



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**THAIS BLAYA LEITE GREGOLIS**

**Práticas obstétricas e progressão de parto em um Centro de Parto Normal  
do município de Rio Branco – Acre.**

**RIO BRANCO  
2023**

**THAIS BLAYA LEITE GREGOLIS**

**Práticas obstétricas e progressão de parto em um Centro de Parto Normal  
do município de Rio Branco – Acre.**

Tese de Doutorado apresentada como requisito do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

**Linha de pesquisa:**

Produção do cuidado e avaliação das práticas de saúde.

**Orientadora:** Profa. Dra. Andréa Ramos da Silva Bessa

**Coorientadoras:** Profa. Dra. Sabrina da Silva Santos

Profa. Dra. Ilce Ferreira da Silva

**RIO BRANCO**

**2023**

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da UFAC

---

G819p Gregolis, Thais Blaya Leite, 1977 -  
Práticas obstétricas e progressão de parto em um Centro de parto normal do município de Rio Branco - Acre / Thais Blaya Leite Gregolis; orientadora: Prof.<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Andréa Ramos da Silva Bessa e coorientadora: Sabrina da Silva Santos e Dr<sup>a</sup> Ilce Ferreira da Silva. – 2023.  
174 f.: il.; 30 cm.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Acre, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Doutor em Saúde Coletiva, Rio Branco, 2023.  
Inclui referências bibliográficas, anexos e apêndice.

1. Dor do parto. 2. Parto humanizado. 3. Parto normal. I. Bessa, Andréa Ramos da Silva (orientadora). II. Santos, Sabrina da Silva (coorientadora). III. Silva, Ilce Ferreira (coorientadora). IV. Título.

CDD: 362

---

Bibliotecária: Nádia Batista Vieira CRB-11º/882



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM SAÚDE COLETIVA

FOLHA DE APROVAÇÃO

**Práticas obstétricas e progressão de parto em um Centro de Parto  
Normal do município de Rio Branco – Acre.**

Autora: Thais Blaya Leite Gregolis

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Andréa Ramos da Silva Bessa

Tese aprovada como parte das exigências para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva, pela Banca Examinadora:

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. **Sheley Borges Gadelha de Lima** - Membro Externo  
Centro de Ciências da Saúde e do Desporto/Ufac

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. **Débora Melo de Aguiar Dantas** - Membro Externo  
Doutora em Saúde Coletiva/Ufac

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. **Andréia Moreira de Andrade** - Membro Interno  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/Ufac

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. **Maria Fernanda de Sousa Oliveira Borges** - Membro  
Interno  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/Ufac

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. **Sabrina da Silva Santos** - Coorientadora  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/Ufac

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. **Ilce Ferreira da Silva** - Coorientadora  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/Ufac

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. **Andréa Ramos da Silva Bessa** - Orientadora  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/Ufac

DATA DA APROVAÇÃO: 27 de julho de 2023.



Documento assinado eletronicamente por **Ilce Ferreira da Silva, Usuário Externo**, em 27/07/2023, às 13:20, conforme horário de Rio Branco - AC, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Andrea Ramos da Silva Bessa, Professora do Magisterio Superior**, em 27/07/2023, às 13:36, conforme horário de Rio Branco - AC, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Fernanda de Sousa Oliveira Borges, Professora do Magisterio Superior**, em 27/07/2023, às 13:44, conforme horário de Rio Branco - AC, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **SABRINA DA SILVA SANTOS, Usuário Externo**, em 27/07/2023, às 13:51, conforme horário de Rio Branco - AC, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Debora Melo de Aguiar, Usuário Externo**, em 29/07/2023, às 07:48, conforme horário de Rio Branco - AC, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sheley Borges Gadelha de Lima, Professora do Magisterio Superior**, em 29/07/2023, às 10:45, conforme horário de Rio Branco - AC, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

---



A autenticidade do documento pode ser conferida no site [https://sei.ufac.br/sei/valida\\_documento](https://sei.ufac.br/sei/valida_documento) ou click no link [Verificar Autenticidade](#) informando o código verificador **0978656** e o código CRC **D00F0E93**.

Dedico este trabalho a minha amada família, aqueles que escolheram trilhar esse caminho, chamado vida, ao meu lado.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por todas as possibilidades, proteção e amor. Agradeço aos meus pais que, além de me proporcionar a vida, foram apoio e incentivo sempre.

Agradeço ao meu esposo, pela paciência, compreensão, incentivo e por acreditar em mim, mais do que eu mesma.

Aos meus amados filhos, Miguel, Rafael e Isabela, pela compreensão e por muitas vezes que se privaram da minha presença e meu colo pela realização dos meus objetivos.

Agradeço aos meus professores que me guiaram ao longo desse processo. E principalmente às orientadoras Andréa, Sabrina e Ilce pela disponibilidade, apoio, ensinamentos, contribuição e paciência. Cresci e aprendi muito ao longo desse processo, recebam minha eterna gratidão.

Às amigas Débora, Thereza, Priscila, Aline e Thainá pelo companheirismo, apoio e pela ajuda sempre que precisei. Sou muito grata por poder contar com vocês.

Agradeço às minhas irmãs e amigas Maithê, Rafaela e Natália, pelos ombros e palavras ofertadas e pela ajuda sempre que precisei. Amo vocês!

Aos meus sobrinhos Helen e Carlos Eduardo pela ajuda e carinho. Amo vocês!

Agradeço à Sara, por sempre ser dedicada, disponível e atuar exemplarmente frente à secretaria do PPGSC.

Agradeço ao Gustavo e ao Centro Universitário Uninorte pela compreensão e por apoiar e facilitar a minha participação em todo o curso de doutorado.

Ressalto a importância da universidade pública, de qualidade, inclusiva e gratuita que proporcionou o alcance de tamanho aprendizado e oportunidade de formação ímpar, deixando aqui meus agradecimentos.



GREGOLIS, TBL. Práticas obstétricas e progressão de parto em um Centro de Parto Normal do município de Rio Branco – Acre. [Tese]. Rio Branco: Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Acre; 2023.

## RESUMO

**Introdução:** O parto é um processo complexo, que pode ser vivenciado de diversas formas. Esse evento é marcado como um momento único na vida da gestante e de sua família. Dentre os aspectos vivenciados na parturição, a dor e a ansiedade tem destaque e podem se associar à evolução do trabalho de parto. **Objetivo:** Avaliar as práticas obstétricas não farmacológicas adotadas em um Centro de Parto Normal (CPN) no município de Rio Branco – Acre e seus efeitos no tempo de duração do parto e nos níveis de dor e ansiedade da parturiente. **Método:** A tese foi dividida em três artigos com metodologias distintas. O Artigo 1 foi conduzido como revisão sistemática de literatura nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*, *Web of Science* e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, levantando publicações de 1996 a abril de 2021. Identificou-se 2.700 publicações elegíveis permanecendo 25 artigos na análise da revisão, para verificar a influência dos métodos não farmacológicos (MNFs) na duração do processo de trabalho de parto. Para os artigos 2 e 3, foi realizado um estudo de coorte realizado por meio do acompanhamento do trabalho de parto e parto de 221 parturientes, admitidas no Hospital Santa Juliana (HSJ), entre o período de 15 de novembro de 2021 a 28 de fevereiro de 2022, que foram acompanhadas desde sua admissão no CPN até o nascimento do concepto, com a observação do processo de parto e dos registros do prontuário das parturientes. Para esses artigos houve a caracterização das parturientes quanto aos dados sociodemográficos e obstétricos, entrevista e acompanhamento do processo do parto. O artigo 2 levantou o cumprimento das recomendações da Organização Mundial de Saúde para a assistência ao parto e nascimento. O artigo 3 identificou por meio da Escala Visual Analógica e do Inventário de Ansiedade-Estado (versão curta) os níveis de dor e ansiedade das parturientes em dois momentos, na admissão ao CPN e no início do período expulsivo. Verificou-se, então a interferência das práticas obstétricas utilizadas na assistência à parturiente na dor e na ansiedade referida pelas mulheres. **Resultados:** Conforme o artigo 1, alguns MNFs colaboraram para a redução do tempo de trabalho de parto, como o banho morno, a caminhada, os exercícios com bola de parto, as técnicas respiratórias, o decúbito dorsal, a acupuntura, a acupressão e o parto na água. Os empurrões espontâneos, a massagem e o banho de imersão prolongam o trabalho de parto. Com o artigo 2 foi possível observar que a maior parte das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para parto e nascimento foram cumpridas para mais de 70% dos partos acompanhados, com exceção da oferta de medidas farmacológicas. A inadequação das recomendações da OMS esteve relacionada a ter sofrido alguma intercorrência durante a gestação e a paridade. O artigo 3 demonstrou que o uso da deambulação, mobilização em pé, mobilização na bola e/ou

cavalinho e dos banhos se distribuiu de forma diferente entre as categorias de intensidade de dor no período expulsivo. Verificou-se ainda que mulheres com maior nível de ansiedade na admissão receberam mais massagens. **Conclusão:** O presente estudo verificou que a assistência prestada às parturientes do CPN do município de Rio Branco – Acre respeita as recomendações da OMS e adota práticas obstétricas não farmacológicas, que segundo a literatura são capazes de interferir na duração do parto. A utilização dos MNFs pelas parturientes estudadas esteve relacionada aos níveis de dor no período expulsivo e a ansiedade na admissão.

**Descritores:** Dor do Parto; Parto Humanizado; Parto Normal; Terapias Complementares; Trabalho de Parto.

GREGOLIS, TBL. Práticas obstétricas e progressão de parto em um Centro de Parto Normal do município de Rio Branco – Acre. [Tese]. Rio Branco: Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Acre; 2023.

## ABSTRACT

**Introduction:** Childbirth is a complex process that can be experienced in different ways. This event is marked as a unique moment in the life of the pregnant woman and her family. Among the aspects experienced during parturition, pain and anxiety stand out and can be associated with the evolution of labor. **Objective:** To evaluate the non-pharmacological obstetric practices adopted in a Centro de Parto Normal (CPN) in the city of Rio Branco - Acre and their effects on the duration of labor and on the levels of pain and anxiety of the parturient. **Method:** The thesis was divided into three articles with different methodologies. Article 1 was conducted as a systematic literature review in the databases Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, Web of Science and Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, surveying publications from 1996 to April 2021. It was identified 2,700 publications 25 articles remained eligible in the review analysis, to verify the influence of non-pharmacological methods (NFMs) on the duration of the labor process. For articles 2 and 3, a cohort study was carried out by monitoring the labor and delivery of 221 parturients, admitted to Hospital Santa Juliana (HSJ), between the periods from November 15, 2021 to February 28, 2021, 2022, which were followed from their admission to the BC until the birth of the fetus, with the observation of the delivery process and the parturients' medical records. For these articles, the parturients were characterized in terms of sociodemographic and obstetric data, as well as interviews and monitoring of the delivery process. Article 2 raised compliance with the recommendations of the World Health Organization for assistance in labor and birth. Article 3 identified through the Visual Analog Scale and the State-Anxiety Inventory (short version) the levels of pain and anxiety of the parturients in two moments, on admission to the BC and at the beginning of the expulsive period. It was verified the interference of the obstetric practices used in the assistance to the parturient in the pain and anxiety referred by the women. **Results:** According to article 1, some NFMs collaborated to reduce the time of labor, such as a warm bath, walking, exercises with a birth ball, breathing techniques, supine position, acupuncture, acupressure and childbirth in the water. Spontaneous pushing, massage and bathing prolong labor. With article 2, it was possible to observe that most of the recommendations of the World Health Organization (WHO) for labor and birth were complied with for more than 70% of the monitored births, with the exception of the provision of pharmacological measures. The inadequacy of WHO recommendations was related to having suffered some complication during pregnancy and childbirth. Article 3 demonstrated that the use of ambulation, mobilization standing, mobilization on the ball and/or wheelie and baths was distributed differently between the categories of pain intensity in the expulsive period. It was also found that women with a higher level of anxiety on admission received more massages. **Conclusion:** The present study found that the assistance provided to parturients at the BC in the city of Rio Branco -

Acre respects WHO recommendations and adopts non-pharmacological obstetric practices, which according to the literature are capable of interfering with the duration of childbirth. The use of NFMs by the parturients studied was related to the levels of pain in the second stage and anxiety on admission.

**Keywords:** Complementary Therapies; Humanizing delivery; Labor pain; Natural Childbirth; Obstetric labor.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Fluxograma de identificação das parturientes e coleta de dados.....	41
Quadro 1 -	Recomendações da OMS na assistência ao parto e nascimento.....	18
Quadro 2 -	Estudos nacionais sobre práticas obstétricas e seus efeitos.....	25
Quadro 3 -	Estudos internacionais sobre práticas obstétricas e seus efeitos.....	30
Quadro 4 -	Variáveis independentes do estudo Práticas obstétricas e progressão de parto em um Centro de Parto Normal do município de Rio Branco – Acre.....	43
Quadro 5 -	Variáveis dependentes do estudo Práticas obstétricas e progressão de parto em um Centro de Parto Normal do município de Rio Branco – Acre.....	63
Artigo 1 (Figura 1) -	Diagrama de fluxo de pesquisa e seleção de literatura.....	80
Artigo 1 (Quadro 1) -	Resumo das características dos estudos que analisaram os efeitos dos métodos não farmacológicos (MNFs) na duração do parto.....	81
Artigo 1 (Quadro Mat. Supl.) -	Estratégia de busca para identificação dos estudos.....	97

## LISTA DE TABELAS

Artigo 1 - (Tabela 1)	Métodos não farmacológicos (MNFs) analisados e sua interferência no tempo médio de parto ou fase do parto.....	83
Artigo 2 - (Tabela 1)	Caracterização sociodemográfica e obstétrica das parturientes, Rio Branco - Acre, novembro de 2021 a fevereiro de 2022.....	104
Artigo 2 - (Tabela 2)	Cuidados ofertados às parturientes e neonatos, conforme a adequação às recomendações da OMS (2018), em uma maternidade de Rio Branco - Acre, novembro de 2021 a fevereiro de 2022.....	106
Artigo 2 - (Tabela 3)	Fatores associados a inadequação na assistência ao parto e nascimento conforme recomendações da OMS (2018), em uma maternidade de Rio Branco - Acre, novembro de 2021 a fevereiro de 2022.....	107
Artigo 2 - (Tabela 4)	Modelo final apresentando as variáveis associadas à inadequação da assistência, segundo às recomendações da OMS.....	108
Artigo 3 - (Tabela 1)	Características sociodemográficas e obstétricas das parturientes, Rio Branco - Acre, novembro de 2021 a fevereiro de 2022.....	120
Artigo 3 - (Tabela 2)	Frequência dos MNFs utilizados pelas parturientes na fase de dilatação, Rio Branco - Acre, novembro de 2021 a fevereiro de 2022....	121
Artigo 3 - (Tabela 3)	Uso dos MNFs na fase de dilatação e intensidade da dor referida por parturientes, Rio Branco - Acre, novembro de 2021 a fevereiro de 2022.....	124
Artigo 3 - (Tabela 4)	Uso dos MNFs na fase de dilatação e nível de ansiedade referida por parturientes, Rio Branco - Acre, novembro de 2021 a fevereiro de 2022.....	126

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CCT	Tração Controlada Do Cordão Umbilical
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPN	Centro de Parto Normal
EVA	Escala Visual Analógica
HPP	Hemorragia Pós-Parto
HSJ	Hospital Santa Juliana
IC	Intervalo de Confiança
MNFs	Métodos não farmacológicos
NOS	Escala de Newcastle-Ottawa
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OR	Odds ratio
PA	Pressão arterial
PNH	Política Nacional de Humanização
RN	Recém-nascido
ROB	Risk of Bias
SSC	Contato Pele a Pele
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	05
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	09
2.1 GESTAÇÃO.....	09
2.2 PARTO: ETAPAS E TEMPO DE DURAÇÃO.....	09
<b>2.2.1 Dor e ansiedade no parto</b> .....	14
<b>2.2.2 Políticas relacionadas ao parto e nascimento</b> .....	16
<b>2.2.3 Recomendações para o parto e nascimento</b> .....	18
<b>2.2.4 Interferência de práticas obstétricas não farmacológicas no mecanismo de parto</b> .....	24
<b>3 PERGUNTA DE PESQUISA</b> .....	32
<b>4 HIPÓTESE DE ESTUDO</b> .....	33
<b>5 JUSTIFICATIVA</b> .....	34
<b>6 OBJETIVOS</b> .....	36
6.1 GERAL.....	36
6.2 ESPECÍFICOS.....	36
<b>7 METODOLOGIA DA PESQUISA</b> .....	37
7.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	37
7.2 LOCAL DE ESTUDO.....	38
7.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	39
7.4 COLETA DE DADOS.....	39
7.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	42
<b>7.5.1 Variáveis independentes</b> .....	42
<b>7.5.2 Variáveis dependentes</b> .....	63
7.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	64
7.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	65
<b>7.7.1 Riscos, providências e cautelas</b> .....	66
<b>7.7.2 Benefícios</b> .....	67
<b>8 DESFECHOS DA PESQUISA</b> .....	68
8.1 DESFECHO PRIMÁRIO.....	68
8.2 DESFECHOS SECUNDÁRIOS.....	68
<b>9 RESULTADOS</b> .....	69
ARTIGO 1: A INFLUÊNCIA DE MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS	69



NA DURAÇÃO DO PARTO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.....	
ARTIGO 2: ADEQUAÇÃO DAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS ADOTADAS EM UM CENTRO DE PARTO NORMAL EM RIO BRANCO, ACRE.....	99
ARTIGO 3: ASSOCIAÇÃO DE PRÁTICAS OBSTÉTRICAS AOS NÍVEIS DE ANSIEDADE E INTENSIDADE DA DOR ENTRE PARTURIENTES DA AMAZÔNIA OCIDENTAL BRASILEIRA.....	115
<b>10 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>134</b>
<b>REFERÊNCIAS DA TESE.....</b>	<b>136</b>
<b>APÊNDICE 1 – REGISTRO DE DADOS PESSOAIS E OBSTÉTRICOS DAS PARTURIENTES .....</b>	<b>144</b>
<b>APÊNDICE 2 – REGISTRO DE RECURSOS NÃO FARMACOLÓGICOS UTILIZADOS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO.....</b>	<b>150</b>
<b>APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>152</b>
<b>ANEXO 1 – ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA).....</b>	<b>157</b>
<b>ANEXO 2 – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE-ESTADO (VERSÃO CURTA).....</b>	<b>158</b>
<b>ANEXO 3 – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL (HOSPITAL SANTA JULIANA).....</b>	<b>159</b>
<b>ANEXO 4 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>	<b>160</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho é um momento intenso na vida da mulher e da família, que envolve também a comunidade e os membros da equipe de saúde, no complexo processo denominado parto (FRELLO; CARRARO, 2010; BRASIL, 2001).

O parto é o evento de saída do concepto do corpo materno, que ocorre em três principais etapas: dilatação, expulsão e secundamento. Tais fases são precedidas do período premonitório (pré-parto). Um quarto estágio ainda é considerado, o qual consiste na primeira hora após a saída da placenta (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2019).

Por vezes a via de parto é cirúrgica, por parto cesáreo, a qual já há alguns anos tem sido o tipo de parto mais frequente, além do que o indicado. No ano de 2017, no Brasil, 84,9% dos partos em hospitais privados ocorreram por via cirúrgica e 48,8% dos nascimentos nos hospitais públicos. Nessa pesquisa foram observadas elevadas proporções de cesariana nas diferentes regiões do país, principalmente na rede privada (DIAS *et al.*, 2022).

Dentre os principais aspectos vivenciados na parturição, a dor se destaca, sendo um processo fisiológico que se associa à evolução do trabalho de parto. No início, o padrão de contrações uterinas é menor, correspondendo à fase latente, quando ocorre o apagamento do colo uterino e a sensação dolorosa é menos intensa. Na fase ativa, na maior parte dos casos, o padrão da contração uterina aumenta, na busca de empurrar o polo cefálico sobre o colo do útero, para proporcionar a sua dilatação, bem como a descida do feto através da pelve materna. Nessa fase, a dor se apresenta na região abdominal, lombar e púbica, associada à sensação de estiramento (ALMEIDA *et al.*, 2005).

O medo da dor é um dos fatores que mais interferem na escolha da via de parto, no entanto, o parto normal é escolha de muitas mulheres, mesmo que para a maioria (81,8%) delas tal evento seja descrito como a experiência mais dolorosa vivenciada (MAZONI *et al.*, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2022).

Tanto a dor, quanto as incertezas do momento fazem com que ansiedade, medo e estresse sejam frequentemente relacionados ao parto (ALEHAGEN *et al.*, 2005). De acordo com o estudo de Molina-Fernández e

colaboradores (2015), o nível de ansiedade apresentou-se elevado para 30% das parturientes, no entanto, esse estado não impediu a finalização do parto. Assim, utilizar métodos que sejam capazes de quebrar o ciclo medo-tensão-dor é uma importante forma de contribuir com o processo de ansiedade e dor (SMITH *et al.*, 2020).

Dessa forma, durante o trabalho de parto, uma importante ação é a de auxiliar a mulher a lidar com a dor e a ansiedade. Métodos farmacológicos conquistaram importante aplicação nesse sentido, principalmente em países desenvolvidos, entretanto, sabe-se que esses métodos podem apresentar efeitos colaterais, pois, alcançam o feto, por via placentária, e essas, são responsáveis por ocasionar depressão respiratória e anormalidades no comportamento da mulher e do neonato (WHO, 2018).

Assim, para auxiliar as parturientes e ao mesmo tempo evitar ou minimizar a utilização dessas drogas, as abordagens não farmacológicas são essenciais no auxílio ao processo de parturição (WHO, 1996).

Neste sentido, de acordo com as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017), os métodos não farmacológicos de alívio da dor devem ser ofertados à parturiente antes da utilização das opções farmacológicas. Dentre as estratégias não farmacológicas estão a imersão em água, massagem (que pode ser ensinada ao acompanhante), relaxamento, acupuntura e hipnose (quando houver profissional habilitado disponível), apoio a escolha pela parturiente de músicas para serem tocadas na sala de parto, áudio-analgesia e aromaterapia para as mulheres que desejarem, com intenção de promover conforto à mulher (BRASIL, 2016; BRASIL, 2017).

A cada dia tem sido mais frequente a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor nas salas de parto. Um estudo transversal identificou que 54,8% das parturientes foram submetidas a algum desses métodos, e, as técnicas mais frequentes foram massagem, cavalinho, exercícios respiratórios e exercícios pélvicos (ALCÂNTARA; SILVA, 2021). Atualmente, quase todos os profissionais que atuam nas salas de parto afirmam conhecer os métodos não farmacológicos de alívio da dor (EYEBERU *et al.*, 2022).

A respiração controlada também é uma das formas não farmacológicas de lidar com a dor e a ansiedade durante o processo do parto, tendo como mecanismo de ação proposto a capacidade de reduzir os níveis de hormônio do estresse. Essa redução induz ao relaxamento, o que é muito importante, especialmente no início do trabalho de parto (LOTHIAN, 2011). Outros métodos que podem ajudar a parturiente no controle da dor são: a utilização da bola de parto (ou nascimento), encorajar a liberdade de andar, livre escolha para o posicionamento vertical, entre outros (VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2013).

O uso destes métodos não farmacológicos, durante o parto, tende a apresentar resultados satisfatórios, minimizando a sensação dolorosa e proporcionando mais tranquilidade e relaxamento às parturientes. Tais métodos são mais utilizados de forma combinada do que isoladamente (DIAS *et al.*, 2018).

O parto em ambiente hospitalar é caracterizado pela utilização de diversas tecnologias e procedimentos na intenção de torná-lo mais seguro para a mulher e seu conceito. Porém, a evolução da obstetrícia moderna não considera o período gestacional, o parto e o nascimento como expressões naturais de saúde. Nesse modelo, têm-se as mulheres e os recém-nascidos (RNs) expostos a importantes intervenções, as quais deveriam ser utilizadas de forma controlada, apenas em caso de necessidade, mas que ainda são adotadas de forma rotineira. Esse excesso de intervenções, como o uso de ocitocina, a episiotomia, a cesariana, a aspiração nasofaringeana, entre outras, desconsidera aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo da parturição (BRASIL, 2016).

Mesmo nos Centros de Parto Normal do país, criados com o objetivo de promover assistência de qualidade durante o trabalho de parto e o parto humanizado, embora muitos métodos não farmacológicos para alívio da dor estejam disponíveis e sejam preconizados, ainda não está claro em que medida eles são ofertados às parturientes (SILVA *et al.*, 2013). Dentre os principais, motivos da não aplicação de métodos de alívio da dor, em um estudo realizado na Etiópia, destacaram-se a grande quantidade de parturientes no serviço (54,4%), o limitado número de membros na equipe

(51,9%) e a falta de conhecimento e capacitação dos profissionais (32,9%) (EYEBERU *et al.*, 2022).

Assim, analisar as práticas obstétricas adotadas e a progressão do trabalho de parto em um Centro de Parto Normal (CPN) no município de Rio Branco – Acre pode ser relevante para caracterizar a assistência ofertada às parturientes de forma rotineira e verificar a associação de práticas utilizadas no processo do parto com as variáveis tempo de duração do parto, ansiedade e dor referidas pela parturiente.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 GESTAÇÃO

As modificações que o organismo materno se submete na gestação são intensas, possibilitando o desenvolvimento de um novo ser humano. A sucessão de fenômenos complexos exigida do corpo materno tem início logo após a fecundação e perduram por toda a gestação. A maioria dessas alterações ocorre em razão de estímulos fisiológicos que partem do feto e da placenta, incluindo aspectos de ordem imunológica, endócrina e anatômica, com o intuito de garantir a acomodação e o desenvolvimento do bebê de modo harmonioso (CUNNINGHAM *et al.*, 2016; SASS; OLIVEIRA, 2017; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2019).

As mudanças ocorridas no período gestacional podem ser locais, atingindo órgãos e estruturas específicas, como mamas, vagina, vulva, ovários e útero. Outras modificações são denominadas sistêmicas e ocorrem em complexos corporais gerais, como os aparelhos circulatório, respiratório, urinário, entre outros (SILVA; MARQUES; AMARAL, 2019).

Aspectos psicoemocionais tendem a se manifestar no período gestacional, sendo, por vezes, difícil de identificar o que está ou não dentro da normalidade nesse período, em se tratando do sistema nervoso central e da saúde mental (BARACHO, 2018). Dentre as manifestações psicoemocionais, tem-se o medo gerado pelo próprio estado gestacional, o aumento da ansiedade e os temores sobre o parto, que se somam conforme o nascimento se aproxima, podendo ser potencializados pelo receio de fracassar como mãe (RAPHAEL-LEFF, 2018).

### 2.2 PARTO: ETAPAS E TEMPO DE DURAÇÃO

A palavra parto tem origem no latim *parere* e significa trazer, dar à luz (ALDRIGHI; HSU; JORGE, 2013). O parto é um evento fisiológico, que objetiva a saída do feto da cavidade uterina, a partir de contrações rítmicas capazes de gerar a dilatação e o esvaziamento cervicais. Essas contrações são dolorosas,

acompanhadas pela perda de tampão mucoso e ruptura de membranas (ZUGAIB, 2012). Definido pela OMS como um acontecimento que envolve baixo risco, o parto deve ocorrer espontaneamente entre a 37<sup>a</sup> e 42<sup>a</sup> semanas completas de gravidez, em posição cefálica de vértice. Nesse processo, tanto a mãe quanto o filho encontram-se em boas condições após o nascimento (WHO, 1996).

No nascimento, um conjunto de movimentos é realizado pelo feto, os quais o impulsionam pelo canal parturitivo, decorrentes da contratilidade do útero e músculos abdominais. Essas forças fazem com que o concepto execute alguns movimentos passivos e adaptáveis ao canal, denominados de mecanismo de parto (ALDRIGHI; HSU; JORGE, 2013).

O primeiro tempo do mecanismo de parto é chamado de insinuação, consiste na passagem pelo estreito superior da bacia do maior diâmetro da apresentação (região do feto que ocupa o estreito superior da pelve materna e será a primeira parte do bebê a sair do corpo da mãe no parto). Nas primíparas, ocorre nas duas semanas finais da gravidez e nas múltiparas, no início do trabalho de parto. Em sua maioria, a cabeça fetal entra na pelve materna com a sutura sagital orientada no sentido do diâmetro transversal do estreito superior (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2019).

Antes de iniciar o trabalho de parto, o diâmetro cefálico fetal que ocupa o estreito superior é o occipito-frontal (12 cm) nas múltiparas, sendo substituído na passagem pelo estreito superior com a cabeça em flexão pelo diâmetro suboccipito-bregmático. Nas primíparas, esse diâmetro poderá ser o mesmo, ou o suboccipito-frontal (10,5 cm), quando ocorre previamente o leve movimento de flexão cefálica (FREITAS *et al.*, 2011).

Nas duas últimas semanas da gravidez ou no início do trabalho de parto a cabeça fetal pode apresentar-se alta e móvel ou ajustada e mobilizável. Para acomodar-se ao estreito superior, a cabeça executa dois movimentos para diminuição dos diâmetros, a flexão e o sinclitismo (ALDRIGHI; HSU; JORGE, 2013). A flexão ocorre quando a cabeça vai descendo por impulsão das contrações uterinas e encontra resistência do colo e da parede pélvica (ALDRIGHI; HSU; JORGE, 2013). Já o sinclitismo é a ausência da flexão lateral, com a sutura sagital equidistante do sacro e do pube. Quando ocorre o

movimento de inclinação lateral da apresentação, esse movimento recebe o nome de assinclitismo. Pode encontrar-se anterior, quando o parietal anterior se insinua primeiro, ao início com a sutura sagital próxima ao sacro (obliquidade de Nägele), e posterior, insinua-se primeiramente o parietal posterior, aproximando a sutura sagital ao pube (obliquidade de Litzman) (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2019; ALDRIGHI; HSU; JORGE, 2013).

Pelo toque vaginal identifica-se a altura do feto, pelo método de DeLee, que norteia a apresentação insinuada quando o ponto de maior declive da apresentação atinge ou ultrapassa o plano das espinhas ciáticas (plano 0), pode ocorrer a 1, 2, e 3 cm abaixo do plano zero, denominados +1, +2, +3, e -1, -2, -3 os localizados em iguais distâncias acima (BRASIL, 2001; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2019).

O segundo tempo do mecanismo de parto é a descida, quando ocorre o avanço da apresentação do estreito superior para o inferior, com simultânea rotação interna em movimento de progressão espiral. Essa etapa se processa desde o início do trabalho de parto e só finaliza com a expulsão do feto. Para que ocorra a descida, o feto se adapta à curvatura do sacro com pequenos desvios da cabeça, se acoplando ao canal do parto. Esse processo consiste em um mecanismo dinâmico favorecido pela pressão dos músculos abdominais, do líquido amniótico e pelo impulso gerado pelas contrações uterinas (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2019).

O terceiro tempo é a rotação interna, descrito como um movimento de rotação interna da apresentação, onde o feto adapta seu diâmetro maior (suboccipito-bregmático) ao maior diâmetro do estreito inferior (anteroposterior). Esse movimento conduz a sutura sagital a se orientar no sentido anteroposterior da saída do canal, seguido da colocação do ponto de reparo fetal ( $\lambda$  nas apresentações cefálicas fletidas) de encontro ao pube, servindo assim de apoio ao próximo tempo (ALDRIGHI; HSU; JORGE, 2013).

O quarto tempo, denominado desprendimento cefálico, ocorre após a rotação interna, quando a cabeça se desprende do estreito inferior (FREITAS *et al.*, 2011). Aldrighi, Hsu e Jorge (2013) relatam que nas apresentações cefálicas fletidas o desprendimento da cabeça ocorre com a extensão ou deflexão.



A rotação externa é o quinto tempo do mecanismo de parto, essa etapa consiste no movimento de giro da cabeça, voltando ao ponto de reparo fetal para a posição primitiva e o biacromial no anteroposterior da bacia. A cabeça fetal apoiada ao períneo e os ombros no estreito superior realizam uma rotação externa da apresentação à pelve. Dessa forma, há uma rotação do corpo para deixar o diâmetro biacromial em anteroposterior, congruente ao maior diâmetro do estreito inferior, facilitando sua passagem (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2019).

O desprendimento do tronco e membros (Ovóide Córnico) representa a sexta etapa, depois da expulsão dos ombros, primeiramente o anterior por baixo da pube e em seguida o posterior, pelo períneo, acontece à expulsão do resto do corpo sem maiores dificuldades (FREITAS *et al.*, 2011).

A descida fetal tem duração média de 50 minutos em primíparas e 20 minutos em múltiparas. Aceitam-se limites superiores de normalidade de até duas horas ou de até uma hora, respectivamente. Pode-se ainda permitir uma hora adicional no caso de analgesia peridural (ALDRIGHI; HSU; JORGE, 2013).

De acordo com esses autores, o parto também é dividido em fases clínicas, ordenadas em quatro períodos sequenciais: dilatação, expulsão, dequitação e quarto período (período de Greenberg).

A dilatação, em sua totalidade, incluindo a fase latente e fase ativa, consiste no primeiro e mais longo período do parto, podendo ultrapassar 20 horas em primigestas e 12 horas em múltiparas. O começo do trabalho de parto marca seu início e a abertura total do colo, aos 10 cm, o seu final (ALDRIGHI; HSU; JORGE, 2013).

Esse período é dividido em duas fases, a latente, mais longa e caracterizada por contrações esparsas e pouco intensas, com esvaecimento do colo e dilatação de aproximadamente 5 cm. Já na fase ativa, há um aumento da frequência e intensidade das contrações, ocorrendo a dilatação em uma maior velocidade, cerca de um cm/hora. Seu início é marcado pelo colo pérvio para três centímetros e três contrações em 10 minutos (BRASIL, 2001; WHO, 2018; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2019).

Devido à possibilidade de o período de dilatação alcançar um tempo longo e extenuante, recomenda-se uma assistência humanizada, segundo as diretrizes, de livre escolha da posição pela gestante e direito ao acompanhante (BRASIL, 2001; PORTO; AMORIN; SOUZA, 2010). Na liberdade de escolha da posição, incentiva-se a posição vertical, com objetivo de otimizar a coordenação das contrações, favorecer a ação da gravidade, direcionando a apresentação ao canal de parto, melhorar o padrão respiratório e elevar os níveis de endorfina. Entretanto, deve-se preconizar que a gestante assuma a posição que lhe pareça mais confortável (BRASIL, 2001; ALDRIGHI; HSU; JORGE, 2013).

Porto, Amorin e Souza (2010) relatam que as parturientes devem ser encorajadas a deambular ou adotar a posição que preferirem, principalmente no primeiro período do parto.

A próxima etapa é a expulsão, Aldrighi, Hsu e Jorge (2013) relatam que esta fase se inicia com o final da dilatação e termina com o clampeamento do cordão umbilical, após a saída do feto. Essa fase é marcada pela presença dos puxos maternos, que devem ocorrer de forma natural e involuntária, desencadeados pelo reflexo que a pressão da apresentação faz sobre o reto.

Em seguida ocorre a dequitação, compreendendo o terceiro período do parto, o qual se inicia com o clampeamento do cordão umbilical e termina com a saída da massa placentária (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2019).

Por fim, tem-se o quarto período, também denominado de Greenberg, que consiste na primeira hora após a dequitação da placenta. É um período clínico observacional, prevenindo possíveis quadros hemorrágicos (FREITAS *et al.*, 2011).

O acompanhamento do processo do parto é de extrema importância, para tal, recomenda-se a utilização do partograma, um instrumento que permite observar as intercorrências obstétricas de trajeto, limitando as intervenções e estimulando o parto normal (WHO, 2012). Tais cuidados objetivam um RN saudável, com potencial desenvolvimento neuropsicomotor e uma mãe saudável física e psicologicamente. Através de uma representação gráfica do trabalho de parto, o partograma permite acompanhar e documentar a evolução deste processo, bem como detectar precocemente as distócias, eliminando o

caráter subjetivo do diagnóstico, facilitando a tomada de condutas apropriadas e evitando intervenções desnecessárias (BRASIL, 2001). Em 1991, o Ministério da Saúde recomendou a introdução do partograma, e em 1994 a OMS tornou seu uso obrigatório (BRASIL, 2001).

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização (PNH), atentando-se a combater as práticas excessivamente intervencionistas, com o direcionamento para que a atuação do profissional respeitasse os aspectos da fisiologia do parto. Essas diretrizes reconhecem os aspectos sociais e culturais, buscam promover a saúde e oferecer suporte emocional à mulher e sua família, com uma boa evolução do trabalho de parto (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Vasconcelos e colaboradores (2013) relatam que o partograma é um indicador que avalia a qualidade de assistência e seu uso adequado exige que o cuidador permaneça próximo à parturiente, analisando a transcrição dos cuidados prestados de hora em hora. Aldrighi, Hsu e Jorge (2013) enfatizam que este é um registro acurado do progresso do trabalho de parto, sendo possível detectar e tratar qualquer atraso ou sinais de complicações.

A dilatação de um centímetro por hora de trabalho de parto é adotada como parâmetro para a avaliação da progressão do parto pelo partograma, o que sugere normalidade quando a dilatação cervical é condizente com tal evolução (WHO, 2018).

### **2.2.1 Dor e ansiedade no parto**

A dor é um importante indicativo do início do trabalho de parto. Seu principal componente é a dilatação do colo uterino, somando-se outros fatores como a contração e distensão das fibras da cérvix, distensão do canal de parto, distensão de anexos e peritônio, pressão na uretra, bexiga e outras estruturas pélvicas, bem como a pressão sobre as raízes do plexo lombo-sacro (BRASIL, 2001). Na fase de dilatação, a dor se apresenta em alta intensidade, sendo considerada traumática para algumas parturientes, podendo ser intensificada pela ansiedade que envolve o processo (SANTANA *et al.*, 2010).

A dor vivenciada no parto se manifesta como uma experiência muito complexa, sendo também moldada pelas experiências dolorosas que a mulher tenha vivenciado anteriormente. Assim, ela se apresenta de forma dependente de valores emocionais e cognitivos que a mulher possua, porém, na percepção da sensação dolorosa o ambiente em que essa é experimentada tem influência. Outro aspecto que interfere na dor do parto é a sensação que a mulher tenha de que pode controlá-la (WHITBURN *et al.*, 2017).

Miranda e colaboradores (2008) descrevem que independente da cronologia (tempo decorrido) ou do tipo de parto (normal ou cesáreo), as mulheres relatam como principal queixa a dor experimentada no processo. Esta dor vivenciada no momento, ou após o parto, é considerada tão marcante, que se mantém registrada na memória pelo resto da vida da parturiente.

A percepção da dor é muito pessoal, e o processo do parto envolve preocupações, ansiedade e medo, o que possibilita maior intensidade da dor (CHEROBIN; OLIVEIRA; BRISOLA, 2016). A dor e a ansiedade tendem a andar juntas, assim, aliviar a dor com métodos farmacológicos e não farmacológicos pode colaborar para o controle da ansiedade, com seus efeitos na mãe e no feto (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2019; MORON; CAMANO; KULAY JÚNIOR, 2011).

Um estudo conduzido em Rio Branco, Acre, no ano de 2014, evidenciou que a dor no parto normal é descrita pelas mulheres como algo fundamental ao nascimento do bebê ou como justificativa para a percepção desfavorável do momento. Algumas mulheres participantes descreveram a dor como "horrível", "muita dor", "difícil de controlar" e que "vinha mais forte ainda". No entanto, ressaltou que cada mulher pode ter uma experiência diferente em relação à dor no parto (JUCÁ; LAGO; BORGES, 2021).

Desde o último trimestre da gestação a mulher experiencia certa ansiedade conforme o parto se aproxima, aumentada pela maior atenção à chegada do bebê. Muitas preocupações e fantasias da mãe contribuem para esse estado. As emoções tendem a oscilar entre alegria, medo e ansiedade (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2019).

De acordo com o estudo de Jucá, Lago e Borges (2021) as mulheres vivenciam momentos de curiosidade em relação as etapas do período

gestacional e ao perceberem que o nascimento se aproxima, a ansiedade se eleva, podendo associar-se a outros sentimentos. É comum a expressão de insegurança e medo relacionados a possíveis intercorrências inerentes ao parto. Enquanto há expectativa de sensações de felicidade e bem-estar durante o nascimento do bebê, a mulher frequentemente experimenta angústia e deseja expressar essa percepção.

O próprio parto envolve sentimentos como a ansiedade por parte da mulher e da família, e essa sensação pode ser potencializada pelo próprio tempo fisiológico do parto (SASS; OLIVEIRA, 2017).

A ansiedade, assim como a dor, pode comprometer a oxigenação fetal, pois aumentam os níveis de catecolamina, o que pode ocasionar redução da circulação nos vasos uterinos, devido ao efeito alfa-simpático vasoconstritor (MORON; CAMANO; KULAY JÚNIOR, 2011).

