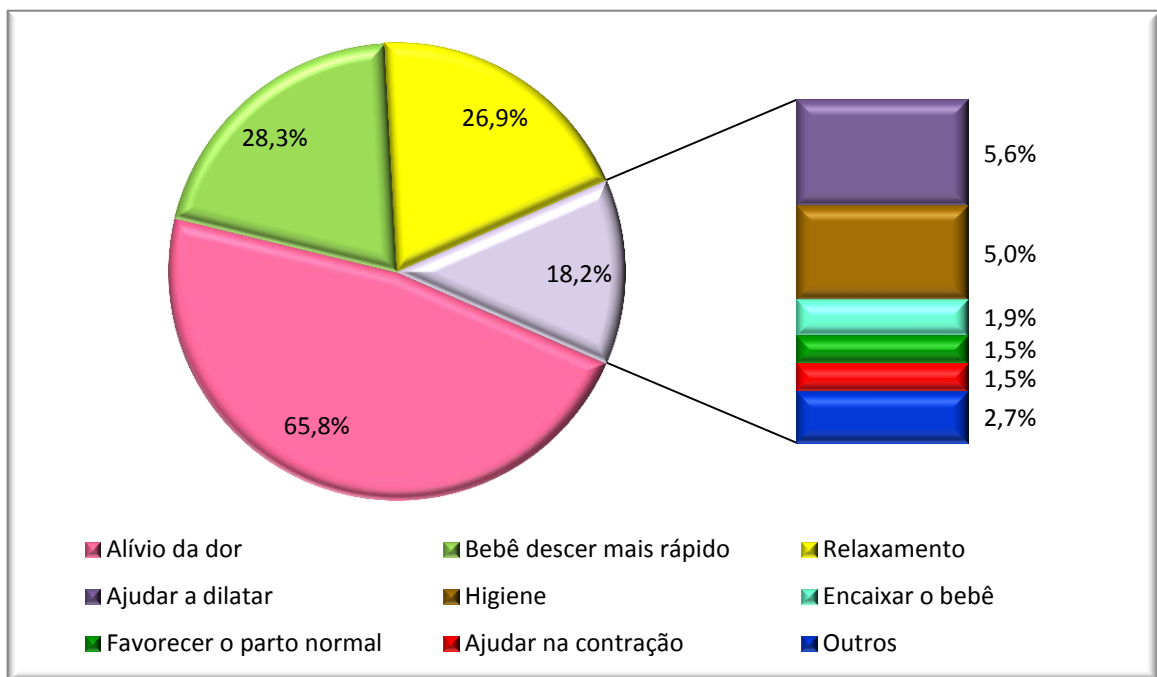


Figura 14 - Distribuição dos motivos do uso dos métodos não farmacológicos de alívio à dor durante o trabalho de parto citados pelas mulheres, Porto Alegre – 2012.

Quando as mulheres que utilizaram os métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto foram questionadas sobre os motivos de terem utilizado tais métodos, 65,7% disseram que o fez para o alívio da dor (Figura 14). É importante citar que algumas mulheres relataram mais de um motivo por ter utilizado um mesmo método.

Pode-se ressaltar que a grande maioria das mulheres soube informar pelo menos um motivo por ter utilizado os métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, denotando um adequado nível de fornecimento de informação por parte da equipe responsável pelo atendimento da parturiente.

Em relação ao tempo de permanência das parturientes no pré-parto, a média foi de 7,48 horas, com desvio padrão de 7,21 horas. O tempo mínimo de permanência foi de uma hora e o máximo de 69,8 horas. Pertinente ressaltar que o tempo de permanência no pré-parto não corresponde necessariamente ao tempo de trabalho de parto, pois neste estudo algumas mulheres internaram para induzir o trabalho de parto ou para investigação de problemas clínicos e posteriormente entraram em trabalho de parto. Como não existe no prontuário o registro do horário de início do trabalho de parto, foi impossível calcular a variável tempo de trabalho de parto, sendo esta substituída pela variável tempo de permanência no pré-parto, calculada pelo intervalo de tempo entre o horário de admissão e o horário de nascimento.

Tabela 4 - Distribuição entre o tempo de permanência das mulheres no pré-parto e o uso dos métodos não farmacológicos de alívio da dor, Porto Alegre – 2012.

Utilizou os MNF de alívio da dor n=379	Quartis de tempo de permanência no pré-parto				P-valor* <0,001
	1º Quartil	2º Quartil	3º Quartil	4º Quartil	
	< 3,2 horas	3,3 a 5,2 horas	5,3 a 8,9 horas	> 9 horas	
Não					Total
n	49	29	25	18	121
%	40,5	24,0	20,7	14,9	100,0
Sim					
n	48	64	64	64	258
%	18,6	25,2	26,7	29,5	100,0

* Teste Qui-quadrado.

Ao analisar o tempo de permanência no pré-parto com o uso ou não de MNF de alívio da dor, verificou-se que quanto maior o tempo de permanência das mulheres no pré-parto, maior foi o percentual das que fizeram uso de métodos não farmacológicos. Portanto, quanto maior foi o tempo de permanência no pré-parto, maior foi a probabilidade de utilizar algum método não farmacológico de alívio da dor, sendo $p < 0,001$ (Tabela 4).

Identificou-se que 66,1% das mulheres do estudo receberam informações sobre atitudes/procedimentos/métodos que poderiam contribuir para facilitar o nascimento.

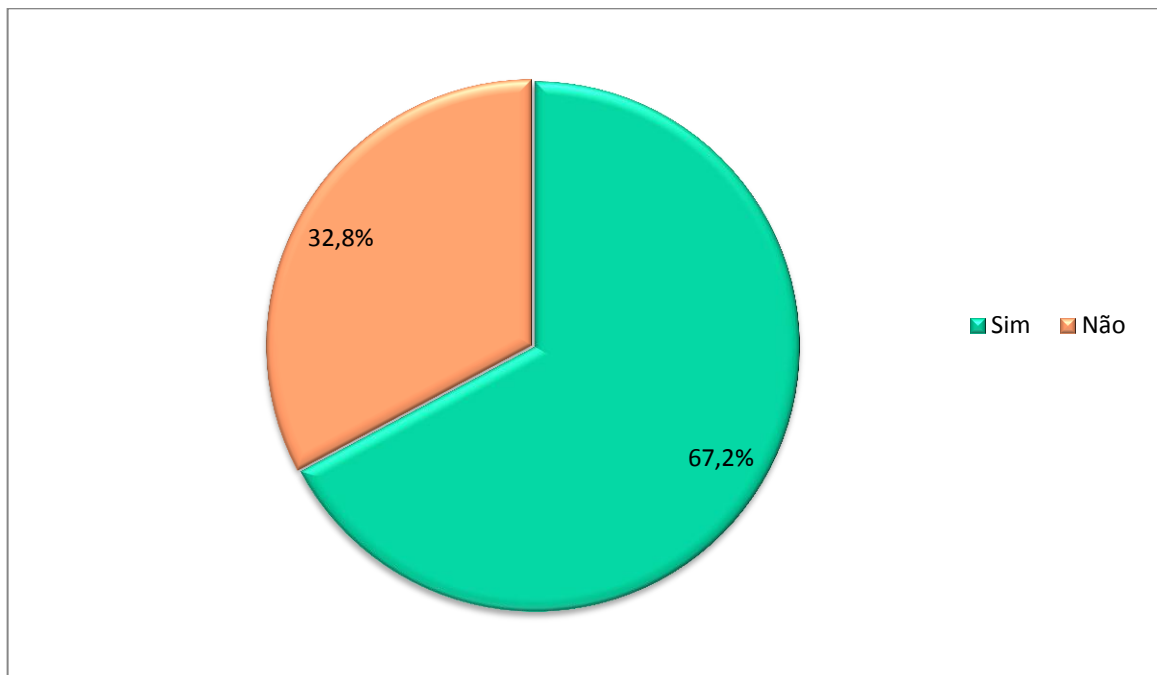


Figura 15 - Distribuição das mulheres segundo informação recebida durante o trabalho de parto sobre formas de diminuir a dor, Porto Alegre – 2012.

