

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - PROFSAUDE**

**RACHEL DE ALCÂNTARA OLIVEIRA RAMALHO BORGES**

**CONHECIMENTO DE PUÉRPERAS SOBRE ANALGESIA FARMACOLÓGICA  
DO PARTO NORMAL EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA NO INTERIOR DO  
RIO GRANDE DO NORTE, BRASIL**

**Mestranda:** Rachel de Alcântara Oliveira Ramalho

**Orientadora:** Profa. Dra. Rilva Lopes Sousa Muñoz

João Pessoa – PB

2021

**RACHEL DE ALCÂNTARA OLIVEIRA RAMALHO**

**CONHECIMENTO DE PUÉRPERAS SOBRE ANALGESIA FARMACOLÓGICA  
DO PARTO NORMAL EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA NO INTERIOR DO  
RIO GRANDE DO NORTE, BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de  
Mestrado Profissional em Saúde da Família,  
no Eixo Pedagógico de Educação (Linha de  
Pesquisa de Educação e Saúde) para obtenção  
do título de Mestre

Orientadora: Profa. Dra. Rilva Lopes de Sousa  
Muñoz

João Pessoa – PB

2021

**RACHEL DE ALCÂNTARA OLIVEIRA RAMALHO BORGES**

**CONHECIMENTO DE PUÉRPERAS SOBRE ANALGESIA FARMACOLÓGICA  
DO PARTO NORMAL EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA NO INTERIOR DO  
RIO GRANDE DO NORTE, BRASIL**

Dissertação a ser apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, no Eixo Pedagógico de Educação (Linha de Pesquisa de Educação e Saúde) da Universidade Federal da Paraíba como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família

Data da Defesa: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2021

Conceito: \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof. Dra. Rilva Lopes de Sousa Muñoz**  
(Orientadora)  
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

---

**Prof. Dr. Cláudio Orestes Britto Filho**  
(Examinador Externo)  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

---

**Prof. Dr. Eduardo Sérgio Soares Sousa**  
(Examinador Interno)  
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

## Ficha Catalográfica

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca Central da  
Universidade Federal da Paraíba com dados fornecidos pela autora

Borges, Rachel de Alcântara Oliveira Ramalho  
Conhecimento de Puérperas sobre Analgesia Farmacológica do Parto Normal em uma Maternidade Pública no Interior do Rio Grande do Norte, Brasil / Rachel de Alcântara Oliveira Ramalho Borges. --- João Pessoa, 2021  
108 p.: Il. Inclui referências.

Dissertação (mestrado): Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba. Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família.

Orientadora: Rilva Lopes de Sousa Muñoz.

1. Dor do Parto; 2. Analgesia Obstétrica; 3. Dor; 4. Maternidade Hospitalar; Educação em Saúde.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter abençoado todos os dias da minha vida, iluminado o meu caminho e me dado forças para seguir em frente.

Aos meus filhos Isadora e Miguel; ao meu esposo Milton, às minhas irmãs e aos meus pais, que sonharam junto comigo cada sonho como se fosse deles, meu muito obrigada! Só cheguei até aqui graças ao amor, apoio e dedicação que vocês sempre tiveram por mim. Obrigada pela paciência e compreensão com a minha ausência durante essa jornada.

À professora Rilva Muñoz pela oportunidade de tê-la como orientadora dedicada e persistente, me apoiando em cada ideia, momento e dificuldade dessa jornada. Tenho muito orgulho de citá-la como parte fundamental da minha formação como mestranda e agradeço a paciência, compreensão e competência.

Aos professores e funcionários do PROFSAUDE, exemplos de amor pela pesquisa e saúde pública, deixo aqui registrado o meu agradecimento e admiração por cada um. Aprendi profundamente com cada um de vocês que me inspiraram a assumir meu papel de transformadora social.

Aos meus colegas do PROFSAUDE, que dividiram comigo suas angústias, dificuldades e dúvidas madrugadas adentro, sempre cheios de bom humor e entusiasmo, espero poder sempre contar com o privilégio de suas amizades.