Na presença de ansiedade e dor, o organismo materno pode desencadear respostas simpáticas como a maior elevação da frequência cardíaca e da pressão arterial. Discinesia também pode ser desencadeada, a partir de incoordenações das contrações uterinas, em decorrência da secreção elevada dos hormônios epinefrina e norepinefrina, que estão presentes em situações de dominância da dor, do medo, da emoção e da ansiedade (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2019). Dessa maneira, ansiedade, medo e estresse são frequentemente relacionados aos acontecimentos biológicos do parto (ALEHAGEN *et al.*, 2005).

### **2.2.2 Políticas relacionadas ao parto e nascimento**

A saúde da mulher, no Brasil, passou a fazer parte das políticas nacionais de saúde nas questões relacionadas à gestação e ao parto, ainda no início do século XX. Vista de forma limitada como mãe e doméstica, esteve incluída nos programas materno-infantis, durante os anos 30, 50 e 70 (BRASIL, 2004).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), elaborado em 1984, inseriu as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da

atenção, como princípios e diretrizes do sistema de saúde (BRASIL, 2004). Esse formato de assistência à mulher incluiu a assistência clínico-ginecológica, assistência pré-natal e assistência ao parto e ao puerpério imediato (BRASIL, 1984).

Em 2004 foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) que englobou como princípios norteadores o enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde, visando considerar os ganhos no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, especialmente na qualidade da assistência obstétrica, planejamento reprodutivo, nos cuidados ao abortamento inseguro e na violência doméstica e sexual (BRASIL, 2015).

Sendo esses, marcos importantes no contínuo processo de humanização e otimização da assistência ao parto e nascimento. A necessidade em humanizar a assistência hospitalar surgiu com o foco em melhorar a atenção ao usuário e ao trabalhador em saúde, em um momento em que o Sistema Único de Saúde estaria desacreditado pela população (PALHETA; COSTA, 2012).

Desde a PNAISM a capacitação do pessoal que atua na atenção obstétrica e neonatal tem sido amplamente estimulada, objetivando promover uma assistência qualificada e humanizada (BRASIL, 2004).

Também no ano de 2004, o Ministério da Saúde implantou a Política Nacional de Humanização (PNH), orientando a atuação profissional considerando a fisiologia do parto e informando sobre práticas excessivamente intervencionistas, visando promover a saúde e ofertar suporte adequado a gestante e seus familiares, favorecendo o trabalho de parto e parto (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Em 2011 foi instituída a Rede Cegonha no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde), no Brasil (Brasil, 2011), com intenção de garantir atenção humanizada a gestação, ao parto e ao pós-parto, o planejamento reprodutivo e o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis às crianças de zero aos vinte e quatro meses. A adoção de boas práticas com base em evidências científicas conforme o documento norteador da OMS de 1996 (BRASIL, 2017).

## 2.2.3 Recomendações para o parto e nascimento

A OMS recomenda cuidados direcionados durante a assistência ao parto e nascimento, como a preservação da dignidade, privacidade e confidencialidade, assegurando escolhas informadas e apoio contínuo durante o processo do parto, a boa comunicação entre profissionais da maternidade e as parturientes e um acompanhante de escolha da mulher (WHO, 2018).

No ano de 2018 foram publicadas recomendações atualizadas, onde se inclui o que é e o que não é indicado pela OMS, conforme Quadro 1.

**Quadro 1.** Recomendações da OMS na assistência ao parto e nascimento.

<b>Cuidados durante o parto e nascimento</b>	
Recomendado	Cuidados maternos respeitosos: cuidados oferecidos a todas as mulheres preservando sua dignidade, privacidade e confidencialidade, livre de maus tratos, e permitindo uma escolha informada e apoio contínuo durante o trabalho de parto e parto.
	Comunicação eficaz entre os profissionais da maternidade e as parturientes, usando métodos simples e culturalmente aceitáveis.
	Um acompanhante de escolha é recomendado para todas as mulheres durante o trabalho de parto e parto.
Recomendado apenas em contextos específicos	Em locais com programa de obstetrícia em funcionamento, recomenda-se modelos de cuidados contínuos para gestantes, liderados por parteiras, nos quais parteira ou pequeno grupo de parteiras conhecidas apoia a mulher ao longo das fases pré-natal, intraparto e pós-natal.
<b>Primeiro estágio do trabalho de parto</b>	
Recomendado	A adoção das seguintes definições das fases latente e ativa do trabalho de parto: - O estágio latente (do primeiro estágio do trabalho de parto) é um período de tempo caracterizado por contrações uterinas dolorosas e alterações variáveis do colo do útero, incluindo algum grau de apagamento e progressão mais lenta de dilatação até cinco cm, tanto para primíparas quanto para as demais parturientes. - A fase ativa é um período de tempo caracterizado por contrações uterinas dolorosas regulares, um grau substancial de eliminação cervical e dilatação cervical mais rápida de cinco cm até a dilatação completa, tanto para primíparas quanto para as demais parturientes.
	As mulheres devem ser informadas de que a duração padrão da primeira fase não foi estabelecida e pode variar muito de uma mulher para outra. No entanto, a duração do primeiro estágio ativo (de cinco cm até dilatação cervical completa) geralmente não se estende além de 12 horas para as primíparas, e geralmente não se estende além de 10 horas a partir do segundo parto.
	Ausculta usando um aparelho de ultrassom Doppler ou estetoscópio Pinard fetal é recomendado para a avaliação do bem-estar fetal na admissão do trabalho de parto.
	O exame vaginal digital em intervalos de quatro horas é recomendado para avaliação de rotina do primeiro estágio ativo de trabalho de parto em parturientes de baixo risco.
	Ausculta intermitente da frequência cardíaca fetal com um aparelho de ultrassom Doppler ou um estetoscópio fetal Pinard é recomendada para mulheres grávidas

	<p>saudáveis em trabalho de parto.</p> <p>A analgesia epidural é recomendada para gestantes saudáveis que solicitem alívio da dor durante o trabalho de parto, de acordo com suas preferências.</p> <p>Opioides parenterais, como fentanil, diamorfina e petidina, são opções recomendadas para parturientes saudáveis que solicitam alívio da dor durante o parto, de acordo com as preferências da mulher.</p> <p>Técnicas de relaxamento, incluindo relaxamento muscular progressivo, respiração, música, meditação que envolve atenção plena e outras técnicas, são recomendadas para mulheres grávidas saudáveis que solicitem alívio da dor durante o parto, de acordo com as preferências da mulher.</p> <p>Técnicas manuais, como massagem ou aplicação de calor são recomendáveis para gestantes saudáveis que solicitam alívio da dor durante o parto, de acordo com as preferências da mulher.</p> <p>Ingestão de alimentos e líquidos durante o parto é recomendada para parturientes de baixo risco.</p> <p>Encorajar a adoção de mobilidade e uma posição verticalizada durante o trabalho de parto para mulheres de baixo risco.</p>
<p>Recomendado apenas sob acompanhamento rigoroso</p>	<p>Para gestantes saudáveis que apresentam parto espontâneo, a política de adiar a admissão ao setor de trabalho de parto até que atinja a primeira fase ativa, é recomendado apenas no contexto de acompanhamento rigoroso.</p>
<p>Não recomendado</p>	<p>Para mulheres grávidas com início de parto espontâneo, o limiar da evolução da dilatação de um cm / hora durante a fase ativa (como descrito pela linha de alerta do partograma) é impreciso para identificar mulheres em risco de desfechos adversos ao parto e, portanto, não deve ser utilizado para este fim.</p> <p>Evolução da dilatação cervical mínima de um cm / hora durante todo o período ativo primeiro estágio é irrealisticamente rápido para algumas mulheres e, portanto, não deve ser utilizada para identificação da progressão normal do trabalho de parto.</p> <p>Uma evolução de dilatação cervical inferior a um cm / hora por si só não é uma indicação de rotina para intervenção obstétrica.</p> <p>O parto não deve ser acelerado antes que a dilatação cervical de cinco cm seja atingida. Portanto, o uso de medicamentos e intervenções para acelerar o parto e nascimento (como a ocitocina ou cesárea) antes que desse limiar não é recomendado, desde que as condições fetais e maternas sejam reconfortantes.</p> <p>A pelvimetria clínica de rotina na admissão do trabalho de parto não é recomendada para mulheres grávidas saudáveis.</p> <p>A cardiocotografia de rotina não é recomendada para a avaliação do bem-estar fetal na admissão do parto em gestantes saudáveis apresentando trabalho de parto espontâneo.</p> <p>Tricotomia como rotina antes do parto vaginal não é recomendada.</p> <p>A administração de enema para reduzir a duração do trabalho de parto não é recomendada.</p> <p>Cardiocotografia contínua não é recomendada para avaliação do bem-estar fetal em gestantes saudáveis em processo de trabalho de parto espontâneo.</p> <p>Alívio da dor para prevenir atrasos e reduzir a duração do trabalho de parto não é recomendado.</p> <p>Limpeza vaginal rotineira com clorexidina durante o parto com a finalidade de prevenir morbidades infecciosas.</p> <p>Um pacote de cuidados para a prevenção ativa do atraso do trabalho de parto.</p> <p>Uso de amniotomia isolada para prevenir atraso no trabalho de parto.</p> <p>Uso de amniotomia precoce com aumento precoce da ocitocina para prevenir atrasos no parto.</p> <p>Uso de ocitocina para prevenir atraso no trabalho de parto em mulheres que receberem analgesia epidural.</p>



	<p>Uso de agentes antiespasmódicos para prevenção de atraso no trabalho de parto.</p> <p>Uso de fluidos intravenosos com o objetivo de encurtar a duração do trabalho de parto.</p>
<b>Segundo estágio do trabalho de parto</b>	
Recomendado	<p>A adoção da seguinte definição e duração do segundo estágio do trabalho de parto é recomendado para a prática:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O segundo estágio é o período de tempo entre a dilatação do colo do útero e o nascimento do bebê, durante o qual a mulher tem um impulso involuntário de fazer força/empurrar, como resultado das contrações uterinas.</li> <li>- As mulheres devem ser informadas de que a duração do segundo estágio varia de uma mulher para outra. Para primíparas, geralmente conclui dentro de 3 horas, enquanto para outras parturientes, frequentemente em 2 horas.</li> </ul>
	<p>Encorajar mulheres que não receberam a analgesia epidural adotar a posição de sua escolha para o nascimento de seu bebê, incluindo posições verticais.</p>
	<p>Encorajar mulheres que receberam a analgesia epidural adotar a posição de sua escolha para o nascimento de seu bebê, incluindo posições verticais.</p>
	<p>Mulheres na fase expulsiva devem ser encorajadas e apoiadas para seguir seu próprio desejo de empurrar/ fazer força.</p>
	<p>Técnicas para reduzir trauma perineal e facilitar o parto espontâneo (incluindo massagem perineal, compressas mornas e uma proteção do períneo com as mãos) são recomendados, de acordo com as preferências da mulher e opções disponíveis.</p>
	<p>O uso de uterotônicos para a prevenção de hemorragia pós-parto (HPP) durante a terceira fase do parto é recomendado para todos os partos.</p>
	<p>A ocitocina é a droga uterotônica recomendada para a prevenção da hemorragia pós-parto (HPP).</p>
	<p>Nos locais em que a ocitocina não está disponível, o uso de outros uterotônicos injetáveis (se apropriado, ergometrina/metilergometrina, ou a combinação fixa de ocitocina e ergometrina) ou misoprostol oral (600 µg).</p>
	<p>Clampeamento tardio do cordão umbilical (não antes de 1 minuto após nascimento) para melhorar a saúde materna e infantil e resultados nutricionais.</p>
	<p>Em locais onde há assistentes qualificados de parto, a tração controlada do cordão umbilical (CCT) é recomendada para partos vaginais se o prestador e a parturiente consideram uma pequena redução na perda de sangue e uma pequena redução na duração da terceira fase de trabalho como importante.</p>
Recomendado apenas em contextos específicos	<p>Para mulheres com analgesia epidural no segundo estágio do trabalho de parto, retardando o impulso de empurrar/ fazer força além de uma a duas horas após a dilatação completa ou até que a mulher recupere o impulso sensorial de empurrar/ fazer força, recomenda-se no contexto em que se tenham recursos disponíveis para ficar mais tempo no segundo estágio e quando a hipóxia perinatal pode ser adequadamente avaliada e gerida.</p>
Não recomendado	<p>O uso rotineiro ou liberal de episiotomia para mulheres submetidas a parto vaginal espontâneo.</p> <p>Aplicação da pressão manual para facilitar o parto durante o segundo estágio do parto.</p> <p>A massagem uterina sustentada não é recomendada como uma intervenção para prevenir a hemorragia pós-parto (HPP) em mulheres que receberam ocitocina profilática.</p>
<b>Cuidados com o recém-nascido</b>	
Recomendado	<p>RNs sem complicações devem ser mantidos em contato pele a pele (SSC) com suas mães durante a primeira hora após o nascimento para prevenir a hipotermia e promover a amamentação.</p>
	<p>Todos os RNs, incluindo bebês com baixo peso ao nascer (BPN) capazes de serem amamentados, devem ser colocados no peito o mais brevemente possível após o nascimento, quando estão clinicamente estáveis, e a mãe e bebê estão prontos.</p>

	<p>Todos os RNs devem receber uma mg de vitamina K por via intramuscular após o nascimento (ou seja, após a primeira hora, na qual o lactente deve ter ficado em contato pele a pele com a mãe e tido a amamentação iniciada).</p> <p>O banho deve ser adiado até 24 horas após o nascimento. Se isso não for possível devido a razões culturais, o banho deve ser atrasado pelo menos seis horas. Roupas apropriadas do bebê para a temperatura ambiente, isso significa uma ou duas camadas de roupas a mais do que os adultos, e uso de chapéus / bonés. A mãe e bebê não devem ser separados e devem ficar no mesmo quarto, 24 horas por dia.</p>
Não recomendado	Em neonatos nascidos através de líquido amniótico claro que começam a respirar por conta própria após o nascimento, a aspiração da boca e do nariz não deve ser executada.
<b>Cuidados com a mulher após o parto</b>	
Recomendado	<p>Avaliação do tônus uterino abdominal pós-parto para identificação de atonia uterina para todas as mulheres.</p> <p>Todas as mulheres no pós-parto devem ter avaliação regular do sangramento vaginal, contração uterina, altura do fundo uterino, temperatura, frequência cardíaca (pulso) rotineiramente durante as primeiras 24 horas a partir da primeira hora após o nascimento. A pressão arterial deve ser aferida logo após o nascimento. Se normal, a segunda medição da pressão arterial deve ser tomada dentro de seis horas. A frequência urinária deve ser documentada dentro de seis horas.</p> <p>Após um parto vaginal descomplicado em um centro de parto, mães e RNs saudáveis devem receber cuidados na unidade por pelo menos 24 horas após o nascimento.</p>
Não recomendado	<p>A profilaxia antibiótica de rotina para mulheres com parto vaginal não complicado.</p> <p>A profilaxia antibiótica de rotina para mulheres com episiotomia.</p>

Fonte: Recomendações da OMS: Cuidados intraparto para uma experiência de parto positivo (adaptado de WHO, 2018).

Em relação ao alívio da dor no parto, a OMS considera formas farmacológicas como a analgesia epidural, que deve ser realizada em gestantes saudáveis que solicitem aliviar seu sofrimento doloroso no parto. Tal indicação deve ser realizada considerando-se a existência de estrutura e profissional especializado, necessário para sua aplicação, e sempre garantindo que a mulher obtenha informações e acesso a outras formas de medidas de alívio (WHO, 2018).

Também se recomenda a utilização de opioides por via parenteral, como o fentanil, a diamorfina e a petidina, para parturientes saudáveis que solicitem alívio da dor. Porém, antes da indicação, as mesmas devem ser informadas sobre os possíveis efeitos colaterais indesejáveis, que incluem sonolência,

náuseas e vômitos maternos e depressão respiratória no neonato. Outra informação que deve ser fornecida a mulher antes de conduta farmacológica é a oferta de métodos alternativos de alívio disponíveis para as parturientes (WHO, 2018).

Através dessas recomendações, ressalta-se que a forma como se dá o cuidado à parturiente pode ter importante influência sobre a necessidade de alívio da dor de parto e as opções que a mulher faz nesse quesito (WHO, 2018). Algumas práticas que podem ser adotadas durante o trabalho de parto são de boa eficácia, fácil aplicação e baixo custo, apresentando como efeito a redução da dor e da ansiedade da parturiente (CÔRTEZ *et al.*, 2015).

Com o avanço de estudos e análises específicas comprovou-se que muitos métodos são capazes de auxiliar no processo do parto, como também podem gerar maior qualidade e conforto nesse momento vivido pela parturiente, tais técnicas acabam por proporcionar uma aceleração do parto em si, visto que ao ocorrer o alívio da dor tem-se como consequência o relaxamento muscular e a melhora da contração uterina, podendo causar uma diminuição do tempo de trabalho de parto e maior bem-estar para a mãe e para o bebê (MAMEDE; ALMEIDA; CLAPIS, 2004).

A OMS considera como métodos não farmacológicos de proporcionar o alívio da dor desde as informações fornecidas à gestante, seu companheiro e/ou sua família durante o período pré-natal, o apoio fornecido antes e durante o processo do parto, a liberdade da mulher em assumir as posições que desejar, uso do chuveiro ou banheira, toque e massagens, focalização da atenção, através de técnicas como a respiração padronizada, treinamento, relaxamento, hipnose, música e biofeedback (WHO, 1996).

Para alívio da sensação dolorosa indicam-se, ainda, a utilização de algumas técnicas que proporcionem relaxamento muscular, os exercícios respiratórios, a massagem lombossacra, o banho de chuveiro (LOBO *et al.*, 2010; DAVIM; TORRES, 2008; DAVIM; TORRES; MELO, 2007) e a deambulação (LOBO *et al.*, 2010; BRASIL, 2001). A associação de métodos também tem sido utilizada como a adoção da massagem associada à técnica de acupressão, que apresenta redução da dor e melhora a experiência do parto (GÖNENÇ; TERZIOĞLU, 2020).

O banho de imersão apresenta como vantagem o adiamento do uso de fármacos, possibilitando condições para a participação mais ativa da mulher e do acompanhante (SILVA; OLIVEIRA, 2006). Adicionalmente, os exercícios na bola suíça, a massagem e o banho quente de chuveiro apresentam benefícios significativos e válidos, reduzindo a intensidade da dor. Tais técnicas são consideradas seguras, sem efeitos adversos nos resultados obstétricos, e ainda levam a maior satisfação em relação à duração do trabalho de parto e a expulsão (GALLO *et al.*, 2018).

Um estudo de revisão bibliográfica sugeriu haver respaldo científico para a prática do uso de recursos não farmacológicos no trabalho de parto. A partir dessa revisão foi proposto um protocolo que incluiu técnicas específicas de acordo com a evolução da dilatação do colo uterino. Com a dilatação cervical de 3 a 5 cm indica-se banho de chuveiro, mudanças de posição, deambulação, eletroestimulação nervosa transcutânea e massagens; de 6 a 7 cm o banho de chuveiro e imersão, massagem, mudanças de postura, técnicas respiratórias, e relaxamento, com associação de recursos; de 8 a 10 cm deve-se adotar banho de imersão, mudanças de postura, e técnicas respiratórias, relaxamento, com associação de recursos (GALLO *et al.*, 2011).

Existem evidências científicas para a adoção da livre movimentação durante o trabalho de parto e parto. Um estudo realizado no estado de São Paulo, com o objetivo de analisar a influência da mobilidade da parturiente na evolução da fase ativa do trabalho de parto, envolvendo 100 parturientes, sugeriu que movimentos orientados para auxiliar a dilatação do colo uterino e a descida fetal, proporcionaram uma redução do tempo de duração do parto. Durante cada contração uma diferente postura foi adotada, alternando-as. Nos períodos entre as contrações a prioridade era realizar movimentos, utilizando uma ou mais posições, sob orientação (BIO; BITTAR; ZUGAIB, 2006).

Os métodos não farmacológicos têm sido ofertados e estimulados de forma crescente entre as parturientes em maternidades, chegando a ser ofertados a todas as parturientes (HENRIQUE *et al.*, 2021).

#### **2.2.4 Interferência de práticas obstétricas não farmacológicas no mecanismo de parto**

Uma revisão de estudos, nacionais e internacionais, realizados sobre práticas obstétricas, apresentando a utilização e efeitos de métodos não farmacológicos de alívio da dor e a adoção de boas práticas obstétricas e seus resultados, bem como abordando a relação de fatores emocionais com o desenvolvimento do parto, é apresentada a seguir (Quadros 2 e 3).

**Quadro 2.** Estudos nacionais sobre práticas obstétricas e seus efeitos.

Autor, ano	Local	Objetivo	População/ Amostra	Principais Resultados
MAMEDE <i>et al.</i> , 2007	São Paulo, São Paulo, Brasil.	Avaliar o efeito da deambulação na duração da fase ativa do trabalho de parto.	80 primigestas	A deambulação demonstrou-se positiva na redução da duração da fase ativa do trabalho de parto.
MOUTA <i>et al.</i> , 2008	Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.	Analisar os partos assistidos por enfermeiras obstétricas, relacionando a posição adotada para o parto com a preservação perineal e a vitalidade dos RNs.	1.715 partos	867 (50,6%) partos foram realizados em posições verticais e 502 (29,3%) nas horizontais. Entre as mulheres que tiveram os partos realizados na posição horizontal, apenas 26,0% não foram submetidos à episiotomia, enquanto na posição vertical, 44,9% não tiveram a episiotomia.
NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008	Maringá, Paraná, Brasil.	Caracterizar a assistência hospitalar ao parto e identificar obstáculos e aspectos facilitadores para implantação do cuidado humanizado, pautando-se na percepção das mulheres sobre a atenção recebida.	569 mulheres	Relataram ter recebido informações consideradas desejáveis, relativas aos métodos não farmacológicos para alívio da dor (2,4%), aleitamento materno (1,2%), liberdade de posição e de movimentação (0,5%), estímulo ao parto vaginal (0,4%), participação do acompanhante no trabalho de parto (0,2%), líquidos via oral (0,1%) e se desejavam parto vaginal ou cesáreo (0,1%).
ROCHA; FONSECA, 2010	Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.	Caracterização da assistência prestada pelo enfermeiro obstetra à mulher em trabalho de parto e parto normal no centro obstétrico de uma maternidade.	938 partos	Utilizaram-se exercícios respiratórios (35,3%), movimentos pélvicos (19,77%), deambulação (12,78%), massagem (5,94%), musicoterapia (5,64%), exercícios na bola (3,86%), banho (2,31%), banco de parto (1,66%). A

				presença de acompanhante foi observada em 56,6% dos partos.
LOBO <i>et al.</i> , 2010	São Paulo, São Paulo, Brasil.	Descrever os resultados maternos e perinatais da assistência no Centro de Parto Normal Casa de Maria.	991 parturientes e seus conceitos	As mulheres receberam assistência com práticas de conforto, como o banho de aspersão (realizado por 71% delas), deambulação (47,6%), massagem (29,8%), banho de imersão (21,9%), uso da bola suíça (18,1%) e o banco de parto (13,6%).
GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011	Goiânia, Goiás, Brasil.	Avaliar a qualidade da assistência aos partos normais realizados em Goiânia, em 2007.	23.940 parturientes	19,5% tiveram presença de familiar durante o trabalho de parto e em 28,5% houve o preenchimento do partograma, 70,1% foram submetidas a episiotomia.
NILSEN; SABATINO; LOPES, 2011	Itapecerica da Serra, região metropolitana de São Paulo, Brasil.	Estudar a dor e o comportamento de mulheres atendidas em uma maternidade pública da região metropolitana de São Paulo e que tiveram parto normal, sem uso de ocitocina ou analgesia, nas posições semi-sentada, decúbito lateral esquerdo e litotomia.	418 mulheres	No período expulsivo, mulheres que adotaram a posição de litotomia, apresentaram menos dor. A duração do período expulsivo foi igual para as três posições de parto.
SCHIRMER; FUSTINONI; BASILE, 2011	Itapecerica da Serra, São Paulo, Brasil.	Avaliar possíveis associações entre os resultados perineais e a posição de decúbito lateral esquerdo versus a posição semi-sentada.	158 nulíparas	As mulheres do grupo experimental (decúbito lateral esquerdo) apresentaram menor edema vulvar e episiotomia. Na posição vertical houve menor risco de laceração de 1º grau e de laceração de lábios.
CASTRO; CASTRO; MENDONÇA,	Uberaba, Minas Gerais, Brasil.	Avaliar os efeitos da abordagem fisioterapêutica sobre a dor da parturiente na primeira fase do trabalho de parto, bem como propor um	10 parturientes	A dor não aumentou ao longo de aproximadamente duas horas (período gasto entre a avaliação, intervenção e nova coleta) demonstrando resultados positivos da

2012		protocolo de intervenção baseado na escala visual analógica (EVA) de dor.		abordagem, devido tendência ao aumento da dor devido à dilatação do colo uterino.
BARBIERI <i>et al.</i> , 2013	São Paulo, São Paulo, Brasil.	Avaliar de forma isolada e combinada a utilização do banho quente de aspersão e exercícios perineais realizados com bola suíça durante o trabalho de parto e a percepção da dor.	15 parturientes	As intervenções, banho morno, exercícios perineais e bola, aplicadas isoladamente não apresentaram diferença significativa entre antes e após a utilização. Entretanto, quando se utilizou o banho quente associado ao exercício na bola houve diminuição significativa da dor, comparando antes e depois da terapia.
GALLO <i>et al.</i> , 2014	Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.	Avaliar o efeito da bola suíça no alívio da dor e duração da fase ativa do trabalho de parto em primigestas.	40 parturientes	Houve diminuição significativa da dor no grupo que utilizou a bola Suíça ( $p < 0,001$ ); 80% do grupo controle e 100% do grupo experimental tiveram parto normal (sem significância estatística).
LEAL <i>et al.</i> , 2014	Brasil.	Descrever as melhores práticas nos cuidados de parto e intervenções obstétricas entre mulheres de baixo risco usando uma amostra de hospitais brasileiros que realizam 500 ou mais partos por ano.	23.984 puérperas	O uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor no parto esteve presente em menos de 30% dos partos, no entanto, a mobilidade durante o trabalho de parto ocorreu em 45%. A adoção da posição supino ou de litotomia esteve presente em 92% dos nascimentos, a manobra de pressão uterina em 37% e a episiotomia foi realizada em 56% dos casos.
SOUSA <i>et al.</i> , 2016	Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.	Discutir as práticas na assistência ao trabalho de parto e parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas.	312 mulheres e seus conceitos	Mais de 95% das mulheres tiveram a liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto e a presença de acompanhante respeitadas pelos profissionais. A utilização de métodos não farmacológicos para alívio da



				dor ao longo do trabalho de parto ocorreu em 74% dos nascimentos.
HANUM <i>et al.</i> , 2017	Goiás, Brasil.	Identificar métodos não farmacológicos empregados para o alívio da dor durante o trabalho de parto, bem como o nível de satisfação, segundo a percepção de puérperas.	103 puérperas	As estratégias não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto utilizadas foram banho morno (84,5%), exercícios respiratórios de relaxamento (53,6%), massagem lombossacral (34,5%), bola suíça (28,6%), movimento de balanço do quadril (16,7%) e cavalinho (2,4%).
LEHUGEUR; STRAPASSO; FRONZA, 2017	Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.	Caracterizar os partos assistidos por enfermeira obstétrica quanto aos métodos não farmacológicos de alívio da dor no processo de parturição.	232 prontuários	Os métodos não farmacológicos de alívio da dor utilizados foram: deambulação (79,2%), banho (73,1%), massagem (60,0%), variedade de posição (58,8%), aromaterapia (46,9%), bola suíça (42,0%), rebozo (12,7%), escalda-pés (2,4%) e musicoterapia (2%). A maioria usou uma ou mais técnicas não farmacológicas de conforto e alívio da dor.
LIMA <i>et al.</i> , 2018	Rio Branco, Acre, Brasil.	Identificar como estão sendo realizadas as práticas obstétricas de uma maternidade pública da capital do Estado do Acre e se estão sendo realizadas em consonância com o recomendado pela OMS e MS.	460 puérperas	81,3% disseram ter sido estimuladas/orientadas a fazer exercícios e mudar de posição. A deambulação foi o que alcançou maior adesão (88,1%), seguido pelos exercícios na bola (68,1%) e o banho (63,1%) e 64,3% receberam massagem de conforto durante o trabalho de parto. Em relação à posição adotada no período expulsivo, as mais adotadas foram a deitada (47,4%) e semi-sentada (47,2%).
RIBEIRO <i>et al.</i> , 2018	Piauí, Brasil	Avaliar os cuidados e a satisfação de puérperas assistidas por enfermeiros obstetras em um	25 puérperas	100% das parturientes enfatizaram que tiveram a individualidade preservada, 95,7% destacaram que foram

		Centro de Parto Normal.		orientadas e motivadas a fazer força de acordo com os puxos e a respiração e 91% relataram que receberam frequente informação a respeito do processo parturitivo.
INAGAKI <i>et al.</i> , 2019	Sergipe, Brasil	Identificar as práticas obstétricas adotadas durante a assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento em uma maternidade pública.	373 puérperas	83,4% tiveram privacidade garantida, 66,8% fizeram contato pele a pele, 17,4% contaram com clampeamento oportuno do cordão umbilical, 76,1% não tiveram permissão para acompanhante, 29,2% utilizaram banho morno, 16,6% receberam massagem, a 13,4% foi ofertado o uso da bola suíça, 59,8% tiveram a livre movimentação permitida, 1,3% ouviram música durante o parto e 98,8% tiveram seus bebês em posição litotômica.
MAFFEI <i>et al.</i> , 2021	Paraná, Brasil	Identificar a prevalência e descrever o uso dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor em parturientes durante o trabalho de parto em maternidades públicas.	344 mulheres	95,4% das mulheres utilizaram algum tipo de MNFs de alívio da dor. 86,6% receberam apoio profissional, 80,2% obtiveram orientação sobre a respiração, 72,4% usaram o banho morno, 57,3% utilizaram a bola e 50% receberam massagem corporal.

**Quadro 3.** Estudos internacionais sobre práticas obstétricas e seus efeitos.

Autor, ano	Local	Objetivo	População/ Amostra	Principais Resultados
KANNAN; JAMISON; DATTA, 2001	Estados Unidos	Avaliar a diferença na dor e satisfação materna das parturientes que tiveram parto natural em comparação com mulheres que planejaram o parto natural, mas receberam a analgesia epidural.	50 mulheres	Parturientes que optaram pelo uso da epidural tiveram um trabalho de parto mais longo e referiram mais dor no estágio inicial do parto. O sucesso do parto normal foi atribuído a presença de parceiros favoráveis e confiantes na capacidade da mulher de lidar com a dor, acreditando que sua tolerância a dor era maior que a da maioria das mulheres.
CHANG; WANG; CHEN, 2002	Taiwan	Avaliar os efeitos da massagem na dor e ansiedade durante o trabalho de parto.	60 mulheres	Os sinais de dor estiveram menos presentes no grupo que recebeu massagem do que no controle. Na fase inicial do trabalho de parto o grupo que recebeu a massagem apresentou menos ansiedade do que as mulheres do grupo que não recebeu.
ALEHAGEN <i>et al.</i> , 2005	Suécia	Investigar medo, dor e hormônios do estresse durante o trabalho de parto, e as associações entre medo, dor, hormônios do estresse e duração do trabalho de parto em mulheres nulíparas com e sem analgesia peridural.	55 mulheres	Medo e dor se correlacionaram positivamente, durante todo o parto, entre as mulheres que receberam analgesia epidural.
EBERHARD; STEIN; GEISSBUEHLE R, 2005	Suécia	Investigar o efeito da água quente e nascimentos na água sobre a dor do parto e redução do uso de analgésicos.	12.040 mulheres	Na fase inicial, mulheres que ficaram na cama referiram mais dor do que as que escolheram parto na água ou cócoras sustentado. No período expulsivo mulheres no leito sofreram menos dor, sem diferença entre essas duas formas. Entretanto, mulheres que permaneceram na cama

				necessitaram de mais analgesia.
LIU; CHANG; CHEN, 2010	Taiwan	Avaliar o efeito da musicoterapia na dor do parto e ansiedade em primíparas de Taiwan.	60 mulheres (primíparas)	Na fase latente, as mulheres no grupo experimental (assistência de rotina associada a musicoterapia) apresentaram escores mais baixos de dor e ansiedade quando comparado ao grupo controle (assistência de rotina). Entretanto, na fase ativa, não houve diferença entre os grupos.
LEUNG <i>et al.</i> , 2013	Hong Kong	Analisar a influência de um exercício na bola Suíça no alívio da dor, apoio psicológico e facilitação do processo de trabalho de parto.	203 mulheres	O nível de dor nas costas apresentou redução após a realização dos movimentos propostos na bola, com significância estatística.
TZENG <i>et al.</i> , 2017	Taiwan	Explorar as correlações entre dor intraparto, ansiedade e fadiga, com ou sem Analgesia Epidural e a influência da dor intraparto, ansiedade, fadiga e variáveis no tipo de parto.	186 mulheres	Durante todo o processo do parto dor, ansiedade e fadiga estiveram correlacionados. A redução da dor pela epidural proporcionou diminuição nos níveis de ansiedade e fadiga. Ainda, a administração da analgesia epidural não teve influência no tipo de parto.
SHARIFIPOUR <i>et al.</i> , 2022	Irã	Determinar o efeito de bolas de parto e chuveiros quentes nas experiências de parto de mulheres primíparas.	105 mulheres	A experiência de parto referida pelas mulheres foi mais positiva entre as mulheres que realizaram o banho morno em relação ao grupo controle ( $p = 0,001$ ), bem como entre as mulheres que utilizaram a bola para exercícios ( $p = 0,01$ ).
EYEBERU <i>et al.</i> , 2022	Etiópia	Avaliar as atitudes dos prestadores de cuidados obstétricos e a utilização do tratamento não farmacológico da dor do parto.	464 prestadores de cuidados obstétricos	59,3% utilizaram algum MNFs de alívio da dor do parto, dentre eles, livre movimentação, estímulo a posições verticais, massagem nas costas, compressas quentes, apoio psicológico, permissão para as escolhas da parturiente e musicoterapia.

### **3 PERGUNTA DE PESQUISA**

Quais os efeitos das práticas obstétricas não farmacológicas adotadas no tempo de evolução do trabalho de parto, nos níveis de ansiedade e na intensidade da dor das parturientes?

#### **4 HIPÓTESE DE ESTUDO**

A adoção de métodos não farmacológicos durante a assistência ao trabalho de parto favorece o parto normal, contribui com a redução da ansiedade e alívio da dor das parturientes.

## 5 JUSTIFICATIVA

Historicamente, o local de realização do parto passou por mudanças no Brasil e no mundo, de modo que durante muitos anos fora realizado em ambiente domiciliar e aos poucos se institucionalizou, assumindo o ambiente hospitalar, com vistas a proporcionar segurança para mãe e bebê. No entanto, esse percurso ocasionou a exposição das mulheres e seus conceitos a excessivas intervenções.

Com a institucionalização dos partos, as cirurgias cesarianas tornaram-se mais frequentes, mesmo não existindo evidências de benefícios em se realizar cesáreas sem indicação clínica. Esse excessivo número de cesarianas levou ao aumento de intervenções desnecessárias e a consequente elevação de complicações perinatais, ao mesmo tempo que desconsidera aspectos culturais e emocionais, o que levou a uma preocupação mundial, chegando o Brasil a figurar entre os primeiros países com maiores taxas de cesarianas. Por outro lado, a escolha pelo parto cesáreo também foi influenciada pelos crescentes relatos de violência obstétrica em partos institucionalizados.

Desde a década de 80, iniciativas surgiram visando a redução da mortalidade materna e perinatal, concretizados pelo Programa de Assistência Integral à Saúde a Mulher (1984), recomendações advindas da reunião mundial da OMS/OPAS (1985), Projeto Maternidade Segura (1996), Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (2000), os quais incluíram iniciativas como o direito a escolha de um acompanhante para a mulher durante o parto. Assim, nos últimos 20 anos foram sendo introduzidas atitudes e recomendações para que a mulher tivesse seu parto respeitoso, com autonomia e assistência de forma mais humanizada.

Nesse sentido, atualmente existem recomendações de condutas específicas estabelecidas pela OMS desde 1996, que visam favorecer o parto vaginal e o nascimento em segurança, tais como a liberdade de posição, banhos, massagem, padrões respiratórios, aromaterapia, puxos espontâneos, musicoterapia e contato pele a pele entre o RN e a mãe na primeira hora de vida. Por outro lado, algumas intervenções que foram amplamente utilizadas no trabalho de parto e parto ao longo do tempo têm sido desencorajadas por

estarem frequentemente relacionadas a complicações e riscos desnecessários para mãe e para o concepto, principalmente se realizadas sem indicação clínica. Dentre tais intervenções estão incluídos os puxos dirigidos, amniotomia, episiotomia, entre outras.

Com a implementação do parto humanizado em Centros de Parto no Brasil e em vários países, a autonomia da mulher tem sido estimulada, concomitante à utilização de estratégias que possam aliviar a sensação de dor, reduzir o tempo de trabalho de parto e tornar a experiência da parturição mais positiva, conferindo menos riscos para a mulher e seu concepto.

A análise dos efeitos das práticas obstétricas recomendadas pela OMS na progressão do parto consiste em temática pouco explorada no meio científico, principalmente em relação à sua possível associação com a progressão do parto e alívio da dor e ansiedade. Portanto, a avaliação das práticas obstétricas adotadas em um CPN no município de Rio Branco-Acre e seus efeitos na duração do parto e nos níveis de dor e ansiedade da parturiente, além de uma revisão da associação dessas práticas com o tempo de duração do parto, podem fornecer subsídios para a gestão do parto e nascimento e servir de base para novas estratégias de assistência às parturientes.



## 6 OBJETIVOS

### 6.1 GERAL

Avaliar as práticas obstétricas farmacológicas e não farmacológicas adotadas em um Centro de Parto Normal no município de Rio Branco-Acre e seus efeitos no tempo de duração do parto e nos níveis de dor e ansiedade da parturiente.

### 6.2 ESPECÍFICOS

- 1) Verificar as evidências, presentes na literatura, da interferência de métodos não farmacológicos na duração do processo do parto;
- 2) Caracterizar as parturientes segundo fatores sociodemográficos, econômicos, história ginecológica e reprodutiva, condições de saúde, acompanhamento de pré-natal e características obstétricas, maternas e neonatais;
- 3) Descrever as práticas obstétricas (farmacológicas e não farmacológicas) adotadas no Centro de Parto Normal, segundo suas adequações às recomendações da OMS;
- 4) Determinar a intensidade da dor e ansiedade relatadas pelas parturientes, segundo os períodos de dilatação e expulsivo do parto;
- 5) Determinar a associação de práticas obstétricas adotadas no Centro de Parto Normal sobre os níveis de ansiedade e na intensidade da dor.

## 7 METODOLOGIA

Visando alcançar os objetivos específicos propostos, essa tese foi desenvolvida sob a forma de três artigos científicos:

- O **1º artigo**, intitulado **“A influência de métodos não farmacológicos na duração do parto: uma revisão sistemática”** responde ao primeiro objetivo específico da tese.
- O **2º artigo** denominado **“Adequação das práticas obstétricas adotadas em um Centro de Parto Normal em Rio Branco, Acre”**, responde aos objetivos específicos 2 e 3.
- O **3º artigo** designado **“Associação de práticas obstétricas com o tempo de evolução do parto, os níveis de ansiedade e intensidade da dor entre parturientes da Amazônia Ocidental Brasileira”**, responde aos objetivos específicos 4 e 5.

Cada artigo científico desta tese foi desenvolvido com metodologia própria, descrita nos mesmos (sessão de Resultados da tese). Adicionalmente, as metodologias referentes aos artigos 2 e 3 estão descritas neste item de forma detalhada.

### 7.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Esta tese se refere a um estudo observacional, exploratório e prospectivo com seguimento de uma coorte de parturientes, sobre a adequação das práticas obstétricas nas fases do parto e nascimento e dos efeitos na dor, ansiedade e tempo de progressão nas fases do parto, entre mulheres assistidas em um Centro de Parto Normal no município de Rio Branco – Acre, no período de novembro de 2021 a fevereiro de 2022.

## 7.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no CPN do Hospital Santa Juliana (HSJ), localizado no município de Rio Branco. O HSJ foi fundado em 1968, sendo uma instituição com histórica característica filantrópica, que atende pacientes da rede privada e do Sistema Único de Saúde. A instituição no ano de 2019 dispunha de uma equipe de 572 funcionários, incluindo 75 enfermeiros, 245 técnicos de enfermagem, e demais profissionais de apoio técnico, serviços gerais, administração e corpo diretor. O HSJ possui um corpo clínico que conta com 393 médicos das mais diversas especialidades.

Desde a sua fundação, o HSJ presta serviços de maternidade, sendo que no ano 2014 foi inaugurado um CPN, o primeiro centro dessa modalidade da região Norte. Nesse setor, ocorrem os partos por via vaginal, alcançando atualmente uma média de 130 partos vaginais por mês.

