



FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E SAÚDE NA AMAZÔNIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO E SAÚDE

ALESSANDRA DO ROSÁRIO BRITO

MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA O CONTROLE DA DOR
NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO QUE MAIS ATENDEM AS
NECESSIDADES DAS PARTURIENTES

BELÉM-PA

2019

Alessandra do Rosário Brito

**MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA O CONTROLE DA DOR
NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO QUE MAIS ATENDEM AS
NECESSIDADES DAS PARTURIENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Saúde na Amazônia – Mestrado Profissional, como requisito para obtenção do título de mestre em Gestão e Saúde sob orientação do Profa. Dra. Márcia Maria Bragança Lopes

Linha de Pesquisa: Gestão e Planejamento em Saúde

**BELÉM – PA
2019**

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP) –
Biblioteca da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará
Bibliotecária: Luciane Obando CRB2-1105**

B862m Brito, Alessandra do Rosário.

Métodos não farmacológicos para o controle da dor no processo de parturição que mais atendem as necessidades das parturientes / Alessandra do Rosário Brito; orientadora, Dra. Márcia Maria Bragança Lopes. – Belém, Pa, 2019.

66f.

Dissertação (Mestrado) – Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Programa de Pós-graduação em Gestão e Saúde na Amazônia. Mestrado Profissional, Mestrado em Gestão e Saúde.

1. Humanização do parto . 2. Obstetrícia 3. Enfermagem - Obstetrícia. 4. Política pública em saúde. I. Lopes, Márcia Maria Bragança. II.Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. III.Título.

CDD: 21. ed.618.2

ALESSANDRA DO ROSÁRIO BRITO

Métodos não Farmacológicos para o Controle da dor no Processo de Parturição que mais Atendem as Necessidades das Parturiente

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM GESTÃO E SAÚDE

Aprovada em 22/01/2019, atendendo às normas da legislação vigente do Programa de Pós-Graduação em Gestão e Saúde na Amazônia do Curso de Mestrado Profissional em Gestão e Serviços em Saúde/FSCMP.

Área de Concentração: Saúde e Biológicas - Linha de Pesquisa: Gestão e Planejamento em Saúde

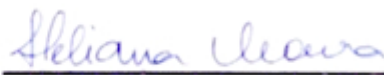


Prof. Dr. Silvestre Savino Neto
Coordenador do Mestrado Profissional/FSCMP

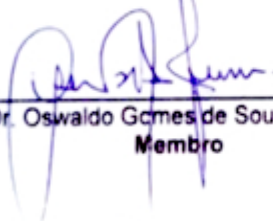
Banca Examinadora:



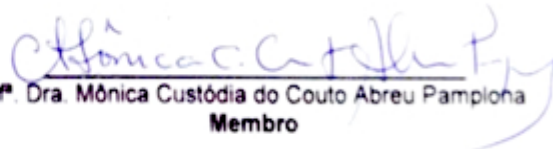
Prof. Dra. Márcia Maria Bragança Lopes
Orientadora



Prof. Dra. Heliana Helena de Moura Nunes
Membro



Prof. Dr. Oswaldo Gomes de Souza Júnior
Membro



Prof. Dra. Mônica Custódia do Couto Abreu Pamplona
Membro



Prof. Dra. Vera Lúcia de Azevedo Lima
Membro

Prof. Dra. Xaene Maria Fernandes Duarte Mendonça
Suplente

Belém/2019

AGRADECIMENTO

Agradeço à divindade por todas as bênçãos e vitórias conquistadas, assim como pelos desafios, que foram árduos, porém vencidos.

À minha família que sempre, de algum modo, me entusiasma a buscar o melhor de mim.

Ao meu marido com amor, que sempre me segurava quando minhas pernas fraquejavam e nunca deixou que eu desistisse.

A minha orientadora, Dra. Márcia Maria B. Lopes, que me acompanhou na graduação e agora no mestrado, com muita paciência e compreensão a tudo que fugia de nossa autonomia.

Aos meus amigos de turma por mostrarem resiliência quando a maioria de nós pensava em desistir. Superamos todos os obstáculos juntos, um segurando a mão do outro, para que ninguém ficasse para trás.

À Banca avaliadora pelas contribuições, que fizeram deste sonho uma realidade.

Muito obrigada!

RESUMO

Os métodos não farmacológicos para o controle da dor no processo de parturição vêm ganhando visibilidade quando se aborda a assistência humanizada ao parto, pois não causa danos ao binômio mãe-RN com procedimentos desnecessários e invasivos, desde que usados de forma adequada e sob orientação da equipe. A educação em saúde é um dos principais meios de empoderamento às mulheres sobre como ter o seu parto seguro, tranquilo e da forma escolhida, quando não há contraindicações, sendo fundamental para promover transformações sociais necessárias para a qualidade de vida e o bem-estar mais democrático das comunidades. Desse modo esta pesquisa objetivou conhecer os métodos não farmacológicos que mais atenderam as necessidades de um grupo de mulheres em puerpério imediato no controle da dor durante seu processo de parturição e com seus resultados a criação de um protótipo de cartilha educativa voltada para esse público. Foi realizada uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa, através de entrevistas focadas orientada por Yin (2016) com 11 puérperas internadas nos alojamentos conjuntos da Fundação Santa casa de misericórdia do Pará, no mês de dezembro de 2018, gerando com isso, informações para subsidiar a construção do produto. Os resultados analisados tiveram como base a teoria fundamentada de Strauss e Corbin (2008), portanto divididos em codificação aberta e axial, o que gerou 5 categorias e 20 subcategorias. Tendo como resultado o reconhecimento da deambulação, da bola suíça e do cavalinho como métodos que satisfizeram as necessidades do grupo estudado, o que gerou a construção de um protótipo de cartilha para posterior validação. As puérperas ressaltaram a necessidade de se abordar com maior frequência os MNFCDP, pois a grande maioria não os conhecia e nem sabia que eles estavam disponíveis para uso na Instituição, fato que reafirma a necessidade das práticas educativas em saúde.

Palavras-chave: Parto humanizado; Enfermagem obstétrica; Métodos não farmacológicos para a dor, educação em saúde.

ABSTRACT

Non-pharmacological methods for pain control in the parturition process are gaining visibility when dealing with humanization of childbirth, as it does not cause damage to the mother-infant pair with unnecessary and invasive procedures, provided they are used properly and under the guidance of team. Health education is one of the main means of empowering women about how to have their birth safe, quiet and chosen, when there are no contraindications, and is fundamental to promote social transformations necessary for the quality of life and the of the communities. Thus, this research aimed to know the non - pharmacological methods that most met the needs of a group of women in the immediate puerperium in pain control during their parturition process and with their results the creation of a prototype educational book aimed at this public. A field survey with a qualitative approach was conducted through focused interviews conducted by Yin (2016) with 11 women in immediate postpartum hospitalized in the joint accommodation of the Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, in December 2018, generating information to subsidize the construction of the product. The results analyzed were based on the theory of Strauss and Corbin (2008), therefore divided into open and axial coding, which generated 5 categories and 20 subcategories. As a result the recognition of the ambulation, Swiss ball and horse as methods that met the needs of the studied group, which generated the construction of a prototype of booklet for later validation. The women in the immediate puerperium emphasized the need to approach MNFCDP more frequently, since the great majority did not know them and did not even know that they were available for use in the Institution, a fact that reaffirms the need for educational practices in health.

Keywords: Humanized birth; Obstetric nursing; Non-pharmacological methods for pain, health education.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	09
2. REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1 HISTÓRIA DO PARTO	11
2.1.1 A tecnologia X a humanização.....	12
2.1.2 O modelo tecnocrático – Paternalista.....	13
2.1.3 O modelo humanístico.....	14
2.1.4 O que é a humanização do parto.....	15
2.1.5 Porque humanizar?	15
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE	16
2.2.1 Assistência Pré-natal.....	16
2.3 MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA CONTROLE DA DOR DURANTE A PARTURIÇÃO - MNFCDP	18
2.4 TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS EM SAÚDE	19
3. DESENHO DA PESQUISA	21
3.1 NATUREZA DO ESTUDO	21
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA	21
3.3 SUJEITO DA PESQUISA	22
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	22
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	23
3.5.1 Período e local da coleta de dados.....	23
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	24
4. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	26
5. RISCO DO ESTUDO	27
6. RESULTADOS E DISCUSSÕES	28
7. CONCLUSÃO	33
REFERÊNCIAS.....	34
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE..	39
APÊNDICE B: TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE RELATOS ESCRITOS, IMAGENS E SONS DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA.....	41
APÊNDICE C: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	43
ANEXO A: CARTA DE ACEITE DE ORIENTAÇÃO.....	44

ANEXO B: DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS.....	45
ANEXO C: PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	47
ANEXO D: PERFIL DAS ENTREVISTADAS.....	51
ANEXO E: PROTÓTIPO DE CARTILHA SOBRE MNFCDP PARA GESTANTES.....	52

1. INTRODUÇÃO

O parto por ser um momento de grande intensidade na vida da mulher, pode marcar para sempre sua vida e de seu bebê. Pois, nesse contexto gravídico-puerperal, surgem dúvidas sobre qual a melhor forma para o bebê vir ao mundo, seja por meio do parto normal ou da cesárea. Tornando-se fundamental que a gestante faça um pré-natal de qualidade e que seja considerada a integralidade e especificidade de cada uma delas, como preconizado no Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento - PNHPN (BRASIL, 2015).

Segundo o Ministério da Saúde (2000), o PNHPN fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primária para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. Sendo assim, têm-se à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido.

Diante da argumentação supracitada, percebemos que para isso, faz-se necessário uma atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição, de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. Assim como, à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2000).

Sabe-se que, a cesariana quando não tem indicação médica, ocasiona riscos desnecessários à saúde da mulher e do bebê, aumentando em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplicando o risco de morte da mãe. (BRASIL, 2015).

A equipe de enfermagem exerce um papel de fundamental importância no contexto gravídico-puerperal e na tramitação do parto humanizado, por ser esta a categoria que passa mais tempo ao lado da parturiente e por isso dispõe de ferramentas intersubjetivas para melhor identificar suas necessidades, devendo incentivá-las a se envolver no seu processo de parturição, tornando-as protagonistas dos seus próprios partos, dando a elas opções de escolha e respeitando todas as suas necessidades humanas.

Embora todos sejamos humanos, enfrentamos uma conjuntura que praticamente nos impulsiona a treinar a humanização, sendo isso uma quebra de paradigmas e, conseqüentemente, uma desconstrução de antigos conceitos enraizados com a evolução da

medicina, portanto, nada fácil de se pôr em prática. Mesmo existindo correntes apoiadoras e novas tecnologias educacionais disponíveis, percebe-se que ainda existe uma baixa adesão na realização do parto normal, com emprego de métodos não farmacológicos para o controle da dor na parturição.

Diante disso, tornou-se relevante desenvolver um estudo na área da saúde obstétrica, que tenha o foco voltado para a opinião das puérperas, para ter base científica na gestão dos cuidados voltados a elas e será divulgado através de um protótipo de tecnologia educacional em forma de cartilha.

Baseado na problemática acima, da não valorização do parto humanizado, esta pesquisa teve como questão norteadora: quais os métodos não farmacológicos para controle da dor, durante o processo de parturição que mais atenderam as necessidades das parturientes?

Buscando responder à questão norteadora, o objetivo deste trabalho foi conhecer os métodos não farmacológicos que mais atenderam as necessidades de um grupo de mulheres no controle da dor durante seu processo de parturição.