Muito obrigada!

BORGES, R. A. O. R. Conhecimento de Puérperas sobre Analgesia Farmacológica do Parto Normal em uma Maternidade Pública no Interior do Rio Grande do Norte, Brasil [Dissertação]. João Pessoa. Centro de Ciências Médicas. Universidade Federal da Paraíba/PROFSAUDE; 2021

## RESUMO

O tema central desta Dissertação de Mestrado é o conhecimento de parturientes em relação ao alívio da dor durante o trabalho de parto, assim como a associação entre a informação que dispõem e a sua decisão compartilhada quanto ao tipo de parto na maternidade do Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). O objetivo geral da dissertação foi avaliar o conhecimento de parturientes sobre analgesia farmacológica para o parto vaginal e elaborar um produto educativo para gestantes sobre alívio da dor do parto. O modelo do estudo para o artigo original foi descritivo e transversal, de abordagem quantitativa. A amostra foi composta por puérperas atendidas na maternidade do HUAB, com dados coletados por meio de entrevistas diretas, preenchimento de questionário estruturado, assim como revisão de prontuários. O conteúdo da cartilha foi desenvolvido a partir de uma revisão da literatura, dos resultados do estudo de campo e discussões com médicos anestesistas. Os resultados da pesquisa de campo foram apresentados no artigo original sob o título “Conhecimento de Puérperas sobre analgesia do Parto Normal em Maternidade Pública no Interior do Rio Grande do Norte, Brasil”. A apresentação de produto educacional para gestantes foi uma cartilha sobre analgesia da dor do parto vaginal sob título de “Analgesia do Parto: Vamos Conhecer?”, voltada para o público-alvo de gestantes, especialmente para as usuárias da maternidade do HUAB/UFRN, e coerente com a linha de pesquisa de Educação e Saúde do Mestrado Profissional em Saúde da Família, PROFSAUDE. No estudo de campo, foram entrevistadas 99 puérperas, cujo perfil foi de jovens com nível médio de instrução, pardas, em união consensual, baixa renda, sem ocupação remunerada, não primíparas e com assistência pré-natal. Observou-se que 78,8% tiveram parto normal e houve relação estatisticamente significativa deste tipo de parto com maior nível de escolaridade, renda maior que um salário-mínimo e trabalho remunerado. Verificou-se que apenas 22,2% sabiam da disponibilidade da analgesia para o parto vaginal. A decisão da gestante sobre o tipo de parto também se associou com a ocorrência de parto vaginal, mas não houve associação entre conhecimento da existência de analgesia do parto na maternidade com a decisão materna ou com a realização do parto vaginal. Concluiu-se, a partir dos resultados do estudo, que a frequência de conhecimento sobre disponibilidade de analgesia para o parto foi baixa, compatível com resultados de outros países em desenvolvimento. O conhecimento materno sobre a disponibilidade de alívio da dor durante o trabalho de parto se relacionou com nível de escolaridade, renda e trabalho remunerado, mas não se associou com a decisão materna pelo parto vaginal ou com a realização deste tipo de parturição. A partir destes resultados na pesquisa de campo, elaborou-se a cartilha educativa para gestantes sobre alívio da dor do parto normal, versando sobre a importância do parto vaginal, a dor do parto e as técnicas disponíveis para o alívio da dor. Portanto, os objetivos da presente Dissertação foram alcançados.

**Palavras-chave:** Trabalho de Parto; Analgesia Obstétrica; Maternidade Hospitalar.

BORGES, R. A. O. R. Knowledge of Postpartum Women on Pharmacological Analgesia of Normal Childbirth in a Public Maternity Hospital in the interior of Rio Grande do Norte, Brazil [Dissertation]. João Pessoa. Centro de Ciências Médicas. Universidade Federal da Paraíba/PROFSAUDE; 2021