### 7.2.2 ASSISTÊNCIA OFERTADA NO CENTRO DE PARTO NORMAL

O CPN do Hospital Santa Juliana conta com seis apartamentos privativos, onde se instalam parturiente e seu acompanhante, nesse local existe cama com arco para auxiliar a mobilização e posições no parto, cavalinho, poltrona e banheiro com chuveiro elétrico.

No local, as mulheres têm acesso à métodos não farmacológicos e recebem orientações sobre como agir durante o processo. São ofertadas, pelos profissionais atuantes no setor, práticas como massagens, aromaterapia, banho morno, uso da bola de parto, orientações sobre respiração e posicionamento nas fases do parto. Preconiza-se que todas as mulheres recebam essa assistência, no entanto, pelo fato dos cuidados serem individualizados, nem sempre a oferta é similar para todas as mulheres, visto que algumas podem não desejar receber ou realizar algum método ofertado.

Quanto aos métodos farmacológicos, os mesmos são prescritos apenas após avaliação específica, análise de riscos e desejo da mulher, sendo que o fato da mulher referir dor não significa que ela esteja solicitando alívio medicamentoso.

A mulher é vista como protagonista de seu processo e decidir o que fazer, mas recebe orientações e oferta de métodos que possam favorecer o processo.

Para tanto, a equipe do local usufrui da presença de enfermeiro obstétrico e técnicos de enfermagem dia e noite, também conta com médico obstetra que atua na classificação de risco (avaliando e acompanhando as gestantes antes da entrada no CPN), no centro cirúrgico e no acompanhamento das puérperas até a alta hospitalar. Frequentemente, os médicos prestam assistência no CPN às parturientes consideradas com alto risco e quando solicitados pelo enfermeiro.

### 7.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo foi constituída por todas as parturientes admitidas no Centro de Parto Normal (CPN) do HSJ para a realização de seus partos, no período de novembro de 2021 a fevereiro de 2022.

Foram incluídas parturientes admitidas no CPN, com idade superior a 18 anos, gravidez única, a termo, ou seja, idade gestacional a partir de 37 semanas, totalizando 292 mulheres. Excluíram-se parturientes com dificuldades ou impedimento de comunicação por transtornos e/ou deficiências mentais, mulheres indígenas e mulheres que deram entrada no CPN, mas tiveram seu bebê em outro local. Assim, 26 parturientes não concluíram a participação na pesquisa por desistência, 45 pacientes foram encaminhadas para cesárea.

### 7.4 COLETA DE DADOS

Uma equipe composta por 42 assistentes de pesquisa participou voluntariamente da coleta sendo todos acadêmicos dos cursos de enfermagem, fisioterapia e medicina. Foi realizada a confecção de crachás de identificação para acesso ao CPN, houve uma reunião com a equipe do hospital para orientações sobre o fluxo de trabalho no local, bem como biossegurança e as normas da instituição.

Um treinamento foi executado com todos os participantes da equipe, para a apresentação do instrumento e orientações sobre como se daria a coleta. Foi ainda disponibilizado material em áudio com o conteúdo do treinamento e houve a criação de um grupo de *whatsapp* para comunicação constante da equipe. Como a coleta ocorreu de forma contínua dia e noite a comunicação e organização da equipe foi realizada durante todo o período, de 15 de novembro de 2021 a 28 de fevereiro de 2022. Foram divididos turnos de seis horas, com a presença de dois assistentes por turno, que passaram todo o tempo no CPN acompanhando as parturientes durante o processo de trabalho de parto e parto.

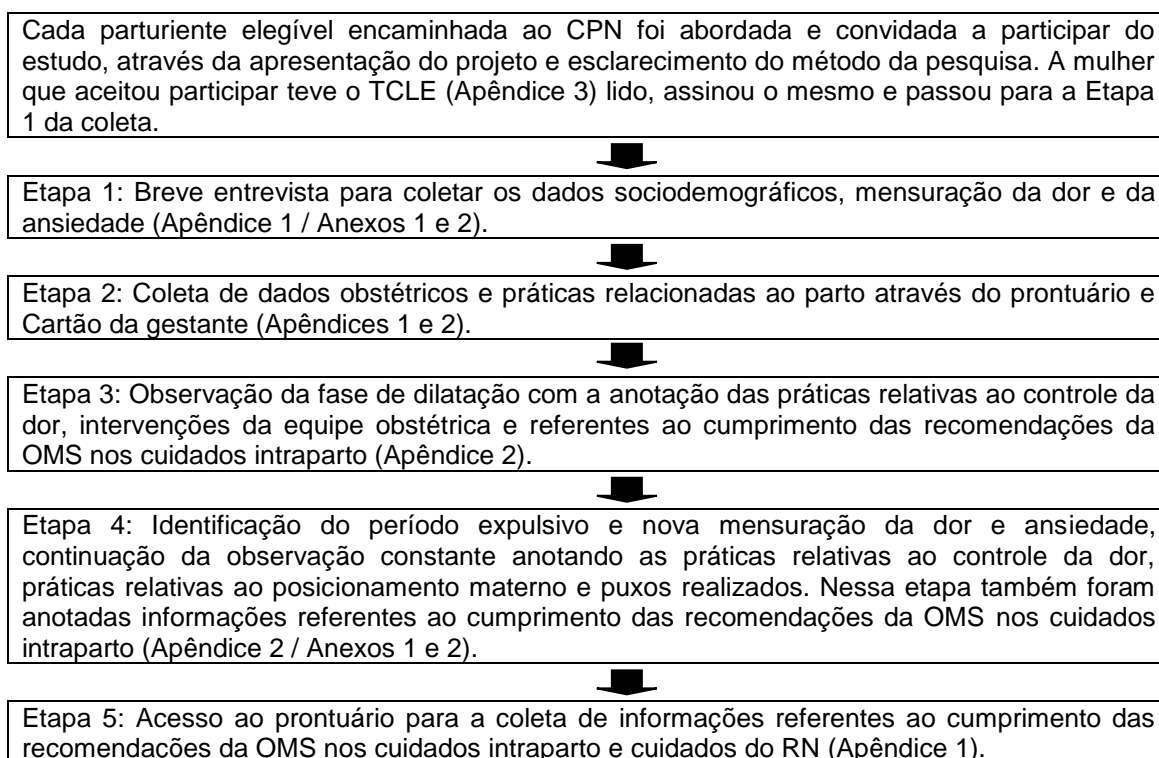
A coleta de dados foi realizada por esses assistentes de pesquisa, os quais fizeram a identificação das pacientes elegíveis, entrevista e acompanhamento do trabalho de parto e parto, observando as técnicas utilizadas, o tempo que as mesmas foram ofertadas e realizando o levantamento dos dados contidos nos prontuários das parturientes, conforme instrumentos de pesquisa (**Apêndice 1 e 2**).

Assim, as parturientes elegíveis foram convidadas, logo ao serem admitidas, por um membro da equipe de pesquisa a participar da mesma, partindo da apresentação do projeto e esclarecimento do método de pesquisa. Havendo concordância em participar, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi entregue as mesmas em duas vias, sendo uma para a participante e outra para assinatura, após leitura.

Em seguida, ocorreu o início da coleta dos dados, que foi realizada em cinco etapas distintas (Figura 1).

Os instrumentos utilizados para a coleta foram quatro, intitulados: “Registro de dados pessoais e obstétricos das parturientes” (**Apêndice 1**), “Registro de recursos não farmacológicos utilizados na assistência ao parto” (**Apêndice 2**), Escala Visual Analógica, adotada para identificar a dor referida (**Anexo 1**) e Inventário de Ansiedade-Estado (versão curta) (**Anexo 2**).

**Figura 1.** Fluxograma de identificação das parturientes e coleta de dados.



Ao ser admitida na pesquisa e no CPN a participante foi entrevistada de forma breve para a coleta de dados sociodemográficos, e realização da mensuração da dor e ansiedade referidas no momento da admissão no CPN, utilizando a Escala Visual Analógica (**Anexo 1**) e a versão curta do Inventário de Ansiedade-Estado (**Anexo 2**) (Etapa 1).

Na sequência (Etapa 2), houve o acesso ao prontuário e cartão da gestante para a coleta de dados obstétricos e dados relacionados à assistência ofertada à parturiente.

Após coletar os dados iniciais do prontuário, iniciou-se a observação de toda a fase de dilatação do parto e a anotação da utilização de técnicas de alívio da dor, posturas e atitudes da parturiente. Também foi observado o cumprimento das práticas recomendadas pela OMS nos cuidados intraparto (Etapa 3).

A segunda mensuração da dor e ansiedade, através da Escala Visual Analógica (**Anexo 1**) e da versão curta do Inventário de Ansiedade-Estado (**Anexo 2**), foi realizada quando houve a identificação do período expulsivo, a partir da confirmação da dilatação completa ou pela presença de puxos

espontâneos. Nessa fase, a observação do processo também continuou até a ocorrência do nascimento, junto ao acompanhamento e anotação das práticas relativas ao controle da dor, ao posicionamento materno e aos puxos realizados. Também foram coletadas as informações referentes às intervenções da equipe de saúde durante o processo de parto, do tempo que a mesma realizou ou foi submetida a cada uma delas e ainda quanto ao cumprimento das práticas recomendadas pela OMS nos cuidados intraparto (Etapa 4).

Na etapa 5, o prontuário da parturiente foi acessado novamente para a verificação do cumprimento das recomendações da OMS nos cuidados intraparto e do RN, que não foram possíveis de ser observadas no acompanhamento na sala de parto.

## 7.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Para otimizar a análise descritiva dos dados, as variáveis selecionadas para estudo foram divididas em sociodemográficas, obstétricas e neonatais, sendo distribuídas conforme segue.

### **7.5.1 Variáveis independentes**

As variáveis independentes estudadas estão apresentadas no Quadro 4.

**Quadro 4.** Variáveis independentes do estudo Práticas obstétricas e progressão de parto em um Centro de Parto Normal do município de Rio Branco – Acre.

Variável	Descrição	Contínuas	Catégoricas
<b>Variáveis sociodemográficas</b>			
Idade	Identificação da idade da parturiente a partir da data de nascimento	Em anos completos	-
Moradia	Tipo de moradia da mulher	-	Própria/ alugada/ social.
Quantidade de pessoas que moram na casa	Número de pessoas que residem na mesma moradia da parturiente	Em número de pessoas	-
Renda familiar	Registro da faixa de renda familiar	Em salários-mínimos	-
Ocupação	Informação do tipo de ocupação da mulher	-	Do lar/com remuneração/sem remuneração
Escolaridade	Informação da instrução da parturiente	Grau de instrução máximo, em anos completos	-
Situação conjugal	Informação da situação conjugal atual da mulher	-	Casada/ união estável/ solteira/ divorciada/viúva
<b>Variáveis obstétricas</b>			
Número de gestações, partos e abortos	Identificação da quantidade de gestações, partos e abortos prévios	Número prévio de gestações, abortos, partos vaginais e cesáreos	-
Intercorrências na gestação atual	Registro da ocorrência de intercorrência da gestação corrente, e a identificação da(s) intercorrência(s). Divididas em infecção do trato urinário, hipertensão, diabetes, cardiopatia, hemorragia do terceiro trimestre e outras infecções	-	Sim/ não
Intercorrência enfrentada	No caso de intercorrência, identificação de qual intercorrência enfrentou na gestação	-	Intercorrência enfrentada
Pressão Arterial	Anotação dos registros da pressão arterial nas consultas de pré-natal constantes no	Valor da pressão arterial em cada consulta de pré-natal	-



	cartão da gestante		
Idade gestacional	Anotação da idade gestacional, prioritariamente identificada pelo ultrassom realizado no primeiro trimestre ou pela data da última menstruação	Expressa em semanas completas mais dias	-
Número de consultas pré-natal	Indicação do número de consultas de acompanhamento pré-natal realizadas, conforme anotado no cartão da gestante	Número de consultas de pré-natal realizadas	-
Realização de exames no pré-natal	Registro se a mulher realizou exames durante o acompanhamento pré-natal	-	Sim/ não
Exames realizados no pré-natal	Informação dos exames realizados durante a gestação, conforme anotações no cartão da gestante	-	Anotação de cada exame realizado pela gestante.
Participação em atividades educativas durante o pré-natal	Registro de participação em atividades de orientação durante o acompanhamento pré-natal	-	Sim/ não
Atividades educativas que participou	No caso de participação de atividades educativas durante o acompanhamento pré-natal	-	Data e tipo de atividade que participou
Apresentação fetal	Registro da apresentação fetal, conforme avaliação à admissão	-	Cefálica/ pélvica
Condição da bolsa d'água na admissão	Anotação da condição da bolsa d'água no momento da admissão, indicando se a bolsa está íntegra ou rota. No caso de bolsa rota informa o tempo de rotura na admissão, em dias, horas e minutos	Em caso de bolsa rota, o tempo de rotura será anotado, em dias, horas e minutos.	Íntegra/ rota.
Característica do líquido amniótico	No caso de bolsa rota, registro da condição do líquido amniótico	-	Claro: líquido amniótico de coloração clara. Meconial: líquido amniótico de coloração não clara, indicando presença de mecônio. Com grumos: líquido amniótico claro com presença de grumos.

Dilatação na admissão	Informação da dilatação do colo uterino no momento da admissão, identificada à avaliação obstétrica.	Dilatação do colo uterino, em centímetros.	-
Hora do parto	Registro do horário do parto, em horas e minutos.	horas e minutos	-
<b>Práticas relacionadas ao procedimento de parto e cuidados neonatais</b>			
Preenchimento do partograma	Identificação se o partograma foi preenchido	-	Existe e está preenchido completamente: consta no prontuário e foi preenchido completamente. Existe e está preenchido incompleta: consta no prontuário, foi preenchido não completamente. Existe e não está preenchido: consta no prontuário, mas não foi preenchido. Não existe: não consta no prontuário.
Número de registros no partograma	Número total de registros no partograma	Em número de registros	-
Número de registros da avaliação da dilatação no prontuário	Número total de registros da dilatação no prontuário da parturiente	Em números de registros	-
Hora da admissão	Hora que parturiente foi admitida no CPN	Em hora e minutos	-
Hora do parto	Hora do nascimento do bebê	Em hora e minutos	-
Detecção de sofrimento fetal	Registro de identificação de asfixia fetal durante o acompanhamento do parto	-	Sim/ não
Uso de ocitocina	Registro do uso da ocitocina durante o processo do parto e o tipo de indicação da mesma	-	Indução/aceleração: usou ocitocina Não foi utilizada: não usou ocitocina
Amniotomia	Identificação da realização ou não da	-	Sim: foi realizada a rotura

	amniotomia, no caso de rotura artificial da bolsa d'água		artificial da bolsa d'água. Não: não foi realizada a rotura artificial da bolsa d'água.
Dilatação cervical no momento da amniotomia	Indica a dilatação do colo uterino no momento da realização da rotura artificial da bolsa d'água	Centímetros de dilatação	-
Cardiotocografia	Registro de realização de cardiotocografia contínua durante todo o processo do parto	-	Sim/ não
Anestesia/analgesia	Registro da utilização de anestesia e/ou analgesia durante o parto, informando o tipo de anestesia/analgesia utilizada.	-	Bloqueio loco-regional/peridural: utilização de bloqueio analgésico Raque: aplicação de raquianestesia Geral: uso de anestesia geral Nenhuma: sem uso de bloqueio analgésico ou anestesia
Laceração	Registro da ocorrência ou não de laceração perineal	-	Sim/ não
Grau de laceração	Em caso de laceração, identificação do grau da lesão	-	Em número referente ao grau de laceração de 1 a 4
Manobra de Kristeller	Anotação da utilização da Manobra de Kristeller no período expulsivo	-	Sim: aplicação de manobra de pressão no fundo do útero Não: sem aplicação de manobra de pressão no fundo do útero
Presença de mecônio significativo	Anotação se houve presença de mecônio Verde escuro ou preto, grosso, tenaz e contendo grumos)	-	Sim/ não
Hemorragia	Registro se houve a ocorrência de hemorragia no processo do parto	-	Sim/ não
Clampeamento oportuno do cordão umbilical	Anotação se o clampeamento do cordão umbilical ocorreu entre 3 e 5 minutos após o nascimento do bebê	-	Sim/ não
Desfecho neonatal	Registro da ocorrência de algum desfecho	-	Sim/ não

	neonatal adverso		
Qual desfecho neonatal	Identificação do desfecho adverso neonatal	-	Desconforto respiratório Asfixia Uso de oxigênio nasal Outros
Enfermeiro(a) responsável	Identificação do enfermeiro(a) responsável pelo CPN no momento do nascimento	-	Nome do profissional
Participação do médico obstetra	Registro se houve ou não participação do médico obstetra no parto	-	Sim/ não
Quem assistiu o parto	Identificação dos profissionais que realizaram o parto propriamente	-	Profissional que realizou o parto
Outros profissionais atuantes	Registro de outros profissionais da equipe atuantes no parto	-	Outros profissionais que atuaram no parto
Como foi o parto (instrumentalizado ou não)	Anotação se o parto foi espontâneo ou instrumental	-	Espontâneo: sem instrumentos Fórceps: com uso de fórceps Vácuo: com uso do vácuo-extrator
Duração do período expulsivo	Anotação da duração do período expulsivo em minutos	Em minutos	
Episiotomia	Registro da realização do procedimento de episiotomia durante o parto	-	Sim: realização de episiotomia Não: não realização de episiotomia
Enema	Registro da realização do procedimento de enema durante o processo do parto		Sim: realização de enema Não: não realização de enema
Tricotomia	Registro da realização do procedimento de tricotomia durante o processo do parto		Sim: realização de tricotomia Não: não realização de tricotomia
Hidratação venosa	Indicação se houve utilização de hidratação venosa durante o processo de parto	-	Sim: uso de hidratação venosa Não: sem uso de hidratação venosa
Posição no parto vaginal	Registro da posição adotada pela parturiente no momento da expulsão do bebê	-	Litotômica: expulsão do bebê em posição litotômica ou decúbito dorsal.

			<p>Sentada: expulsão do bebê em posição sentada.</p> <p>Cócoras: nascimento do bebê em posição agachada.</p> <p>Lateralizada: expulsão do bebê em decúbito lateral.</p> <p>Quatro apoios: nascimento do bebê na posição de quatro apoios.</p> <p>Outra: expulsão do bebê realizada em outra posição materna (especificar).</p>
<b>Práticas relativas ao controle da dor no período de dilatação e expulsão do parto</b>			
Agachamentos	Registro do tempo que a parturiente realizou movimentos de agachar (flexionando os quadris e joelhos), em cada etapa de evolução da dilatação cervical	<p>Entre de 4 a 6 cm: anotação do tempo em minutos.</p> <p>Entre de 6 a 9 cm: anotação do tempo em minutos.</p> <p>Entre de 9 a 10 cm: anotação do tempo em minutos.</p> <p>10 cm: anotação do tempo em minutos.</p>	-
Aromaterapia	Anotação do uso de aromas através de óleos essenciais aplicados na massagem corporal, difundido no ambiente ou no esalda pés, em cada etapa de evolução da dilatação cervical	<p>Entre de 4 a 6 cm: anotação do tempo em minutos.</p> <p>Entre de 6 a 9 cm: anotação do tempo em minutos.</p> <p>Entre de 9 a 10 cm: anotação do tempo em minutos.</p> <p>10 cm: anotação do tempo em minutos.</p>	-
Qual aroma	No caso de aromaterapia, registro das essências utilizadas	-	Indicação do aroma utilizado
Balanço no Cavalinho	Identificação do uso da técnica de balançar no instrumento chamado cavalinho,	Entre de 4 a 6 cm: anotação do tempo em minutos.	-

	frequentemente usado em salas de parto, que impulsiona o corpo da parturiente para frente e para trás, em cada etapa de evolução da dilatação cervical	Entre de 6 a 9 cm: anotação do tempo em minutos. Entre de 9 a 10 cm: anotação do tempo em minutos. 10 cm: anotação do tempo em minutos.	
Banho morno	Registro da adoção de método que utiliza chuveiro com água morna onde parturiente realiza banho na posição desejada, em cada etapa de evolução da dilatação cervical	Entre de 4 a 6 cm: anotação do tempo em minutos. Entre de 6 a 9 cm: anotação do tempo em minutos. Entre de 9 a 10 cm: anotação do tempo em minutos. 10 cm: anotação do tempo em minutos.	-
Banho de imersão	Registro da adoção de método que utiliza banheira com água morna onde parturiente realiza banho na posição desejada, em cada etapa de evolução da dilatação cervical	Entre de 4 a 6 cm: anotação do tempo em minutos. Entre de 6 a 9 cm: anotação do tempo em minutos. Entre de 9 a 10 cm: anotação do tempo em minutos. 10 cm: anotação do tempo em minutos.	-
Deambulação	Anotação da adoção de movimentos de andar, estimulando a posição vertical, e a livre movimentação, em cada etapa de evolução da dilatação cervical	Entre de 4 a 6 cm: anotação do tempo em minutos. Entre de 6 a 9 cm: anotação do tempo em minutos. Entre de 9 a 10 cm: anotação do tempo em minutos. 10 cm: anotação do tempo em minutos.	-
Escalda pés	Identificação da utilização de técnica de imersão dos pés em água morna, em cada etapa de evolução da dilatação cervical	Entre de 4 a 6 cm: anotação do tempo em minutos. Entre de 6 a 9 cm: anotação	-

		do tempo em minutos. Entre de 9 a 10 cm: anotação do tempo em minutos. 10 cm: anotação do tempo em minutos.	
Massagem cervical	Registro da aplicação de manobras de massagem sobre a região do pescoço e ombros, mensuradas em tempo de realização em diferentes de dilatação	Entre de 4 a 6 cm: anotação do tempo em minutos. Entre de 6 a 9 cm: anotação do tempo em minutos. Entre de 9 a 10 cm: anotação do tempo em minutos. 10 cm: anotação do tempo em minutos.	-
Massagem dorsal	Identificação da aplicação de manobras de massagem sobre a região torácica do dorso, mensuradas em tempo de realização em diferentes etapas de dilatação	Entre de 4 a 6 cm: anotação do tempo em minutos. Entre de 6 a 9 cm: anotação do tempo em minutos. Entre de 9 a 10 cm: anotação do tempo em minutos. 10 cm: anotação do tempo em minutos.	-
Massagem em baixo-ventre	Anotação da aplicação de manobras de massagem sobre a região abdominal baixa, mensuradas em tempo de realização em diferentes etapas de dilatação	Entre de 4 a 6 cm: anotação do tempo em minutos. Entre de 6 a 9 cm: anotação do tempo em minutos. Entre de 9 a 10 cm: anotação do tempo em minutos. 10 cm: anotação do tempo em minutos.	-
Massagem lombo-sacra	Registro da aplicação de manobras de massagem sobre a região lombar e sacral, mensuradas em tempo de realização em diferentes etapas de dilatação	Entre de 4 a 6 cm: anotação do tempo em minutos. Entre de 6 a 9 cm: anotação do tempo em minutos.	-

		Entre de 9 a 10 cm: anotação do tempo em minutos. 10 cm: anotação do tempo em minutos.	
Mobilização pélvica em 4 apoios	Identificação do tempo de realização de movimentos pélvicos realizados na posição de quatro-apoios, mensurados em diferentes etapas de dilatação	Entre de 4 a 6 cm: anotação do tempo em minutos. Entre de 6 a 9 cm: anotação do tempo em minutos. Entre de 9 a 10 cm: anotação do tempo em minutos. 10 cm: anotação do tempo em minutos.	-
Mobilização pélvica em pé	Anotação do tempo de realização de movimentos pélvicos realizados na posição ortostática, incluindo anteversão, retroversão e movimentos laterais, mensurados em diferentes etapas de dilatação	Entre de 4 a 6 cm: anotação do tempo em minutos. Entre de 6 a 9 cm: anotação do tempo em minutos. Entre de 9 a 10 cm: anotação do tempo em minutos. 10 cm: anotação do tempo em minutos.	-
Mobilização pélvica na bola Suíça	Identificação do tempo de realização de movimentos pélvicos realizados na bola, incluindo anteversão, retroversão e movimentos laterais, mensurados em diferentes etapas de dilatação	Entre de 4 a 6 cm: anotação do tempo em minutos. Entre de 6 a 9 cm: anotação do tempo em minutos. Entre de 9 a 10 cm: anotação do tempo em minutos. 10 cm: anotação do tempo em minutos.	-
Musicoterapia	Registro do tempo de utilização de música ambiente instrumental, relaxante ou outra modalidade de escolha da paciente, mensurados em diferentes etapas de dilatação	Entre de 4 a 6 cm: anotação do tempo em minutos. Entre de 6 a 9 cm: anotação do tempo em minutos. Entre de 9 a 10 cm: anotação	-



		do tempo em minutos. 10 cm: anotação do tempo em minutos.	
Penumbra	Anotação do tempo de adoção da penumbra, consistindo em deixar o ambiente com mínima iluminação, mensurado em diferentes etapas de dilatação	Entre de 4 a 6 cm: anotação do tempo em minutos. Entre de 6 a 9 cm: anotação do tempo em minutos. Entre de 9 a 10 cm: anotação do tempo em minutos. 10 cm: anotação do tempo em minutos.	-
Presença de acompanhante	Identificação do tempo de presença de acompanhante de escolha da parturiente, mensurados em diferentes etapas de dilatação	Entre de 4 a 6 cm: anotação do tempo em minutos. Entre de 6 a 9 cm: anotação do tempo em minutos. Entre de 9 a 10 cm: anotação do tempo em minutos. 10 cm: anotação do tempo em minutos.	-
Respirações calmas	Registro do tempo de realização de incursões respiratórias calmas e lentas, mensurado em diferentes etapas de dilatação	Entre de 4 a 6 cm: anotação do tempo em minutos. Entre de 6 a 9 cm: anotação do tempo em minutos. Entre de 9 a 10 cm: anotação do tempo em minutos. 10 cm: anotação do tempo em minutos.	-
Respirações profundas	Identificação do tempo de realização de incursões respiratórias profundas, utilizando o diafragma, mensurado em diferentes etapas de dilatação	Entre de 4 a 6 cm: anotação do tempo em minutos. Entre de 6 a 9 cm: anotação do tempo em minutos. Entre de 9 a 10 cm: anotação do tempo em minutos.	-

		10 cm: anotação do tempo em minutos.	
Respirações rápidas	Registro do tempo de execução de respirações rápidas e superficiais, utilizando o diafragma, mensurado em diferentes etapas de dilatação	Entre de 4 a 6 cm: anotação do tempo em minutos. Entre de 6 a 9 cm: anotação do tempo em minutos. Entre de 9 a 10 cm: anotação do tempo em minutos. 10 cm: anotação do tempo em minutos.	-
<b><i>Práticas relativas ao posicionamento materno no período expulsivo do parto</i></b>			
Posição semi-sentada	Registro do tempo que a parturiente permaneceu na posição semi-vertical, no período expulsivo, mensurado em minutos.	Anotada em minutos.	-
Banqueta	Identificação do tempo que a parturiente permaneceu sentada na banqueta de parto, no período expulsivo, mensurado em minutos.	Anotada em minutos.	-
Cócoras	Registro do tempo que a parturiente permaneceu na posição agachada durante o período expulsivo, mensurado em minutos.	Anotada em minutos.	-
Decúbito lateral	Anotação do tempo que a parturiente permaneceu deitada de lado com flexão e abdução de quadril durante o período expulsivo, mensurado em minutos.	Anotada em minutos.	-
De joelhos	Registro do tempo que a parturiente permaneceu na posição ajoelhada durante o período expulsivo, mensurado em minutos.	Anotada em minutos.	-
Quatro-apoios	Registro do tempo que a parturiente permaneceu na posição de quatro apoios durante o período expulsivo, mensurado em minutos.	Anotada em minutos.	-
Decúbito dorsal	Registro do tempo que a parturiente	Anotada em minutos.	-

	permaneceu na posição de decúbito dorsal ou litotômica durante o período expulsivo, mensurado em minutos.		
Cócoras sustentado	Registro do tempo que a parturiente permaneceu na posição de cócoras sustentada durante o período expulsivo, mensurado em minutos.	Anotada em minutos.	-
Genupeitoral	Registro do tempo que a parturiente permaneceu na posição genupeitoral, mantendo os joelhos aproximados do peito, quadris abduzidos e elevados em relação ao tronco, durante o período expulsivo, mensurado em minutos.	Anotada em minutos.	-
<b><i>Práticas relativas aos puxos no período expulsivo do parto</i></b>			
Puxos dirigidos	Registro da utilização de força expulsiva orientada e estimulada pelos profissionais que prestam assistência ao parto, durante o período expulsivo, em categorias.	-	Apenas uma vez: puxo estimulado pela equipe apenas uma vez durante o expulsivo <metade: menos da metade dos puxos foram estimulados pela equipe durante o expulsivo >metade: mais da metade dos puxos foram estimulados pela equipe durante o expulsivo Quase todos: quase todos os puxos foram estimulados pela equipe durante o expulsivo
Puxos espontâneos	Identificação da utilização de força expulsiva voluntária, sem estímulo pelos profissionais que prestam assistência ao parto, durante o período expulsivo, em categorias.	-	Apenas uma vez: puxo realizado conforme desejo da mulher (sem estímulo pela equipe para fazer força) somente uma vez <metade: menos da metade dos puxos realizados conforme

			desejo da mulher (sem estímulo pela equipe para fazer força) >metade: mais da metade dos puxos realizados conforme desejo da mulher (sem estímulo pela equipe para fazer força) Quase todos: quase todos os puxos realizados conforme desejo da mulher (sem estímulo pela equipe para fazer força)
Manobra de Valsalva	Anotação da utilização de força expulsiva com apneia respiratória, estimulada ou não pelos profissionais que prestam assistência ao parto, durante o período expulsivo, em categorias.	-	Apenas uma vez: realizou força expulsiva com a glote fechada apenas uma vez <metade: realizou força expulsiva com a glote fechada menos da metade das vezes >metade: realizou força expulsiva com a glote fechada mais da metade das vezes Quase todos: realizou força expulsiva com a glote fechada quase todas as vezes durante os esforços expulsivos.
Puxos com glote aberta	Anotação da utilização de força expulsiva sem apneia respiratória (mantendo glote aberta), estimulada ou não pelos profissionais que prestam assistência ao parto, durante o período expulsivo, em categorias		Apenas uma vez: realizou força expulsiva com a glote aberta apenas uma vez <metade: realizou força expulsiva com a glote aberta menos da metade das vezes >metade: realizou força expulsiva com a glote aberta mais da metade das vezes Quase todos: realizou força

			expulsiva com a glote aberta quase todas as vezes durante os esforços expulsivos.
<b>Práticas Recomendadas pela OMS nos cuidados intraparto</b>			
Cuidados respeitosos à parturiente	Verificação e anotação se a mulher recebeu assistência respeitosa na maternidade durante seu parto, a ser expressa em categorias	-	Recomendação atendida / recomendação não atendida
Comunicação eficaz entre profissionais da maternidade e parturiente	Registro se a comunicação entre a equipe de assistência foi eficaz, a ser expressa em categorias	-	Recomendação atendida / recomendação não atendida
Presença de acompanhante de escolha da parturiente	Identificação se a mulher teve acompanhante de escolha durante seu parto, a ser expressa em categorias	-	Recomendação atendida / recomendação não atendida
Exame vaginal digital a cada quatro horas	Verificação se a mulher foi avaliada a cada 4 horas, a ser expressa em categorias	-	Recomendação atendida / recomendação não atendida
Ausulta intermitente da frequência cardíaca fetal	Registro se foi realizada a ausculta da frequência cardíaca fetal de forma intermitente, a ser expressa em categorias	-	Recomendação atendida / recomendação não atendida
Administração de analgesia epidural para gestantes que solicitem alívio da dor	Identificação se houve a administração de analgesia epidural caso a gestante tenha solicitado, a ser expressa em categorias	-	Recomendação atendida / recomendação não atendida
Administração de opioides parenterais em parturientes que solicitem alívio da dor	Registro se houve a administração de opioides parenterais, como fentanil, diamorfina e petidina, caso a gestante tenha solicitado alívio da dor, a ser expressa em categorias	-	Recomendação atendida / recomendação não atendida
Técnicas de relaxamento para mulheres que solicitem	De acordo com suas preferências, identificação se houve a utilização de técnicas de relaxamento, como relaxamento	-	Recomendação atendida / recomendação não atendida

alívio da dor durante o parto, de acordo com suas preferências	muscular progressivo, respiração, música, meditação que envolve atenção plena e outras técnicas, para mulheres que solicitem alívio da dor durante o parto, a ser expressa em categorias		
Técnicas manuais, como massagem ou aplicação de calor	Registro se houve a utilização de técnicas manuais ou aplicação de calor, para mulheres que solicitem alívio da dor durante o parto, a ser expressa em categorias, de acordo com suas preferências	-	Recomendação atendida / recomendação não atendida
Ingestão de alimentos e líquidos durante o parto	Verificação se parturiente foi alimentada com líquidos e alimentos durante o trabalho de parto, a ser expressa em categorias	-	Recomendação atendida / recomendação não atendida
Encorajamento a adoção de mobilidade e posição verticalizada durante o trabalho de parto	Anotação referente a parturiente ter sido encorajada a livre movimentação e a adoção de posturas verticalizadas durante o processo do parto, a ser expressa em categorias	-	Recomendação atendida / recomendação não atendida
Encorajamento a mulher adotar a posição de sua escolha para o nascimento de seu bebê, incluindo posições verticais	Registro referente a parturiente, que receberam ou não a analgesia epidural, ter sido encorajada a adotar a posição de sua escolha para o nascimento do bebê, a ser expressa em categorias	-	Recomendação atendida / recomendação não atendida
Encorajamento e apoio a mulher a seguir seu próprio desejo de empurrar/ fazer força na fase expulsiva	Identificação referente a mulher ter sido encorajada e apoiada a seguir sua vontade de fazer força (puxos espontâneos), a ser expressa em categorias	-	Recomendação atendida / recomendação não atendida
Uso de técnicas para reduzir trauma perineal e facilitar o parto espontâneo	Anotação sobre a utilização de medidas para reduzir trauma perineal e facilitar o parto espontâneo (incluindo massagem perineal, compressas mornas e uma proteção do	-	Recomendação atendida / recomendação não atendida

	períneo com as mãos), a ser expressa em categorias		
Uso de uterotônicos durante a terceira fase do parto	Registro se foi administrado uterotônico após o nascimento, para prevenção de hemorragia pós-parto (HPP) a ser expressa em categorias	-	Recomendação atendida / recomendação não atendida
Aplicação de tração controlada do cordão umbilical (CCT)	Registro da realização da tração controlada do cordão umbilical (CCT) - se o houver profissional habilitado para a realização da técnica e se a mesma for considerada importante visando a redução na perda de sangue e uma pequena redução na duração da terceira fase de trabalho, a ser expressa em categorias	-	Recomendação atendida / recomendação não atendida
<b>Práticas recomendadas pela OMS nos cuidados do RN</b>			
Clampeamento oportuno do cordão umbilical	Identificação sobre a realização do clampeamento cordão umbilical após ao menos um minuto após o nascimento, a ser expressa em categorias	-	Recomendação atendida / recomendação não atendida
Contato pele a pele (SSC) do RN com a mãe	No caso de RN sem complicação, anotação se houve contato pele a pele do RN com a mãe durante a primeira hora após nascimento, a ser expressa em categorias	-	Recomendação atendida / recomendação não atendida
Bebê colocado no peito da mãe o mais brevemente possível	Identificação se o RN foi colocado no peito da mãe para estímulo da amamentação o mais brevemente possível, a ser expressa em categorias	-	Recomendação atendida / recomendação não atendida
Administração de 1 mg de vitamina K no RN após o contato pele a pele	Registro se houve a administração de 1 mg de vitamina K no RN, após contato pele a pele com a mãe, a ser expressa em categorias	-	Recomendação atendida / recomendação não atendida
Não submissão do RN a banho antes de 6 horas	Identificação se RN teve banho adiado para no mínimo 6 horas após o parto e se o	-	Recomendação atendida / recomendação não atendida

do nascimento e uso de roupas apropriadas do bebê para a temperatura ambiente	mesmo utilizou roupas e chapéus/ gorros adequados a sua condição, isso significa uma ou duas camadas de roupas a mais do que os adultos, e uso de gorros/chapéus, a ser expressa em categorias		
<b>Práticas não recomendadas pela OMS</b>			
Uso de tricotomia como rotina	Registro do uso de tricotomia, a ser expressa em categorias	-	Não recomendação atendida / não recomendação não atendida
Uso de enema para reduzir a duração do trabalho de parto	Identificação da realização de enema visando a redução do tempo do trabalho de parto, a ser expressa em categorias	-	Não recomendação atendida / não recomendação não atendida
Limpeza vaginal rotineira com clorexidina	Anotação da utilização da clorexidina de forma rotineira para a prevenção de infecções, a ser expressa em categorias	-	Não recomendação atendida / não recomendação não atendida
Uso da amniotomia para prevenir atrasos do trabalho de parto	Identificação do uso de amniotomia com a intenção de evitar atraso no trabalho de parto, a ser expressa em categorias	-	Não recomendação atendida / não recomendação não atendida
Uso da amniotomia precoce associada a administração precoce de ocitocina para prevenir atrasos do trabalho de parto	Registro do uso da associação da amniotomia precoce com a administração de ocitocina de forma precoce com intenção de evitar atrasos no trabalho de parto, a ser expressa em categorias	-	Não recomendação atendida / não recomendação não atendida
Uso de ocitocina para prevenir atrasos no trabalho de parto em mulheres que receberam analgesia epidural	Anotação do uso de ocitocina com a intenção de evitar atrasos no trabalho de parto e mulheres sob o efeito da analgesia epidural, a ser expressa em categorias	-	Não recomendação atendida / não recomendação não atendida
Uso de agentes antiespasmódicos para prevenir atrasos do trabalho de parto	Identificação do uso de agentes antiespasmódicos com a intenção de evitar atraso no trabalho de parto, a ser expressa em categorias	-	Não recomendação atendida / não recomendação não atendida



Uso de fluidos intravenosos com o objetivo de encurtar a duração do trabalho de parto	Registro do uso de fluidos intravenosos com a intenção de evitar atraso no trabalho de parto, a ser expressa em categorias	-	Não recomendação atendida / não recomendação não atendida
Realização de episiotomia em mulheres submetidas a parto vaginal espontâneo	Identificação da realização de episiotomia de forma rotineira ou liberal em parturientes que estejam se submetendo a parto vaginal espontâneo, a ser expressa em categorias	-	Não recomendação atendida / não recomendação não atendida
Aplicação de pressão manual para facilitar o parto durante o segundo estágio do parto	Anotação da utilização da pressão manual aplicada sobre o útero a fim de facilitar o parto durante o período expulsivo, a ser expressa em categorias	-	Não recomendação atendida / não recomendação não atendida
Utilização da massagem uterina sustentada pós-parto em mulheres que receberam ocitocina profilática	Registro da utilização da massagem uterina a fim de prevenir a hemorragia pós-parto em mulheres que tenham recebido a ocitocina após a expulsão do bebê, a ser expressa em categorias	-	Não recomendação atendida / não recomendação não atendida

Outras variáveis independentes analisadas foram desfechos maternos imediatos e relativos aos neonatos.

### ***Condições clínicas maternas imediatas ao parto***

A análise das práticas relativas aos desfechos maternos referentes ao parto na instituição levou em consideração as seguintes informações:

1. Lacerações: classificada em “sim” e “não”; indica o grau de laceração perineal (distribuída em 1º, 2º e 3º graus). Lacerações são rupturas perineais, que são classificadas em três graus conforme gravidade, sendo que as de primeiro grau às vezes não necessitam sutura, as de segundo grau frequentemente podem ser suturadas com facilidade com analgesia local e tende a não complicar, enquanto as de terceiro grau podem ter consequências maiores, e devem ser suturadas por obstetra, para prevenir complicações (WHO, 1996).

2. Hemorragia: classificada em “sim” ou “não”, indicando se houve hemorragia durante o parto. A hemorragia pós-parto é definida como uma perda de sangue além de 500 ml após parto vaginal ou além de 1000 ml após cesariana nas 24 horas que sucedem o parto, ou ainda qualquer perda de sangue via genital que cause instabilidade hemodinâmica (OPAS, 2018).

### ***Desfechos relativos aos neonatos***

A avaliação das práticas referentes aos desfechos dos neonatos na instituição levou em consideração as seguintes informações:

- Desconforto respiratório: classificada em “sim” e “não”. Coletado do prontuário após o nascimento, conforme anotações realizadas na avaliação do RN.

- Asfixia fetal: classificada em “sim” e “não”. Conforme anotações encontradas no prontuário da parturiente e RN.

- Mecônio no líquido amniótico: classificação em “sim” ou “não”, a partir das anotações do prontuário da participante e RN, realizadas após o parto.

- Uso de oxigênio nasal: classificada em “sim” e “não”. Conforme acompanhamento da parturiente e RN.

- Outros: outros desfechos adversos relacionados ao RN não mencionados acima, citado conforme o desfecho.