A partir do resultado da pesquisa, buscou-se elaborar um protótipo de tecnologia educacional em forma de cartilha, a ser utilizada como dispositivo informativo para contribuir no manejo da gestão do cuidado voltado para mulheres. O resultado desta pesquisa e seus desdobramentos, ofertam relevância significativa para o serviço, considerando a contribuição aos profissionais e usuárias de todos os níveis de assistência ofertando conhecimento para essas mulheres empoderando-as sobre o seu processo de parturição, bem como para o meio acadêmico, responsável pela formação de futuros profissionais aptos a considerar o protagonismo da mulher em seu processo de parturição.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. A HISTÓRIA DO PARTO:

A história do parto teve com a passagem dos anos muitas modificações com relação ao modelo assistencial. Até o século XVI o parto era considerado “assunto de mulher”, sendo, portanto, acompanhado por parteiras, que à época dispunham de conhecimento puramente deducional, ajudando na parturição pela transmissão de empatia e confiança, diminuindo a percepção para a dor carnal através do uso de talismãs, orações e receitas com ervas. Porém, é importante ressaltar que no mesmo período histórico, o índice de mortalidade materna e infantil era progressivamente alto. Dando margens para o século seguinte, XVII, à entrada da figura do cirurgião, tirando com isso, a primazia dessas parteiras (CARVALHO, 2007).

Ainda segundo o mesmo autor, é nesse mesmo contexto que surge o processo de medicalização do parto, onde a condição da mulher passa de orquestradora do seu parto para a submissão da figura do médico, que introduz a posição de litotomia e instrumentais como forma de facilitar o trabalho do parto para o profissional, deixando em detrimento a mulher.

Não se pode negar que houveram avanços que levaram ao decréscimo do índice de mortalidade do binômio mãe-filho. Porém com esses mesmos avanços, também veio o enraizamento da figura da parturiente, de ativa para a passiva, tornando-a paciente, sem direito sobre o próprio corpo, violada e muitas vezes desrespeitada como ser humano e cidadã - plena de direitos (VARGENS; PROGIANTI, 2001).

Segundo Vieira (2002), apesar da aproximação médica ao parto no início do século XVII, foi durante os séculos XVIII e XIX que essa prática se desenvolveu, organizou, e se legitimou, em meio aos discursos de exaltação da maternidade.

No Brasil, o desenvolvimento da obstetrícia não se deu de forma distinta da Europa. No período colonial, as parteiras eram detentoras da arte de partejar, possuidoras do saber empírico e praticantes de artes místicas como forma de minimizar o sofrimento das parturientes. Entretanto, essa evolução da obstetrícia se deu de forma lenta e gradual, uma vez que dependia da vinda de profissionais estrangeiros ou do retorno de alguns aristocratas que tivessem ido estudar na Europa. Quando a corte portuguesa veio para o Brasil, parteiras francesas formadas foram trazidas pela Faculdade de Medicina de Paris. Além de partejar, elas vacinavam contra varíola e tratavam de moléstias do útero (REZENDE, 1991).

De acordo com Giffin (1999), na sociedade colonial, as mulheres tinham seu papel determinado pela vida familiar, vinculado a sua atividade puramente reprodutiva, onde se podia

perceber uma tendência pró-natalista, com a igreja fomentando a procriação e atribuindo aos sofrimentos decorrentes do parto uma oportunidade de purificação da alma, livrando a mulher dos pecados cometidos, em direção a ressurreição, misturando a obstetrícia com o culto religioso.

2.1.1. A tecnologia X a humanização.

A criação do fórceps, pelo cirurgião inglês Peter Chamberlain, e o desenvolvimento da técnica, levam a um declínio na profissão das parteiras, permitindo a expressão concreta da intervenção masculina nos cuidados ao pé do leito, e substituindo enfim o paradigma não-intervencionista pelo parto controlado pelo homem (BRUGGEMANN, 2001).

A posição das mulheres frente ao processo de medicalização não foi propriamente a de vítima (VARGENS; PROGIANTI, 2001). As mulheres de classe mais alta não aceitavam mais sentir a dor do parto e não desejavam correr mais riscos, além de parir com a assistência de um médico significar maior poder aquisitivo de seus maridos. Com isso, a consolidação do processo de medicalização e hospitalização do parto acontece em meados do século XX, juntamente com o surgimento das grandes metrópoles e a criação de hospitais, marcando o fim da feminilização do parto, levando ao predomínio do parto hospitalar, marcado por intervenções cirúrgicas, utilização de fórceps profilático e episiotomias desnecessárias. (PROGIANTI; BARREIRA, 2001).

Hoje, segundo Prado (2004), que nos encontramos na época do desenvolvimento da engenharia genética, o qual dão oportunidades para a fertilização *in vitro* e o uso da medicina fetal, vivemos um grande paradoxo, no qual o uso indiscriminado da tecnologia transformou o parto num acontecimento perigoso e distante da mulher, roubando-lhe a autonomia e privacidade do seu próprio corpo, fazendo muitas vezes com que este evento natural se transforme em um momento traumatizante para a gestante. E por outro lado, dando chances preciosas às mulheres que não podem engravidar da forma natural.

Durante a história, ainda segundo Prado (2004), a medicina adquire o poder de transformar eventos fisiológicos em doenças, representando uma forte influência ideológica na nossa cultura, capaz de tratar a gravidez e a menopausa como doenças, transformando a menstruação em um distúrbio crônico e o parto em um evento cirúrgico.

Países como Holanda e Inglaterra, com índices de mortalidade materna e infantil muito baixos, ainda baseiam toda a assistência ao parto na figura da obstetriz ou parteira. Nestes países os médicos obstetras são considerados especialistas que tratam apenas de eventuais

complicações e das gestações de risco. As obstetrias cuidam do pré-natal e fazem o parto normal da grande maioria das mulheres. (PRADO, 2004)

Tendo em questionamento tais evidências, entre outras, não podemos deixar que o saber médico dominante use os conhecidos fatores de risco, que seriam a segurança da mãe e do seu bebê, para justificar a medicalização do processo natural de nascimento, desacreditando qualquer alternativa diferente da tradicional, e sempre ressaltando a falta de capacidade das outras profissões envolvidas, como se a medicina fosse a detentora única de todos os saberes relacionados a obstetrícia (ODENT, 2002).

2.1.2. O modelo tecnocrático – Paternalista:

Este modelo, conforme descrito por Diniz e Chacham (2002), representa a corrente de pensamento convencional que norteia a prática da assistência obstétrica há várias décadas e que surge com a entrada do homem no atendimento ao parto, e com sua institucionalização situando e elevando a mulher na condição de “paciente”, sem autonomia sobre o seu corpo, separada dos familiares e do próprio filho ao nascer. O parto é encarado como um processo patológico, de caráter intervencionista.

A mulher deixa de ser autônoma sobre o próprio corpo, e acaba por deixar o profissional escolher qual conduta seguir, pois ele é o que detém o conhecimento acerca da gravidez – parto. Inúmeros procedimentos tecnocráticos são incorporados como rotina na assistência ao parto, constituindo uma prática mecanizada, como os procedimentos de tricotomia da região genital, a episiotomia, episiorrafia e a anestesia. Para Vieira (2002), medicalizar significa transformar aspectos da vida cotidiana em objeto da medicina de forma a assegurar conformidade às normas sociais.

A posição ocupada pelo Brasil atualmente, como um dos países com as maiores taxas de cirurgias cesarianas, é reflexo do processo de medicalização do corpo feminino que ocorreu e vem ocorrendo ainda hoje. (BRASIL, 2001)

O modelo tecnocrático segundo Diniz e Chacham (2002), também tem como característica a adoção de rotinas rígidas que levam à despersonalização das gestantes e à supervalorização da tecnologia em prol da segurança durante o trabalho de parto, atribuindo à cesariana uma conotação banal, muitas vezes realizada por conveniência dos envolvidos no processo, independente da urgência obstétrica. Os autores ainda salientam que o uso crescente da tecnologia na gravidez também tem como consequência o direcionamento da atenção do médico para o feto, deixando a atenção com a mãe em segundo plano.

Vemos ainda, segundo os mesmos autores, que muitas medidas tomadas priorizam a higiene pensando em favorecer o indivíduo, ficando esquecidos os aspectos espirituais, psicológicos e sociais das parturientes, além da separação mãe – bebê pelo berçário, que foi utilizada por muitos anos como forma de aumentar a segurança ao recém-nascido.

2.1.3. O modelo humanístico:

O modelo humanístico consiste em uma corrente de pensamento que adota atitudes fora dos padrões para nortear a assistência obstétrica, e que surge a partir dos questionamentos ao modelo medicalizado – biológico, tendo o movimento feminista como influência (DINIZ; CHACHAM; 2002).

O humanismo tem como princípio não seguir o modelo convencional, elevando a mulher como pessoa, dando-lhe direito a escolhas, valorizando a participação da família e procurando incentivar ao máximo a participação ativa do acompanhante na hora do parto. (MEDINA, 2003)

A gestação e o parto são processos que geralmente transcorrem sem complicações. Em vista disso, é necessário que o profissional de saúde tenha uma visão crítica, evitando intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas. Humanizar significa respeitar a individualidade da mulher. Sendo, portanto, centrada nas necessidades das parturientes, em vez de organizadas segundo as necessidades das instituições e dos profissionais (BRASIL, 2001).

Segundo o Ministério da Saúde (2017), em suas Diretrizes de Assistência ao Parto Normal, a informação e a comunicação com as mulheres em processo de parturição é de fundamental importância, e para isso, existem orientações aos profissionais para que não deixem lacunas nesse processo:

Mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões. Para isso, os profissionais que as atendem deverão estabelecer uma relação de confiança com as mesmas, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas. Devem estar conscientes da importância de sua atitude, do tom de voz e das próprias palavras usadas, bem como a forma como os cuidados são prestados.

Para estabelecer e manter esse canal de comunicação ativo com a mulher, os profissionais devem realizar ações básicas como cumprimentá-la, acolhê-la com um sorriso, encorajá-la, mantendo uma abordagem confiante e tranquila; bater na porta do quarto ou enfermaria, para mostrar que ela tem a sua privacidade respeitada; avaliar o que a mulher sabe sobre estratégias de alívio da dor e oferecer informações balanceadas para encontrar quais

abordagens são mais aceitáveis para ela; solicitar sua permissão antes da realização de qualquer tipo de procedimento e descrevê-lo, dentre outros (BRASIL, 2017).

2.1.4. O que é a humanização do parto?

De acordo com o Ministério da Saúde (2001), humanizar o parto é adotar um conjunto de conhecimento, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis, prevenindo com isso, a morbimortalidade materna e perinatal, além de garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia.

Já para Sgreccia (1996), a humanização consiste no reconhecimento da dignidade de pessoa em todo ser humano, indo do momento de sua concepção até o momento de sua morte, com a consciência também de sua espiritualidade e de sua psique. Então, relacionando com o parto, a humanização dele, nada mais é do que o respeito ao ser humano, físico-psíquico e espiritual.

Compilando os diversos conceitos a respeito da humanização do parto, temos que, é mais do que uma série de procedimentos e técnicas, é reconhecer sua importância para os pais e o filho, respeitando a liberdade da mulher, permitindo-lhe controlar o seu próprio processo de parto, cabendo-lhe escolher onde, como e com quem parir. E isso, certamente implica em algumas mudanças de atitudes dos profissionais de saúde, já habituados com o modelo tecnocrático-paternalista (CARVALHO, 2007).

2.1.5. Porque humanizar?

Humanizar o parto, traz lembranças marcantes e duradoura às mulheres, favorecendo a criação do vínculo entre o binômio mãe-filho e contribuindo para o desenvolvimento saudável da criança. Segundo Prado (2004), o fator determinante para uma boa experiência de parto é o quanto a mulher sentiu-se protagonista do evento, ou seja, qual o nível de controle que ela percebeu ter sobre o processo; o grau em que sua opinião foi ouvida; o nível de informação que lhe foi repassada durante os procedimentos e se seu consentimento, em relação aos procedimentos, foi percebido como sendo dado.

Portanto, é necessário que os profissionais que atuam durante o pré-natal e durante o processo de parturição, se conscientizem de seu papel no processo, o de educador, acolhedor e multiplicador de informações, além de, o de executor dos cuidados necessários. Não importa se

médico, enfermeira, ou parteira, a mulher e o bebê devem ser o principal foco de atenção, buscando-se transformar esse momento tão especial da vida em uma lembrança agradável e de união, favorecendo com isso, a criação de um relacionamento familiar fortalecido.