## ABSTRACT

*The central theme of this master's thesis is the knowledge of parturient women in relation to pain relief during labor, as well as the association between the information they have and their shared decision regarding the type of delivery in the maternity hospital of the Ana Bezerra University Hospital (HUAB), from the Federal University of Rio Grande do Norte (UFRN). The general objective of the dissertation was to evaluate the knowledge of parturients about pharmacological analgesia for vaginal birth and to develop an educational product on labor pain relief for pregnant women. The study model for the original article was descriptive and cross-sectional, with a quantitative approach. The sample consisted of postpartum women attended at the HUAB maternity hospital, with data collected through direct interviews, and filling out a structured questionnaire, as well as reviewing medical records. The content of the booklet was developed from a review of the literature, the results of the field study and discussions with anesthesiologists. The results of the field research were presented in the original article under the title "Knowledge of Postpartum Women on analgesia of Normal Childbirth in Public Maternity Hospitals in the Interior of Rio Grande do Norte, Brazil". The presentation of an educational product for pregnant women was a booklet on analgesia for pain in vaginal birth under the title "Analgesia of Childbirth: Let's Know?", aimed at the target audience of pregnant women in public health services in Santa Cruz-RN, especially for the users of the HUAB/UFRN maternity hospital, and consistent with the line of research on Education and Health of the Professional Master's Degree in Family Health (PROFSAUDE). In the field study, 99 postpartum women were interviewed, whose profile consisted of young people with an average level of education, mixed race, in a consensual union, low income, without a paid occupation, non-primiparous and with prenatal care. It was observed that 78,8% had vaginal delivery and there was a statistically significant relationship between this type of vaginal delivery and higher education level, income higher than the minimum wage and paid work. It was found that only 22,2% knew about the availability of analgesia for vaginal delivery. The pregnant woman's decision about the type of delivery was also associated with the occurrence of vaginal delivery, but there was no association between knowledge of the existence of analgesia during labor in the maternity ward with the mother's decision or with the performance of vaginal delivery. Based on the study results, it was concluded that the frequency of knowledge about the availability of analgesia for childbirth was low, consistent with results from other developing countries. Maternal knowledge about the availability of pain relief during labor was related to education level, income, and paid work, but was not associated with the maternal decision for vaginal delivery or with this type of parturition. Based on these results in the field research, an educational booklet for pregnant women on pain relief in normal childbirth was elaborated, dealing with the importance of vaginal birth, labor pain and available techniques for pain relief. Therefore, the objectives of this Dissertation were achieved.*

**Keywords:** Labor; Obstetric analgesia; Hospital Maternity.

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1** - Mapa da população e densidade demográfica de Santa Cruz (2016) Fonte: IBGE Cidades (2016): Santa Cruz-RN 25

**Figura 2** - Capa e contracapa da Cartilha “Analgesia do Parto: Vamos Conhecer?”

**Figura 3** - Páginas referentes ao Sumário e Apresentação da Cartilha “Analgesia do Parto: Vamos Conhecer?”

**Figura 4** - Página correspondente aos tópicos da importância do parto vaginal e da dor no trabalho de parto da cartilha “Analgesia do Parto: Vamos Conhecer?”

**Figura 5** - Elementos textuais compreendendo os tópicos sobre métodos não farmacológicos de alívio da dor da primeira parte da Cartilha “Analgesia do Parto: Vamos Conhecer?”

**Figura 6** - Páginas da parte textual da Cartilha “Analgesia do Parto: Vamos Conhecer?” enfocando métodos farmacológicos de alívio da dor do parto vaginal