### ***Adequação das práticas conforme recomendações da OMS para cuidados intraparto***

De acordo com a OMS, as práticas são classificadas como recomendadas (indicando que a intervenção ou opção deve ser implementada), não recomendadas (indicando que a intervenção ou opção não deve ser implementada), recomendadas apenas em contexto específico (indica que intervenção ou opção é aplicável somente à condição, configuração ou população especificada na recomendação e apenas deve ser implementada nos referidos contextos) e recomendadas apenas no contexto de acompanhamento rigoroso (indicando que existem incertezas importantes sobre a intervenção ou opção, nesses casos a implementação ainda pode ser realizada, desde que o acompanhamento aborde questões não respondidas e incertezas relacionadas tanto para a eficácia da intervenção ou opção e sua viabilidade e aceitabilidade).

#### **7.5.2 Variáveis dependentes**

As variáveis dependentes estudadas estão apresentadas na sequência, de forma resumida no Quadro 5 e descritas posteriormente.

**Quadro 5.** Variáveis dependentes do estudo Práticas obstétricas e progressão de parto em um Centro de Parto Normal do município de Rio Branco – Acre.

Variável	Descrição	Contínuas	Categóricas
Tempo de duração do trabalho de parto	Indicação do tempo transcorrido da admissão até o nascimento do bebê. Expressa em tempo de dilatação por centímetro dilatado somado ao período expulsivo.	Realizado o cálculo da proporção em centímetros por hora.	
Dor referida durante o trabalho de parto	Registro da intensidade da dor referida pela parturiente, mensurada em dois momentos (na admissão no CPN e na identificação do início do período expulsivo). Graduada de acordo com a Escala Analógica Visual, que varia de zero a dez, sendo o zero a ausência de dor e o dez a dor insuportável.	Escore de dor	Mensurada de 0 a 10
Nível de ansiedade	Registro da condição do nível de ansiedade identificado pelo escore do Inventário de Ansiedade-Estado (versão curta), referindo como a parturiente se sente. Cada item foi expresso em 4 graus (onde 1 se refere a “absolutamente não”, 2 “um pouco”, 3 “bastante” e 4 “muitíssimo”).	Escore de ansiedade	Absolutamente não/ um pouco/ bastante/ muitíssimo

- Dor referida durante o trabalho de parto: dor referida pela parturiente na admissão no CPN e a identificação do período expulsivo. Graduada de acordo com a Escala Analógica Visual, que varia de zero a dez, sendo o zero a ausência de dor e o dez a dor insuportável. A escala é dividida em categorias que podem auxiliar na referência da dor, sendo de até 3 considerada leve, de 4 a 7 moderada e de 8 a 10 intensa.
- Nível de ansiedade identificado pelo escore do Inventário de Ansiedade-Estado (versão curta): essa versão do inventário possui seis itens para a participante graduar como sente, de acordo com sua percepção, cada item será expresso em 4 graus (onde 1 se refere a “absolutamente não”, 2 “um pouco”, 3 “bastante” e 4 “muitíssimo”) (PERPIÑÁ-GALVAÑ *et al.*, 2011), essa mensuração foi realizada em dois momentos, na admissão ao CPN e na identificação do período expulsivo.

## 7.6 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, realizou-se uma caracterização da coorte de parturientes, segundo os fatores sociodemográficos, obstétricos e neonatais, cujas variáveis contínuas foram apresentadas e analisadas por meio de proporção. Em seguida, foi realizada a avaliação da adequação das práticas relativas à fase ativa do período de dilatação, período expulsivo, terceiro e quarto períodos do parto, incluindo as diversas variáveis recomendadas e não recomendadas na assistência ao parto e nascimento, verificando se as condutas foram condizentes com as recomendações da OMS publicadas em 2018 (WHO, 2018), baseadas na categorização de 1996 (WHO, 1996).

As variáveis referentes à adequação dos cuidados foram descritas por meio de distribuição percentual e frequência absoluta. Foi adotada como inadequação quando o parto apresentou ao menos um item das recomendações não atendido. Prosseguiu-se com a análise dos fatores associados à inadequação na assistência ao parto e nascimento, utilizando-se a estimação das razões de chances (OR) brutas, com seus respectivos IC95%. Verificou-se quais características das parturientes apresentaram mais chance de ao menos uma recomendação não ser atendida (ter recebido uma

assistência considerada inadequada, conforme parâmetros definidos no estudo), por meio da regressão logística.

Por fim, realizou-se uma análise do efeito das práticas utilizadas durante a fase ativa do parto nos desfechos: dor referida durante o trabalho de parto e ansiedade. A análise dos dados se deu pelo levantamento de frequências e por meio do teste Qui-quadrado de Pearson.

Todas as análises foram realizadas ao nível de significância de 5%, com auxílio do pacote estatístico SPSS 22.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos).

## 7.7 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa foi desenvolvida conforme o que preconiza a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e cumpriu os princípios éticos, que garantem o respeito à participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, considerando sua vulnerabilidade, garantindo sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa. Também foram considerados os riscos e benefícios, desde os conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, assumindo o compromisso com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos e evitando danos previsíveis. Incluindo também a manutenção da integridade física e emocional, a justiça, a privacidade, o sigilo, a autonomia, o bem-estar de todas as participantes.

Para que a pesquisa pudesse ser executada, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Acre (UFAC), através da Plataforma Brasil, para análise e aprovação (Protocolo de aprovação nº 4.353.987) (**Anexo 4**). Este projeto também foi apresentado aos responsáveis pelos serviços onde a pesquisa foi realizada para que se obtivesse permissão para adentrar os setores e coletar os dados das pacientes e aplicar os instrumentos de pesquisa.

As parturientes foram convidadas a participar da pesquisa partindo da apresentação do projeto a cada uma, esclarecendo o método de pesquisa. Havendo concordância em participar, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (**Apêndice 3**) foi apresentado, e obtida a assinatura das participantes do estudo. O TCLE foi entregue as mesmas em duas vias, sendo

uma para a participante e outra para assinatura após leitura. Em seguida, iniciou-se a coleta dos dados, que ocorreu sem intervenção, apenas com a observação e anotação das práticas realizadas com a parturiente durante seu processo de parto.

Foi obtida autorização da Gerência Geral do Hospital Santa Juliana para realização da coleta de dados (**Anexo 3**).

### **7.7.1 Riscos, providências e cautelas**

Conforme a resolução CNS nº 466/12, toda pesquisa científica envolvendo seres humanos inclui riscos em alguma gradação. Por tratar-se de um estudo epidemiológico que utilizou a aplicação de questionários, pode haver algum tipo de risco, de intensidade mínima, no aspecto psicossocial, já que podem ocorrer desconfortos ao responder determinados questionamentos. Tal desconforto pode ser um constrangimento que a participante está sujeita ao responder determinadas questões relacionadas à sua vida pessoal e à sua intimidade. Além disso, a pesquisa incluiu a observação da mulher, o que pode gerar desconforto e constrangimento.

Existe, ainda, a possibilidade de um risco, em mínima intensidade, em relação à improvável quebra na confidencialidade dos dados e anonimato das participantes, durante a coleta dos dados dos prontuários clínicos. Podendo ocorrer dano aos Direitos de Personalidade, através de exposição indevida do nome e/ou imagem, o que possibilita agredir a intimidade, a vida privada e/ou a imagem da participante da pesquisa.

Considera-se ainda, a possível má interpretação da EVA, como risco à pesquisa, no entanto, não reflete prejuízo algum à participante. Tal situação pode ocorrer devido a subjetividade inerente à percepção da dor e da possível imprecisão da escala. Ressalta-se que a EVA é um instrumento amplamente utilizado na mensuração da dor, por ser de simples aplicação e ser adaptável ao paciente. Incluindo-se ainda a linearidade em relação à graduação da dor, que pode ser graduada com o assinalar de um valor numérico, o que possibilita a comparação da percepção da dor em momentos distintos.

Para reduzir ou excluir tais riscos, foram adotadas as seguintes medidas: a participante somente respondeu aos instrumentos após concordar em fazer

parte do estudo; a coleta das informações foi realizada em local reservado, na sala de Parto (apartamento privativo dentro do CPN). Foi garantida à participante a possibilidade de não responder quaisquer questões que lhe causassem constrangimento ou que ela considerasse invasiva a sua intimidade/privacidade, sem prejuízo para a sua participação na pesquisa e no atendimento na unidade de saúde.

O pesquisador integrou voluntariamente a equipe de saúde atuante na sala de parto, onde realizou a observação do trabalho de parto e parto, visando reduzir o constrangimento e desconforto que pudesse ser gerado com sua presença.

Os pesquisadores assumiram o compromisso de manter o mais amplo, absoluto e irrestrito sigilo sobre a identificação das participantes, durante e após o término da pesquisa. Dessa forma, a identidade pessoal de todas as participantes foi excluída de todos e quaisquer produtos da pesquisa para fins de publicação científica.

Visando mitigar os efeitos de má interpretação dos dados obtidos através da aplicação da EVA, a dor foi mensurada em momento anterior à avaliação ginecológica, sendo a escala apresentada à paciente antes do estresse e dor que o exame pudesse gerar. Além disso, os dados referentes à dor foram coletados em dois momentos distintos do parto, permitindo a observação de possíveis mudanças na percepção da dor para a mesma participante.

### **7.7.2 Benefícios**

Os possíveis benefícios com a realização desta pesquisa são: incremento do conhecimento acerca dos procedimentos realizados durante o trabalho de parto e parto, avanço do conhecimento científico relativo às consequências acerca da aplicação de determinados procedimentos durante a evolução do processo de parturição para o parto e conceito, bem como avanço do conhecimento científico sobre a temática abordada. A instituição de saúde envolvida receberá cópia do relatório final da pesquisa e, de posse destas informações, poderá organizar suas ações de atenção à saúde, direcionadas às necessidades desta clientela específica em seu atendimento durante o



processo do parto e ainda poderão implementar ações voltadas para a capacitação dos profissionais de saúde que realizam assistência em sala de parto, para uma melhor abordagem dessa problemática.

## **8 DESFECHOS DA PESQUISA**

### **8.1 DESFECHO PRIMÁRIO**

Verificação da associação de práticas obstétricas não farmacológicas utilizadas no trabalho de parto com os níveis de dor e ansiedade da parturiente.

### **8.2 DESFECHOS SECUNDÁRIOS**

Identificação de métodos não farmacológicos utilizados durante o parto que interferem na duração do processo de nascimento.

Compreensão das práticas obstétricas adotadas de forma rotineira no CPN estudado.

Verificação da adequação das práticas obstétricas adotadas na assistência ao parto normal no local de estudo às recomendações padronizadas.

## 9 RESULTADOS

### ARTIGO 1 - A INFLUÊNCIA DE MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS NA DURAÇÃO DO PARTO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Thais Blaya Leite Gregolis<sup>1</sup>, Sabrina da Silva Santos<sup>1,2</sup>, Ilce Ferreira da Silva<sup>1,2</sup>,  
Andréa Ramos da Silva Bessa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal do Acre, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Doutorado em Saúde Coletiva, Rio Branco - Acre – Brasil.

<sup>2</sup> Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil.

#### RESUMO

**Objetivo:** determinar a influência dos métodos não farmacológicos na duração do processo de trabalho de parto. **Fontes de dados:** foram realizadas buscas nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, Web of Science e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, utilizando uma combinação de termos que abordam métodos não farmacológicos associados a descritores referentes ao trabalho de parto e duração, publicados entre 1996 e abril de 2021. **Seleção de estudos:** 2.700 publicações elegíveis foram recuperadas, 2.675 foram excluídas por abordarem populações específicas, não abordando ou especificando o método não farmacológico associado ao trabalho de parto, analisando apenas a 3ª etapa do trabalho de parto e revisões de literatura. 25 artigos foram incluídos na revisão. **Coleta de dados:** Os dados das publicações foram extraídos em formulários estruturados e a metodologia e o risco de viés foram analisados usando instrumentos específicos para cada tipo de desenho de estudo. **Síntese dos dados:** Contribuíram para a redução do tempo de trabalho de parto banho morno, caminhada, exercícios com bola de parto, técnicas respiratórias,

decúbito dorsal, acupuntura, acupressão e parto na água. As práticas de empurrões espontâneos, massagem e banho de imersão prolongam o trabalho de parto. **Conclusões:** Alguns métodos podem encurtar a duração do trabalho de parto e devem ser incentivados.

**Palavras-chave:** Duração; Métodos; Parto; Parto humanizado; Tempo.

## INTRODUÇÃO

O trabalho de parto envolve movimentos do feto que o guiam ao longo do canal de parto, promovidos pelas contrações do útero<sup>1</sup>. Nesse processo, a primeira e mais longa etapa é a de dilatação, com duração de 10 a 12 horas nas primíparas e de 6 a 8 horas nas múltiparas<sup>1-3</sup>. A segunda, a expulsão começa na dilatação total e pode ser dividida em etapa passiva e ativa. A fase ativa dura até 3 horas nas primíparas e até 2 horas nas múltiparas<sup>4</sup>.

Como é possível que as etapas do trabalho de parto sejam longas e desgastantes, é importante, além da assistência humanizada preconizada nas orientações para o parto e nascimento, incluir métodos não farmacológicos (MNFs) que possam reduzir a duração do trabalho de parto e tornar o processo mais confortável para para a mãe e o feto<sup>2,3</sup>.

Assim, os MNFs são incentivados há mais de 25 anos. Podendo produzir benefícios por meio do relaxamento promovido pelo alívio da dor e também por promover maior efetividade das contrações uterinas<sup>5,6</sup>. Parturientes mais ativas, como mulheres que deambulam durante o trabalho de parto, tendem a ter um trabalho de parto mais curto<sup>7,8</sup>, assim como aquelas que mudam de posição com os movimentos, praticam exercícios de bola de parto e recebem massagens<sup>7</sup>.

O Ministério da Saúde recomenda o uso dos MNFs no alívio da dor e para o melhor conforto da mulher durante o parto, sempre que possível, como na oferta da imersão em água, técnicas de massagem, métodos de relaxamento, acupuntura, utilização de músicas entre outras<sup>4</sup>.

Elas também ficam mais satisfeitas com a duração do primeiro e segundo estágios do trabalho de parto<sup>8</sup>. A acupressão, estímulos da medicina

chinesa, também auxilia na redução da duração do trabalho de parto<sup>9</sup>. No entanto, a eficácia e os efeitos dos MNFs ainda não estão claros, portanto, ainda não está claro qual MNFs é mais eficaz na redução da duração do trabalho de parto e qual é a melhor frequência e estágio do trabalho de parto que deve ser aplicado<sup>10</sup>.

Nesse contexto, buscar evidências sobre os efeitos do MNFs na duração do trabalho de parto é importante para auxiliar na melhoria da assistência às parturientes. Portanto, o objetivo do presente estudo foi verificar a influência dos MNFs na duração do processo de trabalho de parto.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão sistemática de literatura para verificar os efeitos dos MNFs usados no processo de trabalho de parto na duração do trabalho de parto e parto. Essa abordagem foi escolhida para fornecer uma captura ordenada das evidências disponíveis sobre o tópico.

Uma pesquisa bibliográfica de publicações relevantes foi realizada entre 6 e 13 de abril de 2021. As bases de dados selecionadas para a pesquisa incluíram MEDLINE (Sistema de Análise e Recuperação de Literatura Médica Online - acessado via Pubmed), Web of Science e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - acessado no portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS). As estratégias de busca empregadas foram construídas a partir de termos registrados no MESH (Medical Subject Headings) — vocabulário controlado para indexação de artigos na literatura científica — combinados de acordo com a estratégia de busca escolhida.

Os critérios de inclusão foram: estudos de qualquer tipo de desenho, publicados entre 1995 e abril de 2021, e em qualquer idioma. Filtros foram aplicados para orientar a busca dos estudos para a revisão, de acordo com as opções específicas disponíveis para cada base de dados ou site de busca.

Assim, no Pubmed, a busca foi realizada no dia 6 de abril, com a recuperação inicial de 2.089 publicações, reduzidas para 1.435 registros após aplicação de filtros por ano de publicação (1995-2021), humanos e feminino. Na base de dados Web of Science, a busca ocorreu no dia 13 de abril,

identificando 1.205 estudos, dos quais 1.139 foram selecionados para a análise inicial após a aplicação do filtro ano de publicação (1995-2021). A busca na BVS foi realizada no dia 13 de abril, inicialmente com 5.428 registros. Esse total foi reduzido para 153 publicações após restringir os resultados aos estudos realizados na base de dados LILACS, envolvendo humanos e mulheres, e para o período de publicação (1995-2021). Portanto, 2.700 publicações foram incluídas na primeira etapa da revisão.

As pesquisas recuperaram estudos relevantes publicados de 1996 até a data da pesquisa (6 a 13 de abril de 2021). A justificativa para o período escolhido baseou-se no fato de que, em 1985, foi realizada uma reunião de especialistas de todo o mundo pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na Europa, durante a qual foram realizadas uma série de recomendações práticas a serem utilizadas para o cuidado em condições normais nascimento<sup>6</sup>. No entanto, apesar dos estímulos para a aplicação de atitudes baseadas em evidências, muitas dessas práticas não foram implementadas. Somente em 1996 a OMS publicou um guia para a maternidade segura, estabelecendo o que é e o que não é indicado durante os cuidados com mães e bebês no processo de parto normal<sup>6</sup>.

A duração do trabalho de parto, ou suas diferentes fases, é um desfecho que merece estudo, embora não tenha sido o desfecho principal em todos os estudos analisados. As intervenções avaliadas variam, uma vez que vários MNFs diferentes são usados durante o trabalho de parto e podem alterar a duração desse processo. Em relação à população do estudo, embora parturientes fossem a população-alvo, também foram incluídos estudos envolvendo profissionais de saúde que aplicam métodos que podem influenciar a duração do trabalho de parto.

Os critérios de exclusão foram publicações que estudavam uma população específica (por exemplo, indivíduos apresentando doenças, como esclerose múltipla, câncer, HIV, obesidade etc.; condições obstétricas específicas, como bebês prematuros ou pélvicos; mulheres que receberam analgesia ou amniotomia), estudos que não abordavam MNFs associados à duração do trabalho de parto e/ou a uma de suas etapas, que não especificaram as estratégias utilizadas ou analisaram apenas a terceira etapa

do trabalho de parto (após o nascimento). As revisões de literatura também foram excluídas, devido à heterogeneidade dos métodos estudados, reservando-as para discussão.

Sete estudos foram classificados como indisponíveis, ou seja, buscados por acesso ao Site de Periódicos da CAPES, Research Gate e Google Acadêmico, e por meio de contato com os respectivos autores via e-mail, sem sucesso.

### **Coleta e análise de dados**

A primeira etapa de seleção das publicações recuperadas compreendeu a leitura do título e resumos dos estudos identificados pela busca, aplicando-se os critérios de elegibilidade. Na segunda etapa, foi realizada a leitura do texto completo dos estudos selecionados em nova triagem. Essa etapa foi concluída com a obtenção da lista final de estudos para inclusão na análise.

Após a definição das publicações a serem incluídas na revisão, os estudos foram todos lidos em profundidade, e os dados extraídos em formulários (Google Forms) e planilha Excel (Microsoft Office).

O formulário de extração de dados incluiu campos que coletam título do estudo, autor(es), ano de publicação, periódico, país, local do estudo, tipo de estudo, objetivo do estudo, tipo de amostra, tamanho da amostra, critérios de inclusão, critérios de exclusão, variáveis do estudo, inclusão do grupo de controle, instrumentos de medida, duração do estudo, intervenções, resultados encontrados, tratamento estatístico, coerência das conclusões, recomendações dos autores e classificação do nível de qualidade.

As publicações foram avaliadas e classificadas quanto à qualidade, confiabilidade e risco de viés por meio de instrumentos apropriados para cada delineamento de estudo.

A ferramenta revisada de risco de viés Cochrane para ensaios randomizados (RoB 2) foi usada para estudos experimentais<sup>11</sup>; o Checklist para estudos quase-experimentais (estudos experimentais não randomizados) do Joanna Briggs Institute foi aplicado para estudos quase-experimentais<sup>12</sup>; a Escala de Newcastle-Ottawa (NOS) foi usada para avaliar a qualidade dos

estudos de coorte e de caso-controle<sup>13</sup>; e uma versão adaptada da NOS foi empregada para avaliar a qualidade dos estudos transversais<sup>14</sup>.

A ferramenta Cochrane RoB 2 revisada compreende 5 domínios de viés (randomização, intervenção, dados ausentes, medição e relatório de resultados) e expressa um resultado categorizando o estudo como baixo risco de viés (boa qualidade de evidência), algumas preocupações ou alto risco de viés (baixa qualidade da evidência)<sup>11</sup>. O Checklist para estudos quase-experimentais<sup>12</sup> avalia o artigo em 9 domínios (definição de causa e efeito, inclusão de participantes em comparações semelhantes ou grupos, presença de grupo controle, medições pré e pós, seguimento, comparabilidade, medição de resultados e análise).

A NOS<sup>14</sup> para estudos de coorte compreende 3 domínios (seleção, comparabilidade e resultados) dando uma pontuação máxima de 9 pontos se todos os requisitos forem cumpridos, refletindo a qualidade da evidência gerada. Da mesma forma, a NOS<sup>13</sup> para estudos de caso-controle avalia 3 domínios (seleção, comparabilidade e exposição), rendendo 9 pontos se todos os itens que medem a qualidade metodológica forem atendidos.

Além disso, a NOS<sup>15</sup> adaptada para estudos transversais compreende 3 domínios, rendendo uma pontuação de 0-9 pontos na avaliação da qualidade metodológica.

Os resultados das análises de dados e qualidade do estudo são apresentados em Tabelas e Gráficos, agrupados por MNFs estudados.

As etapas de seleção e análise dos estudos foram realizadas conforme descrito no Fluxograma da busca da literatura e seleção dos estudos para revisão (Figura 1).

## **RESULTADOS**

Um total de 25 artigos foram incluídos na revisão após a identificação durante as etapas de seleção e análise das publicações abordando os efeitos dos MNFs na duração do trabalho de parto. As características metodológicas dos estudos selecionados estão descritas no Quadro 1<sup>15</sup>.

Os MNFs identificados foram banho quente/morno, imersão em água, caminhada, técnicas respiratórias, técnicas de relaxamento, bola de parto, massagem, posições adotadas pela mãe, acupuntura, acupressão, auriculoterapia, aromaterapia, parto na água e técnicas de puxo na fase expulsiva. Alguns estudos investigaram uma combinação desses diferentes métodos.

Os métodos identificados foram agrupados de acordo com o tipo de MNFs ou apresentados em combinação quando aplicados em associação com outros métodos. A influência desses MNFs na duração do trabalho de parto, ou suas etapas, para cada estudo revisado é descrita na Tabela 1.

### **Chuveiro quente/quente**

Em relação ao método do banho quente/morno, aplicado isoladamente ou associado, a única publicação identificada mostrou redução na duração da fase ativa do trabalho de parto<sup>36</sup> e baixo risco de viés na análise da qualidade metodológica<sup>11</sup>.

### **Banho de imersão**

Para a abordagem de banho de imersão, resultados distintos foram relatados. Três estudos não encontraram diferença na duração do trabalho de parto entre as mulheres que usaram esse método<sup>17, 20, 27</sup>. Na análise de qualidade, uma das publicações foi classificada como tendo baixo risco de viés<sup>11</sup>, uma com algumas preocupações<sup>12</sup> e a outra como alto risco de viés<sup>11</sup>. Um dos estudos não encontrou efeitos na fase ativa do trabalho de parto entre nulíparas e múltiparas ou na fase expulsiva em mulheres múltiparas. O mesmo estudo, classificado como de boa qualidade metodológica<sup>13</sup>, observou maior duração da fase expulsiva em nulíparas que utilizaram a técnica<sup>38</sup>.

O aumento da fase expulsiva após o banho de imersão foi documentado por dois estudos<sup>22,34</sup> de alta qualidade metodológica<sup>13</sup>, um dos quais também mostrou aumento da duração da fase ativa<sup>22</sup>.



## **Deambulação**

Os resultados do único estudo que investigou o efeito da deambulação na duração do trabalho de parto mostraram que, para cada 100 metros percorridos na primeira hora, houve uma redução de 22 minutos na duração do estágio ativo; redução de 10 minutos na segunda hora e redução de 6 minutos na terceira hora de trabalho de parto<sup>23</sup>. Este estudo foi classificado como tendo baixo risco de viés<sup>12</sup>.

## **Técnicas de respiração**

Apenas um artigo abordou as técnicas respiratórias como tema dedicado de investigação. O estudo em questão aplicou o método Lamaze, envolvendo técnicas de respiração aplicadas em diferentes fases. A estratégia promoveu uma redução estatisticamente significativa nas fases latente e ativa do trabalho de parto<sup>32</sup>, e a metodologia do estudo foi classificada como tendo algumas preocupações<sup>12</sup>.

## **Exercícios de bola de nascimento**

Um dos estudos envolveu exercícios de bola de nascimento, mostrando uma redução na duração da fase ativa do processo de trabalho de parto com a utilização da bola suíça<sup>24</sup> e foi classificado metodologicamente como tendo algumas preocupações<sup>11</sup>.

## **Massagem**

Somente um artigo abordou apenas a massagem, cujos resultados mostraram que a técnica promoveu aumento na duração do trabalho de parto<sup>26</sup>. O estudo em questão foi classificado como tendo baixo risco de viés<sup>11</sup>.

## **Posições maternas adotadas**

Em uma publicação, o uso do decúbito dorsal na fase ativa foi associado a menor tempo de trabalho de parto<sup>29</sup>, onde o estudo em questão apresentou boa qualidade metodológica<sup>14</sup>. Em outro estudo, classificado com alto risco de viés<sup>11</sup>, a posição semissentada não teve efeito na duração do trabalho de parto<sup>16</sup>.

### **Mobilidade materna**

Mudanças na posição da mãe durante o trabalho de parto foram associadas a tempos de trabalho de parto mais longos<sup>29</sup> em um estudo de alta qualidade metodológica<sup>14</sup>.

### **Acupuntura/Acupressão/Auriculoterapia**

Em um estudo com baixo risco de viés<sup>11</sup>, a acupuntura demonstrou reduzir o tempo decorrido entre a ruptura das membranas e o nascimento<sup>21</sup>. A aplicação de acupressão em pontos específicos também reduziu o tempo médio de trabalho de parto no grupo intervenção (acupressão no ponto BP6), com efeito atingindo significância estatística<sup>28</sup>. O estudo foi classificado como tendo baixo risco de viés<sup>11</sup>. Em outro estudo, também classificado como baixo risco de viés<sup>11</sup>, a técnica de auriculoterapia não teve efeito sobre o tempo médio do trabalho de parto<sup>36</sup>, sendo este o único método que não interferiu na duração do trabalho de parto e suas etapas.

### **Parto na água**

A imersão durante a expulsão reduziu a duração do trabalho de parto em 3 estudos<sup>22,25,34</sup>. Isso também ocorreu com as nulíparas, cujo processo de trabalho de parto foi encurtado pelo uso da técnica de parto na água<sup>38</sup>. No entanto, em um estudo realizado em dois hospitais diferentes, observou-se redução do estágio expulsivo em um local, enquanto nenhum efeito foi encontrado no outro hospital<sup>18</sup>. Todos os 5 estudos sobre partos na água foram classificados com boa qualidade metodológica<sup>13</sup>.

### **Técnicas de empurrar na fase de expulsão**

A descida passiva (puxo adiado) e o puxo espontâneo foram associados a tempos expulsivos mais longos em 2 artigos incluídos na revisão<sup>30,31</sup>. Os 2 estudos foram classificados como tendo algumas preocupações e baixo risco viés, respectivamente<sup>11</sup>.

### **Técnicas usadas em associação**

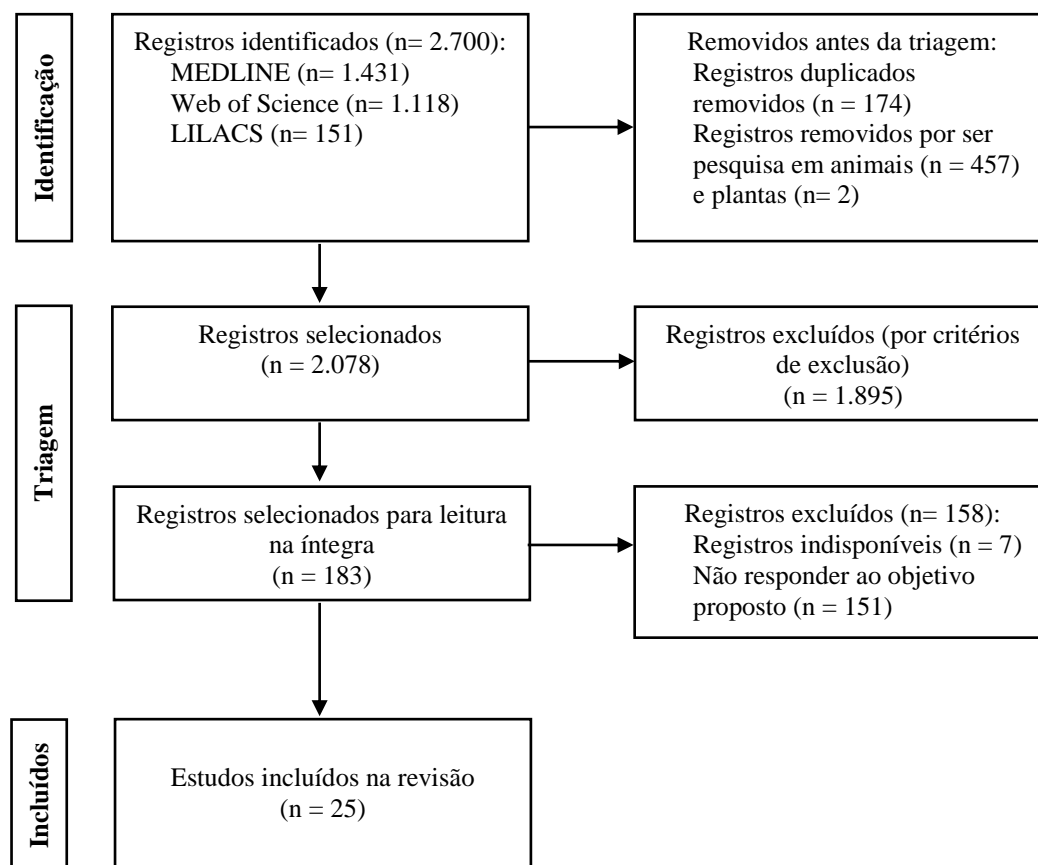
Alguns dos estudos revisados exploraram a influência da aplicação de mais de um MNFs, usados em associação, na duração do trabalho de parto. A aplicação de técnicas respiratórias associadas a métodos de relaxamento levou a um estágio latente mais longo do trabalho de parto no grupo experimental<sup>19</sup>. A classificação da metodologia deste estudo foi classificada com algumas preocupações<sup>11</sup>.

Em outro estudo, classificado como tendo baixo risco de viés<sup>11</sup>, a técnica do banho quente/morno foi combinada com exercícios de bola de nascimento, não revelando nenhum efeito na duração do trabalho de parto<sup>37</sup>.

Um estudo que investigou o uso de exercícios com bola, juntamente com massagem lombossacral e banho quente/morno, mostrou uma redução na duração da fase expulsiva, mas não teve efeito na fase ativa<sup>9</sup>. O estudo em questão apresentou baixo risco de viés<sup>11</sup>.

Em um estudo, classificado como de baixo risco de viés<sup>12</sup>, banho de imersão foi combinado com exercícios de bola, aromaterapia com óleo essencial de lavanda e adoção da posição vertical na fase de expulsão. A associação de MNFs demonstrou reduzir a fase ativa do trabalho de parto, mas não teve efeito na fase expulsiva<sup>33</sup>.

Por fim, um dos estudos revisados, no qual as mães mantiveram a posição móvel, alternando as posturas verticais durante o trabalho de parto, teve tempos de trabalho de parto mais curtos<sup>7</sup>. Este estudo foi classificado como tendo algumas preocupações metodologicamente<sup>11</sup>.



**Figura 1:** Diagrama de fluxo de pesquisa e seleção de literatura.

Fonte: Dados do estudo adaptado de *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*<sup>15</sup>.

**Quadro 1.** Resumo das características dos estudos que analisaram os efeitos dos métodos não farmacológicos (MNFs) na duração do parto.

Estudo	Ano de início	País	Delimitação de estudo	Método estudado
Bomfim-Hyppólito, 1998 <sup>16</sup>	1994	Brasil (Fortaleza)	Experimental	Posição semi-sentada (60° de inclinação de tronco) na fase expulsiva.
Eckert; Turnbull; MacLennan, 2001 <sup>17</sup>	1995	Austrália	Experimental	Banho de imersão na fase ativa do parto.
Schröcksnadel <i>et al.</i> , 2003 <sup>18</sup>	1998	Áustria	Caso-controle	Parto na água.
Almeida <i>et al.</i> , 2005 <sup>19</sup>	2000	Brasil (Goiânia)	Experimental	Técnicas de respiração associadas a técnicas de relaxamento.
Silva; Oliveira, 2006 <sup>20</sup>	2002	Brasil (São Paulo)	Experimental	Banho de imersão de 40 a 60 minutos.
Bio; Bittar; Zugaib, 2006 <sup>7</sup>	2003	Brasil (São Paulo)	Experimental	Permanecer em movimento e em posturas verticais alternadas durante o trabalho de parto.
Gaudernack; Forbord; Hole, 2006 <sup>21</sup>	2003	Noruega	Experimental	Acupuntura.
Zanetti-Daellenbach <i>et al.</i> , 2007 <sup>22</sup>	1998	Suíça	Coorte	Parto na água após banho de imersão pelo tempo desejado pela parturiente.
Mamede <i>et al.</i> , 2007 <sup>23</sup>	2004	Brasil (São Paulo)	Quase-experimental	Deambulação durante a fase ativa do trabalho de parto.
Gau <i>et al.</i> , 2011 <sup>24</sup>	2008	Taiwan	Experimental	Exercícios com bola de parto.
Cortes; Basra; Kelleher, 2011 <sup>25</sup>	2011	Inglaterra	Coorte de base populacional	Parto na água.
Gallo <i>et al.</i> , 2013 <sup>26</sup>	2009	Brasil (Ribeirão Preto)	Experimental	Massagem no período de 4-5 cm de dilatação cervical e nas contrações uterinas por 30 minutos.
Liu <i>et al.</i> , 2014 <sup>27</sup>	2009	China	Experimental	Banho de imersão na fase ativa parto.
Mafetoni; Shimo, 2015 <sup>28</sup>	2013	Brasil (Campinas)	Experimental	Acupressão no ponto BP6.
Desseauve <i>et al.</i> , 2016 <sup>29</sup>	2015	França	Transversal	Decúbito dorsal no trabalho de parto, mudança de posição durante o trabalho de parto, decúbito dorsal na fase expulsiva.
Vaziri <i>et al.</i> , 2016 <sup>30</sup>	2014	Irã	Experimental	Empurrão espontâneo em decúbito lateral.
Koyucu; Demirci, 2017 <sup>31</sup>	2013	Turquia	Experimental	Empurrão espontâneo.
Cicek; Basar, 2017 <sup>32</sup>	2016	Turquia	Experimental	Técnicas de respiração Lamaze.
Makvandi <i>et al.</i> , 2018 <sup>33</sup>	2016	Irã	Quase-experimental	Combinação de banho de imersão, exercícios na bola, aromaterapia com lavanda e posições verticais na fase expulsiva do parto.
Gallo <i>et al.</i> , 2018 <sup>8</sup>	2011	Brasil (Ribeirão Preto)	Experimental	Exercícios de movimento pélvico na bola suíça, massagem por 40 minutos, banho quente/morno de chuveiro por 40 minutos.
Ulfsdottir; Saltvedt; Georgsson, 2018 <sup>34</sup>	2014	Suécia	Coorte	Parto na água.
Maddady <i>et al.</i> , 2018 <sup>35</sup>	2015	Irã	Experimental	Banho quente / morno de chuveiro.
Mafetoni <i>et al.</i> , 2018 <sup>36</sup>	2015	Brasil (Campinas)	Experimental	Auriculoterapia.
Cavalcanti <i>et al.</i> , 2019 <sup>37</sup>	2013	Brasil (São Paulo)	Experimental	Banho quente/ morno de chuveiro e exercícios com bola suíça, de modo isolado e combinado.
Neiman <i>et al.</i> , 2020 <sup>38</sup>	2016	Estados Unidos	Coorte	Banho de imersão e parto na água.