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

2.2.1 Assistência Pré-Natal

Em meados da década de 80, foi implantado pelo Ministério da Saúde o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), dando início a investimentos e avanços nesta vertente da saúde, marcando com isso também o início da jornada de um caminho sem volta às políticas voltadas para esse público, que contava a partir de agora com abordagens inovadoras, já que estava centrado no princípio da integralidade, ou seja, as mulheres passaram a ser contempladas em todos os ciclos da vida, seja qual fosse o papel que ela ocupasse na sociedade e qual fosse os seus problemas de saúde (BRASIL,2010).

Essa nova postura rompeu definitivamente com a oferta apenas de ações relacionadas à gravidez e ao parto, preconizadas pelo antigo Programa de Saúde Materno-infantil. Com a valorização da autonomia, aumentou a importância das práticas de educação em saúde, trazendo empoderamento feminino (BRASIL, 2010).

A partir deste período, foram propostas ações de promoção e prevenção, incluindo ações educativas, diagnósticas, de tratamento e recuperação de acordo com o perfil populacional das mulheres. E suas necessidades iam desde assistência ginecológica, pré-natal, parto, puerpério e climatério: orientação no planejamento familiar e prevenção, a tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (IST), câncer de mama e do colo de útero (BRASIL, 2010).

Já em meados da década de 90, foi instituído o Programa de Assistência e Atenção Perinatal, com a responsabilidade de ofertar cuidados à unidade mãe-feto e posteriormente ao recém-nascido. Esse programa organizou de forma regionalizada a assistência, para que provesse a melhoria da qualidade da assistência ao parto, ao recém-nascido, instituindo o alojamento conjunto e incentivando o aleitamento materno exclusivo (COSTA et al., 2010).

Em se tratando do pré-natal, este é uma área prioritária na atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil, tendo como objetivo diminuir as taxas de mortalidade materno-infantil (BRASIL, 2010).

O atendimento integral às necessidades da gestante implica em uma rede de assistência à saúde de forma organizada para atende-la durante o processo gravídico-puerperal, utilizando

meios e recursos adequados para cada situação, por meio de ações de promoção, prevenção e acompanhamento da gestante e do recém-nascido, nos diferentes níveis de atenção à saúde, indo do atendimento básico ao hospitalar. O Ministério da Saúde ressalta ainda, a magnitude das atividades de caráter educativo a serem realizadas junto a gestantes em grupo ou individualmente. (BRASIL, 2010).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, trouxe como subsídio as análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto, concentrando esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal do país, adotando medidas que asseguraram a melhoria dos serviços de pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal, ampliando as ações já adotadas pelo MS. (BRASIL, 200)

Essas atividades devem acontecer por meio de uma linha de raciocínio acessível a todas as mulheres, com linguagem clara e compreensível, focalizando orientações gerais sobre os cuidados na gestação, sobre as alterações fisiológicas e emocionais sofridas durante esse processo gravídico, bem como sobre cuidados com o recém-nascido, amamentação e puerpério, além de orientações quanto ao planejamento familiar e outras necessidades surgidas no período (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017).

Durante o pré-natal, o profissional deve favorecer a criação de uma relação intersubjetiva com a gestante que a ajude na interpretação do seu contexto mais amplo envolvendo seus aspectos primordiais como o ambiente familiar e as mudanças biopsicossociais ocorridas dando a ela o seu devido protagonismo desse momento único (BRASIL, 2010). O profissional deve acima de tudo ter habilidades para que não imponha seus saberes em detrimento das condições socioeconômicas da mulher. Pois é imperativo que a mulher absorva de forma sólida as mensagens transmitidas, para que não replique as informações de forma errônea, de modo a prejudicar sua assistência.

Para que a mensagem atinja o seu objetivo de caráter informativo e orientador, é visto como prioridade, o reconhecimento as necessidades de aprendizagem das grávidas no período do pré-natal, tendo como base mais atual as Diretrizes de Assistência ao Parto Normal – DAPN (2017), levando em consideração que elas próprias irão gerir o seu autocuidado (BRASIL, 2012). Já que uma das facetas do profissional de saúde é exatamente essa, preparar a mulher para realiza-lo.

2.3 MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA CONTROLE DA DOR DURANTE A PARTURIÇÃO – MNFCDP

Segundo Gayeski e Ggemann (2010), os MNFCDP são tecnologias de cuidado que envolvem conhecimentos científicos e humanísticos estruturados quanto ao desenvolvimento da prática obstétrica, sem o uso de intervenções invasivas, tendo como objetivo não só trazer alívio da dor, mas conforto para a mãe e conseqüentemente para o bebê, já que nascerá num ambiente mais tranquilo.

O uso deles vem sendo alvo de estudos desde a década de 60, porém, passaram a ser introduzidos em algumas maternidades no Brasil, apenas na década de 90, com todo o movimento de humanização do nascimento e com as recomendações do Ministério da Saúde (MS) para assistência ao parto. (GAYESKI & GGEMANN, 2010)

Alguns exemplos de MNFCDP são: a bola suíça, a deambulação, banho de imersão e aspersão, ducha quente, cavalinho, massagem, musicoterapia, aromaterapia, acupressão, barra de ling, espaldar, dentre outras. Falaremos um pouco das mais utilizadas e encontradas em estudos:

- a) **Hidroterapia:** refere-se ao banho morno de imersão ou de aspersão, que segundo Barbieri et al (2013), oferece alívio sem interferir na progressão do parto e sem trazer prejuízos ao recém-nascido. É apontada como uma medida não farmacológica, na qual a parturiente imerge em água morna para relaxamento e alívio do desconforto, já que proporciona uma estimulação confortante aos nervos da pele, o que promove vasodilatação, reversão da resposta nervosa simpática e redução de catecolaminas. Em geral, as contrações são menos dolorosas na água aquecida, porque o calor e a flutuação na água apresentam efeito relaxante. A temperatura da água não deve exceder a temperatura corporal e o tempo de banho é tipicamente limitado entre uma e duas horas.
- b) **Deambulação e mudanças de decúbitos:** De acordo com Almeida et al (2015), mudar de posição frequentemente, a cada 30 minutos, sentando-se, caminhando, ajoelhando-se, ficando de pé, deitando-se, ficando de quatro, ajuda a aliviar a dor. As mudanças de posição e a deambulação também podem auxiliar a acelerar o trabalho de parto em razão de acrescentar os benefícios da gravidade e as mudanças no formato da pelve. Se o trabalho de parto estiver evoluindo com lentidão, a deambulação pode acelerá-lo novamente. À medida que a mãe continua a mudar de posição para buscar conforto, obtém-se a apresentação fetal ideal.

- c) **Exercícios de relaxamento:** o objetivo das técnicas de relaxamento é reduzir a ansiedade e tensão muscular, dessa forma, tranquilizando a mente e relaxando os músculos. Alguns estudos indicam que o relaxamento diminui o consumo de oxigênio, as frequências cardíaca e respiratória, a concentração de lactato no sangue arterial e a atividade do sistema nervoso simpático. Portanto, favorece a diminuição da percepção da dor. (ALMEIDA ET AL, 2015)
- d) **Massagem:** para Osório et al (2014), é uma terapêutica simples, de baixo custo, que associada à respiração, posição e deambulação, pode ser de grande valia no processo de nascimento. Estudos demonstram a aplicabilidade da prática de massagens manuais, através do uso de bola de tênis, automassagem e massagens praticadas pelo acompanhante. Essa técnica favorece a consciência corporal, sobretudo das tensões, minimizando o desconforto provocado pela dor do parto.
- e) **Bola Suíça:** a bola suíça permite a mudança de posição, diminuindo a sensação dolorosa da contração uterina, estimula movimentos espontâneos e não habituais, permite que a mulher se movimente para frente e para trás (cadeira de balanço) e ajuda na rotação e na descida fetal. As mulheres se sentem mais seguras e relaxadas, com conseqüente benefício na evolução do trabalho de parto. (OLIVEIRA & CRUZ, 2014)
- f) **Musicoterapia:** segundo Osório et al (2014) é a melhoria das capacidades humanas através do uso organizado das influências da música sobre o funcionamento do cérebro humano. Alguns investigadores defendem que a utilização da música potencializa os resultados, por ser considerado um meio muito eficaz como foco de atenção, sendo assim um meio de distração que não reduz a dor, mas causa um estímulo agradável ao cérebro.
- Se levamos em consideração o baixo custo da maioria dos MNFCDP e relaciona-los com os benefícios na redução da percepção da dor das parturientes, não há vieses para não estimular o seu uso, desde que, a mulher não possua bases científicas que os contraindicam.

2.4 TECNOLOGIAS EDUCATIVAS EM SAÚDE

Segundo Nespoli (2013), nos dias atuais, o termo tecnologia faz referência aos conhecimentos científicos subjacentes ao processo produtivo, às técnicas, aos recursos, instrumentos e materiais e midiáticos, a todos os métodos de construção de um trabalho. Em um sentido filológico, diz respeito ao estudo da técnica artística, do conjunto de procedimentos que definem uma prática. Refere-se à extensão do conhecimento científico ao mundo material e real.

A Tecnologia Educacional emergiu e passou a corresponder a uma maneira sistemática de organizar o processo de ensino e aprendizagem em termos de objetivos e da combinação de recursos humanos e materiais para resolver os problemas da educação. Com a introdução da informática e com os avanços dela decorrentes, o campo de estudo se deslocou para as Novas Tecnologias de Informação e Comunicação (NTIC) e passou a se interessar pela interação entre mente e tecnologia; e pelos efeitos em termos de modificação dos referenciais de pensamento (LITWIN, 1997).

Já para Schwonke (2011), as tecnologias educativas surgem desde os primórdios da civilização. Já que eram utilizados instrumentos mesmo que arcaicos para transmitir mensagens em pedras, como as pinturas em rochas, passadas de gerações para outras. Que podem ser comprovados desde a descoberta do fogo, o invento da roda, até os recursos tecnológicos mais modernos.

Dentro do âmbito das tecnologias associadas a área da saúde, é relevante ressaltar que os incrementos das tecnologias educativas não se limitam aos maquinários. As tecnologias dentro da área da saúde são cada vez mais presentes e são partes da engrenagem que movimentam os estabelecimentos de saúde no direcionamento de práticas e cuidados. Nesse contexto, observa-se a relevância das tecnologias em saúde para o planejamento e execução do trabalho no campo da saúde, sendo utilizados cada vez mais recursos tecnológicos modernos e sofisticados (SCHWONKE, 2011).

Dentre as diversas áreas em que as tecnologias podem ser utilizadas reforça-se o seu emprego no contexto ensino-aprendizagem. Gubert et al., (2009), as define como ferramentas que podem e devem ser utilizadas para a estimulação de atitudes autônomas e benéficas à saúde, por meio da autoconscientização, tornando o paciente em co-participante, e com isso favorecendo que cuidados salutareis sejam realizados.

Na enfermagem brasileira, o desenvolvimento de programas de ensino mediado por tecnologias constitui, na atualidade, uma tendência crescente e está vinculado às universidades com projetos de pesquisas dirigidos, predominantemente, à formação dos graduandos e educação em saúde da clientela (FONSECA et al, 2011).

Dentro dessa perspectiva, percebe-se a magnitude das tecnologias educativas para a promoção da saúde, principalmente no que se refere aos cuidados que serão prestados no processo gravídico-puerperal, das duas vertentes, mãe-RN e profissional de saúde, no desenvolvimento desse elo familiar em formação.

3. DESENHO DA PESQUISA

O percurso metodológico se delineou objetivando desvelar as questões relativas aos métodos não farmacológicos para controle da dor no processo de parturição, envolvendo conceitos básicos de humanização do parto, seguindo as seguintes etapas: natureza do estudo, cenário/contexto e sujeitos da pesquisa, critérios de inclusão e exclusão, técnica de coleta de dados, registro e análise dos dados, considerações éticas, riscos e benefícios.