Neste estudo verificou-se que 67,2% receberam alguma informação sobre formas de diminuir a dor (Figura 15). Oferecer às mulheres todas as informações e explicações que desejarem, é uma das recomendações da OMS (1996) classificada como “Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas”.

Em pesquisa qualitativa de natureza exploratória teve por objetivo verificar se os cuidados não farmacológicos de alívio da dor eram orientados pela equipe de enfermagem à parturiente e identificar quais as técnicas de cuidados não farmacológicos de alívio da dor foi utilizado pelas mesmas na qual foram incluídas 10 parturientes (SESCATO; SOUZA; WALL, 2008). As autoras verificaram que nove foram orientadas a realizar pelo menos um cuidado não farmacológico na hora do trabalho de parto e as técnicas mais utilizadas foram o banho, a deambulação e a massagem.

Tabela 5 - Distribuição das mulheres segundo o recebimento de informação sobre formas de diminuir a dor na internação e a utilização dos métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, Porto Alegre – 2012.

Utilizou os métodos não farmacológicos de alívio da dor	Recebimento de informação sobre formas de diminuir a dor quando internou no CO		P-valor* <0,001
	Sim	Não	
Não			Total
n	33	38	71
%	46,5	53,5	100,0
Sim			
n	133	45	178
%	74,7	25,3	100,0

*Teste Qui-quadrado

Quando comparamos as mulheres que utilizaram com as que não utilizaram algum método não farmacológico, verificou-se que o percentual de mulheres que utilizou algum método foi maior entre as mulheres que receberam informações sobre as formas de diminuir a dor, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) (Tabela 5).

Neste estudo, evidenciou-se que existe uma associação entre receber informação sobre formas de diminuir a dor e a frequência de mulheres que utilizaram os MNF. Portanto, acredita-se que é fundamental que as parturientes recebam informações da equipe de saúde sobre a existência de métodos não farmacológicos de alívio a dor e de seus benefícios para a mãe e bebê.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos permitem concluir que, na instituição onde este estudo foi realizado, os métodos não farmacológicos de alívio da dor utilizados para as mulheres foram o banho de aspersão, a massagem, a bola de nascimento, o movimento de balanço do quadril, o cavalinho, a banqueta e a mobilidade materna.

Em relação à frequência de utilização dos métodos não farmacológicos, o banho de aspersão foi o método mais utilizado pelas mulheres. A massagem, a bola de nascimento, o movimento de balanço do quadril e a mobilidade materna, aparecem nesta ordem de percentual como métodos não farmacológicos mais usados depois do banho de aspersão.

Referente aos motivos por ter utilizado os métodos não farmacológicos referidos pelas mulheres, a grande maioria utilizou-o (os) para alívio da dor, seguido dos motivos para o bebê descer mais rápido e para relaxar. O que demonstra que as mulheres que utilizaram os métodos não farmacológicos, na maioria das vezes, os associam com o alívio da dor. Ao comparar-se o tempo de permanência no pré-parto e o percentual de mulheres que utilizaram algum método não farmacológico de alívio à dor, verificou-se que quanto maior foi o tempo de permanência no pré-parto, maior o percentual de mulheres que utilizaram algum método não farmacológico de alívio a dor, sendo essa diferença estatisticamente significativa, $p < 0,001$.

Quando se comparou o recebimento ou não de informação sobre formas de diminuir a dor e a utilização dos métodos não farmacológicos, verificou-se que o percentual de mulheres que utilizaram algum método não farmacológico de alívio da dor foi maior se comparado as mulheres que não tiveram acesso a esse tipo de informação, sendo essa diferença estatisticamente significativa.

Uma das limitações deste estudo foi referente ao Instrumento de Coleta de Dados, na pergunta sobre os motivos de as mulheres terem utilizado os métodos não farmacológicos, a qual foi realizada como uma pergunta não específica para cada método não farmacológico. Acredita-se que tal fato impediu a averiguação se as mulheres conheciam o motivo de ter utilizado cada método não farmacológico durante o trabalho de parto. Ainda no mesmo Instrumento, quando as mulheres informaram terem utilizado mais de um método não farmacológico de alívio a dor, não houve uma questão ou espaço no Instrumento para informar se os métodos foram utilizados combinados em um mesmo momento ou utilizados separadamente, o que impediu tal análise.

Outra limitação do estudo foi a ausência de estudos no que concerne a utilização e a efetividade de alguns métodos não farmacológicos, como a banqueta e o cavalinho, assim como foram poucos os estudos encontrados relacionados ao uso da bola de nascimento.

Uma vez que o Centro Obstétrico da instituição onde ocorreu o estudo implementou o uso dos métodos não farmacológicos mais intensamente em 2007 este estudo visou conhecer quais métodos essa instituição oferta para as mulheres e qual a frequência. Almeja-se que os dados encontrados possam contribuir com profissionais de saúde que lá atuam para o conhecimento sobre quais métodos não farmacológicos de alívio a dor que estão sendo aplicados durante o trabalho de parto e sua frequência de utilização. Também se acredita colabora para ampliar o conhecimento de outros profissionais da área da saúde, principalmente a equipe de enfermagem, para que se apropriem do uso dos métodos não farmacológicos de alívio da dor como uma estratégia a ser utilizada durante trabalho de parto e melhorar a prática obstétrica conduzindo o parto de modo humanizado, objetivando que a mulher tenha a oportunidade de conceber de forma tranquila e segura.

Espera-se que este estudo promova para despertar o interesse de pesquisadores sobre a utilização e efetividade dos métodos não farmacológicos de alívio a dor. Os achados sinalizam para a necessidade de pesquisas que focalizem o uso das estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, devido aos limitados estudos existentes sobre alguns métodos e a discutida efetividade de outros.

Para ampliar o uso dos métodos não farmacológicos de alívio da dor, sugere-se a criação de protocolos assistenciais nos quais a enfermeira avalie a progressão do trabalho de parto para decidir sobre a utilização desses métodos, assim como avalie a sua efetividade quando esses são aplicados. Deste modo, os profissionais que prestam assistência às mulheres durante o trabalho de parto e parto teriam acesso ao conhecimento sobre esses métodos e seus benefícios e, conseqüentemente, os aplicariam com maior segurança. Tal fato contribuirá para a humanização do parto e o caminhar ao encontro das recomendações da OMS para uma maternidade segura.

REFERÊNCIAS

ADACHI, K.; SHIMADA, M.; USUI, A. The relationship between the parturient's and perceptions of labor pain intensity. **Nurs Res.** v.52, n.1, p.47-51, 2003. Resumo disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12552175>>. Acesso 27 nov. 2012.

Almeida N. A. M. et al. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v.13, n.1, p.52-58, jan./fev. 2005.

ALMEIDA, N. A. M. et al. A dor do parto na literatura científica da Enfermagem e áreas correlatas indexadas entre 1980-2007. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.10, p.1114-1123, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a24.htm>>. Acesso em: 13 abr. 2012.

BRASIL. **Decreto nº 94.406/87** regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 08 de junho de 1987.

_____. Constituição Federal (1988). Emenda constitucional nº 14, de 12 de setembro de 1996 modifica os arts. 34, 208, 211 e 212 da constituição federal e dá nova redação ao art. 60 do Ato das Disposições constitucionais Transitórias. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 set. 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. 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.

_____. Lei nº 11.108. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. 8 abr. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em: 09 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 318 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

BÖING, I. ; SPERANDIO, F. F.; SANTOS, G.M. Uso da técnica respiratória para analgesia no parto. **Femina**, v.35, n.1, p. 41-46, 2007.

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

BRÜGGEMANN, O.M. et al. Apoio à parturiente por acompanhante de sua escolha em maternidade brasileira: ensaio clínico controlado randomizado. **Rev. Tempus Actas Saúde Col.**, Campinas, p. 155-159, 2010. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/843/806>. Acesso em: 07 dez. 2012.