**Tabela 1:** Métodos não farmacológicos (MNFs) analisados e sua interferência no tempo médio de parto ou fase do parto.

Estudo	Intervenção	Amostra		Interferência	Tempo (minutos)		Estatística	Qualidade
		Com MNFs	Sem MNFs		Com MNFs	Sem MNFs		
<b>Banho quente / morno</b>								
Maddady <i>et al.</i> , 2018 <sup>35</sup>	Banho quente/morno.	50	49	Reduziu	Fase ativa: 221,2	Fase ativa: 312,6	p <0,001	Baixo risco de viés <sup>12</sup>
<b>Banho de imersão</b>								
Silva; Oliveira, 2006 <sup>20</sup>	Banho de imersão de 40 a 60 minutos.	54	54	Sem interferência	De 6 a 10 cm de dilatação: 250,9	De 6 a 10 cm de dilatação: 260,4	p = 0,89	Baixo risco de viés <sup>12</sup>
Neiman <i>et al.</i> , 2020 <sup>38</sup>	Banho de imersão.	61	111	<b>Nulíparas</b> Sem interferência Aumentou <b>Múltiparas</b> Sem interferência Sem interferência	<b>Nulíparas</b> Fase ativa: 764,7 Fase expulsiva: 88,4 <b>Múltiparas</b> Fase ativa: 469,3 Fase expulsiva: 20,6	<b>Nulíparas</b> Fase ativa: 757,8 Fase expulsiva: 79,7 <b>Múltiparas</b> Fase ativa: 401,9 Fase expulsiva: 16,8	<b>Nulíparas</b> p = 0,13 p=0,03 <b>Múltiparas</b> p=0,59 p=0,08	Boa qualidade <sup>14</sup>
Liu <i>et al.</i> , 2014 <sup>27</sup>	Banho de imersão na fase ativa do parto.	33	47	Sem interferência Sem interferência	Fase ativa: 596,55 Fase expulsiva: 58,79	Fase ativa: 552,30 Fase expulsiva: 56,04	p=0,43 p=0,72	Algumas preocupações <sup>13</sup>
Eckert; Turnbull; Maclennan, 2001 <sup>17</sup>	Banho de imersão na fase ativa do parto.	137	137	Sem interferência Sem interferência	Fase ativa: 404,23 Fase expulsiva: 64,94	Fase ativa: 407,21 Fase expulsiva: 68,80	p=0,89 p=0,65	Alto risco de viés <sup>12</sup>
<b>Deambulação</b>								
Mamede <i>et al.</i> , 2007 <sup>23</sup>	Deambulação.	75	-	Reduziu	Fase ativa: 22; 10 e 6 minutos a menos a cada 100 metros deambulados na 1ª, 2ª ou 3ª hora, respectivamente.		Regressão Linear	Baixo risco de viés <sup>13</sup>
<b>Técnicas de respiração</b>								
Cicek; Basar, 2017 <sup>32</sup>	Técnicas de respiração Lamaze.	35	35	Reduziu Reduziu Sem interferência Sem interferência	Fase latente: 403,71 Fase ativa: 174,00 Fase transição: 110,71 Fase expulsiva: 19,11	Fase latente: 658,71 Fase ativa: 264,57 Fase transição: 101,42 Fase expulsiva: 24,48	p < 0,001 p = 0,01 p = 0,28 p = 0,14	Algumas preocupações <sup>12</sup>
<b>Exercícios na bola</b>								
Gau <i>et al.</i> , 2011 <sup>24</sup>	Exercícios com bola de parto.	48	39	Reduziu Sem interferência	Fase ativa: 380 Fase expulsiva: 38,48	Fase ativa: 485,4 Fase expulsiva: 41,3	p = 0,04 p = 0,59	Algumas preocupações <sup>12</sup>
<b>Massagem</b>								
Gallo <i>et al.</i> , 2013 <sup>26</sup>	Massagem por 30 minutos.	23	23	Aumentou	Trabalho de parto: 408	Trabalho de parto: 342	Diferença de médias 1,1 horas - IC95% 0,2; 2,0	Baixo risco de viés <sup>12</sup>
<b>Posições maternas adotadas</b>								
Desseauve <i>et al.</i> , 2016 <sup>29</sup>	Decúbito dorsal no trabalho de parto.	431	120	Reduziu	Trabalho de parto classificado como ≥ 120 ou < 120 minutos		OR = 2,2 IC95% 1,2-4,2	Boa qualidade <sup>15</sup>

Estudo	Intervenção	Amostra		Interferência	Tempo (minutos)		Estatística	Qualidade
		Com MNFs	Sem MNFs		Com MNFs	Sem MNFs		
	Decúbito dorsal no expulsivo.	303	144	Aumentou	Trabalho de parto classificado como $\geq 120$ ou $< 120$ minutos		OR = 0,1 IC95% 0,0-0,4	
Bomfim-Hyppólito, 1998 <sup>16</sup>	Posição semi-sentada (60°) no período expulsivo.	127	121	Sem interferência	Fase expulsiva: 21,7	Fase expulsiva: 25,1	p = 0,06	Alto risco de viés <sup>12</sup>
<b>Mobilidade materna</b>								
Desseauve <i>et al.</i> , 2016 <sup>29</sup>	Mudança de posição durante o trabalho de parto.	411	140	Aumentou	Trabalho de parto classificado como $\geq 120$ ou $< 120$ minutos		OR = 0,2 IC95% 0,1-0,3	Boa qualidade <sup>15</sup>
<b>Acupuntura/ Acupressão / Auriculoterapia</b>								
Gaudernack; Forbord; Hole, 2006 <sup>21</sup>	Acupuntura.	43	48	Reduziu	Fase ativa: 264	Fase ativa: 366	p = 0,03	Baixo risco de viés <sup>12</sup>
Mafetoni; Shimo, 2015 <sup>28</sup>	Acupressão no ponto BP6.	38	30	Reduziu	628,10	913,10	p = 0,004	Baixo risco de viés <sup>12</sup>
Mafetoni <i>et al.</i> , 2018 <sup>36</sup>	Auriculoterapia.	25	27	Sem interferência	607,8	694,7	p = 0,08	Baixo risco de viés <sup>12</sup>
<b>Parto na água</b>								
Schröcksnadel <i>et al.</i> , 2003 <sup>18</sup>	Parto na água no Hospital Distrital.	47	265	Reduziu	Fase expulsiva: 15	Fase expulsiva: 20	p=0,02	Boa qualidade <sup>14</sup>
	Parto na água no Hospital Universitário.	218	265	Sem interferência	Fase expulsiva: 23	Fase expulsiva: 20	Não significativa	
Zanetti-Daellenbach <i>et al.</i> , 2007 <sup>22</sup>	Parto na água após banho de imersão.	89	146	Sem interferência Reduziu	Fase ativa: 330,5 Fase expulsiva: 35,3	Fase ativa: 352,8 Fase expulsiva: 49,1	Não significativa p < 0,001	Boa qualidade <sup>14</sup>
Cortes; Basra; Kelleher, 2011 <sup>25</sup>	Parto na água.	78	48	Reduziu	Fase expulsiva: 43	Fase expulsiva: 57	p = 0,01	Boa qualidade <sup>14</sup>
Ulfsdottir; Saltvedt; Georgsson, 2018 <sup>34</sup>	Parto na água.	306	306	Reduziu	Fase expulsiva: 21,6	Fase expulsiva: 26,8	p = 0,01	Boa qualidade <sup>14</sup>
Neiman <i>et al.</i> , 2020 <sup>38</sup>	Parto na água.	58	111	<b>Nulíparas</b> Reduziu <b>Múltiparas</b> Sem interferência	<b>Nulíparas</b> Fase expulsiva: 23,2 <b>Múltiparas</b> Fase expulsiva: 9,5	<b>Nulíparas</b> Fase expulsiva: 79,7 <b>Múltiparas</b> Fase expulsiva: 16,8	<b>Nulíparas</b> p=0,03 <b>Múltiparas</b> p=0,08	Boa qualidade <sup>14</sup>
<b>Técnicas de empurrar no período expulsivo</b>								
Koyucu; Demirci, 2017 <sup>31</sup>	Empurrão espontâneo.	40	40	Aumentou	Fase expulsiva: 63,2	Fase expulsiva: 46,6	p < 0,001	Baixo risco de viés <sup>12</sup>
Vaziri <i>et al.</i> , 2016 <sup>30</sup>	Empurrão espontâneo	35	34	Aumentou	Fase expulsiva: 76,32	Fase expulsiva: 64,56	p < 0,001	Algumas

Estudo	Intervenção	Amostra		Interferência	Tempo (minutos)		Estatística	Qualidade
		Com MNFs	Sem MNFs		Com MNFs	Sem MNFs		
	em decúbito lateral.							preocupações <sup>12</sup>
<b>Técnicas associadas</b>								
Almeida <i>et al.</i> , 2005 <sup>19</sup>	Técnicas de respiração e relaxamento.	19	17	Aumentou Sem interferência Sem interferência	Fase latente: 145,26 Fase ativa: 173,68 Fase transição: 126,31	Fase latente: 84,70 Fase ativa: 151,76 Fase transição: 103,23	p = 0,01 p = 0,54 p = 0,16	Algumas preocupações <sup>12</sup>
Cavalcanti <i>et al.</i> , 2019 <sup>37</sup>	Banho quente/ morno e exercícios na bola de parto.	39	44	Sem interferência	Da intervenção combinada até o nascimento: 216,85	Do banho quente até o nascimento: 255,05	p = 0,10	Baixo risco de viés <sup>12</sup>
			45			Dos exercícios na bola até o nascimento: 288,41		
Gallo <i>et al.</i> , 2018 <sup>8</sup>	Exercícios na bola, massagem lombossacral e banho quente/ morno.	40	40	Sem interferência Reduziu	Fase ativa: 373 Fase expulsiva: 19	Fase ativa: 445 Fase expulsiva: 37	IC95% -148; 5 IC95% -30; -5	Baixo risco de viés <sup>12</sup>
Makvandi <i>et al.</i> , 2018 <sup>33</sup>	Banho de imersão, exercícios na bola, aromaterapia com lavanda e posições verticais na segunda fase do parto.	77	77	Reduziu Sem interferência	Fase ativa: 210,02 Fase expulsiva: 36,61	Fase ativa: 269,54 Fase expulsiva: 43,08	p<0,001 p =0,08	Baixo risco de viés <sup>13</sup>
Bio; Bittar; Zugaib, 2006 <sup>7</sup>	Mobilidade e posturas verticais alternadas.	50	50	Reduziu	Fase ativa: 316	Fase ativa: 508	p<0,001	Algumas preocupações <sup>12</sup>



## DISCUSSÃO

O parto em ambiente hospitalar caracteriza-se pela utilização de diversas tecnologias e procedimentos destinados a garantir a segurança da mãe e do RN. No entanto, a obstetrícia moderna não trata o período de gravidez, trabalho de parto ou nascimento como expressões naturais de saúde. Nesse modelo, mães e RNs estão expostos a grandes intervenções que devem ser usadas de forma mais controlada e racional apenas quando necessário, mas são adotadas como parte da prática rotineira. Esse uso excessivo de intervenções, como a ocitocina, episiotomia, cesariana, aspiração nasofaríngea, entre outras, desconsideram os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo de parturição<sup>39</sup>.

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização (PNH), abordando as práticas excessivamente intervencionistas, com orientações para conduta profissional no respeito aos aspectos fisiológicos do trabalho de parto. Essas orientações reconhecem os aspectos sociais e culturais, buscam promover a saúde e oferecer suporte emocional à mãe e à família, garantindo o sucesso do trabalho de parto e parto<sup>40</sup>.

O prolongamento das fases do trabalho de parto pode levar à indicação de cesariana, devido ao risco de complicações. Esse atraso na fase expulsiva tende a ocorrer devido ao esgotamento materno, inércia ou hipoatividade do útero ou ainda incapacidade de contrair adequadamente a musculatura abdominal<sup>2</sup>.

As complicações associadas a um longo período de trabalho de parto incluem hemorragia pós-parto devido à atonia uterina. As complicações da cesariana incluem aumento do risco de infecção, hemorragia, embolia pulmonar e percalços durante a anestesia e consequente morte da mãe<sup>2</sup>.

A utilização de MNFs durante o trabalho de parto tende a promover resultados satisfatórios, minimizando a dor e conferindo mais calma e relaxamento às parturientes<sup>41</sup>.

A presente revisão investigou o efeito dos MNFs na duração do processo de trabalho de parto, mostrando que alguns métodos se destacam.

Chuveiros quentes/mornos, usados isoladamente, conferiram efeito positivo na redução da duração da fase ativa do trabalho de parto<sup>35</sup>. No entanto, o método foi mais comumente encontrado em estudos que o aplicaram em conjunto com outras técnicas, como exercícios de bola de nascimento<sup>37</sup>, embora sem efeito perceptível na duração. Quando usado em associação com exercícios de bola mais massagem lombossacral, nenhuma influência de chuveiros foi evidente durante o estágio ativo, mas a duração do estágio expulsivo foi reduzida<sup>8</sup>. Os 3 estudos incluídos foram classificados como de boa qualidade metodológica<sup>11</sup>. Uma revisão da literatura concluiu que os benefícios dos banhos quentes/mornos na duração do trabalho de parto foram maiores quando o método foi combinado com o uso da bola de parto<sup>42</sup>.

Para a abordagem de banho de imersão, resultados mistos foram relatados. Seis artigos investigando o uso dessa técnica isoladamente foram revisados. Dos 4 estudos avaliados com boa qualidade metodológica<sup>11,13</sup>, um não teve efeito sobre o tempo de trabalho de parto<sup>20</sup>, dois promoveram um período expulsivo mais longo em mães nulíparas<sup>34,38</sup> e outro pareceu prolongar os estágios do trabalho de parto, embora nenhuma análise comparativa dessa variável tenha sido realizada<sup>22</sup>. Os outros 2 estudos relataram nenhuma diferença na duração do trabalho de parto<sup>17,27</sup> e foram classificados metodologicamente como tendo alto risco de viés<sup>11</sup> e algumas preocupações<sup>12</sup>, respectivamente.

Além disso, quando o método foi aplicado em conjunto com exercícios de bola de nascimento, aromaterapia com óleo essencial de lavanda e adoção de posições verticais na fase de expulsão<sup>33</sup>, houve uma redução resultante na fase ativa do trabalho de parto. O estudo citado teve baixo risco de viés<sup>12</sup>.

A utilização do método do banho de imersão tem a vantagem de retardar o uso de agentes farmacológicos, permitindo uma participação mais ativa da parturiente e de seu acompanhante<sup>20</sup>. Além disso, os exercícios com bola suíça, massagem e banho quente promoveram benefícios significativos válidos, reduzindo a intensidade da dor. Essas técnicas são consideradas seguras, sem efeitos adversos nos resultados obstétricos, e também estão associadas a maior satisfação com a duração do processo de trabalho de parto e expulsão<sup>8</sup>.

A deambulação se mostrou eficaz na redução da duração tanto da fase de dilatação quanto da expulsão<sup>25</sup>, onde um estudo classificado como de boa qualidade metodológica<sup>12</sup> mostrou que quanto mais a parturiente caminhava durante o trabalho de parto, mais curta se tornava cada etapa. Da mesma forma, um estudo que investigou apenas o exercício da bola de parto, que também confere benefícios para a mulher permanecer em pé, observou redução no tempo de parturição, com encurtamento da fase ativa<sup>24</sup>. Este artigo foi classificado como tendo algumas preocupações metodologicamente<sup>11</sup>.

A adoção do decúbito dorsal reduziu a duração das fases ativa e de empurrar<sup>29</sup> em um estudo de boa qualidade metodológica<sup>14</sup>. Por outro lado, o uso da posição semissentada não mostrou efeito sobre o tempo de trabalho de parto<sup>16</sup> em uma publicação classificada como de alto risco de viés<sup>11</sup>.

A troca de posições durante o trabalho de parto aumentou o tempo de trabalho de parto<sup>29</sup> em um estudo com alta qualidade metodológica<sup>14</sup>, enquanto a mobilidade materna foi associada à diminuição duração do trabalho de parto<sup>43</sup>. A mobilidade materna em combinação com a alternância de posturas verticais levou à redução da fase ativa do trabalho de parto<sup>7</sup>, embora metodologicamente o estudo apresentasse algumas preocupações<sup>11</sup>.

A liberdade de posição, por vezes, evidenciou divergências. É relevante considerar que a liberdade de posição permite que a mulher escolha a que melhor se adequa e que deseja a cada momento, podendo essas serem verticais, horizontais ou a combinação delas.

Ainda sugerindo que a verticalização ou horizontalização interferem na progressão do parto, uma revisão de literatura identificou que a maioria dos estudos relatou que posições não horizontais utilizadas durante a expulsão reduziram o tempo de duração do parto e quase metade demonstrou que a verticalização tornou o processo do parto mais rápido. Nessa, a melhor evidência identificada retrata que posições a favor da gravidade diminui o tempo de parturição<sup>44</sup>.

Além de favorecer a ação da gravidade, direcionando o feto para o canal do parto, a adoção da posição vertical otimiza a coordenação das contrações, melhora o padrão respiratório e eleva os níveis de endorfina. No entanto, recomenda-se que a gestante adote a posição que lhe for mais confortável<sup>2</sup>.

A aplicação isolada de massagem, em um estudo classificado como de baixo risco de viés<sup>11</sup>, aumentou a duração do trabalho de parto<sup>26</sup>. Uma revisão da literatura avaliou os efeitos de uma variedade de métodos, incluindo a massagem. Os resultados do estudo mostraram que em 3 dos estudos revisados, a estratégia de massagem não fez diferença no progresso do trabalho de parto, enquanto apenas um encurtou a duração do parto<sup>43</sup>.

Técnicas de respiração são amplamente utilizadas durante o processo de trabalho de parto e podem ajudar a diminuir a duração do trabalho de parto, reduzindo tanto as fases latentes quanto as ativas<sup>32</sup>. Combinar técnicas de respiração com métodos de relaxamento aumentou o estágio latente<sup>19</sup>. Ambos os estudos citados tiveram algumas preocupações metodológicas<sup>11</sup>, sugerindo que o efeito do relaxamento na duração pode ser questionável.

Em contraste, a aplicação de um método de relaxamento progressivo denominado psicofilático obstétrico, tipicamente reduz a duração, contribuindo para encurtar os estágios de dilatação e expulsão, encurtando assim o processo de parto como um todo<sup>43</sup>. O estudo que investigou o método respiratório Lamaze, combinado com intervenção de enfermagem, promoveu menor tempo de parto<sup>45</sup>.

Métodos como acupuntura e acupressão em pontos específicos demonstraram reduzir a duração do parto<sup>21,28</sup>, conforme evidenciado por estudos classificados como de baixo risco de viés<sup>11</sup>. Da mesma forma, uma metanálise descobriu que a acupuntura encurtou o estágio ativo em uma média de 1,21 horas e o segundo estágio em 5,81 minutos<sup>9</sup>.

Segundo a medicina chinesa, existem equilíbrios necessários para o início e progressão do processo de parto, onde as funções da energia vital e do sangue são essenciais. Métodos utilizados na medicina tradicional chinesa, como os citados, são recomendados para auxiliar no equilíbrio desses componentes fisiológicos do organismo<sup>46</sup>. No entanto, a técnica integrativa de auriculoterapia não mostrou efeito na duração do trabalho de parto<sup>11</sup>.

O parto na água promoveu redução no tempo expulsivo<sup>18,22,25,34,38</sup>, conforme evidenciado por estudos de alta qualidade metodológica<sup>13</sup>. Os resultados de uma revisão sistemática, no entanto, concluíram que as

evidências que apoiam os efeitos da imersão em água na duração do trabalho de parto e parto são inconclusivas<sup>47</sup>.

Esforços expulsivos tardios ou puxos espontâneos demonstraram prolongar as etapas do trabalho de parto<sup>30,31</sup>. Um desses estudos teve baixo risco de viés<sup>11</sup>, enquanto o outro foi classificado com algumas preocupações<sup>11</sup>. Consistente com esses achados, uma revisão da literatura encontrou uma associação entre empurrar atrasado e segundo estágio mais longo em quase uma hora. No entanto, adiar o esforço de expulsão foi associado a uma redução na duração do estágio de empurrar ativo em uma média de 21,98 minutos<sup>48</sup>.

A diversidade de métodos analisados e a heterogeneidade dos estudos constituíram uma limitação do presente estudo, impossibilitando comparações e clareza em relação a cada MNFs investigado.

## **CONCLUSÕES**

Métodos não farmacológicos utilizados no parto demonstram-se capazes de interferir na duração do mesmo. O banho quente/ morno, a deambulação, os exercícios na bola, técnicas de respiração, a mobilidade materna, o decúbito dorsal, a acupuntura, a acupressão e o parto na água apresentaram efeitos de redução no tempo da progressão do parto. Bem como os MNFs associados banho quente/morno, os exercícios na bola, e a massagem lombossacral, a utilização do banho de imersão, exercícios na bola, aromaterapia e posturas verticais aplicadas em conjunto, e ainda a mobilidade materna junto a posturas verticais alternadas também reduziram a duração do parto.

Ainda, a auriculoterapia, o banho quente/morno associado aos exercícios na bola não interferiram no tempo de parto. Enquanto o banho de imersão ao longo do trabalho de parto, a massagem, os puxos espontâneos aumentaram a duração do parto. Também promoveram partos mais longos a associação de técnicas de respiração e relaxamento.

Esta revisão verificou diversos métodos não farmacológicos interagindo com a duração do parto, no entanto, várias técnicas estudadas foram identificadas em poucos artigos, não possibilitando, portanto, analisar a

magnitude do efeito das estratégias no tempo decorrido no processo. Assim, torna-se importante a realização de mais estudos para permitir maior compreensão do tema estudado.

## REFERÊNCIAS

- 1 Montenegro C.A.B., Rezende Filho J. (2016). *Rezende obstetrícia*. 13th. ed. Rio de Janeiro: Grupo GEN.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. (2001). *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: Ministério da Saúde; FEBRASGO; ABENFO.
- 3 Porto A.M.F., Amorim M.M.R., Souza A.S.R. (2010). Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências: [revisão]. *Femina*, 38(10), Oct. <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n10/a1709.pdf>
- 4 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. (2017). *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)
- 5 Mamede F.V., Almeida A.M. de Clapis M.J. (2004). Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. *Acta Sci Health Sci.*, 26(2), p. 295–302. DOI: 10.4025/actascihealthsci.v26i2.1580
- 6 World Health Organization. (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Family and Reproductive Health. Geneva.
- 7 Bio E., Bittar R.E., Zugaib M. (2006). Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Rev Bras Ginecol e Obstetrícia*, 28(11), p.671–9, Nov. DOI: 10.1590/S0100-72032006001100007
- 8 Gallo R.B.S., Santana L.S., Marcolin A.C., Duarte G., Quintana S.M. (2018). Sequential application of non-pharmacological interventions reduces the severity of labour pain, delays use of pharmacological analgesia, and improves some obstetric outcomes: a randomised trial. *J Physiother*, 64(1), p. 33–40, Jan.
- 9 Makvandi S., Mirzaiinajmabadi K., Sadeghi R., Mahdavian M., Karimi L. (2016). Meta-analysis of the effect of acupuncture on duration of labor and mode of delivery. *Int J Gynecol Obstet.*, 135(1), p. 5–10, Oct. DOI: 10.1016/j.ijgo.2016.04.017

10 Jones L., Othman M., Dowswell T., Alfirevic Z., Gates S., Newburn M., *et al.* (2012). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Journal of Evidence-Based Medicine* [Internet], 5(2), p. 101-2, May. DOI: 10.1111/j.1756-5391.2012.01182.x

11 Higgins J.P.T., Savović J., Page M.J., Sterne J.A.C. (2019). *Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials (RoB 2): short version (CRIBSHEET)*. <https://methods.cochrane.org/bias/resources/rob-2-revised-cochrane-risk-bias-tool-randomized-trials>

12 Tufanaru C., Munn Z., Aromataris E., Campbell J., Hopp L. (2020). Systematic reviews of effectiveness. In: Aromataris E., Munn Z. (Ed.). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Chapter 3. <https://synthesismanual.jbi.global>.

13 Wells G.A., Shea B., O'Connell D., Peterson J., Welch V., Losos M., Tugwell P. (2021). The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. *The Ottawa Hospital, Our Research*. [http://www.ohri.ca/programs/clinical\\_epidemiology/oxford.asp](http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp).

14 Palmeri V., Colamesta V., La Torre G. (2016). Evaluation of methodological quality of studies. *Senses and Sciences*, 3(3), p. 235-24. DOI: 10.14616/sands-2016-3-235241

15 Moher D., Shamseer L., Clarke M., Ghersi D., Liberati A., Petticrew M., Shekelle P., Stewart L.A. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1>

16 Bomfim-Hyppólito S. (1998). Influence of the position of the mother at delivery over some maternal and neonatal outcomes. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 21(63), S67–S73. [https://doi.org/10.1016/s0020-7292\(98\)00186-6](https://doi.org/10.1016/s0020-7292(98)00186-6)

17 Eckert K., Turnbull D., MacLennan A. (2001). Immersion in water in the first stage of labor: a randomized controlled trial. *Birth.*, 28(2), p. 84–93. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11380379/>

18 Schröcksnadel H., Kunczicky V., Meier J., Brezinka C., Oberaigner W. (2003). Water Birth: experience at a university clinic and a district hospital in Austria. *Gynakol Geburtshilfliche Rundsch*, 43(1), p. 7–11. DOI: 10.1159/000067170

19 Almeida N.A.M., Sousa J.T. de, Bachion M.M., Silveira N. de A. (2005). Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. *Rev Lat Am Enfermagem*, 13(1), p. 52–8, Fev. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000100009>

20 Silva F.M.B. da, Oliveira S.M.J.V. de. (2006). O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. *Rev Esc Enferm USP*, 40(1), p. 57–63, Mar. DOI: 10.1590/S0080-62342006000100008

21 Gaudernack L.C., Forbord S., Hole E. (2006). Acupuncture administered after spontaneous rupture of membranes at term significantly reduces the length of birth and use of oxytocin: a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.*, 85(11), p. 1348–53. DOI: 10.1080/00016340600935839

22 Zanetti-Daellenbach R.A., Tschudin S., Zhong X.Y., Holzgreve W., Lapaire O., Hösli I. (2007). Maternal and neonatal infections and obstetrical outcome in water birth. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*, 134(1), p. 37–43, Sept. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2006.09.012

23 Mamede F.V., Almeida A.M. de, Souza L. de, Mamede M.V. (2007). A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação. *Rev Lat Am Enfermagem*, 15(6), p. 1157–62. Dez. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/3LHcFfVnXw7tsMDdVw6p77s/?lang=pt&format=pdf>

24 Gau M-L., Chang C-Y., Tian S-H., Lin K-C. (2011). Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: a randomised controlled trial in Taiwan. *Midwifery*, 27(6):e293-300, Dec. DOI: 10.1016/j.midw.2011.02.004.

25 Cortes E., Basra R., Kelleher C.J. (2011). Waterbirth and pelvic floor injury: a retrospective study and postal survey using ICIQ modular long form questionnaires. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*, 155(1), p. 27–30 March. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2010.11.012

26 Silva Gallo R.B., Santana L.S., Jorge Ferreira C.H., Marcolin A.C., Polineto O.B., Duarte G., Quintana S.M. (2013). Massage reduced severity of pain during labour: a randomised trial. *J Physiother.*, 59(2), p. 109–16, June. DOI: 10.1016/S1836-9553(13)70163-2.

27 Liu Y., Liu Y., Huang X., Du C., Peng J., Huang P., Zhang, J. (2014). A comparison of maternal and neonatal outcomes between water immersion during labor and conventional labor and delivery. *BMC Pregnancy Childbirth*, 14(160), June. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-160>.

28 Mafetoni R.R., Shimo A.K.K. (2015). Efeitos da acupressão na evolução do parto e taxa de cesárea: ensaio clínico randomizado. *Rev Saúde Pública*, 49(9), p. 1-9, Feb. DOI:10.1590/S0034-8910.2015049005407

29 Desseauve D., Gachon B., Bertherat P., Fradet L., Lacouture P., Pierre F. (2016). Dans quelle position les femmes accouchent-elles en 2015? Résultats d'une étude prospective régionale multicentrique. *Gynécologie Obstétrique Fertil.*, 44(10), p. 548–56, Oct.



- 30 Vaziri F., Arzhe A., Asadi N., Pourahmad S., Moshfeghy Z. (2016). Spontaneous pushing in lateral position versus valsalva maneuver during second stage of labor on maternal and fetal outcomes: a randomized clinical trial. *Iran Red Crescent Med J.*, 18(10), e29279, Ago. DOI: 10.5812/ircmj.29279
- 31 Koyucu R.G., Demirci N. (2017). Effects of pushing techniques during the second stage of labor: A randomized controlled trial. *Taiwan J Obstet Gynecol.*, 56(5), p. 606–12, Oct. DOI: 10.1016/j.tjog.2017.02.005
- 32 Cicek S., Basar F. (2017). The effects of breathing techniques training on the duration of labor and anxiety levels of pregnant women. *Complement Ther Clin Pract.*, 29, p. 213–9, Nov. DOI: 10.1016/j.ctcp.2017.10.006.
- 33 Makvandi S., Mirzaiinajmabadi K., Mirteimoori M., Esmaily H. (2018). Effect of normal physiologic childbirth program in mother-friendly hospitals on duration of labor. *Electron J Gen Med.*, 15(3):em21, Feb. DOI: 10.29333/ejgm/85941
- 34 Ulfsdottir H., Saltvedt S., Georgsson S. (2018). Waterbirth in Sweden: a comparative study. *Acta Obstet Gynecol Scand.*, 97(3), p. 341–8, March. DOI: 10.1111/aogs.13286.
- 35 Maddady S., Mohammad-Alizadeh S., Shafaei S., Mirghafourvand M. (2018). Comparing the effects of hot shower and intravenous injection of hyoscine on the pain intensity and duration of active phase of labour in nulliparous women. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 12. DOI: 10.22038/IJOGI.2017.8718
- 36 Mafetoni R.R., Jacob L.M.S., Jorge H.M.F., Shimo A.K.K. (2018). Efeitos da auriculoterapia no tempo de trabalho de parto e taxa de cesárea: ensaio clínico randomizado. *REME: Rev Min Enferm.*, 22, e1139. DOI: 10.5935/1415-2762.20180069
- 37 Cavalcanti A.C.V., Henrique A.J., Brasil C.M., Gabrielloni M.C., Barbieri M. (2019). Terapias complementares no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. *Rev Gaúcha Enferm.*, 40, Sept. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rgenf/a/PMRKWGm6pwNvFwCtZDz88bh/?lang=pt>
- 38 Neiman E., Austin E., Tan A., Anderson C.M., Chipps E. (2020). Outcomes of waterbirth in a US Hospital-Based Midwifery practice: a retrospective cohort study of water immersion during labor and birth. *J Midwifery Womens Health.*, 65(2), p. 216–23, March. DOI: 10.1111/jmwh.13033
- 39 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. (2016). *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: Relatório de Recomendação*. Brasília: Ministério da Saúde. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)

- 40 Dias M.A., Domingues R.M. (2005). Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), p. 699-705, Set. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232005000300026>
- 41 Dias E.G., Ferreira A.R., Martins A.M., Nunes M.M., Alves J.C. (2018). Eficiência de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto normal. *Enfermagem em Foco*, 9(2), out. <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2018.v9.n2.1398>
- 42 Silva C. de A., Lara S.R.G. de. (2018). Uso do banho de aspersão associado à bola suíça como método de alívio da dor na fase ativa do trabalho de parto. *BrJP*, 1, p. 167–70, Jun. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180032>
- 43 Osório S.M.B., Silva Júnior L.G. da, Nicolau A.I.O. (2014). Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto. *Rev Rene*, 15(1), Fev. <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3112>
- 44 Vargas Londoño V.F., Rodríguez Castiblanco J.P., Corredor Acosta M.T., Vallejo Astudillo N.M. (2018). Ventajas y desventajas del parto vertical en contraste con el parto horizontal: una revisión de la literatura. *Investig En Enferm Imagen Desarro*, 20(1), abr. <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/15532>
- 45 Wu C., Ge Y., Zhang X., Du Y., He S., Ji Z. *et al.* (2021). The combined effects of Lamaze breathing training and nursing intervention on the delivery in primipara: A PRISMA systematic review meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, 100(4):e23920, Jan. DOI: 10.1097/MD.00000000000023920
- 46 Amir N., Berger R., Grinfeld T., Kaner P., Gabinet Y. (2015). Efficacy comparison between Chinese medicine's labor inducement methods and conventional methods customary in hospitals. *Harefuah*, 154(1), p. 47–51, 67, 66. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25796676/>
- 47 American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn, American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. (2014). Immersion in water during labor and delivery. *Pediatrics*, v. 133(4), p. 758–61, Apr. DOI: 10.1542/peds.2013-3794
- 48 Tuuli M.G.M., Frey H.A., Odibo A.O.M., Macones G.A.M., Cahill A.G.M. (2012). Immediate compared with delayed pushing in the second stage of labor: a systematic review and meta-analysis. [Review]. *Obstet Gynecol.*, 120(3), p. 660–8, Sept. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3182639fae.

## MATERIAL SUPLEMENTAR

**Quadro:** Estratégia de busca para identificação dos estudos.

### Busca Medline

(((((("acupuncture therapy"[Title/Abstract]) OR ("acupuncture therapy"[MeSH Terms])) OR ("musculoskeletal manipulations"[Title/Abstract]) OR ("musculoskeletal manipulations"[MeSH Terms])) OR ("aromatherapy"[Title/Abstract]) OR ("aromatherapy"[MeSH Terms])) OR ("music therapy"[Title/Abstract]) OR ("music therapy"[MeSH Terms])) OR ("breathing exercises"[Title/Abstract]) OR ("breathing exercises"[MeSH Terms])) OR ("hypnosis"[Title/Abstract]) OR ("hypnosis"[MeSH Terms])) OR ("relaxation therapy"[Title/Abstract]) OR ("relaxation therapy"[MeSH Terms])) OR ("complementary therapies"[Title/Abstract]) OR ("complementary therapies"[MeSH Terms])) OR ("non pharmacological methods"[Title/Abstract]) OR ("non pharmacological methods"[MeSH Terms])) OR ("squat"[Title/Abstract]) OR ("squat"[MeSH Terms])) OR ("pelvic balance"[Title/Abstract]) OR ("pelvic balance"[MeSH Terms])) OR ("baths"[Title/Abstract]) OR ("baths"[MeSH Terms])) OR ("walking"[Title/Abstract]) OR ("walking"[MeSH Terms])) OR ("massage"[Title/Abstract]) OR ("massage"[MeSH Terms])) OR ("lighting"[Title/Abstract]) OR ("lighting"[MeSH Terms])) OR ("medical chaperones"[Title/Abstract]) OR ("medical chaperones"[MeSH Terms])) OR ("squatting"[Title/Abstract]) OR ("squatting"[MeSH Terms])) OR ("kneeling"[Title/Abstract]) OR ("kneeling"[MeSH Terms])) OR ("supine position"[Title/Abstract]) OR ("supine position"[MeSH Terms])) OR ("knee chest position"[Title/Abstract]) OR ("knee chest position"[MeSH Terms])) OR ("exercise"[Title/Abstract]) OR ("exercise"[MeSH Terms])) OR ("methods"[Title/Abstract]) OR ("methods"[MeSH Terms])) OR ("kinesiotherapy"[Title/Abstract]) OR ("kinesiotherapy"[MeSH Terms])) OR ("immersion"[Title/Abstract]) OR ("immersion"[MeSH Terms])) OR ("relaxation"[Title/Abstract]) OR ("relaxation"[MeSH Terms]) AND (((("natural childbirth"[Title/Abstract]) OR ("natural childbirth"[MeSH Terms])) OR ("humanizing delivery"[Title/Abstract]) OR ("humanizing delivery"[MeSH Terms])) OR ("obstetric labor"[Title/Abstract]) OR ("obstetric labor"[MeSH Terms])) OR ("parturition"[Title/Abstract]) OR ("parturition"[MeSH Terms]) AND (((("time factors"[Title/Abstract]) OR ("time factors"[MeSH Terms])) OR ("time"[Title/Abstract]) OR ("time"[MeSH Terms])) OR ("duration"[Title/Abstract]) OR ("duration"[MeSH Terms]))

Filters: Humans, Female, from 1996 – 2021

- 1431 registros identificados

### Busca Web of Science

((((TS = ((("terapia de acupuntura") OU ("manipulações musculoesqueléticas") OU ("aromaterapia") OU ("musicoterapia") OU ("exercícios respiratórios") OU ("hipnose") OU ("terapia de relaxamento") OU ("Terapias complementares") OU ("métodos não farmacológicos") OU ("agachamento") OU ("equilíbrio pélvico") OU ("banhos") OU ("caminhar") OU ("massagem") OU ("iluminação") ) OU ("acompanhantes médicos") OU ("agachado") OU ("ajoelhados") OU ("posição supina") OU ("posição do peito do joelho") OU ("exercício") OU ("métodos") OU ("cinesioterapia ") OU ("imersão ") OU ("relaxamento "))) OU AB = ((("terapia de acupuntura") OU ("manipulações musculoesqueléticas") OU ("aromaterapia") OU ("musicoterapia") OU ("exercícios respiratórios") OU ("hipnose") OU ("terapia de relaxamento") OU ("Terapias complementares") OU ("Métodos não farmacológicos") OU ("agachamento") OU ("equilíbrio pélvico") OU ("banhos") OU ("caminhar") OU ("massagem") OU ("iluminação") OU ("acompanhantes médicos") OU ("agachado") OU ("ajoelhados") OU ("posição supina") OU ("posição do peito do joelho") OU ("exercício") OU ("métodos") OU ("cinesioterapia ") OU ("imersão ") OU ("relaxamento "))) E (TS = ((("parto natural") OU ("parto humanizado") OU ("parto obstétrico") OU ("parto"))) OU AB = ((("parto natural") OU ("parto humanizado") OU ("parto obstétrico") OU ("parto"))) E (TS = ((("fatores de tempo") OR (tempo) OR (duração))) OU AB = ((("fatores de tempo") OR (tempo) OR (duração)) e 2021 ou 2020 ou 2019 ou 2017 ou 2018 ou 2016 ou 2015 ou 2014 ou 2013 ou 2012 ou 2011 ou 2010 ou 2009 ou 2008 ou 2007 ou 2006 ou 2005 ou 2004 ou 2003 ou 2002 ou 2001 ou 2000 ou 1999 ou 1998 ou 1997 ou 1996 (anos de publicação)

- 1118 registros identificados

### Busca BVS

((("Acupuncture therapy") OR ("Musculoskeletal Manipulations") OR (aromatherapy) OR (music therapy) OR ("Breathing Exercises") OR (hypnosis) OR ("Relaxation Therapy") OR ("Complementary therapies") OR ("Non-pharmacological methods") OR (squat) OR ("pelvic balance") OR (baths) OR (walking) OR ("Hot footbath therapy") OR (massage) OR (lighting) OR ("Medical chaperones") OR ("position modalities") OR (squatting) OR (kneeling) OR ("supine position") OR ("knee-chest position") OR (exercise) OR (methods) OR (kinesiotherapy) OR (immersion) OR (relaxation))) AND (((("Natural Childbirth") OR ("Humanizing delivery") OR ("Obstetric labor") OR (parturition))) AND (((("time factors") OR (time) OR (duration))) AND (db:("LILACS") AND limit:("humans" OR "female"))) AND (year\_cluster:{1996 TO 2021})

- 151 registros encontrados

## ARTIGO 2 - ADEQUAÇÃO DAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS ADOTADAS EM UM CENTRO DE PARTO NORMAL EM RIO BRANCO, ACRE

Thais Blaya Leite Gregolis<sup>1</sup>, Sabrina da Silva Santos<sup>1,2</sup>, Ilce Ferreira da Silva<sup>1,2</sup>,  
Andréa Ramos da Silva Bessa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal do Acre, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Doutorado em Saúde Coletiva, Rio Branco - Acre – Brasil.

<sup>2</sup> Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil.

### RESUMO

**Objetivo:** descrever a adequação das práticas obstétricas (farmacológicas e não farmacológicas) adotadas em um Centro de Parto Normal (CPN) no município de Rio Branco – Estado do Acre, tendo como base as recomendações da OMS. **Método:** Trata-se de um estudo observacional exploratório prospectivo, realizado por meio do acompanhamento do trabalho de parto e parto de uma coorte de 221 parturientes, admitidas no Hospital Santa Juliana (HSJ), entre o período de novembro de 2021 a fevereiro de 2022. **Resultados:** Este estudo revelou que mais de 98% das parturientes receberam cuidados respeitosos, comunicação eficiente entre equipe e paciente e presença de acompanhante de escolha durante o parto. Das recomendações estudadas apenas analgesia farmacológica teve baixa oferta (abaixo de 20%), verificou-se que 88,1% das mulheres tiveram pelo menos uma recomendação da OMS não atendida. **Conclusões:** As recomendações da OMS verificadas no presente estudo devem ser estimuladas tendo em vista que auxiliam no progresso do parto. Foi possível verificar que elas têm sido a cada dia mais consideradas, refletindo melhor preparo e adesão a humanização da assistência durante o parto.

**Palavras-chave:** Parto humanizado; Humanização de Assistência ao Parto; Humanização do Parto; Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

## INTRODUÇÃO

A saúde da mulher passou a fazer parte das políticas públicas no século XX no Brasil, considerando a gestação e o parto. Em 1984 foi instituído o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), inserindo a assistência clínico-ginecológica, pré-natal, durante o parto e o puerpério imediato, com atualizações quanto aos direitos sexuais e reprodutivos, principalmente considerando a qualidade dos cuidados obstétricos, planejamento reprodutivo, assistência ao abortamento inseguro e na violência sexual e doméstica (BRASIL, 1984; BRASIL, 2004; BRASIL, 2015).

Em 2004 foi implantada a Política Nacional de Humanização (PNH), que norteou a prática profissional, evitando intervenções desnecessárias, visando favorecer o trabalho de parto e o parto (DIAS; DOMINGUES, 2005).

No ano de 2011 a Rede Cegonha foi implantada no SUS (Sistema Único de Saúde) para garantir atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério, bem como no planejamento reprodutivo. Ainda com incentivo às boas práticas conforme preconizado pela OMS em 1996 (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou recomendações para os cuidados que devem ser ofertados durante a assistência ao parto e o nascimento, dentre as quais se destaca a garantia da boa comunicação entre a equipe da assistência e a mulher, informando à mulher sobre as atitudes e intervenções realizadas; apoio contínuo; um acompanhante de escolha da parturiente; o respeito; a confidencialidade e a privacidade (WHO, 2018).

Esse documento consiste em um guia contendo 56 recomendações referentes ao cuidado intraparto, objetivando nortear profissionais de saúde na assistência à parturiente e ao RN durante o trabalho de parto (WHO, 2018). As recomendações do documento são classificadas em quatro categorias, a saber: (1) recomendadas – indica a implementação de uma atitude; (2) não recomendado – determina a não intervenção ou atitude adotada; (3) recomendadas apenas em contexto específico – prevê uma intervenção apenas a uma condição ou situação específica; (4) recomendadas apenas no contexto de rigorosa pesquisa – esclarece que uma intervenção deve ser

realizada mediante pesquisas controladas, visto as incertezas geradas (WHO, 2018).

O Ministério da Saúde orienta que a assistência seja baseada nessas recomendações da OMS citadas acima, mantendo a indicação de boas práticas no parto e nascimento (BRASIL, 2017).

Diante do exposto, este manuscrito objetiva descrever a adequação das práticas obstétricas (farmacológicas e não farmacológicas) adotadas em um Centro de Parto Normal (CPN) no município de Rio Branco – Estado do Acre, tendo em vista as recomendações da OMS.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo observacional exploratório prospectivo, realizado por meio do acompanhamento do trabalho de parto e parto de uma coorte de 221 parturientes, realizado no CPN do Hospital Santa Juliana (HSJ), no município de Rio Branco, Estado do Acre, o qual atende pacientes da rede privada e do Sistema Único de Saúde, com a realização em média de 130 partos por via vaginal ao mês.

CPN é a denominação dada a unidade de saúde que se destina à assistência ao parto de baixo risco, que pertence a um hospital, situada nas dependências internas ou em seu entorno. Nele deve ocorrer, desde a admissão até a alta, a assistência, por enfermeiro obstétrico ou obstetrix, ao parto de baixo risco, puerpério fisiológico e cuidados com recém-nascido sadio. Bem como os cuidados imediatos à mulher e ao recém-nascido em intercorrências obstétricas e neonatais (BRASIL, 2015).

A população foi constituída pelas parturientes admitidas no CPN do HSJ, durante o período de 15 de novembro de 2021 a 28 de fevereiro de 2022, tempo necessário para contemplar a amostra proposta. O universo de estudo compreendeu parturientes admitidas no CPN, com idade superior a 18 anos, gravidez única, a termo, ou seja, idade gestacional a partir de 37 semanas. Os critérios de exclusão foram mulheres que após entrada no CPN, foram transferidas e tiveram seu bebê em outro local, mulheres com dificuldades ou impedimento de comunicação por transtornos e/ou deficiências mentais e

mulheres indígenas. Optou-se por incluir mulheres acima de 18 anos pela possibilidade do parto entre adolescentes poder cursar de forma distinta devido aos ajustes do organismo das mesmas.