3.1 NATUREZA DO ESTUDO:

A presente pesquisa foi de campo, exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, visto que esse tipo de abordagem exalta às opiniões dos objetos de estudos, deixando claro a sua significância no processo de coleta de dados, com o intuito de compreender os fenômenos sociais, de caráter individual ou coletivo da vida real. Para a obtenção dos dados foram realizadas entrevistas focadas, considerando que a relação entre a pesquisadora e as participantes não seguiu um roteiro de perguntas rígidas e teve caráter conversacional (YIN, 2016).

Para Yin (2016), a pesquisa qualitativa apresenta cinco características:

Estudar o significado da vida das pessoas, nas condições da vida real; representar opiniões e perspectivas das pessoas de um estudo; abranger as condições contextuais em que as pessoas vivem; contribuir com revelações sobre conceitos existentes ou emergentes que podem ajudar a explicar o comportamento social humano; e esforçar-se por usar múltiplas fontes de evidência em vez de se basear em uma única.

A pesquisa qualitativa oportunizou o estudo de um grupo de mulheres em situação de vulnerabilidade – processo de parturição e puerpério e como elas lidaram com todos os seus anseios, dando-nos uma riqueza de informações acerca da temática estudada.

Teve-se uma experiência direta com a situação de estudo, por isso, a abordagem escolhida foi adotada como a mais adequada para a compreensão do objeto de estudo, já que a pesquisa qualitativa respondeu questões muito íntimas, fundamentada em um nível de realidade que não poderia ser quantificado, permitindo-se investigar e aprofundar-se na realidade do grupo que foi estudado para entendê-lo em suas especificidades (YIN, 2016).

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ - FSCMP, Fundação Pública Estadual sediada na Rua Oliveira Belo, n.º 395, Bairro Umarizal, Belém-Pará, CEP 66050-380.

A Fundação é um órgão da administração indireta, vinculado à Secretaria de Estado de Saúde Pública. Foi certificada como Hospital de Ensino, conforme Portaria Interministerial MS/MEC n.º 2378 de 26 de outubro de 2004 e efetivado seu processo de contratualização junto ao Sistema Único de Saúde – SUS, por meio da Portaria 2.859/MS, de 10 de novembro de 2006.

No dia 16 de setembro de 2013, foi inaugurado o novo prédio da instituição: a Unidade Materno Infantil Dr. Almir Gabriel, também conhecida como “Nova Santa Casa”. O complexo tem oito andares, com 406 leitos, distribuídos nas alas de pediatria, neonatologia, UTI materna e pediátrica, maternidade, Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), ala para o programa "Mãe Canguru" e acolhimento obstétrico, cadastrada como referência na atenção à gestante de alto risco e ao recém-nascido.

Os atendimentos na triagem obstétrica são realizados por demanda espontânea ou referenciadas do município de Belém e outros municípios paraenses, e podem resultar em orientação, consultas com ou sem prescrições, observação clínica de até 12 horas ou internação e conta com 6 Enfermarias Obstétricas.

Na área do Ensino e Pesquisa desenvolve os programas de Residência Médica em Pediatria, Neonatologia, Nefrologia Pediátrica, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica, Dermatologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica e Radiologia.

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA:

Participaram da pesquisa 11 mulheres internadas nos alojamentos conjuntos, em puerpério imediato. Como critério de cessação da amostra foi utilizado o de saturação das informações e/ou discursos, que são definidas como a suspensão de inclusão de novas participantes quando os dados obtidos passaram a apresentar uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

- Inclusão:

- ✓ Puérperas imediatas com idade igual ou superior a 18 anos.

- Exclusão:
- ✓ Puérperas imediatas com idade igual ou superior a 18 anos submetidas a analgesias farmacológicas.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados a entrevista focada com perguntas abertas e com caráter conversacional às puérperas imediatas que estavam internadas nos alojamentos conjuntos da Ala Obstétrica da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, com gravação do início ao fim da mesma, para evitar perdas de dados significantes.

A entrevista estava focalizada na manutenção da fluidez da conversa estabelecida, visto que isso expandiu o campo de exploração na hora da coleta individualizada. (YIN, 2016). Para a autora, esse tipo de entrevista fez emergir informações de forma mais livre e as respostas não se condicionaram a uma padronização de alternativas.

Dessa forma, salienta-se que foi realizada uma conversa espontânea sobre a temática estudada – métodos não farmacológicos para o controle da dor durante a parturição, deixando a entrevistada à vontade para discorrer sobre as indagações principais e que surgiam durante as entrevistas, tendo como critério responder à questão norteadora do estudo.

3.5.1 Período e local da coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no mês de dezembro de 2018, em horário diurno. A abordagem se deu dentro dos Alojamentos Conjuntos, após apresentação de forma coletiva da entrevistadora às puérperas de cada ALCON. As participantes foram previamente informadas sobre o conteúdo do estudo, seus objetivos, seus benefícios, sua metodologia, aspectos éticos, gravação de áudio da entrevista e suas implicações neste estudo. De acordo com o seu aceite em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) e o Termo de Autorização para Utilização de Relatos escritos, imagens e sons de voz para fins de pesquisa (APÊNDICE B)

A entrevista ocorreu de forma individualizada e não excedeu 30 minutos. Foi resguardado os seus nomes por meio de codinomes de Flores, que foram atribuídos pela entrevistadora, preservando com isso, valores éticos. As entrevistas seguiram um modelo básico de questões norteadoras, apresentado no APÊNDICE C, porém não tiveram interrupções quando outros aspectos eram correlacionados com as respostas.

As entrevistas ocorreram com 11 puérperas, pois houve convergência das falas das entrevistadas neste quantitativo.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi feita através da Teoria Fundamentada nos Dados de Strauss e Corbin, (2008). Nesse sentido seguiu as seguintes etapas:

1. Entrevista: onde foi investigado os processos expostos com a pergunta norteadora para a convergência aos objetivos. Como citado anteriormente, não seguiu roteiros pré-definidos e teve caráter conversacional para representar as perspectivas das entrevistadas, de tal forma que não tivesse interferências, no sentido e tolir suas respostas e interação com a entrevistadora.
2. Transcrição dos dados coletados integralmente para planilha de Excel versão 2013.
3. Ordenamento conceitual: ocorreu através da organização dos dados, classificação dos mesmos em categorias, segundo as suas características e dimensões:
 - a) Codificação aberta: onde os dados foram cuidadosamente analisados, examinados e comparados, com extração de achados principais que geraram 5 categorias e essas foram representadas como:
 - A1: Conhecimento do objeto de estudo sobre os MNFCDP
 - A2: Os MNFCDP observados nas salas de PPP
 - A3: Orientações que a equipe de enfermagem promoveu em relação ao uso dos MNFCDP
 - A4: Os MNFCDP as puérperas utilizaram durante o seu trabalho de parto
 - A5: Os MNFCDP que mais satisfizeram as necessidades das puérperas em seus trabalhos de partos

b) Codificação axial: as categorias geradas foram interligadas e agrupadas de tal forma que permitiram conexões que identificaram subcategorias, que convergiram para o objetivo da pesquisa. Representados nos resultados e discussões.

Apesar de não se tratar de um processo rígido e linear, essa organização em categorias exigiu uma certa sensibilidade, flexibilidade e criatividade da entrevistadora para atingir o objetivo em apreender as informações associando-as aos conceitos científicos.

4. Comparação dos achados: foi realizada através das falas das entrevistadas, após as categorizações. E se mostraram convergentes em sua maioria, com pequenas exceções, demonstradas nos resultados e discussões.
5. Elaboração de um protótipo de tecnologia educativa em forma de cartilha para orientar mulheres usuárias do SUS sobre os métodos não farmacológicos para controle da dor durante o processo de parturição que mais atendem as necessidades das parturientes que foram estudadas.
6. Os documentos gerados da coleta de dados, foram guardados em HD externo sob posse da entrevistadora e serão descartados após 5 anos.

4. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS:

Esta pesquisa obedeceu a Res. 510/16, portanto só foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia do Pará sob o CAAE nº 94058718.0.0000.5171 e aprovação em 18 de outubro de 2018 sob o Número do Parecer: 2.968.199, e manteve o comprometimento ético que envolve todos os seguimentos da dignidade das entrevistadas, reconhecendo suas vulnerabilidades e dando-lhes o livre arbítrio para se ausentarem da pesquisa através de manifestação expressa, livre e esclarecida.

Todas as entrevistas aconteceram após assinatura do Termo Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE em duas vias (ficando uma com a participante e outra com a entrevistadora), e após a informação da participação de caráter voluntário das mulheres que foram entrevistadas sendo que esta etapa foi um dos pré-requisitos para a participação destas na pesquisa.

Esta pesquisa não gerou nenhum ônus à Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, e todos os gastos foi de responsabilidade da pesquisadora. Que se comprometeu em manter resguardo às identidades das participantes e fez uso do respeito ético das entrevistadas.

5. RISCOS DO ESTUDO

Deve-se frisar que toda e qualquer pesquisa apresenta riscos à tríade – objeto de estudo, pesquisador e Instituição. (CAMPOS, 2010), devido a isso minimizou-se possíveis danos e riscos, tais como divulgação dos dados identificadores dos sujeitos do estudo, extravio dos formulários, gravações de áudio e transcrições das entrevistas com provável exposição das informações e risco de constrangimento, assumindo postura de sigilo e ética, comprometendo-se, por declaração escrita, sob pena de responsabilidade jurídica, caso os sujeitos da pesquisa viessem a sofrer qualquer tipo de dano tais como, dados, informações divulgadas sem seu consentimento. Além do direito à assistência integral e direitos legais à indenização, e caso se sentissem constrangidas com alguma pergunta, poderiam suspender imediatamente as entrevistas.

Considerando o risco de quebra do anonimato, foram tomados os seguintes cuidados: explicação sobre a participação do sujeito do estudo, informação sobre a possibilidade do uso de gravação de voz da entrevista, garantia do anonimato com adoção de codinomes de flores. Foi informado que os dados seriam organizados e analisados, posteriormente divulgados e publicados, com o objetivo de possíveis melhorias na gestão do cuidado ofertado e que todas as informações coletadas ficariam sob a guarda da entrevistadora em HD externo.

Cogitou-se também a possibilidade de gerar estresse e cansaço físico e mental em decorrência de entrevistas seguidas, para isso, as entrevistas não ultrapassaram 30 minutos. Já em relação a Instituição onde foram coletados os dados, os riscos também eram importantes, já que poderiam expor de forma negativa a mesma. Porém, para reduzir esses riscos, todos os princípios éticos normatizados, foram rigorosamente seguidos.

6. RESULTADOS E DISCUSSÕES

De acordo com a análise dos resultados obtidos, a pesquisa foi dividida em 5 categorias representadas pela sequência A1, A2, A3, A4, A5. Onde a categoria A1 diz respeito ao conhecimento do objeto de estudo sobre os MNFCDP, mesmo que de forma superficial, sem ter a ciência do seu real objetivo e benfeitorias ao processo de parturição. E isso nos desvelou 3 subcategorias que podem ser representadas pelas falas:

“Não sei o que é” (Margarida, Girassol, Orquídea e Lírio)

“Nunca ouvi falar” (Cravo, Papoula, Begônia e Rosa)

“Conheço, mas não sei explicar.” (Jasmim, Violeta e Flor do campo)

Mesmo esse não sendo o objetivo desta pesquisa, tornou-se fundamental avaliar sobre o conhecimento das entrevistadas ao assunto explorado, até como forma de ter ciência se as mesmas teriam condições para responder às perguntas que seriam explanadas no decorrer das entrevistas. Por isso, esse item foi mantido como ponto de referência para a categorização dos restantes dos resultados, já que elas deveriam discorrer sobre os métodos que suprimam suas necessidades, de uma forma bem consciente sobre o processo de alívio de suas dores do parto.