BUDIN, W. Trabalho de parto e parto. In: ORSHAN, S.A (org). **Enfermagem na saúde das mulheres, das mães e dos recém-nascidos: o cuidado ao longo da vida**. Tradução: Ana Thorell, Celeste Inthy, Regina Machado Garcez; revisão técnica: Ana Lucia de Lourenzi Bonilha, Anne Marie Weissheimer. Porto Alegre: Artmed, 2010. Cap. 15, p. 605-649.

CESAR, J.A. et al. Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.11, p. 2106-2114. Nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/10.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2012

CESAR, J. A. et al. Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.27, n.5, p. 985-994, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n5/16.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2012.

CUNHA, M. A. et al. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Esc. Anna Nery.**, v.13, n.1, p. 145-153, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a20.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2012.

DAVIM, R. M. B. et al. Banho de aspersão como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes. **Rev. Eletr. Enf.**v.10, n.3, p.600-609, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a06.htm>. Acesso em: 30 abr.2012.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; DANTAS, J. C. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. **Rev. esc. enferm. USP**. v.43, n.2, p. 438-445, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a25v43n2.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2012.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, Set., 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300026>. Acesso em: 29 abr. 2012.

DOSSIÊ HUMANIZAÇÃO DO PARTO/Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – São Paulo, 2002. 40p. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/dossies-da-rede-feminista/015.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2012.

FERNANDES, M. L.; ANDRADE, F. C. J. Analgesia de parto: bases anatômicas e fisiológicas. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.19, n.3, p.3-6, 2009. Disponível em: <http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/view/148/131>. Acesso em: 13 abr. 2012.

[FIGURA 1 – Banho aspersão]. Disponível em: http://capitanbado.com/detalle.php?id_noticias=9182 Acesso em: 08 dez. 2012.

[FIGURA 2 – Exercício respiratório]. Disponível em:

http://www.google.com.br/imgres?um=1&hl=pt-BR&tbo=d&biw=1024&bih=456&tbm=isch&tbnid=P1DgBZriKbVtAM:&imgrefurl=http://www.gravidafeliz.com.br/exercicios_respiratorios.html&docid=oQu_MGo7vPzJ_M&imgurl=http://www.gravidafeliz.com.br/imagens/20.jpg&w=405&h=280&ei=ZuXEUL7eNofe9ATkzIHOBQ&zoom=1&iact=hc&vpx=4&vpy=107&dur=967&hovh=187&hovw=270&tx=168&ty=103&sig=109053947104344152804&page=1&tbnh=133&tbnw=192&start=0&ndsp=11&ved=1t:429,r:0,s:0,i:81. Acesso em: 08 dez. 2012.

[FIGURA 3 – Técnica de relaxamento]. Disponível em

http://www.google.com.br/imgres?um=1&hl=pt-BR&tbo=d&biw=1024&bih=456&tbm=isch&tbnid=NzrxgaC6_YWahM:&imgrefurl=http://matergaiacuritiba.blogspot.com/p/yoga-para-gestantes_13.html&docid=e9yk2Qvc6Vs8gM&imgurl=http://1.bp.blogspot.com/-tJlGz3paOw/UBiEJHF3h1I/AAAAAAAAANA/MuhBOFugQVQ/s1600/IMG_5315.jpg%252Bpe.jpg&w=448&h=299&ei=yubEUI34MZHg8ATTn4CYBA&zoom=1&iact=rc&dur=280&sig=109053947104344152804&page=6&tbnh=146&tbnw=192&start=74&ndsp=16&ved=1t:429,r:83,s:0,i:334&tx=99&ty=81. Acesso em: 08 dez. 2012.

[FIGURA 4 – Mobilidade materna]. Quadro caminhando para o parto normal. Disponível em:

http://1.bp.blogspot.com/_jKhLfmFmuBw/TKfS23E8DXI/AAAAAAAAACw/jztFoW85TgE/s1600/cartaz+humanization+org.jpg. Acesso em: 08 dez. 2012.

[FIGURA 5 – Bola de nascimento]. Disponível em: <http://crisdoula.com/wp-content/uploads/2012/01/natural-ways-to-induce-labor-by-diluvi.jpg>. Acesso em: 08 dez.

2012.

[FIGURA 6 – Cavalinho]. Imagem pertencente ao acervo pessoal do autor.

[FIGURA 7 – Massagem]. Disponível em: <http://www.alineamorim.com/p/sobre-o-meu-trabalho.html>. Acesso em: 08 dez. 2012.

GALLO, R. B. S. et al. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **Revista Femina**, Ribeirão Preto, v.39, n.1, p.41-48, jan. 2011. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/arquivos/femina/Femina2011/janeiro/Femina_v39n1_41-48.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2012.

GAYESKI, M. E. ; BRUGGEMANN, O. M. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. **Texto contexto - enferm.** v.19, n.4, p.774-782, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/22.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2012.

Haidar, F. H.; OLIVEIRA, U. F.; NASCIMENTO, L. F. C. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Cad. Saúde Pública**. v.17, n.4, p.1025-1029, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5309.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Manual do recenseador PA – 1.09. Pesquisa de avaliação da cobertura da coleta. **Censo 2010**. Rio de Janeiro, 2010.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE

ORGANIZATIONS. **Pain assessment and management standards: Ambulatory care.**

Disponível em:

<http://www.jcrinc.com/subscribers/perspectives.asp?durki=3240&site=10&return=2897>.

Acesso em: 21 jun. 2012.

LOBO, S. F. et al. Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal Peri hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. **Rev. esc. enferm. USP.** v.44, n.3, p.812-818, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v44n3/37.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Informações de saúde [tabnet]. Indicadores e dados básicos – indicadores de cobertura. **Cobertura de consultas de pré-natal.** Brasília (DF): 2011 [citado2010]. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2011/f06.def>>. Acesso em: 02 dez. 2012.

_____. DATASUS. Informações de saúde [tabnet]. Indicadores e dados básicos – Demográficas e socioeconômicas. **Escolaridade da população de 15 anos ou mais** – Rio Grande do Sul. Brasília (DF): 2010 [citado2010, cidade de Porto Alegre]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/censo/cnv/escars.def>>. Acesso em: 02 dez. 2012.

OLIVEIRA, A. S. S. et al. O acompanhante no momento do trabalho de parto e parto: percepção de puérperas. **CogitareEnferm.** v.16, n.2, p. 247-253, 2011. Disponível em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs-2.2.4/index.php/cogitare/article/viewFile/20201/14211>. Acesso em: 07 dez. 2012.

OLIVEIRA, L. L. **O uso de métodos não farmacológicos no trabalho de parto: as ações das enfermeiras**, 2007. Trabalho de conclusão de curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. 24 CD-ROM.

OLIVEIRA, L. L. **O uso da bola obstétrica no trabalho de parto**, 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre: 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático.** Genebra: 1996.

PERDOMINI, F. R. I. BONILHA, A. L. L. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. **Texto contexto - enferm.** v.20, n.3, p. 445-452, 2011,. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/04.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2012.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia Teoria e Prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PERETTO, M. et al. Gravidez na adolescência em oito municípios do RS: perfil de ocorrência e rede de serviços. **Rev. Eletr. Enf.** v.13, n.4, p.721-729, 2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a17.htm>. Acesso em: 05 dez. 2012.

PETROFF, T. **Tcc – terapia cognitivo comportamental**, 2012. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/vyaestelar/respiracao_diafragmatica.htm>. Acesso em: 09 dez 2012.

PORFÍRIO, A. B.; PROGIANTI, J. M.; SOUZA, D. O. M. As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar. **Rev. Eletr. Enf.** v.12, n.2, p.331-336, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7087/6952>>. Acesso em: 02 dez 2012.