Ao todo, participaram deste estudo 221 parturientes, que corresponderia a 85% do universo de parturientes atendidas no CPN no período de dois meses. Foi necessário maior período de coleta de dados pelo fato da mesma ter ocorrido durante um importante surto de infecções respiratórias durante a pandemia do Coronavírus, o que pode ter refletido na redução do número de partos vaginais e da equipe de pesquisa.

Diariamente, as pacientes elegíveis foram identificadas e convidadas a participar do estudo, por uma equipe de assistentes de pesquisa. Após aceite, mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram coletados dados sociodemográficos, por meio de entrevista, seguido do acesso aos dados obstétricos pelo prontuário e cartão da gestante. Para finalizar, foi observada toda a assistência recebida pela parturiente, desde a admissão no CPN até os primeiros cuidados ofertados ao RN.

As variáveis selecionadas foram divididas em sociodemográficas, obstétricas e de cuidados ofertados às parturientes e neonatos, sendo apresentadas em forma de distribuição de frequências e proporção.

As recomendações da OMS e Ministério da Saúde são norteadoras, a partir de evidências científicas, das condutas e práticas a serem utilizadas durante o trabalho de parto e parto de baixo risco. Assim, tais recomendações devem ser utilizadas sempre, apenas não sendo indicadas em casos de complicações específicas e reais necessidades de intervenções (BRASIL, 2017).

Os métodos devem ser ofertados a todas as parturientes e realizados conforme o desejo delas. No entanto, nem todas as técnicas são aceitas ou acessadas por todas, devido a demanda de trabalho da equipe e das condições de cada parto, que são específicos e únicos. Assim, nem todos os métodos estão disponíveis da mesma forma à todas as parturientes.

A adequação da assistência recebida pelas parturientes foi analisada mediante às recomendações da OMS para cuidados intraparto e ao RN (WHO, 2018). Por conseguinte, realizou-se o cálculo da diferença das proporções por

meio do teste do Qui-quadrado ( $X^2$ ), ao nível de significância de 5%. Ainda não se tem um padrão de adequação, desse modo, considerou-se a inadequação quando o parto apresentou ao menos um item de recomendação não atendido.

Em seguida, efetuou-se a análise dos fatores associados à inadequação na assistência ao parto e nascimento por meio da regressão logística, com estimativa das razões de chances (ORs) brutas e ajustadas, com seus respectivos IC95%. As variáveis foram analisadas buscando modelo ideal de ajuste. Todas as variáveis com p valor < 0,20 foram testadas e permaneceram no modelo final aquelas estatisticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ).

A análise dos dados ocorreu com auxílio do pacote estatístico SPSS 22.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos).

Essa pesquisa foi autorizada pela instituição onde foi realizada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade federal do Acre (Protocolo de aprovação nº 4.353.987).

## RESULTADOS

Na caracterização das parturientes, 80,8% tinham entre 20 e 34 anos, e 6,4% eram menores de 20 anos. Observou-se que 39,6% (86) possuíam ensino médio completo, 29,0% (63) tinham nível superior completo e 24,5% (53) ensino fundamental completo. Quanto à situação conjugal 78,5% (172) viviam com companheiro. Quanto à ocupação 76,1% (153) não realizavam trabalho remunerado. Quanto à renda per capita 69,1% se encontravam na faixa de baixa renda (até meio salário mínimo por pessoa), 6,6% encontravam-se em situação de pobreza (com renda por pessoa de 100,01 a 200,00 reais por mês) e 6,1% estavam na categoria de extrema pobreza (com até 100,00 reais de renda mensal por pessoa). Em relação à quantidade de pessoas por residência, constatou-se que na maioria dos lares moravam de 1 a 3 pessoas (50,5%) (106).

Referente às características obstétricas, 66,1% (146) eram multigestas e 75,1% (160) não sofreram nenhuma intercorrência durante a gestação. 77,4% (123) realizaram 6 ou mais consultas de pré-natal e 99,1% (210) submeteram-se ao menos a um exame complementar durante a gestação. Também foi



constatado que apenas 1,9% receberam anestesia durante o trabalho de parto, 29% foram admitidas com menos de 6 centímetros de dilatação e 25,2% deram entrada no CPN com bolsa amniótica rota, conforme exposto na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e obstétrica das parturientes, Rio Branco - Acre, novembro de 2021 a fevereiro de 2022.

Variável		N	%
<b>Faixa etária*</b>	<20 anos	14	6,4
	20 – 34 anos	177	80,8
	35 anos ou mais	28	12,8
<b>Escolaridade*</b>	Ensino fundamental incompleto	15	6,9
	Ensino fundamental completo	53	24,5
	Ensino médio completo	86	39,6
	Ensino superior completo	63	29,0
<b>Situação conjugal*</b>	Com companheiro	172	78,5
	Sem companheiro	47	21,5
<b>Ocupação*</b>	Com remuneração	48	23,9
	Sem remuneração	153	76,1
<b>Renda per capita*</b>	Extrema pobreza	11	6,1
	Pobreza	12	6,6
	Baixa renda	125	69,1
	Outros	33	18,2
<b>Quantidade de pessoas que moram em casa*</b>	1 – 3 pessoas	106	50,5
	4 – 5 pessoas	76	36,2
	>5 pessoas	28	13,3
<b>Intercorrências durante a gestação*</b>	Sim	53	24,9
	Não	160	75,1
<b>Nº de consultas de pré-natal*</b>	<6 consultas	36	22,6
	6 consultas ou mais	123	77,4
<b>Bolsa amniótica*</b>	Integra	157	74,8
	Rota	53	25,2
<b>Dilatação &gt; 5 cm na admissão*</b>	Sim	152	71,0
	Não	62	29,0
<b>Anestesia*</b>	Sim	4	1,9
	Não	207	98,1
<b>Fez algum exame durante a gestação*</b>	Sim	210	99,1
	Não	2	0,9
<b>Nº de gestações</b>	Primigesta	75	33,9
	Multigesta	146	66,1

\*Totais variam devido a dados faltantes.

As frequências de adequação dos cuidados intraparto e ao RN estão expostos a seguir, na Tabela 2.

Os cuidados respeitosos, a comunicação efetiva entre a equipe de assistência e a parturiente e a presença de acompanhante da escolha da mulher foram observadas em mais de 98% dos partos, enquanto a ausculta intermitente dos batimentos cardíofetais foi realizada em 94,8% dos acompanhamentos e 85,8% das mulheres tiveram exame digital a cada quatro horas.

Métodos farmacológicos foram oferecidos para a minoria das parturientes, sendo ofertada a analgesia epidural caso a mulher desejasse para 14,1% foi e opioides para alívio da dor para 18,3%. Todavia, os métodos não farmacológicos estiveram presentes na maioria das observações, 82,5% das mulheres receberam técnicas de relaxamento e 72,9% tiveram técnicas manuais, como massagem, para contribuir com seu trabalho de parto. O encorajamento a mobilidade ocorreu para 86,2% das mulheres, enquanto o estímulo a escolha de posição foi dado a 91,5% delas. Os puxos espontâneos foram estimulados em 97,7% dos partos e técnicas de proteção perineal foram utilizadas em 90,0% das parturientes.

A todas as mulheres (100%) foram ofertados líquidos e/ou dieta leve, bem como foi aplicado uterotônico no terceiro período do parto, conforme recomendado. A tração controlada de cordão também foi aplicada em 100% dos partos.

Quanto aos cuidados com o RN, 96,3% foram submetidos, logo ao nascimento, ao contato pele a pele com a mãe e 95,3% dos mesmos foram estimulados ao aleitamento materno nos primeiros momentos de vida. Todos os bebês receberam vitamina K nas primeiras horas de vida e 97,0% tiveram o primeiro banho adiado por pelo menos 6 horas após o nascimento, conforme recomendado.

Considerando inadequação como a ocorrência de ao menos uma recomendação da OMS não atendida, observou-se que 88,1% das mulheres receberam uma assistência inadequada. Os fatores associados a inadequação na assistência estão expostos na Tabela 3.

**Tabela 2.** Cuidados ofertados às parturientes e neonatos, conforme a adequação às recomendações da OMS (2018), em uma maternidade de Rio Branco - Acre, novembro de 2021 a fevereiro de 2022.

Variável		N	%
<b>Recebeu cuidados respeitosos*</b>	Sim	215	98,6
	Não	3	1,4
<b>Comunicação entre equipe e paciente*</b>	Sim	211	98,1
	Não	4	1,9
<b>Teve acompanhante*</b>	Sim	212	98,1
	Não	4	1,9
<b>Exame digital a cada 4 horas*</b>	Sim	175	85,8
	Não	29	14,2
<b>Ausculda intermitente de Batimentos Cardíacos Fetais*</b>	Sim	201	94,8
	Não	11	5,2
<b>Analgesia epidural para as mulheres que solicitaram*</b>	Sim	26	14,1
	Não	159	85,9
<b>Uso de Opioides para mulheres que solicitaram*</b>	Sim	36	18,3
	Não	161	81,7
<b>Técnicas de relaxamento*</b>	Sim	175	82,5
	Não	37	17,5
<b>Técnicas manuais (massagem)*</b>	Sim	156	72,9
	Não	58	27,1
<b>Oferta de ingestão de líquidos*</b>	Sim	208	100
	Não	0	0
<b>Encorajamento a mobilidade*</b>	Sim	175	86,2
	Não	28	13,8
<b>Encorajamento a escolha de posição*</b>	Sim	193	91,5
	Não	18	8,5
<b>Encorajamento a Puxos espontâneos*</b>	Sim	211	97,7
	Não	5	2,3
<b>Técnica de proteção perineal*</b>	Sim	189	90,0
	Não	21	10,0
<b>Uterotônicos 3º período*</b>	Sim	198	100
	Não	0	0
<b>Tração controlada de cordão*</b>	Sim	204	100
	Não	0	0
<b>Contato pele a pele*</b>	Sim	206	96,3
	Não	8	3,7
<b>Bebê no peito*</b>	Sim	201	95,3
	Não	10	4,7
<b>Vitamina K*</b>	Sim	188	100
	Não	0	0
<b>Banho após 6 horas*</b>	Sim	195	97,0
	Não	6	3,0

\*Totais variam devido a dados faltantes.

**Tabela 3:** Fatores associados à inadequação na assistência ao parto e nascimento conforme recomendações da OMS (2018), em uma maternidade de Rio Branco - Acre, novembro de 2021 a fevereiro de 2022.

Variável	Inadequação N (%)	Adequação N (%)	p-valor	OR (IC95%)
<b>Faixa etária</b>				
<20 anos	13 (92,9)	1 (7,1)		1,00
20 anos – 34 anos	152 (86,9)	23 (13,1)		0,51 (0,06 – 4,07)
35 anos ou mais	26 (92,9)	2 (7,1)	0,561	1,00 (0,08 – 12,07)
<b>Escolaridade</b>				
Ensino fundamental incompleto	13 (86,7)	2 (13,3)		1,10 (0,21 – 5,74)
Ensino fundamental completo	50 (96,2)	2 (3,8)		4,25 (0,87 – 20,61)
Ensino médio completo	73 (85,9)	12 (14,1)		1,03 (0,41 – 2,63)
Ensino superior completo	53 (85,5)	9 (14,5)	0,250	1,00
<b>Situação conjugal</b>				
Com companheiro	149 (88,2)	20 (11,8)		1,00
Sem companheiro	42 (89,4)	5 (10,6)	0,821	1,13 (0,40 – 3,18)
<b>Ocupação</b>				
Com remuneração	38 (80,9)	9 (19,1)		1,00
Sem remuneração	135 (89,4)	16 (10,6)	0,123	2,00 (0,82 – 4,88)
<b>Renda per capita</b>				
Extrema pobreza	10 (90,9)	1 (9,1)		-
Pobreza	0 (0,0)	11 (100)		-
Baixa renda	13 (10,6)	110 (89,4)		-
Outros	2 (6,1)	31 (93,9)	0,613	-
<b>Quantidade de pessoas que moram em casa</b>				
1 – 3 pessoas	95 (90,5)	10 (9,5)		1,00
4 ou mais pessoas	89 (87,3)	13 (12,7)	0,461	0,72 (0,30 – 1,73)
<b>Intercorrências durante a gestação</b>				
Não	135 (86,0)	22 (14,0)		1,00
Sim	52 (98,1)	1 (1,9)	<b>0,015</b>	<b>8,47 (1,11 – 64,48)</b>
<b>Nº de consultas de pré-natal</b>				
<6 consultas	31 (86,1)	5 (13,9)		1,00
6 consultas ou mais	105 (87,5)	15 (12,5)	0,827	1,13 (0,38 – 3,35)
<b>Bolsa amniótica</b>				
Integra	137 (87,8)	19(12,2)		1,00
Rota	48 (92,3)	4 (7,7)	0,269	1,66 (0,54 - 5,14)
<b>Dilatação na admissão</b>				
Não	51 (82,3)	11 (17,7)		1,00
Sim	138 (92,0)	12 (8,0)	<b>0,038</b>	<b>2,48 (1,03 – 5,97)</b>
<b>Anestesia</b>				
Sim	3 (75,0)	1 (25,0)		1,00
Não	182 (89,2)	22 (10,8)	0,376	2,76 (0,28 – 27,67)
<b>Fez algum exame durante a gestação</b>				
Sim	182 (87,9)	25 (12,1)		-
Não	2 (100)	0 (0,0)	0,775	-
<b>Nº de gestações</b>				
Primigesta	59 (19,7)	15 (20,3)		1,00
Multigesta	133 (92,4)	11 (7,6)	<b>0,006</b>	<b>3,07 (1,33 – 7,09)</b>

A assistência foi considerada inadequada quando um item de recomendação não foi considerado cumprido. Assim, o percentual de mulheres que receberam assistência considerada “inadequada” foi alto (88,1%). A ausência de publicações com levantamento do cumprimento das recomendações estudadas impossibilitou a comparação desse resultado encontrado.

Verificou-se que a chance de inadequação foi 3,07 (IC 95% 1,33 – 7,09) vezes maior para mulheres multigestas comparado a primigestas; 8,47 (IC 95% 1,11 – 64,48) vezes maior entre as mulheres que sofreram alguma intercorrência na gestação, comparado às que não tiveram intercorrências e 2,48 (IC 95% 1,03 – 5,97) vezes maior para as mulheres admitidas no CPN com mais de 5 cm de dilatação do colo uterino, comparado às que não apresentavam dilatação.

Na Tabela 4 é apresentado o modelo final, com as variáveis associadas à inadequação da assistência, segundo às recomendações da OMS. Verificou-se que a chance de ter ao menos uma recomendação da OMS não atendida durante sua assistência foi 7,93 (IC 95% 1,04 – 60,63) vezes maior para mulheres que sofreram intercorrências na gestação e 2,19 (IC 95% 0,90 – 5,31) vezes maior para parturientes multigestas.

**Tabela 4.** Modelo final apresentando as variáveis associadas à inadequação da assistência, segundo às recomendações da OMS.

Variável	Inadequação OR ajustada (IC95%)
<b>Intercorrências durante a gestação</b>	
Não	1,00
Sim	<b>7,93 (1,04-60,63)</b>
<b>Primigesta</b>	
Primigesta	1,00
Multigesta	<b>2,19 (0,90-5,31)</b>

## DISCUSSÃO

Com base nas recomendações da OMS, observou-se que 98,6% das mulheres receberam cuidados respeitosos; 98,1% usufruíram de comunicação eficaz entre profissionais da maternidade e parturiente, com a garantia da

presença de um acompanhante no parto mediante sua escolha. Isso reflete uma melhor qualificação da assistência prestada baseada nas recomendações impostas pela OMS para a atenção obstétrica, que é centrada nas necessidades da paciente para o melhor dimensionamento do conceito de assistência humanizada.

Convém mencionar que algumas mulheres optam por não serem acompanhadas no parto devido as dificuldades em ter alguém de sua escolha disponível para este momento, portanto, a questão do respeito previsto pela OMS trata-se do direito de decisão da mulher referente a seu parto (WHO, 2017; BALSELLS, 2018).

Existem autores na literatura científica que acreditam que as ações assistenciais, para serem eficazes, devem considerar não só as atividades técnicas, mas também as expectativas da mulher na hora do parto, assim considerando as crenças, valores, medos e necessidades individuais das parturientes (PASCHOAL; ROGENSKI, 2001).

Segundo as recomendações da OMS, no período do parto deve ser restringida a frequência do exame vaginal pela possibilidade de infecções; em contrapartida, a ausculta intermitente é de grande importância, para se medir a frequência cardíaca fetal durante o trabalho de parto (WHO, 2018). Assim, destaca-se que no presente estudo 85,8% das mulheres foram submetidas a exame vaginal digital em intervalos de quatro horas, conforme recomendado pela OMS, e 94,8% foram submetidas a ausculta intermitente.

Em relação aos métodos farmacológicos tradicionais para aliviar a dor do trabalho de parto recomendados pela OMS, 85,9% das parturientes não tiveram a oferta de analgesia epidural mediante sua preferência e, 81,7% não receberam opioides parenterais mediante sua solicitação. De fato, isso se deve a alguns desfechos adversos durante o trabalho de parto, o que inclui o aumento do risco do parto vaginal operatório (fórcipe/vácuo), apesar destes métodos proporcionarem conforto a mulher (CUNHA, 2010).

Salienta-se que os últimos avanços da anestesia obstétrica valorizaram a redução da dose de anestésico no bloqueio epidural sem perda da eficácia e sem bloqueio motor, a associação das técnicas de duplo bloqueio (raqui-epidural) e, mais recentemente, a analgesia epidural controlada pela paciente

(LANDAU, 2009). Assim, no cenário nacional, dados do Estudo Nascer no Brasil, entre os anos de 2011 e 2012, revelaram que 70% das parturientes não receberam analgesia raque ou epidural no trabalho de parto (LEAL *et al.*, 2014).

Embora os métodos farmacológicos tenham conquistado espaço pelo modelo de medicina ocidental com seu uso local, regional ou sistêmico para o alívio do desconforto no trabalho de parto, identificou-se neste estudo métodos alternativos (ou não farmacológicos), como técnicas de relaxamento (82,5%) e técnicas manuais – massagem (72,9%), que impulsionam o parto e são realizadas pela equipe de enfermagem (GOMES; MOURA; SOUZA, 2013).

Esses métodos alternativos visam ações de humanização do trabalho de parto e parto mediante a vontade e a necessidade de cada parturiente, a fim de viabilizar o conforto da mulher e promover a melhoria da qualidade de atendimento (ALVES *et al.*, 2015). Assim, diante das intervenções para o alívio da dor, foi percebido neste estudo maior segurança das parturientes no enfrentamento do processo de trabalho de parto (86,2%) e, também maior autonomia para decidir a posição durante o parto (91,5%).

Um estudo realizado pelo Nascer no Brasil, com 23.894 mulheres com risco habitual, revelou que a região Norte foi um dos locais onde as boas práticas recomendadas pela OMS foram menos frequentes entre os anos de 2011 e 2012. Durante o período de estudo menos de um terço das parturientes utilizou-se dos métodos não farmacológicos para alívio da dor e, também se alimentaram durante o processo de parto (LEAL *et al.*, 2014). Entretanto, ressalta-se que no presente estudo a ingestão de líquidos no trabalho de parto foi ofertada a todas as mulheres (100%).

Ressalta-se que, nos últimos anos, as equipes atuantes no CPN têm sido capacitadas para atuação mais qualificada no parto e nascimento humanizados. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, na implementação de um CPN, os profissionais devem atuar com base na humanização do atendimento, que inclui o respeito ao processo de parto no âmbito pessoal, cultural, sexual e familiar, com base na autonomia e protagonismo da parturiente, que deve decidir e participar ativamente com a equipe das decisões relativas ao seu parto (BRASIL, 2015; BRASIL, 2017).

No que tange ao período expulsivo, 97,7% das parturientes do estudo foram encorajadas a realizarem puxos espontâneos, seguido do desejo de realizar a força e 90% receberam a técnica de proteção perineal durante a expulsão, sendo que os uterotônicos foram administrados, após o nascimento do bebê e tração controlada de cordão a todas as mulheres (100%).

Diante disso, os métodos discutidos até este momento visam a humanização do trabalho de parto, a fim de se obter o cuidado integral. Dias e Domingues (2001) conceituam a humanização na assistência ao parto como a organização de uma atenção de qualidade, realmente voltada às necessidades das parturientes e do bebê por meio da provisão de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando intervenções desnecessárias.

Sendo assim, no que tange ao cuidado com o RN, neste estudo, o contato pele a pele com a mãe foi ofertado a 96,3% dos bebês e 95,3% foram colocados no peito da mãe logo após nascimento. Salienta-se, ainda, que todos os bebês (100%) nascidos receberam vitamina K nas primeiras horas de vida e que 97% não foram submetidos a banho nas primeiras seis horas de vida.

Dado o exposto, esses incentivos baseados nas evidências da OMS, exigem além de técnicas de uma equipe de profissionais preparada para desempenhar a assistência de forma holística e com postura ética, dada as elevadas taxas de intervenções realizadas durante o processo de parto (VOGT; SILVA; DIAS, 2014). Portanto, o papel do médico obstetra durante a gestação e no pós-parto é essencial, sobretudo, para a atenção aos cuidados que se fazem indispensáveis em cada momento de transformação do corpo da mulher.

Neste estudo, 3,07% das mulheres eram multigestas e 8,47% sofreram alguma intercorrência durante a gestação, o que elevou a chance da mulher ter uma assistência ao parto inadequada. Também foi evidenciado que as mulheres admitidas no CPN em trabalho de parto, com mais de 5 cm de dilatação (2,48%), tiveram mais chance de ter uma das recomendações da OMS não atendida, entretanto essa associação não foi estatisticamente significativa após ser ajustada pela existência de intercorrência durante a gestação e pela paridade.



As recomendações da OMS abordam a importância de sua adoção para melhorar o atendimento da mulher no trabalho de parto, a fim da adoção de condutas humanizadas às parturientes. Baseada na medicina menos intervencionista e mais respeitosa dentro de critérios éticos da autonomia, essas recomendações tendem a ofertar uma assistência a mulher e ao bebê baseada em evidências e no respeito.

Desse modo, a abordagem realizada tem sua relevância na identificação da qualidade da assistência prestada e no estímulo a importância em se respeitar as recomendações propostas, validadas e baseadas em evidências. No entanto, é importante destacar que a pesquisa apresenta limitações, como a população de estudo composta apenas pelas mulheres admitidas no CPN, objeto desse estudo, o qual não contempla todo o universo de parturientes do município. Destaca-se ainda a possibilidade dos desejos da mulher confundirem o pesquisador durante a observação, que pode entender que a recomendação não tenha sido cumprida quando a mulher não tenha permitido ou desejado alguma prática ofertada.

Portanto, os métodos abordados no presente estudo, farmacológicos ou não farmacológicos, devem ser estimulados tendo em vista que auxiliam no progresso do parto e, são considerados pela OMS como práticas úteis na assistência as parturientes. Ademais, tais recomendações refletem o espaço de atuação dos profissionais da saúde, colaborando para a segurança e qualidade da assistência a mulher gestante.

## REFERÊNCIAS

ALVES, C. da C. Humanização do parto a partir de métodos não farmacológicos para o alívio da dor: relato de experiência. **Sanare**, Sobral, v. 14, n. 2, p. 70-74, 2015. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/870>. Acesso em: 20 out. 2022.

BALSELLS, M. M. D. **Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto e parto**: desenvolvimento de cartilha educativa. 2018. 145f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018. Disponível em: [https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/39406/1/2018\\_dis\\_mmdbalsells.pdf](https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/39406/1/2018_dis_mmdbalsells.pdf). Acesso em: 10 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 121, 27 jun. 2011. Seção 1, p. 109.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial República Federativa do Brasil, 7 de jan de 2015**. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011\\_07\\_01\\_2015.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html). Acesso em: 30 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf). Acesso em 26 Jul 2022.

CUNHA, A. de A. Analgesia e anestesia no trabalho de parto e parto. **Femina**, São Paulo, v. 38, n. 11, p. 599-606, 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n11/a599-606.pdf>. Acesso em: 20 out. 2022.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência e Saúde coletiva**. v.10, n.3, p. 699-705, 2005.

FRELLO, A. T.; CARRARO, T. E. Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 660-8, 2010. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/7056>. Acesso em: 20 out. 2022.

GOMES, M. L.; MOURA, M. A. V.; SOUZA, I. E. O. A prática obstétrica da enfermeira no parto institucionalizado: uma possibilidade de conhecimento emancipatório. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 763-71, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/BntrD3VQwcB6bYG5xrDjz6q/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 16 out. 2022.

LANDAU, R. What's new in obstetric anesthesia. **Int J Obstet Anesth**, v. 18, n. 4, p. 368-372, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21310603/>. Acesso em: 16 out. 2022.

LEAL, M. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 17-47, 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/8763/Interven%E7%F5es%20obst%E9tricas%20durante%20o%20trabalho.pdf;jsessionid=FB26D668C621C91A936E30FAC0B81525?sequence=1>. Acesso em: 18 out. 2022.

PORTO, A. M. F.; AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. **Femina**, São Paulo, v. 38, n. 10, out. 2010. Disponível em: [https://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos\\_cientificos/arquivos/artigo\\_femina\\_a\\_assistencia\\_ao\\_parto\\_parte\\_1.pdf](https://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/artigo_femina_assistencia_ao_parto_parte_1.pdf). Acesso em: 20 out. 2022.

VOGT, S. E.; SILVA, K. S.; DIAS, M. A. B. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. **Revista Saúde Pública**, Ribeirão Preto, v. 48, n. 2, p. 304-13, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/3jvHKKT4CjJCmXMrNM7ThRx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Genebra: World Health Organization, 2018.

ZUGAIB, M. **Obstetrícia**. 2. ed. Barueri: Manole, 2012.

### ARTIGO 3 - ASSOCIAÇÃO DE PRÁTICAS OBSTÉTRICAS AOS NÍVEIS DE ANSIEDADE E INTENSIDADE DA DOR ENTRE PARTURIENTES DA AMAZÔNIA OCIDENTAL BRASILEIRA

Thais Blaya Leite Gregolis<sup>1</sup>, Sabrina da Silva Santos<sup>1,2</sup>, Ilce Ferreira da Silva<sup>1,2</sup>,  
Andréa Ramos da Silva Bessa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal do Acre, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Doutorado em Saúde Coletiva, Rio Branco - Acre – Brasil.

<sup>2</sup> Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil.

#### RESUMO

**Objetivo:** verificar a associação de práticas obstétricas adotadas em um Centro de Parto Normal (CPN) sobre a intensidade da dor e os níveis de ansiedade, em uma coorte de parturientes. **Método:** estudo observacional exploratório prospectivo, desenvolvido de novembro de 2021 a fevereiro de 2022 no CPN do Hospital Santa Juliana (HSJ) no município de Rio Branco – Acre. Foi realizada a caracterização das parturientes em relação aos dados sociodemográficos e obstétricos e, também entrevista e acompanhamento do trabalho de parto e parto. Utilizou-se a Escala Visual Analógica e o Inventário de Ansiedade-Estado (versão curta) na admissão ao CPN e início do período expulsivo. **Resultados:** Os banhos e verticalização foram os métodos mais utilizados durante os partos (77,8% e 76,0% das mulheres, respectivamente). Não foi encontrada relação entre o nível referido de dor na admissão e no período expulsivo com a realização dos MNFs, com exceção do uso da deambulação, mobilização em pé, mobilização na bola e/ou cavalinho e dos banhos, que se distribuiu de forma diferente entre as categorias de intensidade de dor no período expulsivo. Identificou-se que maiores níveis de ansiedade na admissão favoreceram as mulheres, pois receberam mais tempo de

massagens. Enquanto a ansiedade no período expulsivo não se relacionou com a utilização dos MNFs estudados. **Conclusões:** É imprescindível o desenvolvimento de pesquisas com o objetivo de conhecer melhor as preferências das parturientes e os efeitos dos MNFs na dor e ansiedade de parturientes.

**Palavras-chave:** Ansiedade; Dor do Parto; Intensidade da dor; Parto Humanizado; Parto Normal; Parturientes; Terapias Complementares; Trabalho de Parto.

## INTRODUÇÃO

O nascimento de um bebê é um evento intenso na vida da mãe e da família, considerado complexo e dividido em etapas, sendo o marco do final do período gestacional que leva a saída do feto do corpo da mãe (FRELLO; CARRARO, 2010; BRASIL, 2001; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2019).

Historicamente, em 1984, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), objetivando a assistência clínico-ginecológica, pré-natal, ao parto e ao puerpério. Em 2004, a Política Nacional de Humanização (PNH) foi implementada para assistência humanizada na área da saúde da mulher, evitando intervenções desnecessárias. E em 2011, a Rede Cegonha foi implantada no SUS (Sistema Único de Saúde) estimulando a qualidade da atenção humanizada na gestação, parto e pós-parto, e no planejamento reprodutivo, incentivando boas práticas conforme preconizado pela OMS (BRASIL, 1984; BRASIL, 2004; BRASIL, 2011; BRASIL, 2017; DIAS; DOMINGUES, 2005).

A dor se destaca entre os principais fatores envolvidos no trabalho de parto, sendo um processo fisiológico. Essa sensação está relacionada às alterações enfrentadas pelo corpo da mulher para o nascimento do bebê. Principalmente às contrações, dilatação e expulsão do bebê, que são inerentes a própria evolução do parto (ALMEIDA *et al.*, 2005; MAZONI *et al.*, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2022).

No início, as contrações tendem a ser mais leves com sensação de dor menos intensa, ocorrendo o apagamento da cérvix, enquanto na fase ativa, quando ocorre o empurrar do bebê, a dilatação do colo uterino e a descida do feto, por meio de contrações mais intensas, a dor tende a aumentar. A sensação referida, com frequência, é de estiramento, dor abdominal, púbica e lombar. A maioria das mulheres descreve o parto como a vivência mais dolorosa de suas vidas (ALMEIDA *et al.*, 2005; MAZONI *et al.*, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2022).

A somatória das incertezas e a presença da dor no parto, tendem a relacionar tal evento a ansiedade, estresse e medo (ALEHAGEN *et al.*, 2005). Um estudo encontrou níveis de ansiedade elevados em 30% das parturientes participantes (MOLINA-FERNÁNDEZ *et al.*, 2015). Daí a importância de romper o ciclo de medo, tensão e dor (SMITH *et al.*, 2020).

Há mais de 25 anos a Organização Mundial de Saúde (OMS) vem estimulando o auxílio à mulher para lidar com o parto, incluindo a dor e a ansiedade, sendo uma forma relevante a utilização de métodos farmacológicos e não farmacológicos (WHO, 2018).

Os métodos farmacológicos sempre foram muito utilizados, no entanto, podem gerar efeitos adversos, com possibilidade de atingir a mulher e o feto e proporcionar efeitos como depressão respiratória e alterações no comportamento da mulher e do RN. Desse modo, evitar ou reduzir o uso dessas substâncias torna-se importante (WHO, 1996; WHO, 2018).

Para tanto, a OMS considera que estratégias não farmacológicas são essenciais para o manejo da dor e desconforto durante o processo de parto (WHO, 1996). Assim, os chamados métodos não farmacológicos (MNFs) de alívio da dor devem fazer parte da assistência de rotina à parturiente, sendo disponibilizados antes da oferta de métodos farmacológicos (BRASIL, 2017).

Os MNFs incluem massagem, banhos, relaxamento, aromaterapia, musicoterapia, respiração controlada, uso da bola de parto, liberdade de movimentos e posicionamento ao longo do processo, entre outros (BRASIL, 2016; BRASIL, 2017; LOTHIAN, 2011; VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2013) e têm sido cada dia mais utilizados nas maternidades (ALCÂNTARA; SILVA, 2021; EYEBERU *et al.*, 2022).

A utilização desses MNFs ocorre mais frequentemente de forma combinada do que de forma isolada e podem ser úteis na redução da dor e da ansiedade das parturientes (DIAS *et al.*, 2018). Entretanto, mesmo estando disponíveis em diversos centros de parto, ainda existem dúvidas quanto à medida em que os MNFs são ofertados às mulheres (SILVA *et al.*, 2013) e a magnitude de seus efeitos na dor e na ansiedade.

Diante do exposto, o presente artigo objetiva verificar a associação de práticas obstétricas adotadas em um Centro de Parto Normal (CPN) sobre a intensidade da dor e os níveis de ansiedade, em uma coorte de parturientes, no município de Rio Branco - Acre.

## **MATERIAIS E MÉTODO**

Esse é um estudo observacional exploratório prospectivo com seguimento do trabalho de parto e parto em uma coorte de parturientes admitidas no Centro de Parto Normal (CPN) do Hospital Santa Juliana (HSJ), no período de 15 de novembro de 2021 a 28 de fevereiro de 2022.

A população de estudo foi composta pelas parturientes admitidas no CPN do HSJ, no período de 15 de novembro de 2021 a 28 de fevereiro de 2022. Foram incluídas 221 parturientes admitidas no CPN, com idade superior a 18 anos, gravidez única, a termo, ou seja, idade gestacional a partir de 37 semanas. Foram excluídas mulheres com dificuldades ou impedimento de comunicação por transtornos e/ou deficiências mentais, mulheres indígenas e mulheres que deram entrada no CPN, mas tiveram seu bebê em outro local.

Os participantes da equipe de pesquisa foram treinados para a realização da coleta de dados, que ocorreu diariamente, de forma contínua nos períodos matutino, vespertino e noturno.

Após a identificação das pacientes elegíveis e o aceite em participar, com a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi conduzida uma entrevista, consulta aos prontuário e cartão da gestante e acompanhamento do trabalho de parto e parto, para coleta dos dados.

Nesta coleta de dados, foi realizada a caracterização das parturientes em relação as variáveis sociodemográficas e obstétricas e registrados os

recursos não farmacológicos utilizados na assistência ao parto, o tempo que as mesmas foram ofertadas durante a fase de dilatação do parto. Também foi levantado o nível de dor por meio da Escala Visual Analógica, adotada para identificar a dor referida e a ansiedade, com o Inventário de Ansiedade-Estado (versão curta) (PERPIÑÁ-GALVAÑ *et al.*, 2011), em dois momentos distintos (chegada ao CPN e início do período expulsivo).

A escala de Ansiedade-estado é considerada um instrumento sensível para captar o nível de ansiedade transitória que a pessoa está vivendo. Também é útil para mensurar modificações nesses níveis de ansiedade que podem acontecer em processos e situações específicas. A escala se propõe a avaliar sensações de nervosismo, tensão, apreensão e preocupação (BIAGGIO; NATALÍCIO; SPIELBERGER, 1977).

Para a realização das análises os MNFs foram reunidos em 6 dimensões, de acordo com suas funções na biomecânica e fisiologia do parto. Sendo elas a verticalização (Dimensão 1), que reuniu a deambulação, a mobilização pélvica em pé e na bola e o balanço no cavalinho. As massagens (Dimensão 2), compreendendo massagem cervical, dorsal, em baixo ventre e na região lombar. A abdução e flexão de quadris (Dimensão 3) que inclui o agachamento e a mobilização pélvica em quatro apoios. O ambiente (Dimensão 4) que englobou a aromaterapia, musicoterapia e o uso da penumbra. Os padrões respiratórios (Dimensão 5) que incluíram as respirações profundas e calmas. E os banhos (Dimensão 6) compostos pelo banho morno de aspersão e de imersão.

A análise dos dados se deu pelo levantamento de frequências e por meio do teste Qui-quadrado de Pearson ( $\chi^2$ ), utilizando o pacote estatístico SPSS 22.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos).

Essa pesquisa foi autorizada pela instituição onde foi realizada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade federal do Acre com o número de aprovação 4.353.987.

## **RESULTADOS**



Das 221 participantes, 80,8% tinham entre 20 e 34 anos, 12,8%, 35 anos ou mais e apenas 6,4% eram menores de 20 anos. Em relação ao nível educacional, 39,6% completaram o ensino médio, 29,0% concluíram o nível superior, 24,5% terminaram o ensino fundamental e 6,9% cursaram o ensino fundamental, mas não completaram. A maioria das mulheres tinha companheiro (78,5%), não exercia trabalho remunerado (76,1%), tinha renda familiar na faixa de baixa renda (até meio salário mínimo por pessoa, 69,1%), morava em casas habitadas por 1 a 3 pessoas (50,5%), era multigestas (66,1%), não passou por intercorrências durante a gravidez (75,1%), realizou 6 ou mais consultas durante o pré-natal (77,4%) e 99,1% realizaram ao menos um exame complementar no decorrer da gravidez. Apenas 1,9% receberam anestesia no trabalho de parto, 29% deram entrada no CPN com menos de 6 centímetros de dilatação e 25,2% foram admitidas no CPN com a bolsa amniótica rota, conforme Tabela 1.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas e obstétricas das parturientes, Rio Branco - Acre, novembro de 2021 a fevereiro de 2022.

Variável		N	%
<b>Faixa etária*</b>	<20 anos	14	6,4
	20 – 34 anos	177	80,8
	35 anos ou mais	28	12,8
<b>Escolaridade*</b>	Ensino fundamental incompleto	15	6,9
	Ensino fundamental completo	53	24,5
	Ensino médio completo	86	39,6
	Ensino superior completo	63	29,0
<b>Situação conjugal*</b>	Com companheiro	172	78,5
	Sem companheiro	47	21,5
<b>Ocupação*</b>	Com remuneração	48	23,9
	Sem remuneração	153	76,1
<b>Renda per capita*</b>	Extrema pobreza	11	6,1
	Pobreza	12	6,6
	Baixa renda	125	69,1
	Outros	33	18,2
<b>Quantidade de pessoas que moram em casa*</b>	1 – 3 pessoas	106	50,5
	4 – 5 pessoas	76	36,2
	>5 pessoas	28	13,3
<b>Intercorrências durante a gestação*</b>	Sim	53	24,9
	Não	160	75,1
<b>Nº de consultas de pré-natal*</b>	<6 consultas	36	22,6
	6 consultas ou mais	123	77,4
<b>Bolsa amniótica*</b>	Integra	157	74,8
	Rota	53	25,2
<b>Dilatação &gt; 5 cm na admissão *</b>	Sim	152	71,0
	Não	62	29,0
<b>Anestesia*</b>	Sim	4	1,9
	Não	207	98,1

<b>Fez algum exame durante a gestação*</b>	Sim	210	99,1
	Não	2	0,9
<b>Nº de gestações*</b>	Primigesta	75	33,9
	Multigesta	146	66,1

\*Totais variam devido a dados faltantes.

Em relação aos MNFs, os banhos, que incluem banho morno de aspersão e de imersão, foram os métodos mais utilizados durante os partos (77,8% das mulheres). Destaca-se que apenas 15 mulheres utilizaram a imersão, representando 6,8% das participantes. A verticalização também foi uma dimensão amplamente aplicada, com 76,0% das mulheres realizando ao menos algum dos métodos (deambulação, mobilização em pé, mobilização na bola e/ou cavalinho). Verificou-se ainda que 59,7% das mulheres utilizaram padrões respiratórios profundos e/ou calmos em algum momento do processo do parto, 52,0% receberam algum tipo de massagem (cervical, dorsal, em baixo ventre e/ou lombossacra), 42,1% usufruíram de técnicas de preparo do ambiente (musicoterapia, aromaterapia e/ou penumbra) e 29,0% realizaram algum método que associa a abdução e flexão de quadril (agachamento e/ou mobilização pélvica em quatro apoios), conforme exposto na Tabela 2. O método esalda pés não foi realizado por nenhuma participante do estudo, não sendo assim incluído em nenhuma dimensão.

**Tabela 2.** Frequência dos MNFs utilizados pelas parturientes na fase de dilatação, Rio Branco - Acre, novembro de 2021 a fevereiro de 2022.

<b>Dimensões de MNFs</b>	<b>Categorias</b>	<b>N (%)</b>
<b>Dimensão 1: verticalização (Deambulação + Mobilização em pé + Mobilização na bola + Cavalinho)</b>	Não fez	53 (24,0)
	>0 a 10 min	98 (44,3)
	>10 a 20 min	13 (5,9)
	>20 a 30 min	4 (1,8)
	>30 min	53 (24,0)
<b>Dimensão 2: massagens (Massagem cervical + dorsal + baixo ventre + lombossacra)</b>	Não fez	106 (48,0)
	>0 a 10 min	80 (36,2)
	>10 a 20 min	15 (6,8)
	>20 a 30 min	1 (0,5)
	>30 min	19 (8,5)
<b>Dimensão 3: Abdução + flexão de quadril (agachamento + mobilização pélvica em quatro apoios)</b>	Não fez	157 (71,0)
	>0 a 10 min	49 (22,2)
	>10 a 20 min	1 (0,5)
	>20 a 30 min	-
	>30 min	14 (6,3)
<b>Dimensão 4: ambiente (Musicoterapia + aromaterapia + penumbra)</b>	Não fez	128 (57,9)
	>0 a 10 min	11 (5,0)
	>10 a 20 min	44 (19,9)
	>20 a 30 min	23 (10,4)
	>30 min	15 (6,8)
<b>Dimensão 5: padrões respiratórios (Respirações calmas + profundas)</b>	Não fez	89 (40,3)
	>0 a 10 min	50 (22,6)
	>10 a 20 min	31 (14,0)
	>20 a 30 min	24 (10,9)
	>30 min	27 (12,2)
<b>Dimensão 6: banhos (Banho morno de chuveiro e de imersão)</b>	Não fez	49 (22,2)
	>0 a 10 min	62 (28,1)
	>10 a 20 min	83 (37,6)
	>20 a 30 min	4 (1,8)
	>30 min	23 (10,3)

Ao analisar a ocorrência da dor entre as parturientes, conforme as dimensões de MNFs utilizadas, verificou-se que a maioria das mulheres demonstrou dor intensa, tanto entre as que fizeram e as que não utilizaram os MNFs estudados. A intensidade da dor inicial não esteve relacionada a uma maior ou menor utilização dos MNFs estudados. Enquanto, a utilização, durante a fase de dilatação do parto, dos MNFs das dimensões 1 (deambulação, mobilização em pé, mobilização na bola e/ou o cavalinho) e 6 (Banho morno de chuveiro e de imersão) interferiram na dor das parturientes mensurada no início do período expulsivo (Tabela 3).