De acordo com as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal – DNAPN (2017). Os MNFCDP promovem um bom relaxamento e vão desde a adoção de posturas confortáveis a ambientação do local a se parir, podendo possuir música ambiente, iluminação adequada e principalmente pensamentos direcionados, passando confiança e firmeza, ao lado do acompanhante de escolha da parturiente. Desmitificando, com isso, todos os traumas e violências obstétricas perpetuados por décadas.

Além de serem de baixo custo, os MNFCDP aliviam a dor do trabalho de parto, atuando na dilatação do colo cervical e proporcionando um maior relaxamento das fibras musculares da região lombossacral e assoalho pélvico, e atuarem na diminuição da ansiedade gerada pelo momento. (SOUZA; AGUIAR E SILVA, 2016).

Em se tratando da categoria A2, onde pediu-se para se evidenciar os MNFCDP observados nas salas de PPP, foram geradas 4 subcategorias:

“Não vi nada” (Lírio, Margarida, Papoula)

“Não tinha nada na sala” (Girassol).

Esse fato não ficou muito claro com a pesquisa, se foi por falta dos objetos ou por falta de observância das puérperas pelo seu estado doloroso do processo de parturição, mas durante as entrevistas elas indagaram sobre o que deveriam ter prestado atenção, o que nos leva ao

ponto de partida sobre a falta de conhecimento sobre os MNFCDP. Devido a essa dificuldade encontrada no decorrer das entrevistas, fez-se necessário sanar as dúvidas surgidas, após a primeira pergunta, pois precisou-se do resgate às memórias dessas mulheres para o desenvolver da pesquisa, mas sem interferir no contexto e resultados.

As outras subcategorias que emergiram foram:

“Bola (Bola suíça) (Rosa, Orquídea, Flor do campo, Violeta)

“Cavalinho” (Jasmim, Cravo, Flor do campo, Violeta, Begônia)

Segundo Oliveira e Cruz (2014), A bola suíça é um método não farmacológico (MNF) utilizado como estratégia para a promoção da movimentação ativa da mulher durante o trabalho de parto, estimula a posição vertical, possibilita o exercício do balanço pélvico e entre os principais benefícios no trabalho de parto estão a correção da postura, o relaxamento e alongamento e o fortalecimento da musculatura, desde que trabalhados durante o desenvolver da gestação.

A realização de exercícios com a bola na posição vertical (sentada) trabalha a musculatura do assoalho pélvico, em especial, os músculos levantadores do ânus e pubococcígeos e a fáscia da pelve. A movimentação suave da pelve promove o relaxamento da musculatura, que associada à ampliação da pelve auxilia na descida da apresentação fetal no canal de parto. (OLIVEIRA e CRUZ, 2014)

O equipamento apelidado de “cavalinho” é utilizado durante o trabalho de parto, sendo semelhante a uma cadeira com assento invertido, onde a parturiente apoia os braços e o tórax, transferindo o peso para a frente e com isso aliviando a pressão nas costas. Durante as contrações, a parturiente também pode se posicionar no mesmo equipamento para receber massagem na região lombar, com a finalidade de relaxar e aliviar a dor do trabalho de parto. (SOUZA, AGUIAR e SILVA, 2016).

Na categoria A3 abordou-se sobre as orientações que a equipe de enfermagem promoveu em relação ao uso dos MNFCDP e surgiram nesse contexto 4 subcategorias representadas abaixo:

“Não me orientaram. ” (Papoula, Violeta, Jasmim, Orquídea e Lírio)

“Não mim falaram nada. ” (Com divergências de pronúncias). (Begônia, Rosa e Cravo)

“A enfermeira me orientou sobre o cavalinho e massagem na lombar. ” (Flor do campo). Mas não soube identificar realmente se foi a enfermeira ou a técnica de enfermagem, pois a mesma não se apresentou à puérpera durante o trabalho de parto. E com a pesquisa não ficou claro se o fato da “Flor do Campo” ter um nível de esclarecimento e conhecimento sobre

os métodos, facilitou na hora de utilizá-los e compreender a fala do membro da equipe que a orientou.

“Não sei quem é a enfermeira” (Margarida, Girassol)

Nas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (2017) no item em que aborda o local de assistência ao parto afirma que as mulheres devem receber as seguintes informações sobre o local de parto:

- Acesso à equipe médica (obstetrícia, anestesiologia e pediatria);
- Acesso ao cuidado no trabalho de parto e parto por enfermeiras obstétricas ou obstetrizes;
- Acesso a métodos de alívio da dor, incluindo os não farmacológicos (banheira, chuveiro, massagens, etc.), analgesia regional e outras substâncias analgésicas; dentre outras.

Em relação aos cuidados gerais durante o trabalho de parto, as DNAPN (2017) têm como item fundamental a informação e a comunicação, onde as mulheres em trabalho de parto devem ter acesso às informações baseadas em evidências e incluí-las na tomada de decisões, sob orientação de todos os procedimentos e atitudes possíveis. Para isso, os profissionais que as atendem devem estar conscientes da significância comportamental deles, incluindo o tom de voz e das palavras usadas, bem como a forma como os cuidados são prestados. Já a comunicação, para ser estabelecida, os profissionais devem:

- Perguntar à mulher como ela está se sentindo e se alguma coisa em particular a preocupa;
- Se a mulher tem um plano de parto escrito, ler e discutir com ela, levando-se em consideração as condições para a sua implementação tais como a organização do local de assistência, limitações (físicas, recursos) relativas à unidade e a disponibilidade de certos métodos e técnicas;
- Verificar se a mulher tem dificuldades para se comunicar da forma proposta.
- Avaliar o que a mulher sabe sobre estratégias de alívio da dor e oferecer informações balanceadas para encontrar quais abordagens são mais aceitáveis para ela;
- Encorajar a mulher a adaptar o ambiente às suas necessidades;
- Estratégias de controle da dor e métodos disponíveis na unidade, descrevendo os riscos e benefícios de cada método (farmacológicos e não farmacológicos), dentre outras.

O acesso à informação e comunicação em saúde é fundamental para promover transformações sociais necessárias para a qualidade de vida e o bem-estar mais democrático das diversas comunidades e deve ser pensado como uma das bases essenciais ao exercício pleno da cidadania e do direito à saúde, com o objetivo de aperfeiçoar o sistema público de saúde e assegurar a participação dos cidadãos na construção das políticas públicas.

Na categoria A4 evidenciou-se quais os MNFCDP utilizados pelas puérperas durante o seu trabalho de parto. Emergiram 5 subcategorias representadas abaixo:

“Caminhei, fiquei abraçada na bola e fiquei mudando de posição no leito” (Rosa, Lírio)

“Só caminhei” (Papoula, Margarida, Begônia, Girassol)

“Caminhei, usei o cavalinho, sentei na bola e meu marido fez massagem” (Violeta)

“Usei tudo o que tinha: bola, cavalinho, caminhei (...)” (Flor do campo)

“Fiquei me virando no leito e caminhei. ” (Cravo, Jasmim, Orquídea)

De acordo com a pesquisa, com ou sem conhecimento técnico, todas fizeram uso de algum tipo de método não farmacológico para alívio da dor no seu processo de parturição e o ato de deambular foi o que alcançou a todas. Em muitas das entrevistas foi ouvido que esse conhecimento foi passado pelas mães das puérperas, através das suas experiências pessoais transmitiram que *“andar apressa o parto; dilata mais rápido; distrai ou tira a dor”*.

O estímulo à deambulação e às posturas ativas no parto também constituem uma estratégia de conforto e estão associados ao trabalho de parto menos demorado, sem repercussões danosas à mãe e ao bebê. A postura vertical e a movimentação podem diminuir a dor materna, facilitar a circulação materno-fetal e a descida do feto na pelve materna, melhorar as contrações uterinas e diminuir o trauma perineal, motivo pelo qual a influência das mudanças de posição materna no parto vem sendo um tópico de interesse há muitas décadas. (MAMEDE et al, 2007)

Na categoria A5, onde explanou-se quais os MNFCDP mais satisfizeram as necessidades das puérperas em seus trabalhos de partos surgiram 4 categorias:

“Caminhar melhorava a dor; me ajudava a distrair; dilatou mais rápido” (Papoula, Margarida, Girassol, Cravo, Begônia, Flor do Campo)

“A bola me aliviou mais, não sei explicar o porquê; porque me aliviava a dor” (Orquídea, Rosa)

“Cavalinho, porque me distraía e alivia a dor. (Violeta e Jasmim)

“Ficar no leito virando, porque a dor tava muito forte e eu preferi ficar mais no leito. ” (Lírio)

A deambulação surgiu como a subcategoria mais citada nas entrevistas, mesmo sem saberem os motivos e definições técnicas, foi o método que mais satisfez as necessidades das puérperas durante o trabalho de parto, proporcionando alívio das dores seja como método de desvio do foco da dor, de distração, de estimular o apagamento do colo uterino, mudança de angulação da região sacral, dentre outros. A deambulação é um método que não exige empenho financeiro, não requer o tempo prolongado dos profissionais na orientação e é o mais prático exigindo somente a sua estimulação e atenção para que não ocorram acidentes.

A literatura revisada sobre a deambulação e posições assumidas pela mulher no trabalho de parto e parto aponta que provavelmente são benéficas à parturiente e que devem ser encorajadas, desde que não tenham nenhum tipo de intercorrências e contraindicações. Para isso, necessita de avaliação minuciosa durante o pré-natal e no decorrer do trabalho de parto.

O enfermeiro e médico obstetra, devem prestar assistência dentro de suas competências, no sentido de ofertar o melhor atendimento possível e humanizado. Minimizando intervenções desnecessárias e recolocando a mulher como protagonista do seu parto, estimulando práticas saudáveis não intervencionistas que sejam baseadas em evidências.

7. CONCLUSÃO

Os MNFCDP se mostram muito eficaz no processo de parturição, e existem pesquisas que comprovam isso como as citadas neste trabalho. Esses achados permitem ressaltar a importância da utilização desses métodos durante o trabalho de parto. No entanto, a intensidade e as características da dor são altamente individuais e subjetivas, algumas mulheres sentem uma dor extrema e outras quase nenhuma, requerendo uma assistência individualizada à mulher em trabalho de parto.

A deambulação foi o método mais aceito pelas puérperas, talvez por ter sido transmitido pela fala das mães delas perpetuando-se assim em suas vidas. Mas o fato, é que todas afirmaram que os MNFCDP funcionaram para elas, diminuiu a percepção da dor corporal delas e isso já estimula os profissionais a buscar melhorias nas suas condutas. Mesmo sendo citado somente três métodos nas entrevistas, como a deambulação, bola suíça e cavalinho, a instituição também disponibilizava o espaldar e o arco no leito para apoio ao parto na posição de cócoras.

Acolher o ser humano em um processo de vulnerabilidade, de dor, também é um importante papel dos profissionais da saúde. Pedir permissão, orientar, descrever o que você irá realizar e os porquês também o é. A mulher deve ser a protagonista do seu parto e deve escolher como o deve fazer, se não houver contraindicações.

Esta pesquisa foi fundamental para ressaltar a necessidade de se abordar com maior frequência os MNFCDP, principalmente durante o pré-natal, já que é neste momento que a grávida deverá absorver todo o conhecimento possível, tirando dúvidas e amenizando suas ansiedades, pois observou-se que a grande maioria não conhecia os MNFCDP e nem sabia que eles estavam disponíveis para uso a qualquer momento.

O Protótipo de tecnologia educativa em forma de cartilha oportunizará um alcance crescente de mulheres, já que se sabe dos benefícios que os MNFCDP trazem ao binômio mãe-RN. Porém, para que a cartilha seja implementada e utilizada, terá que ser submetida posteriormente à validação. Dessa forma, esta pesquisa subsidiou o conteúdo científico para a construção do protótipo no Anexo E.