PORTO ALEGRE. Secretária Municipal de Saúde. **Diretrizes de Assistência ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Porto Alegre, 2012. 57p. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/diretrizes_saude_da_mulher.pdf. Acesso em: 05 dez. 2012.

PRIMO, C. C.; AMORIM, M. H. C.; CASTRO, D. S. Perfil social e obstétrico das puérperas de uma maternidade. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.161-167, 2007. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=475645&indexSearch=ID>>. Acesso em: 05 dez. 2012.

RIO GRANDE DO SUL. Secretária Estadual da Saúde. Relatório oficial. **Número e percentual de nascimentos com 7 e mais consultas pré-natal – SINASC**, 2011a. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:0RVV8mKXYcIJ:www.saude.rs.gov.br/upload/1346423219_60%2520Nasc%2520Vivos%25207%2520ou%2520mais%2520consultas%2520pr%2520C3%A9-natal%2520-%2520Munic%2520Res.xls+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 04 dez. 2012.

_____. Secretária Estadual da Saúde. Relatório oficial. **Número e percentual de partos em mães adolescentes – SINASC**, 2011b. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1346423243_62%20Nasc%20Vivos%20mulheres%20menos%20de%2020%20anos%20-%20Munic%20Res.xls>. Acesso em: 04 dez. 2012.

RODRIGUES, E. M.; NASCIMENTO, R. G.; ARAUJO, A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**. v.45, n.5, p. 1041-1047, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a02.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2012.

SATURNINO, A. S. O. et al. Acompanhante no momento do trabalho de parto e parto: percepção de puérperas. **CogitareEnferm.** v.16, n.2, p.247-53, 2011.

SCHMID, V. The meaning and functions of labour pain. **Midwifery Today**, Eugene, n. 75, p.54-57, 2005. Tradução: Sandra Oliveira para BioNascimento Revisão: Sílvia Roque Martins para BioNascimento. Disponível em: <<http://www.catpress.com/verenaschmid/>>. Acesso em: 05 maio 2012.

SESCATO, A.; SOUZA, S.; WALL, M. Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, América do Norte, v.13, n.4, p.585-590, out/dez. 2008. Disponível em:

<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/13120/8879>>. Acesso em: 22 abr.2012.

SILVA, L. M. et al. Uso da bola de nascimento no trabalho de parto. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v.24, n.5, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000500010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 jun. 2012.

SIMKIN, P.; BOLDING, A. Update on Nonpharmacologic Approaches to Relieve Labor Pain and Prevent Suffering. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v.49, n.6, p.489-504, 2004. Disponível em: <<http://www.medscape.com/viewarticle/494120>>. Acesso em: 03 dez. 2012.

SMITH, J. K. Manejo farmacológico da dor no trabalho de parto. In: ORSHAN, S.A (org). **Enfermagem na saúde das mulheres, das mães e dos recém-nascidos: o cuidado ao longo da vida**. Tradução: Ana Thorell, Celeste Inthy, Regina Machado Garcez; Revisão técnica: Ana Lucia de Lourenzi Bonilha, Anne Marie Weissheimer. Porto Alegre: Artmed, 2010. Cap. 17, p. 694-725.

SOUZA, K. V.; ALMEIDA, M. R. C. B.; REIS, R. Mulheres e profissionais de saúde: A assistência ao parto normal com enfoque nas evidências científicas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, 6., 2009, Teresina. **Anais eletrônicos...** Teresina, 2009. Disponível em: <<http://abenfopi.com.br/vicobeon/COMORAL/Madre%20Maria%20Domineuc/Mulheres%20E%20Profissionais%20De%20Sa%C3%BAde%20A%20Assist%C3%Aancia%20Ao%20Parto%20Normal%20Com%20Enfoque%20nas%20evid%C3%Aancias%20cient%C3%AD.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2012.

YAMASHITA, A. M.; GOZZANI, J. L. Anestesia em Obstetrícia. In: _____ **Anestesia em obstetrícia**. São Paulo: Atheneu, 1997. Cap. 5, p. 51-60.

ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Obs: As variáveis utilizadas neste estudo estão em destaque com realce de cor.

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PRÁTICAS DE ATENDIMENTO IMPLEMENTADAS DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO

Leito: _____ **Nº** _____

Nome da puérpera: _____ Registro: _____

Data da entrevista: |__|_|/|__|_|/|__|_| Horário da entrevista: |__|_| horas |__|_| minutos

Entrevistadora: _____

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

1. Idade: _____ anos (**COMPLETO**)

2. Cor da pele (auto denominada):

[1] Branca [2] Preta [3] Parda/morena/mulata [4] Amarelo [5] Indígena

3. Até que série/ano (**COMPLETO**) você estudou:

Ensino Fundamental Ensino Médio

Superior:

[1] 1º série [5] 5º série [9] 1º série

[12] 1º ano

[2] 2º série [6] 6º série [10] 2º série

[13] 2º ano

[3] 3º série [7] 7º série [11] 3º série

[14] 3º ano

[4] 4º série [8] 8º série

[15] 4º ano

[16] 5º ano

4. Situação marital: [1] não tem companheiro [2] tem companheiro

5. Ocupação: _____

VERIFICAR NO PRONTUÁRIO

6. Categoria de internação:

[1] SUS [2] Prestadora de saúde privada (convênio) [3] Por custeio próprio (particular)

PRÉ-NATAL

História obstétrica

7. Número de gestações (**CONTAR ATUAL**): _____

8. Número e tipo de parto (**ANTERIORES**):

Parto normal: [0] nenhum [1] um [2] dois [3] três [] _____ PN

Parto fórceps: [0] nenhum [1] um [2] dois [3] três [] _____ PF

Cesariana: [0] nenhum [1] uma [2] duas [3] três [] _____ cesarianas

Aborto: [0] nenhum [1] um [2] dois [3] três [] _____ abortos

Informações da gravidez atual

9. Fez Pré-natal: [1] sim [2] não*

*Se não, pular para questão 16

10. Se sim, quantas consultas: _____ [77] Não se aplica [99] Não registrado

VERIFICAR NA CARTEIRA PRÉ-NATAL E CONFIRMAR COM A PUÉRPERA.

11. Onde fez o pré-natal?

Rede pública – SUS: [1] sim [2] não

Por custeio próprio – Particular: [1] sim [2] não

Prestadora de saúde privada – Convênio: [1] sim [2] não

[77] Não se aplica

12. Com qual profissional fez as consultas de pré-natal?

[1] Médico [2] Enfermeira [3] Médico e Enfermeira [77] Não se aplica

13. Você recebeu algumas dessas informações durante as consultas do pré-natal?

Sinais de trabalho de parto: [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Sinais de alerta (sangramento, diminuição/ausência da mov.fetal): [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Ruptura das membranas: [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Métodos de alívio da dor: [1] sim [2] não [88] Não soube informa

Tipos de parto: [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Presença de acompanhante: [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Amamentação: [1] sim [2] não [88] Não soube informar

[77] Não se aplica

Outros: _____

14. Participou do grupo de gestantes? [1] sim [2] não* [77] Não se aplica

*Se não, pular para 16

15. Se sim, você recebeu algumas dessas informações durante o grupo de gestantes?

Sinais de trabalho de parto: [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Sinais de alerta (sangramento, diminuição/ausência da mov. fetal): [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Ruptura das membranas: [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Métodos de alívio da dor: [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Tipos de parto: [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Presença de acompanhante: [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Amamentação: [1] sim [2] não [88] Não soube informar