Para a dimensão 1, observou-se maiores relatos de dor intensa em mulheres que realizaram estes métodos em relação as que não fizeram, não demonstrando assim a eficácia dos métodos para a redução da dor referida.

Entretanto, observou-se ainda que o percentual de mulheres referindo dor intensa aumentou entre as mulheres que realizaram tais MNFs em um tempo menor (de mais que 0 a acima de 10 minutos) e reduziu entre as parturientes que realizaram mais de 20 minutos dos MNFs da dimensão 1.

A dimensão 1 foi a que apresentou menor frequência de dor intensa (76,5%) entre mulheres que realizaram mais de 30 minutos de algum MNFs das 6 dimensões estudadas.

Na dimensão 6 estudada, a proporção de mulheres que realizaram banho e referiram dor intensa foi mais alta do que entre as que não utilizaram o banho. Também o percentual de mulheres que referiram dor leve foi mais expressivo entre mulheres submetidas aos banhos.

**Tabela 3.** Uso dos MNFs na fase de dilatação e intensidade da dor referida por parturientes, Rio Branco - Acre, novembro de 2021 a fevereiro de 2022.

Dimensões de MNFs	Categorias	Escala de dor inicial				Escala de dor no expulsivo			
		Leve N (%)	Moderada N (%)	Intensa N (%)	$\chi^2$ p-valor	Leve N (%)	Moderada N (%)	Intensa N (%)	$\chi^2$ p-valor
<b>Dimensão 1: verticalização (Deambulação + Mobilização em pé + Mobilização na bola + Cavalinho)</b>	Não fez	1 (2,0)	15 (30,6)	33 (67,3)	0,301	2 (4,3)	15 (32,6)	29 (63,0)	<b>0,007</b>
	>0 a 10 min	3 (3,2)	33 (35,1)	58 (61,7)		1 (1,1)	10 (11,0)	80 (87,9)	
	>10 a 20 min	0 (0,0)	3 (23,1)	10 (76,9)		1 (7,7)	1 (7,7)	11 (84,6)	
	>20 a 30 min	1 (25,0)	0 (0,0)	3 (75,0)		0 (0,0)	1 (25,0)	3 (75,0)	
	>30 min	2 (4,0)	19 (38,0)	29 (58,0)		6 (11,8)	6 (11,8)	39 (76,5)	
<b>Dimensão 2: massagens (Massagem cervical + dorsal + baixo ventre + lombossacra)</b>	Não fez	4 (4,0)	34 (33,7)	63 (62,4)	0,756	3 (3,1)	22 (22,9)	71 (74,0)	0,339
	>0 a 10 min	3 (3,9)	28 (36,8)	45 (59,2)		6 (8,0)	8 (10,7)	61 (81,3)	
	>10 a 20 min	0 (0,0)	2 (14,3)	12 (85,7)		0 (0,0)	1 (7,1)	13 (92,9)	
	>20 a 30 min	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	
	>30 min	0 (0,0)	6 (33,3)	12 (66,7)		1 (5,3)	2 (10,5)	16 (84,2)	
<b>Dimensão 3: Abdução + flexão de quadril (agachamento + mobilização pélvica em quatro apoios)</b>	Não fez	4 (2,7)	48 (32,4)	96 (64,9)	0,472	5 (3,5)	27 (18,9)	111 (77,6)	0,299
	>0 a 10 min	2 (4,3)	20 (42,6)	25 (53,2)		5 (10,6)	4 (8,5)	38 (80,9)	
	>10 a 20 min	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	
	>20 a 30 min	-	-	-		-	-	-	
	>30 min	1 (7,1)	2 (14,3)	11 (78,6)		0 (0,0)	2 (14,3)	12 (85,7)	
<b>Dimensão 4: ambiente (Musicoterapia + aromaterapia + penumbra)</b>	Não fez	5 (4,1)	39 (32,2)	77 (63,6)	0,691	6 (5,0)	23 (19,3)	90 (75,6)	0,381
	>0 a 10 min	0 (0,0)	5 (50,0)	5 (50,0)		1 (10,0)	0 (0,0)	9 (90,0)	
	>10 a 20 min	2 (4,5)	14 (31,8)	28 (63,6)		1 (2,4)	7 (17,1)	33 (80,5)	
	>20 a 30 min	0 (0,0)	9 (45,0)	11 (55,0)		0 (0,0)	2 (10,0)	18 (90,0)	
	>30 min	0 (0,0)	3 (20,0)	12 (80,0)		2 (13,3)	1 (6,7)	12 (80,0)	
<b>Dimensão 5: padrões respiratórios (Respirações calmas + profundas)</b>	Não fez	2 (2,4)	31 (37,8)	49 (59,8)	0,537	5 (6,0)	18 (21,7)	60 (72,3)	0,520
	>0 a 10 min	2 (4,1)	12 (24,5)	35 (71,4)		2 (4,3)	4 (8,7)	40 (87,0)	
	>10 a 20 min	1 (3,3)	8 (26,7)	21 (70,0)		1 (3,3)	5 (16,7)	24 (80,0)	
	>20 a 30 min	2 (8,7)	8 (34,8)	13 (56,5)		2 (9,1)	2 (9,1)	18 (81,8)	
	>30 min	0 (0,0)	11 (42,3)	15 (57,7)		0 (0,0)	4 (16,7)	20 (83,3)	
<b>Dimensão 6: banhos (Banho morno de chuveiro e de imersão)</b>	Não fez	3 (6,7)	11 (24,4)	31 (68,9)	0,619	1 (2,4)	14 (33,3)	27 (64,3)	<b>0,029</b>
	>0 a 10 min	1 (1,7)	23 (38,3)	36 (60,0)		3 (5,1)	8 (13,5)	48 (81,4)	
	>10 a 20 min	3 (3,8)	25 (31,6)	51 (64,6)		3 (3,8)	9 (11,6)	66 (84,6)	
	>20 a 30 min	0 (0,0)	1 (25,0)	3 (75,0)		0 (0,0)	1 (33,3)	2 (66,7)	
	>30 min	0 (0,0)	10 (45,5)	12 (54,5)		3 (13,0)	1 (4,3)	19 (82,6)	

Analisando a ansiedade referida pelas parturientes, foi possível observar que mulheres com maior nível de ansiedade na admissão receberam mais massagens. Assim, quanto maior a intensidade da ansiedade anterior, maior o tempo de massagem recebida. A maioria das mulheres apresentou nível alto de ansiedade referida na identificação do período expulsivo, mas essa ansiedade não esteve estatisticamente relacionada à utilização dos MNFs estudados (Tabela 4).

**Tabela 4.** Uso dos MNFs na fase de dilatação e nível de ansiedade referida por parturientes, Rio Branco - Acre, novembro de 2021 a fevereiro de 2022.

Dimensões de MNFs	Categorias	Escala de ansiedade inicial				Escala de ansiedade no expulsivo			
		Baixo N (%)	Médio N (%)	Alto N (%)	$\chi^2$ p-valor	Baixo N (%)	Médio N (%)	Alto N (%)	$\chi^2$ p-valor
<b>Dimensão 1: verticalização (Deambulação + Mobilização em pé + Mobilização na bola + Cavalinho)</b>	Não fez	1 (2,0)	4 (8,0)	45 (90,0)	0,992	1 (2,1)	3 (6,4)	43 (91,5)	0,727
	>0 a 10 min	1 (1,0)	11 (11,5)	84 (87,5)		6 (6,4)	10 (10,6)	78 (83,0)	
	>10 a 20 min	0 (0,0)	1 (7,7)	12 (92,3)		0 (0,0)	0 (0,0)	12 (100,0)	
	>20 a 30 min	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (100,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	4 (100,0)	
	>30 min	1 (1,9)	5 (9,6)	46 (88,5)		3 (5,9)	3 (5,9)	45 (88,2)	
<b>Dimensão 2: massagens (Massagem cervical + dorsal + baixo ventre + lombossacra)</b>	Não fez	3 (2,9)	13 (12,6)	87 (84,5)	0,054	4 (4,0)	9 (9,1)	86 (86,9)	0,222
	>0 a 10 min	0 (0,0)	5 (6,5)	72 (93,5)		4 (5,3)	4 (5,3)	68 (89,5)	
	>10 a 20 min	0 (0,0)	1 (6,7)	14 (93,3)		2 (14,3)	3 (21,4)	9 (64,3)	
	>20 a 30 min	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	
	>30 min	0 (0,0)	1 (5,3)	18 (94,7)		0 (0,0)	0 (0,0)	18 (100,0)	
<b>Dimensão 3: Abdução + flexão de quadril (agachamento + mobilização pélvica em quatro apoios)</b>	Não fez	2 (1,3)	14 (9,2)	136 (89,5)	0,345	7 (4,8)	11 (7,5)	128 (87,7)	0,918
	>0 a 10 min	1 (2,1)	3 (6,3)	44 (91,7)		2 (4,3)	5 (10,6)	40 (85,1)	
	>10 a 20 min	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	
	>20 a 30 min	-	-	-		-	-	-	
	>30 min	0 (0,0)	4 (28,6)	10 (71,4)		1 (7,1)	0 (0,0)	13 (92,9)	
<b>Dimensão 4: ambiente (Musicoterapia + aromaterapia + penumbra)</b>	Não fez	3 (2,4)	9 (7,2)	113 (90,4)	0,503	8 (6,7)	8 (6,7)	104 (86,7)	0,568
	>0 a 10 min	0 (0,0)	1 (10,0)	9 (90,0)		0 (0,0)	2 (20,0)	8 (80,0)	
	>10 a 20 min	0 (0,0)	8 (18,2)	36 (81,8)		1 (2,3)	2 (4,7)	40 (93,0)	
	>20 a 30 min	0 (0,0)	1 (4,8)	20 (95,2)		0 (0,0)	2 (10,0)	18 (90,0)	
	>30 min	0 (0,0)	2 (13,3)	13 (86,7)		1 (6,7)	2 (13,3)	12 (80,0)	
<b>Dimensão 5: padrões respiratórios (Respirações calmas + profundas)</b>	Não fez	2 (2,3)	11 (12,8)	73 (84,9)	0,405	4 (4,8)	8 (9,6)	71 (85,5)	0,952
	>0 a 10 min	0 (0,0)	1 (2,0)	48 (98,0)		3 (6,3)	3 (6,3)	42 (87,5)	
	>10 a 20 min	0 (0,0)	4 (12,9)	27 (87,1)		2 (6,7)	2 (6,7)	26 (86,7)	
	>20 a 30 min	1 (4,3)	2 (8,7)	20 (87,0)		0 (0,0)	1 (4,3)	22 (95,7)	
	>30 min	0 (0,0)	3 (11,5)	23 (88,5)		1 (4,2)	2 (8,3)	21 (87,5)	
<b>Dimensão 6: banhos (Banho morno de chuveiro e de imersão)</b>	Não fez	0 (0,0)	3 (6,5)	43 (93,5)	0,300	4 (9,5)	3 (7,1)	35 (83,4)	0,218
	>0 a 10 min	0 (0,0)	3 (4,9)	58 (95,1)		1 (1,6)	4 (6,6)	56 (91,8)	
	>10 a 20 min	2 (2,5)	12 (14,8)	67 (82,7)		3 (3,8)	5 (6,4)	70 (89,8)	
	>20 a 30 min	0 (0,0)	1 (25,0)	3 (75,0)		1 (25,0)	0 (0,0)	3 (75,0)	
	>30 min	1 (4,3)	2 (8,7)	20 (87,0)		4 (9,5)	3 (7,1)	35 (83,4)	

## DISCUSSÃO

Dentre os métodos estudados, o que mais foi realizado pelas mulheres foram banhos, utilizado por 77,8% delas. De forma semelhante, um estudo conduzido em Porto Alegre, 72,4% das mulheres utilizaram o banho morno durante o trabalho de parto (MAFFEI *et al.*, 2021).

A verticalização foi amplamente adotada, 76,0% das mulheres realizaram ao menos algum dos métodos (deambulação, mobilização em pé, mobilização na bola e/ou cavalinho). Recomenda-se que as posturas verticais e a livre movimentação sejam estimuladas durante o trabalho de parto (WHO, 2018).

Padrões respiratórios foram aplicados por 59,7%, incluindo respirações profundas e/ou calmas durante o processo do parto, enquanto em uma pesquisa no Paraná, 80,2% das parturientes receberam orientações a respeito da respiração (MAFFEI *et al.*, 2021).

Mais da metade das mulheres (52,0%) receberam algum tipo de massagem (cervical, dorsal, em baixo ventre e/ou lombossacra). A massagem é uma técnica muito usada durante o trabalho de parto e é bem aceita entre as parturientes, além de ser de fácil realização e não apresentar efeitos indesejáveis, podendo ser aplicada tanto pela equipe de assistência como por acompanhantes. Acredita-se que a técnica tende a envolver os acompanhantes no processo, além de poder reduzir as dores ocasionadas pelas contrações uterinas e auxiliar no manejo da ansiedade, pelo relaxamento da musculatura e a distração do foco da dor (MIQUELUTTI; MAKUCH; SANTOS, 2019).

Quanto ao ambiente, 42,1% usufruíram de técnicas como musicoterapia, aromaterapia e/ou penumbra. De forma semelhante, em um estudo no Rio Grande do Sul, 46,9% utilizaram a aromaterapia e apenas 2% se submeteram a musicoterapia (LEHUGEUR; STRAPASSON; FRONZA, 2017).

Houve uma tendência de aumento da dor das parturientes, mensurada no início do período expulsivo, conforme as mulheres realizaram mais que 30 minutos de deambulação, mobilização em pé, mobilização na bola e/ou o cavalinho. Ainda, a maioria das participantes demonstrou dor intensa, tanto as que realizaram como as que não aplicaram os MNFs estudados. Existe uma importante tendência ao



aumento da dor ao longo do trabalho de parto devido a dilatação do colo do útero (CASTRO; CASTRO; MENDONÇA, 2012).

Também, as parturientes que realizaram algum tipo de banho apresentaram tendência a dor mais intensa mesmo realizando os métodos. O percentual de mulheres com dor intensa aumentou entre as que fizeram mais de 30 minutos de banho em relação as que não fizeram. Da mesma forma, o banho não apresentou efeitos sobre a dor quando aplicado de forma isolada (BARBIERI *et al.*, 2013).

Os banhos favorecem o controle das sensações durante o processo do parto, além de serem considerados seguros e acessíveis. Favorecem, ainda, a verticalização da mulher e sua liberdade de posição, o que tende a favorecer a progressão fetal facilitando, assim, o encaixe e a descida do feto e permitindo maior conforto. É recomendado que seja feito por pelo menos 30 minutos continuamente para atingir os efeitos desejados (MIQUELUTTI; MAKUCH; SANTOS, 2019). Para Silva e Oliveira (2006) o banho de imersão tende a adiar o uso de fármacos permitindo uma participação mais ativa da mulher e seu acompanhante.

Acrescenta-se ainda que o percentual de mulheres referindo dor intensa na mensuração da dor inicial e no período expulsivo foi igual entre mulheres que foram submetidas por mais de 30 minutos aos MNFs aromaterapia, musicoterapia e/ou penumbra. Os referidos métodos são considerados pelo Ministério da Saúde como promotores de conforto a parturiente no processo do parto (BRASIL, 2016; BRASIL, 2017).

Quanto à ansiedade referida pelas mulheres, a maioria apresentou nível alto de ansiedade referida no momento da identificação do período expulsivo. O parto em si é permeado pela ansiedade por parte da parturiente e sua família (SASS; OLIVEIRA, 2017). Tanto a ansiedade, quanto o medo e o estresse são com frequência associados as etapas fisiológicas do parto (ALEHAGEN *et al.*, 2005).

Observou-se que mulheres com maior nível de ansiedade na admissão receberam mais massagens, enquanto a ansiedade no período expulsivo não esteve associada a massagem. A diminuição da dor com a massagem tende a ocorrer pela estimulação de mecanorreceptores da pele e liberação de opioides endógenos, podendo ser feita em qualquer parte do corpo para relaxar e reduzir a ansiedade (MIQUELUTTI; MAKUCH; SANTOS, 2019). Em estudo realizado em Taiwan,

observou-se que o grupo que recebeu massagem na fase inicial do trabalho de parto demonstrou menos ansiedade do que as mulheres que não receberam (CHANG; WANG; CHEN, 2002).

A utilização de medidas complementares e alternativas devem ser estimuladas, visto que podem resgatar não apenas alterações fisiológicas da parturiente, mas também psicológicas e culturais (ENKIN *et al.*, 2005) e deve ser utilizada para evitar riscos maternos e fetais, pois segundo o Ministério da Saúde, a ansiedade associada a dor pode afetar a contratilidade e o fluxo sanguíneo uterino fazendo com que se torne prejudiciais a mãe e o feto (BRASIL, 2001).

Autores como Branden (2000) e Bachman (2002), complementam que, apesar de todo o conhecimento que se tem sobre a fisiologia que causa a dor, essa não se manifesta da mesma maneira em todas as mulheres, tendo em vista que é influenciada pela percepção dolorosa de cada parturiente, sua tolerância a essa dor, suas experiências prévias, seus antecedentes psicológicos, sua preparação para o parto, sua cultura, o apoio recebido e os valores pessoais.

Nesse contexto, a equipe de assistência pode desempenhar um papel fundamental voltado ao desenvolvimento de uma assistência humanizada durante o parto, que considere a subjetividade e a sensibilidade, pois sentimentos como o medo e a tensão que ocasionam a ansiedade, usualmente presentes durante o trabalho de parto, resultam em sobrecarga de dor, causando impacto no metabolismo da mulher (BRASIL, 2001).

Embora os MNFs durante o trabalho de parto apresentem inúmeros benefícios para as parturientes, o presente estudo verificou que nem todos os métodos demonstraram-se efeitos no alívio da dor e ansiedade.

Nesse estudo, a massagem também se destacou como um MNFs utilizado para o alívio da ansiedade e da dor, demonstrando que mulheres com maiores níveis de ansiedade na admissão receberam mais massagem ao longo do processo do parto, apesar de seu efeito, em relação à dor, não ter sido encontrado. Assim, como a massagem, os padrões respiratórios profundos e/ou calmos e a abdução e flexão de quadril são métodos que também reduzem a ansiedade e desconforto da gestante, podendo influenciar positivamente no resultado do trabalho de parto. No

entanto, na presente investigação, esses efeitos não ficaram evidentes, o que pode ter ocorrido pelo fato da dor do parto ser progressiva.

Também os banhos interferiram na dor referida pelas parturientes no início do período expulsivo, com tendência a dor mais intensa realizando os MNFs, bem como foi maior o percentual de mulheres referindo dor leve entre as que fizeram mais de 30 minutos da técnica.

Desse modo, fica evidente a importância do uso dos MNFs no auxílio do trabalho de parto, tendo em vista as características multidimensionais e individuais da dor e ansiedade, que estão presentes no nascimento do bebê. Os resultados obtidos por meio deste estudo poderão contribuir para uma melhor compreensão dos níveis de ansiedade e intensidade da dor no parto, estimulando a adesão de MNFs que visem uma assistência e tomada de decisão centrada no bem-estar da mulher.

Ressalta-se que o presente estudo apresentou limitações, sendo a principal a dificuldade em se estabelecer o início do período expulsivo, devido a humanização do parto que recomenda evitar exames vaginais desnecessários. Ainda, pela forma como foram coletados os dados de tempo de utilização de cada MNFs, o que foi feito por intervalos, pela dificuldade de acompanhamento do processo, visto que os MNFs são aplicados de forma conjunta, intercalados e por vezes continuamente e a não diferenciação entre a falta de oferta dos MNFs ou a recusa das parturientes para realizá-los. Portanto, é imprescindível o desenvolvimento de futuros estudos com o objetivo de conhecer melhor as preferências das parturientes em relação ao tipo de método a ser utilizado e seus efeitos na dor e ansiedade.

## REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, N. A.; SILVA, T. J. P. Práticas obstétricas na assistência ao parto e nascimento de risco habitual. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 21, n. 3, p. 773-783, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/P6nwRJj7VKG8G8C9vcTMZdM/?lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2022.

ALEHAGEN, S. *et al.* Fear, pain and stress hormones during childbirth. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, v. 26, n. 3, p. 153-165, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16295513/>. Acesso em: 10 dez. 2022.

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**, São Paulo, v.13 n.1, p. 52-8, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/9LTjBBhNc34SqtDgYSzggpN/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 06 dez. 2022.

BACHMAN, J. A. Manejo do desconforto. In: LOWDERMILK, D. L.; PERY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 314-35.

BARBIERI, M. *et al.* Banho quente de aspensão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. **Acta Paul Enferm.**, v. 26, n. 5, p. 478-84, 2013.

BRANDEN, P. S. Alterações fisiológicas e psicossociais da gravidez normal. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2000. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 121, 27 jun. 2011. Seção 1, p. 109.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: relatório de Recomendação [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br>. Acesso em: 10 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf). Acesso em: 26 nov. 2022.

CASTRO, A. S.; CASTRO, A. C.; MENDONÇA, A. C. Abordagem fisioterapêutica no pré-parto: proposta de protocolo e avaliação da dor. **Fisioter. Pesq.**, v. 19, n. 3, p. 210-214, 2012.

DIAS, E. G. *et al.* Eficiência de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto normal. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 9 n. 2 p. 35-39, 2018. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1398/442>. Acesso em: 10 dez. 2022.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência e Saúde coletiva**. v.10, n.3, p. 699-705, 2005.

ENKIN, M. *et al.* **Controle da dor no trabalho de parto**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

EYEBERU, A. *et al.* Obstetrics care providers attitude and utilization of non-pharmacological labor pain management in Harari regional state health facilities, Ethiopia. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 22, n. 389, p. 1-9, 2022. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-022-04717-9>. Acesso em: 28 nov. 2022.

FRELLO, A. T.; CARRARO T. E. Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v.12, n. 4, p.660-668, 2010. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/7056/8487>. Acesso em: 12 nov. 2022.

LEHUGEUR, D.; STRAPASSON, M. R.; FRONZA, E. Manejo não farmacológico de alívio da dor em partos assistidos por enfermeira obstétrica. **Rev Enferm UFPE on line**, v. 11, n. 12, p. 4929-37, 2017.

LOTHIAN, J. Lamaze Breathing: What Every Pregnant Woman Needs to Know. **The Journal of Perinatal Education**. New York, v. 20 n. 2, p. 118-220, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3209750/#jpe.1058243.20.2.118.bib01>. Acesso em: 09 nov. 2022.

MAFFEI, M. C. V. *et al.* Uso de métodos não farmacológicos durante o trabalho de parto. **Rev enferm UFPE on line**, v.15, e24500021, 2021.

MAZONI, S. R. *et al.* Preferência de via de parto e experiência prévia de dores em puérperas atendidas em uma maternidade. **CuidArte Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 162-167, 2017. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2017v2/162.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2022.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende obstetrícia fundamental**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

RODRIGUES, Q. G. *et al.* Fatores que influenciam a decisão da via do parto. **Rev. Cient. Esc. Estadual Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago**, Goiás, v. 8, n. 80005, p. 01-12, 2022. Disponível em:

<https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/248/230>. Acesso em: 10 dez. 2022.

MIQUELUTTI, M. A.; MAKUCH, M. Y.; SANTOS, T. P. C.. *In*: SILVA, M.P.P.; MARQUES, A.A.; AMARAL, M.T.P. Tratado de fisioterapia em saúde da mulher. 2 ed. Rio de Janeiro: Roca, 2019.

SASS, N.; OLIVEIRA, L. G. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

SILVA, F. M. B. *et al.* Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 47. n. 5. p.1031-1038, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/sjG5dpSppH7KMRrHFB84Y4h/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 out. 2022.

SILVA, F.M.B.; OLIVEIRA, S.M.J.V. O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 40, n. 1, p.47-56, 2006.

SMITH, C. A. *et al.* **Acupuncture or acupressure for pain management during labour**. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd009232.pub2>. Acesso em: 25 out. 2022.

VARGENS, O. C. M.; SILVA, A. C. V.; PROGIANTI, J. M. Non-invasive nursing technologies for pain relief during childbirth: the Brazilian nurse midwives' view. **Midwifery**, v. 29, n. 11, p. 99-106, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23481340/>. Acesso em: 20 nov. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Care in normal birth**: a practical guide. Genebra; World Health Organization, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations**: intrapartum care for a positive childbirth experience. Genebra: World Health Organization, 2018.

## 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a revisão sistemática realizada foi possível perceber que alguns MNFs foram capazes de interferir na duração do trabalho de parto e parto, no entanto, não ficando claro quanto se utilizar e a forma de aplicação dos métodos, nem como combiná-los.

Desde 1996 a OMS tem estimulado algumas práticas na assistência ao parto e nascimento e desestimulado outras, com base em evidências. Nessa pesquisa a adoção dessas recomendações realizadas pela OMS e Ministério da Saúde foi verificada, observando-se que a maioria foi cumprida e que as que menos foram cumpridas foram relativas à oferta de métodos farmacológicos. A adequação ao cumprimento das recomendações esteve associada a ter sofrido alguma intercorrência na gestação e ser multigesta.

Não foi encontrada associação entre o nível referido de dor e a realização da maioria dos MNFs, com exceção do uso da deambulação, mobilização em pé, mobilização na bola e/ou cavalinho e dos banhos. Maiores níveis de ansiedade na admissão favoreceram as mulheres receberem mais tempo de massagens, enquanto a ansiedade no período expulsivo não se associou a utilização dos MNFs estudados.

Dos partos vaginais acompanhados, apenas dois foram da rede privada, sendo que 219 foram financiados pelo SUS. Ressalta-se, assim, a qualidade do cuidado ofertado às parturientes na rede pública, onde foi possível perceber que uma crescente evolução nas práticas utilizadas no trabalho de parto e parto incentivadas pelo Ministério da Saúde. Também, pode-se notar que o CPN se encontra com estrutura e instrumentos adequados para o desenvolvimento de práticas recomendadas e validadas para o momento do parto.

Estudos sobre o uso dos MNFs no trabalho de parto e parto são importantes, visto que ainda se faz necessário compreender os efeitos dos mesmos na fisiologia do parto, bem como em suas formas de aplicação. Dessa forma, trabalhos como esse pretendem esclarecer para os profissionais e gestores em saúde na área da saúde materno-infantil quanto à relevância e modos de utilização desses métodos

considerados mais naturais e acessíveis a todas as parturientes, estimulando, assim, partos de qualidade e mais seguro conforme evidências científicas.



**REFERÊNCIAS DA TESE:**

ALCÂNTARA, N. A.; SILVA, T. J. P. Práticas obstétricas na assistência ao parto e nascimento de risco habitual. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 21, n. 3, p. 773-783, 2021.

ALDRIGHI, J. M.; HSU, L. P. R.; JORGE, S. R. P. F. **Obstetrícia: Fundamentos e Avanços na Propedêutica, Diagnóstico e Tratamento.** São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

ALEHAGEN *et al.* Fear, pain and stress hormones during childbirth. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, v. 26, n. 3, p. 153-165, 2005.

ALMEIDA *et al.* Concentração plasmática do hormônio adrenocorticotrófico de parturientes submetidas a método não farmacológico de alívio da ansiedade e dor do parto. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 223-8, 2005a.

ALMEIDA *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. 52-8, 2005b.

BARBIERI, M. *et al.* Banho quente de aspensão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. **Acta Paul Enferm.**, v. 26, n. 5, p. 478-84, 2013.

BIAGGIO, A.M.B.; NATALÍCIO, L.; SPIELBERGER, C. D. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), de Spieberger. **Arq. bras. Psic. Apl.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3 p. 31-44, 1977.

BIO, E.; BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. **Revista Bras. Ginecol. Obstetr.**, v. 28, n. 11, p. 671-9, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática.** Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher. **Urgências e Emergências Maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna.** 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 121, 27 jun. 2011. Seção 1, p. 109.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal do Ministério da Saúde. **Ministério lança protocolo com diretrizes para parto cesariana**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/22946-ministerio-lanca-protocolo-com-diretrizes-para-parto-cesariana>. Acesso em: 08 Mai 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Especial de Políticas para as Mulheres **Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: Relatório de Recomendação [Internet]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio\\_Diretriz-PartoNormal\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf). Acesso em 12 de março de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf). Acesso em 26 Jul 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 199 p.

CASTRO, A. S.; CASTRO, A. C.; MENDONÇA, A. C. Abordagem fisioterapêutica no pré-parto: proposta de protocolo e avaliação da dor. **Fisioter. Pesq.**, v. 19, n. 3, p. 210-214, 2012.

CHANG, M. Y.; WANG, S. Y.; CHEN, C.H. Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. **J. Adv. Nurs.**, v. 38, n. 1, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02147.x>. Acesso em 30 Mai 2018.

CHEROBIN F, OLIVEIRA AR, BRISOLA AM. Acupuncture and auriculotherapy as non-pharmacological pain relief methods in the childbirth process. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. 3, p. 01-08, 2016.

CÔRTEZ, C.T. *et al.* Metodologia de implementação de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal: estudo piloto. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 716-725, 2015.

CUNNINGHAM, F. G. *et al.* **Obstetrícia de Williams**. 24 ed. Porto Alegre: AMGH, 2016.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V. Avaliação do uso de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes. **Revista RENE**. Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 64-72, 2008.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; MELO, E. S. Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: pré-teste de um instrumento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.15, n. 6, 2007. Disponível em <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/16191/17892>. Acesso em 01 Mar 2019.

DIAS, B. A. S. *et al.* Variações das taxas de cesariana e cesariana recorrente no Brasil segundo idade gestacional ao nascer e tipo de hospital. **Cad. Saúde Pública**, v. 38, n. 6, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT073621>. Acesso em: 28 Jun 2023.

DIAS, E. G. *et al.* Eficiência de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto normal. **Enferm. Foco**, v.9 n.2 p. 35-9, 2018.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência e Saúde coletiva**. v.10, n.3, p. 699-705, 2005.

EBERHARD, J.; STEIN, S.; GEISSBUEHLER, V. Experience of pain and analgesia with water and land births. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, v. 26, n. 2, p. 127–133, 2005.

EYEBERU, A. *et al.* Obstetrics care providers attitude and utilization of non-pharmacological labor pain management in Harari regional state health facilities, Ethiopia. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 22, n. 389, p. 1-9, 2022.

FREITAS, F. *et al.* **Rotinas em Obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FRELLO, A.T.; CARRARO T.E. Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, GO. v.12, n.4, p.660-8, 2010.

GALLO, R.B.S. *et al.* Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **Femina**. São Paulo, v.39, n.1, p. 429-33, 2011

GALLO, R.B.S. *et al.* Swiss ball to relieve pain of primiparous in active labor. **Rev Dor**, v. 15, n. 4. P. 253-5, 2014.

GALLO, R.B.S. *et al.* Sequential application of non-pharmacological interventions reduces the severity of labour pain, delays use of pharmacological analgesia, and improves some obstetric outcomes: a randomised trial. **Journal of Physiotherapy**. v.64, p. 33-40, 2018.

GÖNENÇ, I. M., & TERZIOĞLU, F. Effects of massage and acupressure on relieving labor pain, reducing labor time, and increasing delivery satisfaction. **The Journal of Nursing Research**, v. 28, n. 1, p. e68. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000344>. Acesso em 31 mai 2022.

HANUM, S.P. *et al.* Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto: efetividade sob a ótica da parturiente. **Rev. Enferm. UFPE on line**, v. 11, Supl. 8, p. 3303-9, 2017.

HENRIQUE, A. J. *et al.* Understanding childbirth pain in Brazilian women: A qualitative descriptive study. **Women and Birth**, v. 34, n. 4, p. e368-e375, 2021.

INAGAKI, A. D. M. *et al.* RETRATO DAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA. **Cogitare Enferm.**, v. 24, p. e56121, 2019.

JUCÁ, L. A.; LAGO, R. R.; BORGES, M. F. S. O. A percepção de mulheres acerca da dor no parto normal. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 4, p. 41956-41975, 2021. ISSN 2525-8761.

KANNAN, S.; JAMISON, R. N.; DATTA, S. Maternal Satisfaction and Pain Control in Women Electing Natural Childbirth. **Regional Anesthesia and Pain Medicine**, v. 26, n. 5, p. 468-72, 2001.

KILSZTAJN, S. *et al.* Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1886-92, 2007.

LEAL, M. C. *et al.* Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. **Cad. Saúde Pública**, v. 30 (Sup), p. S1-S31, 2014.

LEHUGEUR, D.; STRAPASSON, M. R.; FRONZA, E. Manejo não farmacológico de alívio da dor em partos assistidos por enfermeira obstétrica. **Rev Enferm UFPE on line**, v. 11, n. 12, p. 4929-37, 2017.

LEUNG, R. W. C. *et al.* Efficacy of birth ball exercises on labour pain management. **Hong Kong Med. J.** v. 19, n. 5, p. 393-9, 2013.

LIMA, S. B. G. Práticas obstétricas de uma maternidade pública em Rio branco – AC. **Cogitare Enferm.**, v. 23, n. 4, p. e53258, 2018.

LIU, Y.; CHANG, M.; CHEN, C. Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first-time mothers. **Journal of Clinical Nursing**, v. 19, p. 1065–72, 2010.

LOBO *et al.* Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal perihospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 3, p. 812-8, 2010.

LOTHIAN, J. Lamaze Breathing: What Every Pregnant Woman Needs to Know. **The Journal of Perinatal Education**. New York, v.20 n.2, p. 118-20, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3209750/#ipe.1058-243.20.2.118.bib001>. Acesso em 09 agosto 2018.

MACDONALD, M. G.; SESHIA, M. M. K. **Avery neonatologia, fisiopatologia e tratamento do recém-nascido**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

MAFFEI, M. C. V. *et al.* Uso de métodos não farmacológicos durante o trabalho de parto. **Rev enferm UFPE on line**, v.15, e24500021, 2021.

MAMEDE, F. V. *et al.* O efeito da deambulação na duração da fase ativa do trabalho de parto. **Esc Anna Nery R Enferm.**, v.11, n. 3, p. 466-71, 2007.

MAMEDE, F. V.; ALMEIDA, A.M.; CLAPIS, M.J. Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá, v. 26, n. 2, p. 295-302, 2004.

MAZONI, S.R. *et al.* Preferência de via de parto e experiência prévia de dores em puérperas atendidas em uma maternidade. **CuidArte Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 162-7, 2017.

MIRANDA *et al.* Parto normal e cesária: representações de mulheres que vivenciaram as duas experiências. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 10, n. 2, p. 337-46, 2008.

MOLINA-FERNÁNDEZ, I. *et al.* Ansiedad y miedos de las gestantes ante el parto: la importancia de su detección. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, s.v. n. 13, p. 17-24, 2015.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende obstetrícia fundamental**. 14 ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2019.

MORON, A. F.; CAMANO, L.; KULAY JÚNIOR, L. **Obstetrícia**. Barueri: Manole, 2011.

MOUTA R. J. O. *et al.* Relação entre a posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 16, n. 4, p. 472-76, 2008.

MUNIZ, E. B. *et al.* Análise do boletim de Apgar em dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos registrados em um hospital do interior do estado do Ceará, Brasil. **Ver. Med. Saude. Brasilia**, v. 5, n. 2, p. 182-91, 2016.

NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1859-68, 2008

NILSEN, E.; SABATINO, H.; LOPES, M. H. B. M. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 3, p. 557-65, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica**. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/recomendacoes-assistenciais-para-prevencao-diagnostico-e-tratamento-da-hemorragia-obstetrica/>. Acesso em: 25 Jan 2021.

OSAVA *et al.* Fatores maternos e neonatais associados ao mecônio no líquido amniótico em um centro de parto normal. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 6, p. 1023-9, 2012.

PALHETA, R. P.; COSTA, R. J. Caminhos da humanização hospitalar em Manaus: os trabalhadores na roda. **Saúde Soc.**, v. 21, Supl. 1, p. 253 – 64, 2012.

PANCHERI P. *et al.* ACTH, Beta-endorphin and met-enkephalin: peripheral modifications during the stress of human labor. **Psychoneuroendocrinology**, v. 10, n. 3, 1985.

PERPIÑÁ-GALVAÑ, J. *et al.* Validade de conteúdo de versão resumida da subescala do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 4, 2011. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_05.pdf). Acesso em 29 Set 2019.

PORTO, A. M F.; AMORIN, M. M. M R.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao primeiro período de trabalho de parto baseada em evidências. **Femina**. v. 38, n.10, 2010.

RAPHAEL-LEFF, J. **Gravidez: a história interior**. São Paulo: Blucher, 2018.

RIBEIRO, J. F. *et al.* Contentamento de puérperas assistidas por enfermeiros obstetras. **Rev. Enferm. UFPE on line**, v. 12, n. 9, p. 2269-75, 2018.

ROCHA, C. R.; FONSECA, L. C. The assistance of parturient women by obstetric nurses: in search for the respect of nature. **Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental**, v. 2, n. 2, p. 807-816, 2010.

ROCHA, I. M. S. *et al.* O Partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 4, p. 880-88, 2009.

RODRIGUES, Q. G. *et al.* Fatores que influenciam a decisão da via do parto. **Rev. Cient. Esc. Estadual Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago**, v. 8, n. 80005, p. 01-12, 2022.

SANTANA, L.S. *et al.* Avaliação da intensidade da dor na fase ativa do trabalho de parto em primigestas. **Revista Dor**, São Paulo, v.11, n.3, p. 214-217, 2010.

SASS, N.; OLIVEIRA, L. G. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

SCHIRMER, J.; FUSTINONI, S. M.; BASILE, A. L. O. Perineal outcomes on the left lateral versus vertical semi-sitting birth positions: a randomized study. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 24 n. 6, p. 745-50, 2011.

SHARIFIPOUR, P. *et al.* The effect of delivery ball and warm shower on the childbirth experience of nulliparous women: a randomized controlled clinical trial. **Trials**. v. 23, n. 1, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9096765/>. Acesso em: 10 Ago 2022.

SILVA, F.M.B. *et al.* Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 47. n. 5. p.1031-1038, São Paulo, 2013.

SILVA, F.M.B.; OLIVEIRA, S.M.J.V. O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 40, n. 1, p.47-56, 2006.

SILVA, M. P. P; MARQUES, A. A.; AMARAL, M. T. P. **Tratado de fisioterapia em saúde da mulher**. 2 ed. Rio de Janeiro: Roca, 2019.

SMITH C. A. *et al.* Acupuncture or acupressure for pain management during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd009232.pub2>. Acesso em 25 ago 2022.

SOUSA *et al.* Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Esc. Anna Nery**, v. 20, n.2, p. 324-31, 2016.

TZENG, Y. *et al.* Pain, anxiety, and fatigue during labor: a prospective, repeated measures study. **The Journal of Nursing Research**, v. 25, n. 1, p. 59-66, 2017.

VASCONCELOS, K. L. *et al.* Partograma: Instrumento para segurança na assistência obstétrica. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, vol. 7, n. 2, p.619-24, 2013.

VARGENS, O. C. M.; SILVA, A. C. V.; PROGIANTI, J. M. Non-invasive nursing technologies for pain relief during childbirth—The Brazilian nurse midwives' view. **Midwifery**, v. 29, n. 11, p. 99-106, 2013.

WHITBURN, L.Y.*et al.* The meaning of labour pain: how the social environment and other contextual factors shape women's experiences. **BMC Pregnancy and Childbirth**. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 17, n. 157, p.01-10, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Care in normal birth: a practical guide.** Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Family and Reproductive Health. Geneva; World Health Organization, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage.** Geneva; World Health Organization, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience.** Geneva; World Health Organization, 2018.

ZUGAIB, M. **Obstetrícia.** 2 ed. Barueri: Manole, 2012.