REFERÊNCIAS

- BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva [Internet]** Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p.575-586, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300002>. Acesso em: 09 mar. 2017.
- BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Revista de Saúde Pública [Internet]**, São Paulo, v. 41, n. 1, p.150-153, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100020>. Acesso em: 04 mar. 2017.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ministério da Saúde. **Incentivo ao Parto Normal**. 2015. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/2718-ministerio-da-saude-e-ans-publicam-resolucao-para-estimular-parto-normal-na-saude-suplementar>>. Acesso em: 06 mar. 2017.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde Resolução Nº 466, De 12 de Dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 15 mai. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. **Parto Normal X Cesárea**. Disponível em: <<http://promocaoda.saude.saude.gov.br/promocaodasaude/assuntos/incentivo-ao-parto-normal/noticias/parto-normal-x-cesarea>>. Acesso em: 01 mar. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 04 de nov. 2018.
- _____. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento** / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p.: il. – (Cadernos HumanizaSUS; v. 4). Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/sites/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto>. Acesso em: 12 jul. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. (FEBRASGO) / Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras (ABENFO). **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília; 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13>. Acesso em: 13 mar. 2017.
- _____. 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] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p.: il. Modo de acesso: World Wide Web: ISBN 978-85-334-2477-7

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS; 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Comitê Social. **Saúde da mulher: um diálogo aberto e participativo**. Brasília, DF: MS, 2010.

_____. Gestão e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Norma Operacional CNS Nº 001 de 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/CNS%20%20Norma%20Operacional%20001%20-%20conep%20finalizada%2030-09.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2017.

CAMPOS, G. W. S. **Um Método para a Análise e Co-Gestão dos Coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições – o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2010. Disponível em: <<http://www.redehumanizausus.net/61187-um-metodo-para-analise-e-cogestao-de-coletivos-cap-iii-campos-gws>>. Acesso em: 23 jun. 2017.

COSTA, R. et al. Políticas Públicas de Saúde ao Recém-Nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal. **Hist. Enferm. Rev. Eletrônica [internet]**. V.1, n.1, p. 55-68, 2010. Disponível em: <<http://enfermagem.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=121>>. Acesso em: 19 jun. 2018.

CHARMAZ, K. A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa. **Ciênc. saúde coletiva** vol.18 no.1 Rio de Janeiro Jan. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100029>. Acesso em: 06 nov. 2017.

CORBIN, J. M.; STRAUSS, A. M. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

COSTA Filho C.F. Tratado de obstetrícia FEBRASGO. Rio de Janeiro: **Revinter**; 2000. Infecção puerperal. Cap. 28, p. 380. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?Script=scinlinks&ref=000082&pid=S0080-6234200600020001700003&lng=pt>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

COSTA, T.; STOTZ, E. M.; GRYNSZPAN D.; SOUZA, M.C.B. et al. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface (Botucatu)** vol.10 no.20 Botucatu July/Dec. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1414-32832006000200007>>. Acesso em: 11 set. 2017.

DIAS, G.A.R. Educação permanente em saúde: mecanismo indutor do processo educativo no cotidiano do trabalho. **Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará**, Instituto de

Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Belém, 2016. Disponível em: <http://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/8149> Acesso em: 26 dez.2018.

DINIZ, C.S.G. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto [tese]. São Paulo: **Faculdade de Medicina da USP**; 2001. Disponível em: <<http://mulheres.org.br/v1/parto/doutorado%20-%carmen%simone%20grilo%20diniz>>. Acesso em: 21 mar.2017.

DRUMMOND, J.P. Dor aguda: fisiologia, clínica e terapêutica. São Paulo (SP): Editora Atheneu; 2010.

FONSECA, L. M. M; Et al. Tecnologia educacional em saúde: contribuições para a enfermagem pediátrica e neonatal. **Esc. Anna Nery**. [online] Rio de Janeiro, vol.15 no.1 Jan./Mar. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000100027>>. Acesso em: 18 jun. 2018

GAYESKI, M. E.; GGEMANN, O. M. B. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. **Texto and Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 774, 2010.

GUPERT, F. A. et al. Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza-CE. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. Goiânia, v. 11, n.1, p. 165-172, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a21.htm>>. Acesso em: 19 jun. 2018.

JASPER, M. A. Expert: A discussion of the implications of the concept as used in nursing. **Journal of Advanced Nursing**, v. 20, ed. 4, p. 769-76.1994. Disponível em: < <http://www.onlibrary.wiley.com/wol1/doi/10.1046/j.1365-2648.1994.2004769.x/>>. Acesso em: 24 fev. 2018.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação, crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, 330 p.

LITWIN, E. Questões e tendências da pesquisa no campo da Tecnologia Educacional. In:

_____. (Org.). Tecnologia Educacional: política, histórias e propostas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p.112-8.

MAMEDE, F.V. et al. Deambulação e duração do trabalho de parto. **Esc Anna Nery R Enferm** 2007 set; 11 (3): 466 - 71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a11>. Acesso em: 26 dez. 2018

MATOS, G. C.; ESCOBAL, A. P.; SOARES M.C. et al. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no brasil: uma revisão integrativa. **Rev. enferm UFPE [online]**. Recife, 7(esp.):870 -8, mar, 2013. Disponível em:

<[Http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3347/5741+&cd=6&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3347/5741+&cd=6&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br)>. Acesso em: 09 set. 2017.

NAGAHAMA, E. E.I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. [Internet]. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.651-657, 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-8123200500030002n1&script=sciabstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 out. 2017.

NESPOLI, G. Os domínios da tecnologia educacional no campo da saúde. **Interface (Botucatu)**. [Internet]. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/icse/2013nahead/aop3613>>. Acesso em: 18 jun. 2018.

OLIVEIRA, L. M. N. de; CRUZ, A. G. C. A Utilização da Bola Suíça na Promoção do Parto Humanizado. **R Bras ci saúde**. Paraíba, 18(2):175-180, 2014. Disponível em:

<<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs>>. Acesso em: 19 jan. 2018.

PADALINO, Y.; PERES H. H. C. E-Learning: estudo comparativo da apreensão do conhecimento entre enfermeiros. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2007 jun; 15(3): 397-403.

PEREIRA, C. R. **Construção e validação de uma cartilha de orientação sobre o tratamento quimioterápico**. Fortaleza, 2014. 97 f. Dissertação (Mestrado) – Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/8580>>. Acesso em: 19 jan. 2018.

POLIT, D.; BECK C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas de enfermagem**. 7ed. Porto Alegre: Artmed, 2011, 669 p.

SCHWONKE, C. R. G. B. Perspectivas filosóficas do uso de metodologia no cuidados de enfermagem da terapia intensiva. **Rev.Bras.Enferm. [online]**. Brasília, v.64, n.1, p.189-192, jan/fev-2011. Disponível em: <<http://doi10.1590/S0034-71672011000100028>>. Acesso em: 17 jun. 2018.

SILVA, L.M. e ; OLIVEIRA, S. M. J.V. de; SILVA, F. M. B. da ; ALVARENGA, M.B. Uso da bola suíça no trabalho de parto. **Acta Paul Enferm** 2011;24(5):656-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/10v24n5.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2018.

SOUZA, E.N.S e; AGUIAR, M.G.G; SILVA, B.S.M. Métodos não farmacológicos no alívio da dor: equipe de enfermagem na assistência a parturiente em trabalho de parto e parto.

Enfermagem Revista, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p. 42-56, mar. 2016. ISSN 2238-7218.

Disponível em:

<<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/11693/10337>>.

Acesso em: 02 jan. 2019.

YIN, R.K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Tradução: Daniel Bueno; revisão técnica: Dirceu da Silva – Porto Alegre: Penso, 2016.

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E SAÚDE NA AMAZÔNIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO E SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Baseado na Resolução 510/2016, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/Conselho Nacional de Saúde (CNS)

Prezada Sra.,

Eu, mestranda, Alessandra do Rosário Brito, sob orientação da professora Dra. Márcia Maria Bragança Lopes, vinculados ao programa do Mestrado Profissional em Gestão e Agravos em saúde na Amazônia promovido pela Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará em parceria com a Universidade do Estado do Pará (UEPA) e Universidade Federal do Pará (UFPA) gostaria de convidá-la a participar como voluntária da pesquisa **“MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA O CONTROLE DA DOR NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO QUE MAIS ATENDEM AS NECESSIDADES DAS PARTURIENTES”**, tendo como objetivo: conhecer os métodos não farmacológicos para o controle da dor no processo de parturição que mais atendem as necessidades das parturientes, que acontecerá dentro das dependências do alojamento conjunto da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de Dezembro de 2018, visando orientar mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde e facilitar ao enfermeiro quanto a gestão do cuidado voltado para essas mulheres.

Sua participação é muito importante e consistirá em responder uma entrevista que terá um roteiro pré-determinado por meio de perguntas contidas em um formulário. O formulário garantirá o seu anonimato, pois será identificado por meio de codinomes de flores, os quais substituirão a sua identidade. Essa entrevista será gravada em gravador de áudio, mas seu anonimato será mantido. A pesquisadora compromete-se em guardar o absoluto sigilo de suas informações pessoais e manter arquivados em HD externo sob sua responsabilidade todos os conteúdos das entrevistas, por um período de 5 anos após o término da pesquisa. Após esse período todos os arquivos serão deletados. A sua participação nesta pesquisa não acarretará a você nenhum prejuízo de ordem física ou moral, caso haja algum risco a pesquisa será imediatamente suspensa. Os riscos que esta pesquisa pode causar a você são mínimos, poderá no decorrer da nossa conversa surgir desconforto ou constrangimento diante de alguma

pergunta que eu venha a lhe fazer. Dessa maneira, para evitar tal risco sua entrevista será realizada em ambiente reservado, onde esteja somente você e a pesquisadora, se você desejar, poderá estar presente alguém de sua confiança.

Vale lembrar que a sua participação é voluntária e a senhora não receberá nenhum pagamento por participar do estudo. Você está livre para se recusar a participar da pesquisa ou para retirar seu consentimento, em qualquer etapa do estudo, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado. Caso se sinta prejudicada terá direito à indenização conforme as leis vigentes. Você ficará isenta de qualquer ônus financeiro referente a sua participação na pesquisa. Caberá à pesquisadora arcar com todos os gastos oriundos da pesquisa. Sua participação é de livre consentimento não havendo pagamentos pela mesma.

Este documento será emitido em duas vias que deverão ser rubricadas em todas as folhas tanto pelo pesquisador, quanto pelo participante. As duas vias serão assinadas ao final do documento por ambos, ficando uma com a pesquisadora e outra com o participante.

Eu, Alessandra do Rosário Brito, declaro que forneci todas as informações necessárias à participante desta pesquisa, expliquei todas as etapas e objetivos deste estudo e esclareci todas as dúvidas que me foram perguntadas.

Declaro que li este documento, tive oportunidade de conversar com a pesquisadora responsável e estou ciente do objetivo da pesquisa, confirmo ainda que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e expressei minha concordância de livre espontânea vontade em participar desta pesquisa.

Assinatura do participante

RG:

CPF:

Contato:

Alessandra do R. Brito
Enfermeira: 271.063

Alessandra Brito

Alessandra do Rosário Brito - Pesquisadora
Contato: (91) 98400-1939 / E-mail: alesaww@yahoo.com.br

Márcia Maria Bragança Lopes

Márcia Maria Bragança Lopes – Orientadora
Contato: (91) 99981-9158 / E-mail: mmb1@ufpa.br

Prof^a Dra. Márcia M^e Bragança Lopes
Faculdade de Enfermagem/ICS/UFPA
Mat. SIAPE 2182065

APÊNDICE B: TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE RELATOS ESCRITOS, IMAGENS E SONS DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA.

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E SAÚDE NA AMAZÔNIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO E SAÚDE

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE RELATOS ESCRITOS,
IMAGENS E SONS DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA.**

Eu _____, autorizo a utilização de meus relatos escritos, bem como som de voz, no projeto de pesquisa intitulado “MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA O CONTROLE DA DOR NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO QUE MAIS ATENDEM AS NECESSIDADES DAS PARTURIENTES”, tendo como objetivo: conhecer os métodos não farmacológicos para o controle da dor no processo de parturição que mais atendem as necessidades das parturientes, que acontecerá dentro das dependências do alojamento conjunto da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de Dezembro de 2018, visando orientar mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde e facilitar ao enfermeiro quanto a gestão do cuidado voltado para essas mulheres, sob a responsabilidade da pesquisadora Alessandra do Rosário Brito (mestranda) e Márcia Maria Bragança Lopes (orientadora), vinculadas ao programa do Mestrado Profissional em Gestão e Agravos em saúde na Amazônia promovido pela Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará em parceria com a Universidade do Estado do Pará (UEPA) e Universidade Federal do Pará (UFPA). Autorizo então que relatos escritos e som de voz sejam utilizados para fins da referida pesquisa, após a aprovação pelo comitê de ética desta Fundação.