[77] Não se aplica

Outros: _____

16. DUM: ___ / ___ / ___ [88] Não soube informar

VERIFICAR NA CARTEIRA PRÉ-NATAL E CONFIRMAR

17. 1º USG ___ / ___ / ___ IG: _____ semanas [99] Não registrado

VERIFICAR NO PRONTUÁRIO OU NA CARTEIRA PRÉ-NATAL

18. Idade gestacional na data do parto: _____ dias (DUM); _____ dias (USG)

PROFESSORAS VÃO CALCULAR

19. Foi considerada gestante de alto risco: [1] sim [2] não [88] Não soube informar

20. Teve algum problema de saúde na gestação atual? [1] sim [2] não [88] Não soube informar

VERIFICAR NA CARTEIRA PRÉ-NATAL E PERGUNTAR PARA TODOS OS ITENS

21. Durante o pré-natal foi diagnosticado algum dos seguintes problemas?

Ameaça de parto prematuro/TPP: [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Ameaça de aborto: [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Amniorexe prematura (Perdeu líquido antes de entrar em TP): [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Cerclagem (o colo do útero não segurava o bebê): [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Descolamento prematuro de placenta: [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Diabetes gestacional (açúcar alto no sangue devido à gravidez): [1] sim [2] não [88] Não soube informar

HIV/AIDS: [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Infecção urinária: [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Oligoâmnio (Pouco líquido amniótico): [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Placenta prévia - PP (baixa, PP total, parcial ou marginal): [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Polidrâmnio (Muito líquido amniótico): [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Restrição de Crescimento Intra Uterino (Problemas no crescimento do bebê): [1] sim [2] não [88] Não soube

informar Sífilis: [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Síndromes hipertensivas (problemas de pressão alta na gravidez): [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Estreptococo B (exame vaginal/retal coletado com cotonete): [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Outros: _____.

22. Quando internou no Centro Obstétrico recebeu informações sobre o trabalho de parto?

[1] sim [2] não

23. E sobre coisas que você pode fazer durante o trabalho de parto para facilitar o nascimento do bebê?

[1] sim [2] não*

* Se não, pular para 25

24. Se sim, quais? **LER TODOS OS ITENS**

Andar: [1] sim [2] não

Tomar banho: [1] sim [2] não

Fazer força: [1] sim [2] não

Formas de diminuir a dor: [1] sim [2] não

Exercícios de respiração: [1] sim [2] não

Outros. Especificar: _____

[77] Não se aplica

TRABALHO DE PARTO

DADOS DA NOTA DE ADMISSÃO:

ATENÇÃO! VERIFICAR NO PRONTUÁRIO, não perguntar para a puérpera!

25. Data da admissão: ___ / ___ / ___

26. Horário da admissão: |___| |___| horas |___| |___| minutos [99] Não registrado

27. Dilatação: _____ cm [99] Não registrado

28. Características do colo:

[1] grosso [2] médio [3] fino [99] Não registrado

Outro: _____

29. Bolsa das águas:

[1] Íntegra [2] Rota [99] Não registrado*

*Se não registrado, pular para questão 33

30. Se bolsa rota, qual a característica do líquido amniótico:

[1] Claro [2] Claro com grumos [3] Esverdeado [4] Amarronzado

[5] Sanguinolento [6] Amarelado [7] Purulento

[77] Não se aplica [99] Não registrado

31. Se bolsa íntegra, foi realizado amnioscopia:

[1] sim [2] não* [77] Não se aplica [99] Não registrado*

*Se não ou não registrado, pular para questão 33

32. Se sim, característica do líquido amniótico:

[1] Claro [2] Claro com grumos [3] Esverdeado [4] Amarronzado

[5] Sanguinolento [6] Amarelado [7] Purulento

[77] Não se aplica [99] Não registrado

33. Dinâmica uterina: ___/10 minutos [99] Não registrado

34. BCF: _____ bpm [99] Não registrado

35. **QUESTÃO EXCLUÍDA**

36. **QUESTÃO EXCLUÍDA**

INFORMAÇÕES SOBRE O TRABALHO DE PARTO- quando gestante na sala de pré-parto

37. Realizou raspagem dos pelos/depilação:

[1] sim [2] não*

*Se não, pular para questão 39

38. Se sim:

[1] antes da internação (casa ou no instituto de beleza)

[2] hospital

[77] Não se aplica

39. Realizou lavagem intestinal?

[1] sim [2] não

*Se não, pular para questão 41

40. Se sim, onde fez? [1] em casa [2] no hospital [77] Não se aplica

41. Durante o trabalho de parto foi **OFERECIDO**:

Água: [1] sim [2] não

Chá: [1] sim [2] não

Sucos: [1] sim [2] não

Gelatina: [1] sim [2] não

Sopas: [1] sim [2] não

Alimento sólido: [1] sim [2] não

Outros: _____.

42. Enquanto estava no pré-parto romperam sua bolsa das águas (amniotomia)?

[1] sim [2] não* [77] Não se aplica* (**INTERNOU COM BOLSA ROTA**)

*Se não ou não se aplica, pular para questão

43. Informaram a você que iriam romper sua bolsa?

[1] sim [2] não [77] Não se aplica

44. Se sim, foi informada quanto ao motivo deste procedimento?

[1] sim [2] não [77] Não se aplica

45. Foi informada qual era a cor do líquido?

[1] sim [2] não [77] Não se aplica

VERIFICAR NO PRONTUÁRIO 46. Foi administrado algum medicamento durante o trabalho de parto?

[1] sim [2] não* [77] Não se aplica

*Se não, pular para questão 49

VERIFICAR NO PRONTUÁRIO 47. Se sim, qual medicamento?

Medicamento 1: _____ [77] Não se aplica

Medicamento 2: _____ [77] Não se aplica

Medicamento 3: _____ [77] Não se aplica

VERIFICAR NO PRONTUÁRIO 48. Qual via de administração?

Medicamento 1: VO [1] sim [2] não EV [1] sim [2] não VV [1] sim [2] não

Medicamento 2: VO [1] sim [2] não EV [1] sim [2] não VV [1] sim [2] não

Medicamento 3: VO [1] sim [2] não EV [1] sim [2] não VV [1] sim [2] não

[77] Não se aplica [77] Não se aplica [77] Não se aplica

49. No pré-parto foi puncionada sua veia (acesso venoso)?

[1] sim [2] não

50. No pré-parto recebeu soro? [1] sim [2] não* [88] Não soube informar*

*Se não ou não soube informar, pular para questão 53

51. Explicaram a você o motivo de terem colocado soro? [1] sim [2] não* [77] Não se aplica*

*Se não ou não se aplica, pular para questão 53

52. Se sim, qual o motivo? **NÃO LER OS MOTIVOS** Para aumentar as contrações: [1] sim [2] não

Para administrar remédio para dor: [1] sim [2] não Para hidratar: [1] sim [2] não