## APÊNDICE 1 – REGISTRO DE DADOS PESSOAIS E OBSTÉTRICOS DAS PARTURIENTES

IDENTIFICAÇÃO		
1	Número do questionário	
2	Nome completo da parturiente:	
3	Data da coleta	____/____/____
4	Número do prontuário	
5	Data de nascimento da mulher	____/____/____
6	Endereço:	
	Bairro: Município:	Telefone contato: Estado:

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS		
6	Moradia	Própria ( ) Alugada( ) Social( )
7	Quantidade de pessoas moram na casa	
8	Renda familiar em salários-mínimos (somando moradores da casa)	
9	Ocupação	Do lar ( ) Com remuneração ( ) Sem remuneração ( )
10	Escolaridade	1º grau ( )incompleto ( ) completo 2º grau ( )incompleto ( ) completo 3º grau ( )incompleto ( ) completo
11	Situação conjugal	( ) casada ( ) relação estável ( ) solteira ( ) divorciada ( ) viúva

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS		
12	Nº de Gestações	
13	Nº de abortos	Total:
		Espontâneos
		Induzidos
14	Nº de partos vaginais anteriores	
15	Nº de cesáreas anteriores	
16	Nº de natimortos anteriores	
17	Nº de neomortos anteriores	

INTERCORRENCIAS NA GESTAÇÃO ATUAL		
18	Intercorrências na gestação atual 1. Sim 2. Não	
		I.T.U.

	Diabetes					
	Cardiopatía					
	Hemorragia no 3º trimestre					
	Infecções com possíveis repercussões fetais					
	Quais infecções:					
	Outras:					
	Hipertensão					
	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
	PA:	PA:	PA:	PA:	PA:	PA:
	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
	PA:	PA:	PA:	PA:	PA:	PA:
19	Idade gestacional em semanas: <span style="float: right;">Pela DUM</span>					
	Pelo US (IG quando US foi feito _____ s _____ d)					
20	Número de consultas pré-natal					
21	Exames realizados no pré-natal					
		Data	Resultado	Data	Resultado	
	ABO - Rh	__/__/__		__/__/__		
	Glicemia de jejum	__/__/__		__/__/__		
	Tolerância glicose	__/__/__		__/__/__		
	Sífilis (TR)	__/__/__		__/__/__		
	VDRL	__/__/__		__/__/__		
	HIV/Anti-HIV (TR)	__/__/__		__/__/__		
	Hepat. B e C (TR)	__/__/__		__/__/__		
	HBsAg	__/__/__		__/__/__		
	Toxoplasmose	__/__/__		__/__/__		
	Hemog./Hematoc.	__/__/__		__/__/__		
	Urina-EAS	__/__/__		__/__/__		
	Urina-cultura	__/__/__		__/__/__		
	Coombs direto	__/__/__		__/__/__		
	Outros:	__/__/__		__/__/__		
	Participação em atividades educativas					
	1. Sim 2. Não					
	(se sim, preencher data e atividade)					
	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
22	Apresentação fetal					
	1. Cefálica					
	2. Pélvica					
	3. Outra: _____					
23	Característica da Bolsa D'agua no momento da admissão					
	1. Integra 2. Rota					
24	Em caso de bolsa rota, qual o tempo entre rotura e admissão					
	Dias					
	Horas					
	Minutos					
25	Característica do líquido amniótico, em caso de bolsa rota					

	1. Claro      2. Mecônio      3. Grumos	
26	Admitida com dilatação >5 cm 1. Sim      2. Não	Quantos cm:

<b>DADOS DA ADMISSÃO E INTERNAÇÃO</b>									
27	Ficha impressa de partograma no prontuário 1. existe e está preenchida completamente 2. existe e está preenchida incompleta 3. existe e não está preenchida 4. não existe								
28	Nº de registros totais no partograma								
29	Nº de registros em prontuário com a avaliação da dilatação								
30	Hora da admissão:								
31	Anotar os registros anotados no prontuário ou partograma								
Reg.	Hora	BCF (bpm)	Metrossíst. em 10'	Dilatação (cm)	Alt. Apres. (De Lee)	Apag. cervical (%)	P.A.	Tº	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
32	Hora do parto								
33	Tipo de parto 1. Vaginal      2. Cesáreo								

<b>Preencher somente para quem teve trabalho de parto:</b>		
34	Detectada asfixia fetal intraparto (sofrimento fetal?) 1. Sim      2. Não	
35	Foi utilizada ocitocina durante o trabalho de parto 1. Indução 2. Aceleração 3. Não foi utilizado	
36	Foi realizada amniotomia (rotura artificial da bolsa?) 1. Sim      2. Não	
37	Qual a dilatação cervical no momento da amniotomia?	
38	Foi realizada cardiocotografia durante todo o trabalho de	

	parto? 1. Sim      2. Não	
<b>Preencher para todos os prontuários</b>		
<b>CARACTERÍSTICAS DO PARTO</b>		
39	Tipo de anestesia usada no parto 1. Bloqueio loco-regional 2. Peridural 3. Raque 4. Geral 5. Nenhuma	
40	Laceração 1. Sim      2. Não Laceração de trajeto (rotura perineal, laceração de bexiga, etc.)	
	Em caso de laceração perineal registrar o grau de laceração Outros: _____	
41	Manobra de Kristeller 1. Sim      2. Não	
42	Presença de mecônio significativo 1. Sim      2. Não (verde escuro ou preto, grosso, tenaz, contendo grumos)	
43	Hemorragia 1. Sim      2. Não	
44	Clampeamento oportuno do cordão umbilical (entre 3 e 5 min.) 1. Sim      2. Não	
45	Desfecho Neonatal Sim      2. Não	
	Desconforto respiratório	
	Asfixia	
	Uso de oxigênio nasal	
	Outros:	
46	Enfermeiro responsável:	
	Participação do médico obstetra: 1. Sim      2. Não	
47	Quem assistiu o parto:	
	Outros profissionais atuantes:	

<b>Preencher somente para parto vaginal</b>		
48	O parto foi 1. Espontâneo      2. Fórceps      3. Vácuo	
49	Duração do período expulsivo em minutos	
50	Força no período expulsivo 1. Puxos dirigidos      2. Puxos espontâneos	
51	Foi realizada episiotomia 1. Sim      2. Não	
52	Enema 1. Sim      2. Não	

53	Tricotomia: 1. Sim 2. Não	
54	Hidratação venosa: 1. Sim 2. Não	
55	Posição no parto vaginal: 1. Litotomia 2. Sentada ou de cócoras 3. Semi-sentada 4. Lateralizada 5. Quatro apoios 6. Outra: _____	
56	Dor referida durante o parto (conforme EVA)	
	Na admissão no CPN:	
	No expulsivo:	

**Práticas Recomendadas pela OMS nos cuidados intraparto**

	Cuidados respeitosos à parturiente	( ) Sim	( ) Não
	Comunicação eficaz entre profissionais da maternidade e parturiente	( ) Sim	( ) Não
	Presença de acompanhante de escolha da parturiente	( ) Sim	( ) Não
	Exame vaginal digital a cada quatro horas	( ) Sim	( ) Não
	Ausculata intermitente da frequência cardíaca fetal	( ) Sim	( ) Não
	Administração de analgesia epidural para gestantes que solicitem alívio da dor	( ) Sim	( ) Não
	Administração de opioides parenterais em parturientes que solicitem alívio da dor	( ) Sim	( ) Não
	Técnicas de relaxamento para mulheres que solicitem alívio da dor durante o parto, de acordo com suas preferências	( ) Sim	( ) Não
	Técnicas manuais, como massagem ou aplicação de calor	( ) Sim	( ) Não
	Ingestão de alimentos e líquidos durante o parto	( ) Sim	( ) Não
	Encorajamento a adoção de mobilidade e posição verticalizada durante o trabalho de parto	( ) Sim	( ) Não
	Encorajamento a mulher adotar a posição de sua escolha para o nascimento de seu bebê, incluindo posições verticais	( ) Sim	( ) Não
	Encorajamento e apoio a mulher a seguir seu próprio desejo de empurrar/ fazer força na fase expulsiva	( ) Sim	( ) Não
	Uso de técnicas para reduzir trauma perineal e facilitar o parto espontâneo	( ) Sim	( ) Não
	Uso de uterotônicos durante a terceira fase do parto	( ) Sim	( ) Não
	<i>Aplicação de tração controlada do cordão umbilical (CCT)</i>	( ) Sim	( ) Não
	<b>Práticas recomendadas nos cuidados do RN</b>		
	Contato pele a pele (SSC) do RN com a mãe	( ) Sim	( ) Não
	Bebê colocado no peito da mãe o mais brevemente possível	( ) Sim	( ) Não
	Administração de 1 mg de vitamina K no RN após o contato pele a pele	( ) Sim	( ) Não

	Não submissão do RN a banho antes de 6 horas do nascimento e uso de roupas apropriadas do bebê para a temperatura ambiente	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Aplicação de nitrato de prata nos olhos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

## APÊNDICE 2 – REGISTRO DE RECURSOS NÃO FARMACOLÓGICOS UTILIZADOS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO

Recursos não farmacológicos utilizados na assistência ao trabalho de parto e parto																		
Recurso	De 4 a 6 cm						De 6 a 8 cm						De 9 a 10 cm					
	0-5'	5-10'	10-30'	30-45'	45-60'	+ 60'	0-5'	5-10'	10-30'	30-45'	45-60'	+ 60'	0-5'	5-10'	10-30'	30-45'	45-60'	+ 60'
Agachamento																		
Aromaterapia																		
Qual aroma:																		
Balanço no Cavalinho																		
Banho morno																		
Banho de imersão																		
Deambulação																		
Escalda pés																		
Massagem cervical																		
Massagem dorsal																		
Massagem em baixo-ventre																		
Massagem lombossacra																		
Mobilizações pélvicas em 4 apoios																		
Mobilizações pélvicas em pé																		
Mobilizações pélvicas na bola Suíça																		
Musicoterapia																		
Penumbra																		
Presença de acompanhante																		
Respirações calmas																		
Respirações profundas																		
Respirações rápidas																		

Recursos não farmacológicos utilizados na assistência ao período expulsivo														
Recurso	0-5'	5-10'	10-30'	30-45'	45-60'	+ 60'	Posição	0-5'	5-10'	10-30'	30-45'	45-60'	+ 60'	
	Agachamento								Posição semi-sentada					
Aromaterapia							Banqueta							
Balanço no Cavalinho							Cócoras							
Banho morno							Decúbito lateral							
Deambulação							De joelhos							
Escalda pés							Quatro apoios							
Massagem cervical							Decúbito dorsal							
Massagem dorsal							Cócoras sustentado							

Massagem em baixo-ventre							Genu-peitoral						
Massagem lombossacra							Força expulsiva	Apenas uma vez	< metade dos puxos	> metade dos puxos	Quase todos os puxos		
Mobilizações pélvicas em 4 apoios							Puxos dirigidos						
Mobilizações pélvicas em pé							Puxos espontâneos						
Mobilizações pélvicas na bola Suíça							Manobra de Valsalva						
Musicoterapia							Puxos com glote aberta						
Penumbra													
Presença de acompanhante													
Respirações calmas													
Respirações profundas													
Respirações rápidas													



### APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Thais Blaya Leite Gregolis, doutoranda pela Universidade Federal do Acre (UFAC), estou realizando um estudo intitulado **Práticas obstétricas e progressão de parto em um Centro de Parto Normal do município de Rio Branco - Acre**, sob orientação das Doutoradas Andréa Ramos da Silva Bessa, Sabrina da Silva Santos e Ilce Ferreira da Silva, com o objetivo de analisar as práticas obstétricas adotadas e a progressão do parto em um Centro de Parto Normal (CPN) no município de Rio Branco – Acre. Esta pesquisa é importante pois pretende proporcionar melhor compreensão das técnicas utilizadas durante o processo do parto e da possível influência no desenvolvimento do mesmo, podendo subsidiar hipóteses que possam tornar o processo de parturição mais agradável e seguro, além de aumentar a probabilidade de ocorrência do parto normal da forma mais humanizada possível.

a) A população alvo é constituída por mulheres em trabalho de parto, denominadas parturientes, com idade superior a 18 anos, que tenham sido admitidas no CPN (Centro de Parto Normal) do Hospital Santa Juliana (HSJ) para a realização do parto normal. Os procedimentos metodológicos de coleta de dados, mediante aceitação por parte das pacientes através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e eliminação dos critérios de exclusão, se iniciarão com a coleta de dados do prontuário da participante e o Cartão da gestante compondo o Registro de dados pessoais, ginecológicos e obstétricos de parturientes admitidas para parto normal, seguida de observação de todo o processo do parto e o preenchimento do Registro de recursos não farmacológicos utilizados na assistência ao trabalho de parto e parto e do Inventário de Ansiedade-Estado (versão curta), que consistem na coleta de dados pessoais, do levantamento dos recursos adotados durante o processo do parto e do estado de ansiedade, respectivamente.

b) Trata-se de uma pesquisa para elaboração de Tese de doutorado para a obtenção de título de doutora em saúde coletiva, realizada pela doutoranda Thais Blaya Leite Gregolis e orientação da Doutora Andréa Ramos da Silva Bessa, Doutora Sabrina da Silva Santos e Doutora Ilce Ferreira da Silva, para realizá-la, é necessária sua contribuição. Neste sentido, convidamos a Sr.<sup>a</sup>, a participar da referida pesquisa.

c) A sua participação na pesquisa consiste em permitir o acesso aos dados de seu prontuário e o acompanhamento de seu processo de parto por um pesquisador, que realizará registros sobre o que foi realizado nesse processo. Bem como informar se aceita ser contatada em momento futuro.

d) Por tratar-se de um estudo epidemiológico que utiliza a aplicação de questionários, pode haver desconfortos ao responder determinados questionamentos, no que se refere à sua vida pessoal e intimidade. Além disso, a pesquisa incluirá a observação da mulher, o que pode gerar desconforto e constrangimento. Existe, ainda, risco, em mínima intensidade, em relação a improvável quebra na confidencialidade dos dados e anonimato das participantes, durante a coleta dos dados dos prontuários clínicos. Pode ocorrer dano aos Direitos de Personalidade, através de exposição indevida do nome e/ou imagem, o que possibilita agredir a intimidade, a vida privada e/ou a imagem da participante da pesquisa. Considera-se ainda, a possível má interpretação da EVA, como risco a pesquisa, no entanto a mesma não reflete em prejuízo algum à participante. Tal situação pode ocorrer devido a subjetividade inerente à percepção da dor e da possível imprecisão da escala.

e) Para reduzir ou excluir tais riscos serão adotadas as seguintes medidas: a participante não será identificada ao se publicar os dados da pesquisa ; somente responderá aos instrumentos se concordar em fazer parte do estudo; a coleta das informações será realizada em local reservado, na sala de Parto e Pós-parto. Será garantida à participante a possibilidade de não responder quaisquer questões que lhe causem constrangimento ou que considere invasiva a sua intimidade/privacidade, sem prejuízo para a sua participação na pesquisa e no atendimento na unidade de saúde.

O pesquisador integrará voluntariamente a equipe de saúde atuante na sala de parto, onde realizará a observação do trabalho de parto e parto, visando reduzir o constrangimento e desconforto que possa gerar com sua presença.

f) Os pesquisadores assumem o compromisso de manter o mais amplo, absoluto e irrestrito sigilo sobre a identificação das participantes, durante e após o término da pesquisa. Dessa forma, a identidade pessoal de todas as participantes será excluída de todos e quaisquer produtos da pesquisa para fins de publicação científica.

g) Visando reduzir os efeitos de má interpretação dos dados obtidos através da aplicação da EVA, a dor será mensurada em momento anterior à avaliação ginecológica. Também, os dados referentes a dor serão coletados em dois momentos distintos do parto, permitindo a observação de possíveis mudanças na percepção da dor para a mesma participante.

h) A participante da pesquisa receberá a assistência necessária e indicada para o seu trabalho de parto e parto, da mesma forma que outras parturientes não participantes, conforme decisões da equipe de saúde do hospital, por ser um estudo observacional a assistência não sofrerá interferências da equipe de pesquisa. A participante poderá procurar a pesquisadora responsável para obter informações referentes aos resultados da pesquisa, bem como receber orientações educativas sobre o processo de parto, mesmo após encerramento e/ou interrupção do estudo ou de sua participação no estudo.

i) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: incremento do conhecimento acerca dos procedimentos realizados durante o trabalho de parto e parto, avanço do conhecimento científico relativo as consequências acerca da aplicação de determinados procedimentos durante a evolução do processo de parturição para o parto e conceito, bem como avanço do conhecimento científico sobre a temática em abordada. A instituição de saúde envolvida receberá cópia do relatório final da pesquisa e, de posse destas informações, poderá organizar suas ações de atenção à saúde, direcionadas às necessidades desta clientela específica em seu atendimento durante o processo do parto e ainda poderão implementar ações voltadas para a capacitação dos profissionais de saúde que realizam assistência em sala de parto, para uma melhor abordagem dessa problemática.

j) A pesquisadora Thais Blaya Leite Gregolis (Fisioterapeuta e Doutoranda, telefone: (068) 99998-7778, e-mail: [thaisgregolis@hotmail.com](mailto:thaisgregolis@hotmail.com)), responsável por este estudo poderá ser contatada para esclarecer eventuais dúvidas que a Sra. possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Bem como, qualquer dúvida poderá ser esclarecida também pelo **Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre (CEP-UFAC)** no endereço: BR 364, Km 04, Distrito Industrial, CEP 69920-900, **Prédio da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PROPEG), Sala 26**, Rio Branco/AC, telefone: (68) 3901-2711, e-mails: [cepufac@hotmail.com](mailto:cepufac@hotmail.com) e [cep-ufac@ufac.br](mailto:cep-ufac@ufac.br).

k) A sua participação neste estudo é voluntária, assim a Sra. Pode recusar-se a fazer parte da mesma, e caso aceite, poderá desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou penalização, e solicitar que lhe devolvam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado, retirando seu consentimento.

l) Será garantido o ressarcimento de possíveis despesas que essa pesquisa possa gerar por sua participação ou em decorrência da mesma, as quais serão cobertas em sua totalidade no caso de confirmação de despesa gerada pela pesquisa ou em decorrência da mesma.

m) No caso de eventuais danos sofridos em decorrência da participação nesse estudo, a participante terá direito à indenização proporcional aos mesmos.

n) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas como as orientadoras desta pesquisa. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, **para que seja preservada sua identidade e mantida a confidencialidade dos dados coletados.**

o) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação você não receberá qualquer valor em dinheiro, nem qualquer outro tipo de compensação.

p) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

q) Fica assegurada uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido à Sra., participante da pesquisa, sendo este documento assinado, em todas as páginas, pelo pesquisador responsável e pela participante da pesquisa.

r) Declaramos que serão cumpridas todas as exigências contidas no item IV.3 da Resolução 466/12.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo intitulado: **Práticas obstétricas e progressão de parto em um Centro de Parto Normal do município de Rio Branco - Acre**, do qual concordei em participar de livre e espontânea vontade. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem ter que justificar minha decisão e nem sofrer quaisquer tipos de

coação ou punição. Tenho conhecimento de que não terei nenhum custo e nem serei remunerada pela minha participação e que não serei identificada nas publicações dos resultados da pesquisa.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo, consinto com o acesso aos dados do meu prontuário e assino abaixo e nas outras 4 páginas deste TCLE como prova do meu Consentimento Livre e Esclarecido em participar da pesquisa.



\_\_\_\_\_  
(Assinatura do participante da pesquisa ou responsável legal)

\_\_\_\_\_  
Thais Blaya Leite Gregolis  
Pesquisadora Responsável

\_\_\_\_\_  
Pesquisador

Rio Branco – AC, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.


**ANEXO 1 – ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)**

**ANEXO 2 – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE-ESTADO (VERSÃO CURTA)**

1. Sinto-me cômodo (estou confortável)
2. Sinto-me angustiado
3. Sinto-me confortável
4. Sinto-me nervoso
5. Estou preocupado
6. Neste momento me sinto bem

Validada por Perpiñá-Galvañ *et al.*, 2011.

## ANEXO 3 – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL (HOSPITAL SANTA JULIANA)



**HOSPITAL SANTA JULIANA**  
OBRAS SOCIAIS - DIOCESE DE RIO BRANCO

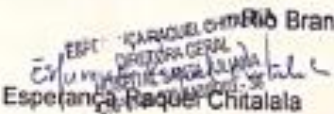
**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

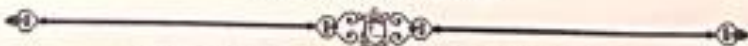
Eu, Esperança Raquel Chitalala, Diretora Geral do Hospital Santa Juliana, RG Nº V-174892-R, CPF Nº 225.772.278-76, AUTORIZO Thais Blaya Leite Gregolis, RG 24930603-7 (SSP-SP), CPF 261497998-83, doutoranda no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre, matrícula institucional 20183030006, Andréa Ramos da Silva Bessa, RG 293951 (SSP-AC), CPF 697594132-72, Professora Adjunto IV, Universidade Federal do Acre, matrícula 2476169 e Sabrina da Silva Santos, RG 11885412-8, CPF 091221607-79, pesquisadora em Saúde Pública, FIOCRUZ, matrícula SIAPE: 2182480 e, a realizarem coleta de dados em prontuários, observação e aplicação de instrumentos de pesquisa (questionários), com as parturientes do atendidas Centro de Parto Normal, para a realização do Projeto de Pesquisa Práticas obstétricas e progressão de parto em um Centro de Parto Normal do município de Rio Branco – Acre, que tem por objetivo primário analisar as práticas obstétricas adotadas e a progressão do parto em um Centro de Parto Normal (CPN) no município de Rio Branco – Acre.

Os pesquisadores acima qualificados se comprometem a:

- 1- Iniciarem a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
- 2- Obedecerem às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
- 3- Assegurarem a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

Rio Branco, 20 de fevereiro de 2020.

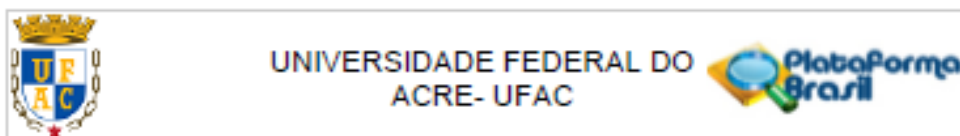
  
 Esperança Raquel Chitalala  
 Diretora Geral  
 Hospital Santa Juliana



Rua Alvorada, 506, Bosque – CEP 69.500-631 – Rio Branco – AC  
Tel.: (68) 3212-4700 / Fax: (68) 3212-4736



## ANEXO 4 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Práticas obstétricas e progressão de parto em um Centro de Parto Normal do município de Rio Branco - Acre

**Pesquisador:** THAIS BLAYA LEITE GREGOLIS

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 34999020.1.0000.5010

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Acre- UFAC

**Patrocinador Principal:** Universidade Federal do Acre- UFAC

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.353.987

#### **Apresentação do Projeto:**

Esta é a segunda versão do Projeto de doutorado de Thais Blaya Leite Gregolis (pesquisadora responsável), sob orientação da Profa. Dra. Andréia Ramos da Silva Bessa (UFAC) e Profa. Dra. Sabrina da Silva Santos (FIOCRUZ), do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre com o objetivo geral/primário de "Analisar as práticas obstétricas adotadas e a progressão do parto em um Centro de Parto Normal (CPN) no município de Rio Branco – Acre." Trata-se de um protocolo avaliado com indicação de pendências, conforme constam no Parecer Consubstanciado nº. 4.206.342. Adicionalmente informa-se que a pesquisadora não apresentou carta resposta ao CEP informando o atendimento às solicitações constantes em parecer substanciado.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

##### **Objetivo Primário:**

"Analisar as práticas obstétricas adotadas e a progressão do parto em um Centro de Parto Normal (CPN) no município de Rio Branco – Acre".

##### **Objetivo(s) Secundário(s):**

(1)"Caracterizar as parturientes do estudo conforme dados sociodemográficos, econômicos, história ginecológica e reprodutiva, condições de saúde e acompanhamento de pré-natal, características obstétricas, maternas e neonatais;"

<b>Endereço:</b> "Campus Universitário" Rector Aúlio G. A de Souza", Bloco da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, sala 28		
<b>Bairro:</b> BR384 Km04 Distrito Industrial		<b>CEP:</b> 69.015-900
<b>UF:</b> AC	<b>Município:</b> RIO BRANCO	
<b>Telefone:</b> (68)3001-2711	<b>Fax:</b> (68)3229-1248	<b>E-mail:</b> cepufac@hotmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ACRE- UFAC



Continuação do Parecer: 4.353.907

- (2)\*Descrever as práticas obstétricas adotadas em um Centro de Parto Normal (CPN) conforme as recomendações da OMS;\*
- (3)\*Avaliar a intensidade da dor relatada pelas parturientes durante as fases do trabalho de parto;\*
- (4)\*Avaliar os padrões de ansiedade apresentada pelas parturientes durante as fases do trabalho de parto;\*
- (5)\*Relacionar as práticas obstétricas adotadas em um Centro de Parto Normal (CPN) com a progressão do trabalho de parto;\*
- (6)\*Associar as práticas obstétricas adotadas em um Centro de Parto Normal (CPN) com o tempo de evolução do trabalho de parto e parto, dor e ansiedade referidas.\*

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### **Riscos:**

Avaliou-se que os riscos não foram dimensionados em sua totalidade e, conseqüentemente, as providências e cautelas não eram suficientes para mitigar os riscos. Por este motivo, solicitou-se que os riscos, providências e cautelas, após revisados, fossem apresentados igualmente nas duas versões do projeto e no TCLE. Na versão atual (no PD e nas IBP) os riscos, providências e cautelas foram assim dimensionados:

\*Conforme a resolução CNS nº 466/12, toda pesquisa científica envolvendo seres humanos inclui riscos em alguma gradação. Por tratar-se de um estudo epidemiológico que utiliza a aplicação de questionários, pode haver algum tipo de risco, de intensidade mínima, no aspecto psicossocial, já que podem ocorrer desconfortos ao responder determinados questionamentos. Tal desconforto pode ser um constrangimento que a participante está sujeita ao responder determinadas questões relacionadas à sua vida pessoal e à sua intimidade. Além disso, a pesquisa incluirá a observação da mulher, o que pode gerar desconforto e constrangimento.

Existe, ainda, a possibilidade de um risco, em mínima intensidade, em relação a Improvável quebra na confidencialidade dos dados e anonimato das participantes, durante a coleta dos dados dos prontuários clínicos. Pode ocorrer dano aos Direitos de Personalidade, através de exposição indevida do nome e/ou imagem, o que possibilita agredir a intimidade, a vida privada e/ou a imagem da participante da pesquisa. Considera-se ainda, a possível má interpretação da EVA, como risco a pesquisa, no entanto a mesma não reflete em prejuízo algum à participante. Tal situação pode ocorrer devido a

Endereço: "Campus Universitário" - Reitor Aúlio G. A. de Souza", Bloco da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, sala 28  
Bairro: BR384 Km04 Distrito Industrial CEP: 69.915-900  
UF: AC Município: RIO BRANCO  
Telefone: (68)3901-2711 Fax: (68)3229-1246 E-mail: cepufac@hotmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ACRE- UFAC



Continuação do Parecer: 4.353.957

subjetividade inerente à percepção da dor e da possível imprecisão da escala. Ressalta-se que a EVA é um instrumento amplamente utilizado na mensuração da dor, por ser de simples aplicação e ser adaptável ao paciente. Incluindo-se ainda a linearidade em relação à graduação da dor, que pode ser graduada com o assinalar de um valor numérico, o que possibilita a comparação da percepção da dor em momentos distintos.

Para reduzir ou excluir tais riscos serão adotadas as seguintes medidas: a participante não será identificada ao responder o instrumento de coleta de dados; somente responderá aos instrumentos se concordar em fazer parte do estudo; a coleta das informações será realizada em local reservado, na sala de Parto e Pós-parto. Será garantida à participante a possibilidade de não responder quaisquer questões que lhe causem constrangimento ou que considere invasiva a sua intimidade/privacidade, sem prejuízo para a sua participação na pesquisa e no atendimento na unidade de saúde.

O pesquisador integrará voluntariamente a equipe de saúde atuante na sala de parto, onde realizará a observação do trabalho de parto e parto, visando reduzir o constrangimento e desconforto que possa gerar com sua presença.

Os pesquisadores assumem o compromisso de manter o mais amplo, absoluto e irrestrito sigilo sobre a identificação das participantes, durante e após o término da pesquisa. Dessa forma, a identidade pessoal de todas as participantes será excluída de todos e quaisquer produtos da pesquisa para fins de publicação científica.

Visando mitigar os efeitos de má interpretação dos dados obtidos através da aplicação da EVA, a dor será mensurada em momento anterior à avaliação ginecológica, sendo a escala apresentada à paciente antes do estresse e dor que o exame pode gerar. Também, os dados referentes a dor serão coletados em dois momentos distintos do parto, permitindo a observação de possíveis mudanças na percepção da dor para a mesma participante.\*

Avalia-se que os riscos foram dimensionados adequadamente e que as providências e cautelas são adequadas para mitigar os riscos explicitados.

Situação: pendência atendida.

#### Benefícios:

Os benefícios apresentados, exclusivamente indiretos, foram avaliados como adequados de acordo com a Resolução CNS 466/2012. Entretanto, foi solicitado que a informação descrita sobre os benefícios constasse igualmente nas duas versões do projeto (PD e IBP) e que também fossem

Endereço: "Campus Universitário" Rector Aulo G. A de Souza", Bloco de Pró-Reitoria de Pós-Graduação, sala 28  
Bairro: BR364 Km04 Distrito Industrial CEP: 69.015-000  
UF: AC Município: RIO BRANCO  
Telefone: (68)3601-2711 Fax: (68)3229-1248 E-mail: cepufac@hotmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ACRE- UFAC



Continuação do Parecer: 4.353.987

Inseridas no TCLE. Observou-se que a pesquisadora cumpriu com as solicitações.

Situação: pendência atendida.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Conforme consta na Apresentação, trata-se de um Protocolo que retorna ao CEP para nova avaliação, levando em conta as pendências indicadas no Parecer Consubstanciado nº. 4.206.342, a seguir apresentadas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

**1. Projeto de pesquisa**

**1.1 Equipe de pesquisa:** Foi solicitado a inserção das orientadoras como pesquisadoras assistentes na Plataforma Brasil e nos documentos de apresentação obrigatória, como a "Declaração do uso dos dados e Informações para fins previstos no projeto", "Declaração de que a coleta de dados não foi iniciada" e "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido". Observou-se o cumprimento destas solicitações.

Situação: pendência atendida.

**1.2 Problema e hipótese da pesquisa:** Solicitou-se revisar a hipótese apresentada para que ela fosse capaz de responder, em sua totalidade, ao problema de pesquisa. A hipótese foi revisada e apresentada igualmente, no PD e nas IBP, da seguinte forma:

"A adoção de condutas recomendadas pela OMS durante a assistência ao trabalho de parto favorece o parto normal, contribuindo com a redução do tempo de evolução do processo de parturição, diminuição da ansiedade da mulher e aliviando a dor ao longo do trabalho de parto."

Avalia-se que esta hipótese é capaz de responder ao problema de pesquisa. Ademais, a pesquisadora atentou-se para a recomendação de inserir, ao final da Introdução nas IBP, o problema de pesquisa que antes constava somente no PD.

Situação: pendência atendida.

**1.3 Desfechos da pesquisa:** Solicitou-se revisar os desfechos (primário e secundários) de modo que as frases fossem iniciadas com substantivos que indicassem "ato ou efeito" dos resultados esperados ao final da pesquisa. Desta forma, a pesquisadora apresentou os desfechos da seguinte forma:

Endereço: "Campus Universitário" Rector Aúlio G. A. de Souza", Bloco da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, sala 26  
Bairro: BR364 Km04 Distrito Industrial CEP: 69.015-900  
UF: AC Município: RIO BRANCO  
Telefone: (68)3901-2711 Fax: (68)3229-1248 E-mail: cepufac@hotmail.com





UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ACRE- UFAC



Continuação do Parecer: 4.353.987

#### Desfecho primário

"Verificação da associação de práticas utilizadas no trabalho de parto com o tempo de duração do trabalho de parto (registrado em cm/hora a partir da a admissão até o nascimento)."

#### Desfechos secundários

"Análise das práticas obstétricas adotadas de forma rotineira, possibilitando associar as práticas utilizadas no trabalho de parto com o tempo de evolução do processo de parturição.

Associação das práticas obstétricas com os níveis de ansiedade e dor referidos pelas parturientes.

Compreensão dos efeitos das práticas obstétricas adotadas no Centro de Parto Normal (CPN) sobre o tempo de evolução do parto.

Verificação se as atitudes estudadas interferiram nos níveis de ansiedade e na intensidade da dor.

Identificação da adequação das práticas obstétricas, adotadas na assistência ao parto normal, às recomendações padronizadas."

Observou-se o cumprimento das solicitações.

Situação: pendência atendida.

1.4 Orçamento financeiro: Foi solicitado que constasse a informação de quem seria a responsabilidade pelo custeio do financiamento da pesquisa. A pesquisadora apresentou a seguinte informação:

"A UFAC é patrocinadora principal do projeto, financiando materiais como a infraestrutura. Os itens listados no orçamento serão custeados pela pesquisadora principal".

Observa-se o cumprimento da solicitação.

Situação: pendência atendida.

2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Foi solicitado revisar o TCLE e apresentá-lo novamente, em papel timbrado da instituição proponente, atendendo aos critérios que não foram contemplados anteriormente (de acordo com a Resolução CNS nº466/2012 Item IV.3 alíneas "c", "d", "g" e "h" e Item IV.5.a). Foi submetido à Plataforma Brasil um novo TCLE, em forma de convite, e em papel timbrado da instituição proponente contemplando os seguintes itens das Resolução CNS Nº 466/2012: objetivos, justificativas, procedimentos que serão utilizados, equipe de pesquisa, métodos a serem utilizados, explicitação dos possíveis desconfortos e riscos, garantia de manutenção do sigilo e da privacidade das participantes da pesquisa durante toda a fase da pesquisa, garantia de que a participante receberá uma via do TCLE, cuja pesquisadora responsável

Endereço: "Campus Universitário" - Rector Aúlio G. A de Souza", Bloco da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, sala 26  
 Bairro: BR364 Km04 Distrito Industrial CEP: 69.915-000  
 UF: AC Município: RIO BRANCO  
 Telefone: (68)3901-2711 Fax: (68)3229-1246 E-mail: cepufac@hotmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ACRE- UFAC



Continuação do Parecer: 4.353.987

Informa que estará rubricado em todas as suas páginas. Foi contemplado, ainda, esclarecimento sobre a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito as participantes da pesquisa, inclusive considerando benefícios e acompanhamentos posteriores ao encerramento e/ou a interrupção da pesquisa, plena liberdade da participante recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma, explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelas participantes da pesquisa e dela decorrentes, explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa e declaração da pesquisadora responsável que expressa o cumprimento das exigências contidas nos Itens IV.3 da Resolução CNS Nº 466/2012.

Situação: pendência atendida.

3. Declaração do Pesquisador Responsável de que a coleta de dados não foi iniciada: Solicitou-se anexar "Declaração de Não Início de Pesquisa Para Projeto de Pesquisa Desenvolvido por Equipe de Pesquisadores" datada e assinada por todos os membros da equipe. Foi apresentada declaração, datada em 10 de junho de 2020 e submetida em 09 de setembro, assinada por todas as pesquisadoras afirmando que a coleta de dados não foi iniciada e que somente após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal do Acre (CEP-UFAC), os dados serão coletados.

Situação: pendência atendida.

4. Declaração do uso dos dados e informações coletadas para os fins exclusivos previstos no projeto de pesquisa: Solicitou-se anexar "Declaração do Uso dos Dados e Informações Coletadas para os Fins Exclusivos Previstos no Projeto de Pesquisa" datada e assinada por todos os membros da equipe. Foi apresentada declaração, datada em 10 de junho de 2020 e submetida em 09 de setembro, assinada por todas as pesquisadoras declarando que "os dados e as informações coletadas serão utilizadas apenas para fins previstos no Projeto de Pesquisa Práticas obstétricas e progressão de parto em um Centro de Parto Normal do município de Rio Branco – Acre e no Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido, conforme estabelece a Resolução CNS Nº 466/2012, III, q;IV.7."

Situação: pendência atendida.

5. Termo de Autorização para Acesso e Uso de Prontuário Clínico emitido pelo paciente: Tendo em vista que os dados serão coletados, inicialmente, por meio da manipulação de prontuários clínicos

Endereço: "Campus Universitário"Reitor Aúlio G. A de Souza", Bloco da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, sala 26  
Bairro: BR364 Km04 Distrito Industrial CEP: 69.915-900  
UF: AC Município: RIO BRANCO  
Telefone: (68)3601-2711 Fax: (68)3229-1248 E-mail: cepufac@hotmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ACRE- UFAC



Continuação do Parecer: 4.353.967

das participantes, foi solicitado a apresentação deste termo ou a inserção desta autorização no TCLE. As pesquisadoras apresentaram, no TCLE, a seguinte informação:

"Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo, consinto com o acesso aos dados do meu prontuário e assino abaixo e nas outras 4 páginas deste TCLE como prova do meu Consentimento Livre e Esclarecido em participar da pesquisa."

Observa-se o cumprimento da solicitação.

Situação: pendência atendida.

6. Termo de Anuência da Comunidade Indígena ou justificativa para a não apresentação da Anuência: Solicitou-se apresentar o Termo de Anuência da Comunidade Indígena ou acrescentar um critério de exclusão com a finalidade de excluir participantes indígenas do estudo para atender as exigências das normas. O termo não foi apresentado. Porém, a pesquisadora informou no PD e nas IBP o seguinte critério de exclusão:

"Serão excluídas parturientes com dificuldades ou impedimento de comunicação por transtornos e/ou deficiências mentais, indígenas e mulheres que tiverem seu bebê em outro local, por motivo de transferência para outro hospital ou outro motivo."

Situação: pendência atendida.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que no Protocolo de Pesquisa constam todos os Termos de Apresentação Obrigatória, os quais estão elaborados e/ou preenchidos adequadamente, atendendo as exigências estabelecidas na Resolução CNS Nº 466/2012, conclui-se pela emissão de Parecer favorável à realização da Pesquisa.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP-UFAC informa que:

1- Esta pesquisa não poderá ser descontinuada pelo pesquisador responsável, sem justificativa previamente aceita pelo CEP, sob pena de ser considerada antiética, conforme estabelece a Resolução CNS Nº466/2012, X.3- 4.

2- Em conformidade com as diretrizes estabelecidas a Resolução CNS Nº 466/2012, XI.2, d; o pesquisador responsável deve apresentar relatórios parcial e final ao CEP. O Relatório parcial deve

Endereço: "Campus Universitário" - Rector Aúlio G. A. de Souza", Bloco da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, sala 26  
Bairro: BR364 Km04 Distrito Industrial CEP: 69.915-900  
UF: AC Município: RIO BRANCO  
Telefone: (68)3901-2711 Fax: (68)3229-1248 E-mail: cepufac@hotmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ACRE- UFAC



Continuação do Parecer: 4.353.987

ser apresentado após coleta de dados, "demonstrando fatos relevantes e resultados parciais de seu desenvolvimento" (Resolução CNS Nº 466/2012, II.20) e o Relatório Final deverá ser apresentado "após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados" (RESOLUÇÃO CNS Nº 466/2012, II.19).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1490861.pdf	09/09/2020 21:43:32		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmpapeltimbrado.doc	09/09/2020 21:38:55	THAIS BLAYA LEITE GREGOLIS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAODOUSODOSDADOSASS.pdf	09/09/2020 21:33:52	THAIS BLAYA LEITE GREGOLIS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAOCOLETADEDADOSASS.pdf	09/09/2020 21:33:36	THAIS BLAYA LEITE GREGOLIS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PD_PROJETO_DOUTORADO.docx	09/09/2020 21:27:19	THAIS BLAYA LEITE GREGOLIS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_atualizada_assinada.pdf	06/07/2020 10:47:54	THAIS BLAYA LEITE GREGOLIS	Aceito
Outros	PendenciaDocumental_Thais.pdf	20/06/2020 12:30:05	CAETANO ELIAS DOS SANTOS NETO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_Institucional_HSJ.pdf	11/06/2020 20:56:49	THAIS BLAYA LEITE GREGOLIS	Aceito
Outros	INSTRUMENTOS_DO_PROJETO.docx	11/06/2020 20:50:45	THAIS BLAYA LEITE GREGOLIS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: "Campus Universitário" Rector Aúlio G. A de Souza", Bloco da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, sala 26  
 Bairro: BR384 Km04 Distrito Industrial CEP: 69.915-900  
 UF: AC Município: RIO BRANCO  
 Telefone: (68)3901-2711 Fax: (68)3229-1248 E-mail: cepufac@hotmail.com





UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ACRE- UFAC



Continuação do Parecer: 4.353.907

RIO BRANCO, 22 de Outubro de 2020

---

Assinado por:  
JOÃO LIMA  
(Coordenador(a))

Endereço: "Campus Universitário" Rector Áulo G. A de Souza", Bloco da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, sala 28  
Bairro: BR364 Km04 Distrito Industrial CEP: 69.015-000  
UF: AC Município: RIO BRANCO  
Telefone: (68)3601-2711 Fax: (68)3229-1248 E-mail: cepufac@hotmail.com