Tenho ciência de que não haverá divulgação de identidade, imagem, nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto aos dados codificados nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitada acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade do pesquisador responsável pela referida pesquisa e, após o período de cinco anos, a contar da data de publicação da pesquisa, os mesmos serão inutilizados. Serei livre para interromper a participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de entrevista. Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, dos relatos escritos

e som de voz. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável pela pesquisa e a outra com a paciente ou com seu responsável.

Belém, ____ de _____ de 2018.

Ass. Paciente ou responsável

CPF

Alessandra do R. Brito
Enfermeira: 271.063

Alessandra Brito

Alessandra do Rosário Brito - Pesquisadora
Contato: (91) 98400-1939 / E-mail: alesaww@yahoo.com.br

M. Bragança Lopes

Márcia Maria Bragança Lopes – Orientadora
Contato: (91) 99981-9158 / E-mail: mmb1@ufpa.br

Prof.^a Dra. Márcia M.^a Bragança Lopes
Faculdade de Enfermagem/ICS/UFPA
Mat. SIAPE 2182065

APÊNDICE C: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E SAÚDE NA AMAZÔNIA
 MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO E SAÚDE

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Data...../...../.....

IDENTIFICAÇÃO E DADOS SOCIOECONÔMICO EDUCACIONAL

Nome.....

Idade..... Estado

Civil.....

Religião.....

Escolaridade.....



Nº Filhos.....

Profissão.....

Ocupação..... Renda Familiar.....

PERGUNTA NORTEADORA DO ESTUDO

- Quais os métodos não farmacológicos para controle da dor durante o processo de parturição que mais atenderam as necessidades das parturientes?

	GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ		
	DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO GESTÃO E SAÚDE NA AMAZONIA CURSO DE Mestrado Profissional GESTÃO E SERVIÇOS EM SAÚDE		
Código: F(I)DIEP011MESTRADO	Revisão: 00	Versão: 01	Página 44 de 67

ANEXO A: CARTA DE ACEITE DE ORIENTAÇÃO

CARTA DE ACEITE DE ORIENTAÇÃO

Eu, **Márcia Maria Bragança Lopes**, aceito orientar o trabalho intitulado “**Métodos não farmacológicos para o controle da dor no processo de parturição que mais atendem as necessidades das parturientes**”, de autoria da mestranda **Alessandra do Rosário Brito**, declarando ter total conhecimento das normas de realização de Trabalhos Científicos vigentes, segundo a Norma para Elaboração de Trabalhos Científicos (Dissertação) do Programa de Pós-Graduação Gestão e Saúde na Amazônia – Curso de Mestrado Profissional Gestão e Serviços em saúde da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

Belém, 10 de Outubro de 2018.



Márcia Maria Bragança Lopes – Orientadora
 Contato: (91) 99981-9158 / E-mail: mmb1@ufpa.br

Prof.ª Dra. Márcia M. Bragança Lopes
 Faculdade de Enfermagem/ICS/UFPA
 Mat. SIAPE 2182065

ANEXO B: DECLARAÇÃO DA PESQUISADORA - DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

DECLARAÇÃO DA PESQUISADORA

Eu, **ALESSANDRA DO ROSÁRIO BRITO**. Pesquisadora envolvida na pesquisa intitulada: “**MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA O CONTROLE DA DOR NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO QUE MAIS ATENDEM AS NECESSIDADES DAS PARTURIENTES**”, me comprometo em manter a confidencialidade sobre os dados coletados, o rigor ético, bem como a privacidade dos seus conteúdos, como preconiza os documentos internacionais e a resolução nº510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

A análise dos dados será feita através da Teoria Fundamentada nos Dados de Strauss e Corbin, (2008). Nesse sentido seguirá as seguintes etapas:

1. Entrevista: Investigação dos processos expostos nas perguntas norteadoras para se atingir os objetivos.
2. Transcrição dos dados coletados integralmente para planilha de Excel versão 2013.
3. Ordenamento conceitual: que é a organização dos dados, de forma que dê para classificá-los em categorias ou códigos, segundo as suas propriedades e suas dimensões:
 - a) Codificação aberta: onde, os dados são cuidadosamente analisados, examinados e comparados, a fim de se extrair os achados principais que gerarão códigos.
 - b) Codificação axial: os códigos construídos na aberta são interligados e agrupados de tal forma a permitir conexões que identifiquem subcategorias, que convergem para o objetivo da pesquisa. Posteriormente as subcategorias interagem de modo a nos permitir a descoberta da categoria central.

Apesar de não se tratar de um processo rígido e linear, essa organização em categorias ou códigos requer uma certa sensibilidade, flexibilidade e criatividade do entrevistador para atingir o objetivo em apreender as informações associando-as aos conceitos.

4. Comparação dos achados: através das falas das entrevistadas.
5. O resultado da coleta de dados dará base de conhecimento para elaboração de um protótipo de tecnologia educativa em forma de cartilha para orientar mulheres usuárias do SUS sobre os métodos não farmacológicos para controle da dor durante o processo de parturição que mais atendem as necessidades das parturientes que serão estudadas.
6. Os documentos gerados da coleta de dados, serão guardados em HD externo sob posse da entrevistadora e descartados após 5 anos.

BELÉM, 10 DE JUNHO 2018.

Alessandra do R. Brito
Enfermeira: 271.063

Alessandra Brito

Alessandra do Rosário Brito - Pesquisadora
Contato: (91) 98400-1939 / E-mail: alesaww@yahoo.com.br

**ANEXO C: PARECER DE LIBERAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DO PARÁ.**

**FUNDAÇÃO SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DO PARÁ -
FSCMPA**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Métodos não farmacológicos para controle da dor no processo de parturição que mais atendem as necessidades das parturientes

Pesquisador: ALESSANDRA DO ROSARIO BRITO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 94058718.D.0000.5171

Instituição Proponente: Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.968.199

Apresentação do Projeto:

A pesquisa abordará a temática de métodos não farmacológicos para controle da dor durante a parturição, será de campo, exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa. Viso que esse tipo de abordagem, exalta às opiniões dos objetos de estudos, deixando claro a sua significância no processo de coleta de dados. Usará bancos de dados indexados do google acadêmicos e literaturas da área da obstetrícia e afins para base

literária, obedecerá a resolução 466/12. Tem como objetivo geral: Conhecer os métodos não farmacológicos que mais atendem as necessidades de

um grupo de mulheres no controle da dor durante seu processo de parturição visando a construção de um protótipo de tecnologia educativa em

forma de cartilha e como objetivos específicos: Conhecer o perfil socioeconômico e educacional das participantes da pesquisa;

Criar um protótipo de tecnologia educativa sobre métodos não farmacológicos para controle da dor durante a parturição para orientar às mulheres no processo gravídico.

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

Endereço: Tr. Bernal do Couto, 1040

Bairro: Umarizal

CEP: 66.050-390

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-2284

Fax: (91)4009-0328

E-mail: cep.fscmp@gmail.com

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DO PARÁ -
FSCMPA



Continuação do Protocolo: 3.000.199

Conhecer os métodos não farmacológicos que mais atendem as necessidades de um grupo de mulheres no controle da dor durante seu processo

de parturição visando a construção de um protótipo de tecnologia educativa em forma de cartilha

Específicos:

1. Conhecer o perfil socioeconômico e educacional das participantes da pesquisa;
2. Criar um protótipo de tecnologia educativa sobre métodos não farmacológicos para controle da dor durante a parturição para orientar às mulheres no processo gravídico

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Devemos frisar que toda e qualquer pesquisa apresenta riscos à tríade – objeto de estudo, pesquisador e Instituição. Segundo Campos (2010),

devido a isso é responsabilidade da pesquisadora, minimizar possíveis danos e riscos, tais como divulgação dos dados identificadores dos sujeitos

do estudo, extravio dos formulários, gravações de áudio e transcrições das entrevistas com provável exposição das informações e risco de

constrangimento.

Para minimizar tais riscos, a pesquisadora assumirá postura de sigilo e ética, comprometendo-se, por declaração escrita, sob pena de

responsabilidade jurídica, caso os sujeitos da pesquisa venham a sofrer qualquer tipo de dano como os citados acima. Dados, informações

divulgadas sem seu consentimento, além do direito à assistência integral, têm direito legais à indenização. E caso se sintam constrangidos com

alguma pergunta, poderão suspender imediatamente as entrevistas.

Dessa forma, a pesquisadora compromete-se em manter arquivados sob sua guarda e responsabilidade todos os conteúdos das entrevistas, por um

período de 5 anos após o término da pesquisa. Sendo deletados todos os documentos e arquivos após esse período.

Em se tratando dos pesquisadores, todo estudo pode ser gerador de riscos, pois, segundo a Norma Operacional Nº 001/2013, podem gerar conflitos

de interesses entre os mesmos, que devem atuar de forma voluntariosa, autônoma e independente, devendo estes, agir imparcialmente no decorrer

da pesquisa, além do risco de não alcançar amostra suficiente para o desenvolvimento do estudo, o que tentará amenizar explicando a importância

Endereço: Tr. Bernal do Couto, 1040

Bairro: Umarizal

CEP: 66.050-300

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-2284

Fax: (91)4009-0328

E-mail: cap.fscmp@gmail.com

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DO PARÁ -
FSCMPA



Continuação do Parecer: 2.928.189

da participação do objeto do estudo para a realização da pesquisa.

Cogita-se também a possibilidade de gerar estresse e cansaço físico e mental em decorrência de entrevistas seguidas, para isso, as entrevistas não ultrapassarão 30 minutos e não serão realizadas várias subsequentes.

Já em relação a Instituição onde serão coletados os dados, os riscos também são importantes, já que poderá expor de forma negativa a mesma.

Porém, para reduzir esses riscos, todos os princípios éticos normatizados, serão rigorosamente seguidos.

Benefícios:

Os benefícios decorrentes do projeto são inúmeros para as usuárias do SUS, de um modo geral, visto que podemos vislumbrar que a pesquisa

fornecerá base para a atuação dos enfermeiros obstétricos através da utilização dos resultados para gerir seus cuidados durante o pré-natal, além

de dar suporte aos mesmos, quanto aos métodos não farmacológicos para controle da dor durante o processo de parturção, sob a perspectiva da

própria parturiente, através de uma proposta de protótipo de tecnologia educacional em forma de cartilha, desvelando os benefícios de um parto sem violência e íntimo entre o binômio mãe-filho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A PESQUISA POSSUI TEMÁTICA RELEVANTE E ATENDE AOS CRITÉRIOS PONTUADOS NOS

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

APRESENTA TODOS OS TERMOS OBRIGATORIOS.