Outros: _____
 [77] Não se aplica
 [88] Não soube informar

53. No pré-parto, foi colocada alguma medicação em sua vagina?

[1] sim [2] não* [88] Não soube informar*

*Se não ou não soube informar, pular para questão 56

54. Explicaram a você o motivo de terem colocado a medicação em sua vagina?

[1] sim [2] não* [77] Não se aplica*

*Se não ou não se aplica, pular para questão 56

55. Se sim, qual o motivo? **NÃO LER OS MOTIVOS** Para induzir/acelerar o parto

[1] sim [2] não

Outro: _____

[77] Não se aplica

56. Durante a permanência na sala de pré-parto, você recebeu medicação para o alívio da dor?

[1] sim [2] não* [88] Não soube informar

*Se não, pular para

57. Se sim, como foi aplicada essa medicação para dor?

[1] na veia [2] nas costas [77] Não se aplica

Outro: _____

VERIFICAR NO PRONTUÁRIO – FICHA DE ANESTESIA

58. Durante o trabalho de parto recebeu analgesia/anestesia?

[1] Via sistêmica [2] Peridural [3] Raquianestesia [4] Combinada

[99] Não registrado*

*Se não registrado, pular para questão 60

59. Se realizado analgesia/anestesia durante o trabalho de parto, explicaram a você o motivo?

[1] sim [2] não [77] Não se aplica

60. Durante o trabalho de parto perguntaram se você queria receber medicação para alívio da dor (analgesia/anestesia)?

[1] sim [2] não [77] Não se aplica

61. Enquanto esteve em trabalho de parto, foi realizado exames de toque vaginal: [1] sim [2] não*

*Se não, pular para 67

62. Se sim, quantos? _____ [77] Não se aplica [88] Não soube informar o número exato de toques

63. Na sua percepção:

[1] Poucos exames de toque [2] Muitos exames de toque [3] O suficiente

[77] Não se aplica [88] Não soube informar

64. Explicaram a você o motivo de realizar o exame de toque vaginal? [1] sim [2] não* [77] Não se aplica

*Se não, pular para 66

65. Se sim, qual foi o motivo? **NÃO LER OS MOTIVOS**

Verificar dilatação: [1] sim [2] não

Verificar a posição do bebê: [1] sim [2] não

Verificar se o bebê desceu: [1] sim [2] não

Para romper a bolsa: [1] sim [2] não

Outros: _____

[77] Não se aplica

VERIFICAR NO PRONTUÁRIO – INCLUIR O TOQUE VAGINAL DA ADMISSÃO OBSTÉTRICA

66. Número de toque vaginal registrado: _____ [77] Não se aplica

67. Na sala de pré-parto, utilizou algum dos seguintes métodos? **EXPLICAR CADA MÉTODO**

Banho: [1] sim [2] não

Banqueta: [1] sim [2] não

Bola: [1] sim [2] não

Cavalinho: [1] sim [2] não

Massagem: [1] sim [2] não

Movimento de balanço do quadril: [1] sim [2] não

Outro. Qual: _____

68. Você sabe o motivo de ter utilizado estes métodos? **NÃO LER OS MOTIVOS**

Para o alívio da dor [1] sim [2] não

Para o bebê descer mais rápido [1] sim [2] não

Relaxamento [1] sim [2] não

Outros: _____

[77] Não se aplica Não soube informar

69. Se realizado massagem, quem fez? **CERTIFICAR SE FOI SOMENTE UMA PESSOA**

Companheiro/esposo: [1] sim [2] não

Mãe: [1] sim [2] não

Sogra: [1] sim [2] não

Irmã: [1] sim [2] não

Prima: [1] sim [2] não

Cunhada: [1] sim [2] não

Amiga: [1] sim [2] não

Avó: [1] sim [2] não

Equipe de Enfermagem: [1] sim [2] não

Equipe Médica: [1] sim [2] não

[77] Não se aplica

70. Durante o trabalho de parto você caminhou ou ficou fora da cama?

[1] sim [2] não

*Se sim, pular para questão

71. Se não, qual o motivo? **NÃO LER OS MOTIVOS**

[1] Sabia que podia, mas não quis

[2] Não sabia que podia

[3] Não foi permitido

[4] Não consegui, pois estava com soro

[5] Não consegui, pois estava com MAP

[77] Não se aplica

Outro: _____

72. Durante o trabalho de parto teve acompanhante de sua livre escolha?

[1] sim [2] não*

*Se não, pular para questão 74

73. Se sim quem? **CERTIFICAR SE FOI SOMENTE UM ACOMPANHANTE**

Companheiro/esposo: [1] sim [2] não

Mãe: [1] sim [2] não

Sogra: [1] sim [2] não

Irmã: [1] sim [2] não

Prima: [1] sim [2] não

Cunhada: [1] sim [2] não

Amiga: [1] sim [2] não

Avó: [1] sim [2] não

Não se aplica

74. Durante o trabalho de parto você realizou MAP/Cardiotocografia? **(EXPLICAR O QUE É EXAME)**

[1] sim, em alguns momentos

[2] sim, durante todo trabalho de parto

[3] não*

[4] sim, quase todo tempo/por muito tempo

*Se não, pular para questão 77

75. Explicaram a você o motivo de terem realizado MAP/Cardiotocografia? [1] sim[2] não* [77] Não se aplica*

*Se não ou não se aplica, pular para questão 77

76. Se sim, qual o motivo? **NÃO LER OS MOTIVOS**

Avaliar/monitorar o bebê: [1] sim[2] não

Avaliar as contrações: [1] sim[2] não

Outros: _____

[77] Não se aplica

VERIFICAR NO PRONTUÁRIO 77. Foi preenchido o partograma? [1] sim [2] não

PARTO

78. Teve acompanhante no parto: [1] sim[2] não*

*Se não, pular para questão 80

79. Se sim, quem? **CERTIFICAR SE FOI SOMENTE UM ACOMPANHANTE**

Companheiro/esposo: [1] sim[2] não

Mãe: [1] sim[2] não

Sogra: [1] sim[2] não

Irmã: [1] sim[2] não

Prima: [1] sim[2] não

Cunhada: [1] sim[2] não

Amiga: [1] sim[2] não

Avó: [1] sim[2] não

[77] Não se aplica

VERIFICAR NO PRONTUÁRIO

80. Tipo de parto:[1] normal[2] cesárea*[3] fórceps

*Se cesárea, pular para questão 82

VERIFICAR NO PRONTUÁRIO 81. Em caso de parto normal ou fórceps- Condições do períneo:

Íntegro: [1] sim[2] não

Episiorrafia: [1] sim[2] não

Laceração ____ grau com sutura: [1] sim[2] não **ANOTAR O GRAU DA LACERAÇÃO**

Laceração ____ grau sem sutura: [1] sim[2] não **ANOTAR O GRAU DA LACERAÇÃO**

[77] Não se aplica

82. Foi lhe explicado o motivo de você ter tido cesariana?

[1] sim[2] não* [77] Não se aplica

*Se não, pular para questão 85 ou 87

83. Se sim, qual foi o motivo? _____

[77] Não se aplica

VERIFICAR NO PRONTUÁRIO

84. Qual foi a indicação?

[1] Sofrimento fetal/Condição fetal não tranquilizadora

[2] Desproporção cefalo-pélvica

[3] Distócia funcional

[77] Não se aplica

Outros: _____

85. Foi lhe explicado o motivo de você ter sido submetida a um parto com fórceps?

[1] sim [2] não* [77] Não se aplica

Se não, pular para questão 87

86. Se sim, qual o motivo? _____

[77] Não se aplica

87. Local de parto:

Sala de pré-parto: [1] sim[2] não

Sala de parto/cesárea: [1] sim[2] não

**PERGUNTAR NOS CASOS DE PARTO VAGINAL NORMAL/FÓRCEPS)
EXPLICAR E NÃO LER AS OPÇÕES**

88. Você sabe como ficou o seu períneo (vagina)depois do parto?

- [1] Não rompeu, não cortou e não deu pontos
- [2] Rompeu um pouco, mas não precisou dar pontos
- [3] Não levei pontos, mas não sei se rompeu
- [4] Rompeu (laceração) e deram pontos
- [5] Cortaram (episiotomia) e deram pontos*
- [6] Levei pontos, mas não sei se rompeu ou se o médico cortou
- [77] Não se aplica
- [88] Não soube informar

89. *Foi informada que seria realizado o corte/episiotomia?

- [1] sim[2] não* [77] Não se aplica [88] Não soube informar
- * Se não pular para 92

91. Foi lhe explicado o motivo de terem realizado o corte/episiotomia?

- [1] sim[2] não* [77] Não se aplica [88] Não soube informar
- *Se não ou não soube informar, pular para 92

91. Se sim, qual foi o motivo_____

- [77] Não se aplica

92. Se realizado corte/epiotomia, foi feita anestesia antes do corte?

- [1] sim[2] não* [77] Não se aplica [88] Não soube informar
- *Se não, pular para 94

VERIFICAR NO PRONTUÁRIO 93. Se sim, qual anestesia recebeu?

- [1] Anestesia local/infiltrativa[2] Peridural [3] Raquidiana
- [77] Não se aplica[88] Não registrado

94. Qual foi a sua posição no parto (normal/fórceps): **EXPLICAR E NÃO LER AS OPÇÕES**

- [1] Cabeceira elevada com pés apoiados(sem perneiras)
- [2] Ginecológica – cabeceira na horizontal com pés apoiados na perneira
- [3] Ginecológica – cabeceira elevada com pés apoiados na perneira
- [4] Deitada de costas com as pernas levantadas
- [5] Deitada de lado
- [6] Sentada
- [7] De quatro
- [8] De cócoras
- [9] De pé
- [77] Não se aplica

Outra posição: _____

PERGUNTAR QUESTÕES 95, 96 E 97, SOMENTE EM CASO DE PARTO NORMAL

95. Perguntaram-lhe em qual posição você gostaria de ficar para ganhar o bebê?

- [1] sim[2] não[77] Não se aplica

96. Você tinha pensado em qual posição gostaria de ganhar o bebê?

- [1] sim[2] não* [77] Não se aplica
- *Se não, pular para 98

97. Se sim, qual posição? **NÃO LER AS OPÇÕES**

- [1] Cabeceira elevada com pés apoiados (sem perneiras)
- [2] Ginecológica – cabeceira na horizontal
- [4] Ginecológica – cabeceira elevada
- [4] Deitada de costas com as pernas levantadas
- [5] Deitada de lado
- [6] Sentada

[7] De quatro
 [8] De cócoras
 [9] De pé
 [77] Não se aplica
 Outra posição: _____

98. Na hora do parto, alguém apertou/ subiu na sua barriga na hora do nascimento (Manobra de Kristeller)?

PERGUNTAR PARA TODAS INDEPENDENTE DO TIPO DE PARTO

[1] sim [2] não* [88] Não soube informar*

*Se não, pular para questão 101

99. Foi informada sobre o motivo deste procedimento (Manobra de Kristeller)?

[1] sim [2] não* [77] Não se aplica [88] Não soube informar

*Se não, pular para questão 101

100. Se sim, qual o motivo? **NÃO LER OS MOTIVOS**

Para ajudar o bebê nascer [1] sim [2] não Não tinha mais força [1] sim [2] não

[77] Não se aplica

Outros: _____

101. Após o nascimento (ainda na sala de parto) antes de serem prestados os primeiros cuidados com o bebê (colocar no berço aquecido, pesar, identificar, outros), o profissional:

[1] Não mostrou o bebê*

[2] Apenas lhe mostrou o bebê*

[3] Colocou o bebê no colo sobre a sua roupa**

[4] Colocou o bebê pelado/nu sobre a sua pele**

**Se colocou o bebê no colo, pular para 104

102. *Se o bebê não foi para o seu colo, sabe o motivo? [1] sim [2] não* [77] Não se aplica

*Se não, pular para questão 104

103. Se sim, qual o motivo? **NÃO LER OS MOTIVOS** Bebê não nasceu bem: [1] sim [2] não

Eu não estava bem: [1] sim [2] não Encaminhado para UNEO: [1] sim [2] não [77] Não se aplica

Outros: _____

***Se o bebê não foi para o seu colo, após responder 102 e 103, pular para 106.**

A PERGUNTA A SEGUIR NÃO DEVERÁ SER FEITA PARA MÃES COM AMAMENTAÇÃO CONTRA-INDICADA

104. Após o nascimento (ainda na sala de parto) antes de serem prestados os cuidados com o bebê (colocar no berço aquecido, pesar, medir, outros), o profissional:

[1] Estimulou o bebê para mamar, mas ele não sugou*

[2] Estimulou o bebê para mamar e ele sugou*

[3] Não estimulou a amamentação**

[77] Não se aplica

* Se estimulado amamentação, pular para 106

105.** Se não foi estimulada a amamentação, qual o motivo? **NÃO LER OS MOTIVOS**

[1] Bebê não nasceu bem [2] Bebê encaminhado para UNEO [3] Eu não estava bem

[77] Não se aplica

[88] Não soube informar

Outros: _____

106. **Após os primeiros cuidados com o bebê**, ainda na sala de parto/cesárea, o profissional:

[1] Não mostrou o bebê**

[2] Apenas lhe mostrou o bebê**

[3] Colocou o bebê no colo sobre a sua roupa*

[4] Colocou o bebê pelado/nu sobre a sua pele*

[77] Não se aplica

*Se o bebê foi colocado no seu colo, pular para 108

107. **Se o bebê não foi para o seu colo, sabe o motivo? Bebê não nasceu bem: [1] sim [2] não
Eu não estava bem: [1] sim [2] não Encaminhado para UNEO: [1] sim [2] não
Outros: _____

[77] Não se aplica

[88] Não soube informar

****Se o bebê não foi para o seu colo, após responder 107 pular para 110.**

A pergunta a seguir não deverá ser feita para mães com amamentação contra-indicada

108. **Após** primeiros cuidados com o bebê, ainda na sala de parto/cesárea, o profissional:

[1] Estimulou o bebê para mamar mas ele não sugou*

[2] Estimulou o bebê para mamar e ele sugou*

[3] Não estimulou a amamentação

[77] Não se aplica

*Se estimulado para mamar, pular para 110

109. Se não foi estimulada a amamentação, qual o motivo? **NÃO LER OS MOTIVOS**

[1] Bebê não estava bem [2] Bebê encaminhado para UNEO [3] Eu não estava bem

[77] Não se aplica [88] Não soube informar

Outros: _____

DADOS DO RECÉM-NASCIDO (VERIFICAR NO PRONTUÁRIO)

110. Data do nascimento: ___ / ___ / ___

111. Horário do nascimento: |___| |___| horas |___| |___| minutos

112. Peso ao nascer: _____ gramas [99] Não registrado

113. Idade gestacional (Capurro calculado pela **Enfermeira**): _____ semanas [99] Não registrado

114. Classificação do Capurro realizado pela **Enfermeira**: [1] AIG [2] PIG [3] GIG [99] Não registrado

115. Apgar: ___ 1º minuto ___ 5º minuto [99] Não registrado

116. Credeização: [1] sim [2] não* [99] Não registrado*

*Se não ou não registrado, pular para questão 119

117. Qual horário foi realizado a credeização? |___| |___| horas |___| |___| minutos [99] Não registrado

118. Credeização realizada:

[1] Durante a 1º hora de vida [2] Após 1º hora de vida

119. Foi realizada aspiração vias aéreas superiores na sala de reanimação? [1] sim [2] não [99] Não registrado

120. Clampeamento do cordão:

[1] Imediato do cordão (10 a 15 segundos após o nascimento) [2] Tardio (3 min. após o nascimento)

[99] Não registrado

121. Foi realizado aspirado/lavado gástrico? [1] sim [2] não [99] Não registrado

*Se não ou não registrado, pular para questão 123

122. Se sim, qual o motivo? [1] Líquido meconial [2] Náusea/vômito [77] Não se aplica

Outro: _____

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-PARTO

123. Ficou com o bebê [1] sim* [2] não

*Se sim, pular para questão 125 ** se não, pular para 127

124. Se não, qual o motivo: _____ [77] Não se aplica

NÃO PERGUNTAR PARA MÃES COM AMAMENTAÇÃO CONTRA-INDICADA

125. Bebê mamou no seio? [1] sim* [2] não [77] Não se aplica

*Se sim, pular para questão 127

126. Se não, qual o motivo: _____ [77] Não se aplica

127. Ficou com acompanhante? [1] sim* [2] não [77] Não se aplica

*Se sim, pular para questão 129

128. Se não, qual o motivo: _____ [77] Não se aplica

OBS: certificar se acompanhante não ficou porque não quis ou porque não foi permitido.

129. Acompanhante estava presente nos primeiros cuidados do bebê (banho, vacinação – admissão do RN)?

[1] sim*[2] não

*Se sim, pular para 131

130. Se não, qual o motivo: _____

[77] Não se aplica

131. Algum **profissional** forneceu-lhe as seguintes informações sobre o bebê (**profissional-mãe**):

Peso: [1] sim [2] não

Estatura: [1] sim[2] não

Apgar: [1] sim [2] não

Condições de nascimento: [1] sim[2] não

Motivo de ser encaminhado para NEO: [1] sim[2] não [77] Não se aplica

ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO “PRÁTICAS DE ATENDIMENTO IMPLEMENTADAS DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO” PELA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL.