Recomendações:

AJUSTAR O CRONOGRAMA DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

SEGUIR RECOMENDAÇÕES.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado após reunião do colegiado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Tv. Bernal do Couto, 1040
 Bairro: Umarizal CEP: 66.050-390
 UF: PA Município: BELEM
 Telefone: (91)4009-2284 Fax: (91)4009-0328 E-mail: cep.fscmp@gmail.com

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DO PARÁ -
FSCMPA



Continuação do Parecer: 2.968.199

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO_1143032.pdf	05/10/2018 20:20:22		Aceito
Outros	TERMO_AUTORIZAÇÃO_USO_VOZ_E_IMAGENS.docx	05/10/2018 20:18:40	ALESSANDRA DO ROSARIO BRITO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.doc	03/09/2018 20:44:05	ALESSANDRA DO ROSARIO BRITO	Aceito
Outros	Capa_e_folha_de_rosto.docx	03/09/2018 20:38:08	ALESSANDRA DO ROSARIO BRITO	Aceito
Outros	Instrumento_de_coleta_de_dados.pdf	03/09/2018 20:35:54	ALESSANDRA DO ROSARIO BRITO	Aceito
Outros	TCUD.docx	03/09/2018 20:33:29	ALESSANDRA DO ROSARIO BRITO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	10/07/2018 22:03:19	ALESSANDRA DO ROSARIO BRITO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_Pesquisadores.docx	10/07/2018 22:01:47	ALESSANDRA DO ROSARIO BRITO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	10/07/2018 22:01:21	ALESSANDRA DO ROSARIO BRITO	Aceito
Orçamento	Orçamento.docx	10/07/2018 22:01:04	ALESSANDRA DO ROSARIO BRITO	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	10/07/2018 22:00:48	ALESSANDRA DO ROSARIO BRITO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 18 de Outubro de 2018

Gabriela Ribeiro Farias
Coordenadora do Comitê

Assinado por: de Ética em Pesquisa

Gabriela Ribeiro Barros de Farias FSCMPA
(Coordenador(a))

Endereço: Tv. Bernal do Couto, 1040

Bairro: Umarizal

CEP: 66.050-380

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-2264

Fax: (91)4009-0328

E-mail: cep.fscmp@gmail.com

ANEXO D: PERFIL SÓCIOECONÔMICO E EDUCACIONAL DAS PUÉRPERAS

Quadro 1: Perfil socioeconômico e educacional das puérperas entrevistadas. Seus nomes verdadeiros foram substituídos por nomes de flores aleatoriamente.

Identificação	Idade	Escolaridade	Nº de Filhos	Ocupação/ Profissão	Renda familiar	Local Origem
Rosa	20	Ens. Fund. Incompleto	1	Lavradora	Sem renda	Tomé-Açú
Papoula	25	Ens. Fund. Incompleto	2	Pescadora	1 salário	Tomé-Açú
Violeta	21	Nível Superior Inc.	1	Acadêmica	1 e ½ salário	Belém
Margarida	18	Ens. Fund. Incompleto	2	Dona do lar	Sem renda	Acará
Begônia	19	Ens. Fund. Incompleto	2	Dona do lar	Bolsa família	São João da Ponta
Flor do campo	27	Nível Sup. Completo	1	Profa ed. Física	3 salários	Castanhal
Girassol	19	Ens. Méd. Incompleto	1	Dona do lar	1 salário mínimo	Moju
Cravo	20	Ens. Méd. Incompleto	1	Estudante	1 salário mínimo e meio	Moju
Jasmim	28	Ens. Méd. Completo	3	Dona do lar	1 salário	Acará
Orquídea	27	Ens. Fund. Incompleto	3	Lavradora	Bolsa família	Castanhal
Lírio	22	Ens. Méd. Completo	1	Dona do lar	1 e ½ salário	Acará

Fonte: Pesquisa de campo Dezembro/2018 na FSCMPA

ANEXO E: PROTÓTIPO DE CARTILHA SOBRE MNFCDP PARA GESTANTES.



**FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E SAÚDE NA AMAZÔNIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO E SAÚDE**

Alessandra do Rosário Brito



**MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA
CONTROLE DA DOR DURANTE A PARTURIÇÃO:
protótipo de cartilha para gestantes.**

Belém 2019

Alessandra do Rosário Brito



Fonte: mundodanutricao.com

MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA CONTROLE DA DOR DURANTE A PARTURIÇÃO: cartilha para gestantes.

Belém 2019

Sumário



Fonte: abcdamedicina.com.br

A construção desta cartilha	5
Categorias temáticas.....	6
Métodos não farmacológicos para controle da dor durante a parturição.....	7
Deambulação.....	9
Bola suíça.....	11
Cavalinho.....	13
Bibliografia Consultada	
Fontes das imagens	

A construção desta cartilha

A construção desta cartilha teve como alicerce resultados encontrados numa pesquisa de campo com abordagem qualitativa, realizada com puérperas imediatas da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de Dezembro de 2018. Onde foram feitas entrevistas sobre os MNFCDP que mais atendiam as necessidades delas.

Como resultado do estudo foi verificado que a deambulação teve a preferência desse grupo de puérperas estudado, porém também foram citados a bola suíça e o cavalinho obstétrico.

A cartilha foi organizada de modo a demonstrar às gestantes esses tipos de MNFCDP de forma clara e simples, além de orientá-las quanto ao seu uso. Pois, Chagas (2011) defende que os materiais educativos devem ser simples, de fácil manejo e compreensão, de baixo custo para as instituições, manipulação acessível e, acima de tudo, atrativo para despertar o interesse e a curiosidade do leitor. Portanto, procurou-se produzir um material educativo rico em cores para dar um tom alegre ao conteúdo, a fim de descontrair e incentivar a leitura, sabendo-se que a utilização de cores na comunicação visual gráfica é de suma importância, uma vez que seus efeitos exercem o poder de chamar a atenção do espectador.

Na rotina do serviço, as orientações sobre os MNFCDP não são frequentes. Portanto, esta cartilha irá ajudar na disseminação do conteúdo.



Categorias temáticas



- O que são os métodos não farmacológicos para controle da dor durante a parturição?
- Orientações quanto ao uso



Fonte: Pinterest

Métodos não farmacológicos para controle da dor durante a parturição - MNFCDP

Os MNFCDP são tecnologias de cuidado baseados na humanização do atendimento, que auxiliam no percurso do processo de parir, atuando no relaxamento físico e na diminuição da ansiedade materna. (GAYESKI & GGEMANN, 2010)

Vão desde a adoção de posições confortáveis a ambientação do local a se parir, e pensamentos direcionados, passando confiança e firmeza, ao lado do acompanhante de escolha da parturiente. (DAPN, 2017).

São todos os métodos para alívio da dor do parto, trazendo mais tranquilidade, diminuindo seus medos e ansiedade com o que está por vir.



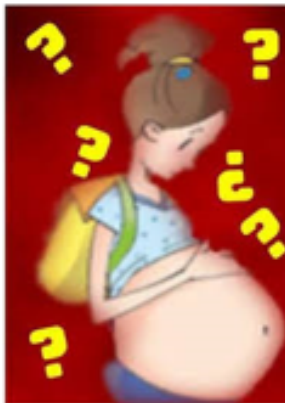
Fonte: Pinterest

Métodos não farmacológicos para controle da dor durante a parturição - MNFCDP



Deixa eu te explicar melhor. Os MNFCDP são ações que realizamos para aliviar aquela dor das contrações durante o trabalho de parto.

Você poderá usar todos os recursos disponíveis na unidade de saúde em que você vai parir. **E isso vai variar de local para local, podendo ser uma bola, o cavalinho, o ato de caminhar, que não exige nada, a não ser um acompanhante para você se apoiar quando precisar, massagens, dentre outros.**



Fonte: Pinterest

De tudo o que você
precisa agora é
**CALMA E
CONCENTRAÇÃO.**
Seu bebê está
chegando!!



Fonte: Pinterest

Deambulação – processo de caminhar



- O ato de caminhar durante o trabalho de parto, proporciona alívio das dores, seja como método de distração, de estimular a dilatação do colo uterino, e também uma forma de se receber apoio, seja da equipe que está atendendo você, seja do acompanhante de sua escolha.
- É um método que não exige gastos financeiros, não precisa de ajuda prolongada dos profissionais na orientação e é o mais prático exigindo somente a sua estimulação e atenção redobrada para que você não se acidente.



Fonte: pt.wikihow.com

**Caminhar pode? Pode!
Só verifique se você não
possui nenhuma
complicação que a impeça.
Afinal, não queremos
correr nenhum risco.**



Fonte: pt.wikihow.com

Deambulação – processo de caminhar

- Procure orientações e tire suas dúvidas durante o pré-natal. Faça suas anotações para não esquecer nada. Mas se esquecer, não se desespere, durante o seu parto, você também poderá tirar suas dúvidas.



Fonte: pt.wikihow.com

A deambulação é simples, não é a toa que é o método mais utilizado, mas não esqueça que durante as contrações, você precisará se apoiar ou se sentar. Portanto, muita atenção nessa hora. Seu bebê está chegando.

Bola suíça

O uso durante pré-natal promove a correção da postura, o relaxamento, alongamento e o fortalecimento da musculatura, desde que trabalhados com orientações (OLIVEIRA E CRUZ, 2014) . E isso faz com que você se prepare melhor para o seu parto.

Você deve estar se perguntando:

- E se eu não tiver acesso a bola no pré-natal, faço o quê?
- Você também poderá usar durante o seu trabalho de parto, se estiver disponível, no local que você vai parir. Mas lembre-se, não é obrigatório. E apenas mais um equipamento que poderá ajudar a diminuir a dor.



A bola suíça é um MNF utilizado como estratégia para promover a movimentação ativa da mulher durante o trabalho de parto, ou seja, você pode ficar sentada, abraçada, se balançando, a posição e movimentação é você quem escolhe.





Bola suíça

- A realização de exercícios com a bola na posição vertical (sentada) trabalha a musculatura de toda a sua pelve. (Figura 1)
- A sua movimentação em cima da bola, além de relaxar os músculos, fazendo com que seu bebê consiga sair com mais facilidade, ainda te ajuda a descansar. (OLIVEIRA e CRUZ, 2014)
- Na posição de quatro, abraçada á bola, pode faz com que o peso do bebê, que antes era para baixo, fique dividido entre a barriga e a pelve. E isso alivia a dor e você poderá relaxar nos intervalos de uma contração para a outra. (Figura 2)



Figura 1: Posição vertical (sentada)
Fonte: maesbrasileiras.com.br



Figura 2: Abraçada à bola, na posição de quatro
Fonte: macetesdemaee.com

Cavalinho



O equipamento apelidado de “cavalinho” é utilizado durante o trabalho de parto, sendo semelhante a uma cadeira com assento invertido, onde você apoiará os braços e o tórax, transferindo o peso para a frente e com isso aliviando a pressão nas costas. Durante as contrações, você também poderá se posicionar no mesmo equipamento para receber massagem na região lombar, com a finalidade de relaxar e aliviar a dor do trabalho de parto. (SOUZA, AGUIAR e SILVA, 2016).



Fonte: www.hgis.org.br/



Fonte: fisiobras.com.br



Fonte: jornal.uem.br

Cavalinho



Fonte: www.rj.gov.br



Fonte: metrojornal.com.br

Esse equipamento foi feito para você relaxar e se balançar, por isso o nome de cavalinho. Isso te distrai, relaxa e ajuda a diminuir a dor das contrações, e você ainda poderá receber massagens.



REFERÊNCIAS

- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde Resolução Nº 466, De 12 de Dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 15 mai. 2017.
- 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] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p.: il. Modo de acesso: World Wide Web: ISBN 978-85-334-2477-7
- FALKENBERG, M.B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(3):847-852, 2014. DOI: 10.1590/1413-81232014193.01572013
- GAYESKI, M. E.; GGEMANN, O. M. B. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 774, 2010.
- OLIVEIRA, L. M. N. de; CRUZ, A. G. C. A Utilização da Bola Suíça na Promoção do Parto Humanizado. **R Bras ci saúde**. Paraíba, 18(2):175-180, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs>>. Acesso em: 19 jan. 2018.

- SOUZA, E.N.S e; AGUIAR, M.G.G; SILVA, B.S.M. Métodos não farmacológicos no alívio da dor: equipe de enfermagem na assistência a parturiente em trabalho de parto e parto. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p. 42-56, mar. 2016. ISSN 2238-7218. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/11693/10337>>. Acesso em: 02 jan. 2019.
- Parto humanizado. Disponível em: <http://www.jornal.uem.br/2011/index.php/component/content/article/319-hu-tem-servide>. Acesso em: 14 jan. 2019. ISSN: 2238-5010 - Jornal da UEM nº 118 - Dezembro/2014