Pesquisador: Claudia Junqueira Armellini
<p>Dados do Projeto de Pesquisa</p> <p>Projeto Nº: 22387 Título: PRÁTICAS DE ATENDIMENTO IMPLEMENTADAS DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO</p> <p>Área do Conhecimento: Enfermagem Obstétrica</p> <p>Início: 05/03/2012 Previsão de conclusão: 31/07/2013</p> <p>Situação: projeto em andamento</p> <p>Origem: Escola de Enfermagem</p> <p>Projeto da linha de pesquisa Fundamentos e Práticas de Enfermagem em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente</p> <p>Local de Realização: Comite De Ética Em Pesquisa Do Hospital De Clínicas De Porto Alegre Projeto envolve aspectos éticos da categoria: Projeto Em Seres Humanos</p> <p>Objetivo: Conhecer as práticas de atendimento implementadas no processo de parturição em um hospital escola da cidade de Porto Alegre/RS comparando-as com as recomendadas pela OMS.</p>
<p>Palavras-Chave</p> <p>Parto Parto Humanizado Parturição</p>
<p>Equipe UFRGS</p> <p>Nome: Virginia Leismann Moretto Participação: Pesquisador Início: 05/03/2012</p> <p>Nome: Claudia Junqueira Armellini Participação: Coordenador Início: 05/03/2012</p> <p>Nome: Annelise De Carvalho Goncalves Participação: Pesquisador Início: 05/03/2012</p> <p>Nome: Jéssica Machado Teles Participação: Aluno de Graduação Início: 05/03/2012</p> <p>Nome: Sara Oliveira Pinheiro Participação: Aluno de Graduação Início: 05/03/2012</p> <p>Nome: Helga Geremias Gouveia Participação: Pesquisador Início: 05/03/2012</p> <p>Nome: Marcia Rejane Strapasson Participação: Pesquisador Início: 05/03/2012</p>
<p>Anexos</p> <p><u>Projeto Completo</u> Data de Envio: 26/01/2012</p> <p><u>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</u> Data de Envio: 26/01/2012</p> <p><u>Instrumento de Coleta de Dados</u> Data de Envio: 26/01/2012</p>
<p>Avaliações</p> <p>Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 10/02/2012</p>

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HCPA.

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA / UFRGS

PROJETO DE PESQUISA

Título: PRÁTICAS DE ATENDIMENTO IMPLEMENTADAS DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO

Área Temática:

Pesquisador: CLAUDIA JUNQUEIRA ARMELLINI

Versão: 2

Instituição: Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA / UFRGS

CAAE: 00680412.7.0000.5327

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 66852

Data da Relatoria: 01/08/2012

Apresentação do Projeto:

Durante a Cúpula do Milênio, promovida pela Organização das Nações Unidas em setembro de 2000, o Brasil assumiu o compromisso de reduzir a mortalidade materna até o ano 2015, meta que faz parte do 5º Objetivo do Desenvolvimento do Milênio (BRASIL, 2010). Sabe-se que o país não alcançará esta meta, e pressupõe-se que o modelo intervencionista de assistência ao parto esteja diretamente relacionado a este fato. Trata-se de um estudo transversal que pretende entrevistar 385 puérperas e coletar dados do prontuário eletrônico materno e do neonato. As entrevistas serão realizadas diariamente, após as primeiras 12 horas pós-parto.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

- Conhecer as práticas de atendimento implementadas no processo de parturição em um hospital escola da cidade de Porto Alegre/RS comparando-as com as recomendadas pela OMS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as mulheres do estudo quanto à idade, escolaridade, paridade, situação marital e pré-natal.
- Caracterizar os recém-nascidos quanto ao peso, idade gestacional, escore de Apgar, contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida.
- Verificar a frequência das intervenções e cuidados aos quais os recém-nascidos foram submetidos.
- Identificar os procedimentos aos quais as mulheres foram submetidas durante o trabalho de parto e parto.
- Verificar a frequência do uso de métodos não farmacológicos para alívio à dor pelas mulheres durante o trabalho de parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto em si não apresenta riscos maiores, porém existe a possibilidade de desconforto pela entrevista em um momento tão delicado como as 12 horas após o parto.

Os possíveis benefícios seriam relacionados ao conhecimento gerado que poderia ser aplicado em futuras intervenções e beneficiar outras parturientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Todas as pendências apontadas no parecer anterior foram adequadamente respondidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

o TCLE foi alterado conforme solicitações do parecer anterior.

ANEXO D- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa “Práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição”, de responsabilidade de pesquisadoras da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O estudo pretende conhecer as práticas de atendimento implementadas no processo de parturição neste hospital comparando-as com as recomendadas pela Organização Mundial da Saúde.

A sua participação poderá contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher e ao bebê, e não envolve procedimentos invasivos que possa oferecer riscos à sua saúde física, a não ser a aplicação de um questionário, podendo haver algum desconforto com o tempo estimado para a entrevista ou devido alguma pergunta realizada.

Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer algumas perguntas sobre você e seu bebê, como foi sua assistência no pré-natal, no trabalho de parto e no parto, e consultar algumas informações em seu prontuário e de seu bebê. As respostas serão anotadas em um formulário em papel. Esta entrevista terá uma duração em torno de 15 a 20 minutos.

Tudo que for dito será confidencial e o seu nome não será divulgado. Os resultados do estudo serão apresentados de forma que não seja possível identificar as pessoas que dele participaram e as informações aqui obtidas serão utilizadas apenas para esta pesquisa. Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou até desistir de participar, se assim desejar, sem qualquer prejuízo na sua relação com este hospital.

É importante lhe informar que não haverá nenhuma forma de reembolso financeiro, já que com a participação na pesquisa você não terá nenhum gasto. Este documento será feito em duas vias iguais, sendo lhe entregue uma delas, caso você aceite participar da pesquisa.

Em caso de dúvida ou novas perguntas, entrar em contato com a pesquisadora responsável: Profa Cláudia Junqueira Armellini pelo telefone (51) 3308-5428, email: claudiaj@enf.ufrgs.br e endereço: Escola de Enfermagem - Rua São Manoel, 963, Bairro Santa Cecília – Porto Alegre. Pesquisadoras: Annelise de Carvalho Gonçalves, Helga Geremias Gouveia, Márcia Rejane Strapasson e Virginia Leismann Moretto – Telefone: (51) 3308-5426.

Em caso de dúvidas quanto a questões éticas, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo telefone (51) 3359-8304.

() Eu declaro ter sido informada e concordo em participar, como voluntária, desta pesquisa.

Nome da entrevistada: _____

Assinatura da entrevistada: _____

Nome do responsável no caso de menor de 18 anos: _____

Assinatura do responsável no caso de menor de 18 anos: _____

Nome do pesquisador (entrevistador): _____

Assinatura do pesquisador (entrevistador): _____

Porto Alegre, _____ / _____ / _____

ANEXO E - TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS INSTITUCIONAIS


TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS INSTITUCIONAIS

Título do Projeto

PRÁTICAS DE ATENDIMENTO IMPLEMENTADAS DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO	Cadastro no GPPG
--	------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar as informações institucionais que serão coletadas em bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, 16 de abril de 2012.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
ANNELISE DE CARVALHO GONÇALVES	
CLÁUDIA JUNQUEIRA ARMELLINI	Cláudia Armellini
HELGA GEREMIAS GOUVEIA	Helga Gouveia
KAROLINE MATURANA RITTER	Karoline M. Ritter
MAIRA OLIVEIRA CHAIBEN	Maira Chaiben
MÁRCIA REJANE STRAPASSON	Márcia Rejane Strapasson
SARA OLIVEIRA PINHEIRO	Sara Oliveira Pinheiro
THAIS CARVALHO DA SILVA	Thais Carvalho da Silva
VIRGINIA LEISMANN MORETO	