**Figura 7** - Página de considerações finais da Cartilha “Analgesia do Parto: Vamos Conhecer?”



## LISTA DE SIGLAS

CCM	Centro de Ciências Médicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CRP	Técnica de Bloqueio Combinado Raqui-Peridural
CS	Cesariana
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EVA	Escala Visual Analógica
FEBRASGO	Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HUAB	Hospital Universitário Ana Bezerra
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROFSAUDE	Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>6</b>
<b>3. REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>7</b>
<b>3.1 Conhecimento Materno sobre a Analgesia do Parto Normal.....</b>	<b>7</b>
<b>3.2 Escolha do Tipo de Parto e Decisão Compartilhada entre Obstetra e Parturiente ...</b>	<b>99</b>
<b>3.3 Analgesia do Parto Vaginal sob a Perspectiva Médica .....</b>	<b>111</b>
<b>3.4 Cesariana .....</b>	<b>133</b>
<b>4. MÉTODOS .....</b>	<b>155</b>
<b>4.1 Estudo de Campo .....</b>	<b>155</b>
<b>4.1.1 Delineamento .....</b>	<b>155</b>
<b>4.1.2 Amostra.....</b>	<b>155</b>
<b>4.1.3 Variáveis do Estudo.....</b>	<b>188</b>
<b>4.1.4 Técnica de Coleta de Dados e Instrumentos .....</b>	<b>188</b>
<b>4.1.5 Análise dos Dados.....</b>	<b>19</b>
<b>4.1.6 Aspectos Éticos .....</b>	<b>200</b>
<b>4.2 Elaboração de Cartilha Educativa para Gestantes sobre Alívio da Dor do Parto Normal .....</b>	<b>222</b>
<b>5. ARTIGO ORIGINAL .....</b>	<b>24</b>
<b>6. PRODUTO TÉCNICO-EDUCATIVO: CARTILHA.....</b>	<b>54</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>57</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXOS E APÊNDICES.....</b>	<b>655</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O tema central deste estudo é o conhecimento de parturientes em relação ao alívio da dor durante o trabalho de parto, assim como a associação entre a informação que dispõem e a sua decisão compartilhada quanto ao tipo de parto na maternidade do Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Levando em consideração sua especificidade materno-infantil, a maternidade do HUAB promove, segundo sua página oficial na internet (BRASIL, 2020, s.p),

O estímulo ao parto humanizado e conseqüentemente a redução do parto cesáreo, evidenciando ainda a atuação do enfermeiro obstetra e equipe multiprofissional, o modelo do parto normal é culturalmente cada vez mais incorporado à dinâmica da instituição, com iniciativas como o PPP e Casa da Gestante, bebê e puérpera. Nesse contexto, o HUAB configura-se como instituição habilitada e continuamente engajada na melhoria da atenção à saúde da mulher e da criança, com foco na humanização do cuidado e da atenção integral.

Identificar as opiniões acerca da assistência ao parto é uma etapa fundamental no sentido de estender a cobertura entregue pelo serviço e melhorar a qualidade da atenção à saúde materna, notadamente ao parto normal, visando à pretendida humanização da atenção ao parto e ao nascimento. O trabalho de parto natural e a dor associada constituem provavelmente o evento mais doloroso da vida de muitas mulheres. Conseqüentemente, a maioria delas deseja alguma forma de analgesia durante o parto. A experiência da dor durante o trabalho de parto não é um reflexo simples de processos unicamente fisiológicos. Em vez disso, a dor do trabalho de parto é o resultado de uma interação complexa e subjetiva de múltiplos fatores fisiológicos e psicossociais na interpretação individual da mulher dos estímulos ao parto (ILIADOU, 2009).

A falta de conscientização, aceitabilidade e disponibilidade de uma eficaz analgesia do parto nos países em desenvolvimento é considerado o principal obstáculo em relação ao seu uso rotineiro (NABUKENYA *et al.*, 2015). A Organização Mundial da Saúde recomenda a humanização da assistência ao parto e isso também inclui o trabalho do anestesiológico como parte fundamental desse processo no atendimento à gestante (FREITAS; MEINBERG, 2009). Um entendimento da dor do trabalho de parto como fenômeno multidimensional fornece a base para uma abordagem centrada na mulher para a gestão do trabalho de parto que inclui uma ampla gama de estratégias de intervenção farmacológica e não farmacológica (ILIADOU, 2009).

Entretanto, o alívio da dor no trabalho de parto é um aspecto importante da saúde da mulher que historicamente tem sido negligenciado. Em regiões onde predomina baixo nível socioeconômico, como no Nordeste do Brasil, o manejo adequado da dor durante o parto é comumente negligenciado. Profissionais de saúde que participam do trabalho de parto podem não ter consciência da importância da analgesia obstétrica. Além disso, faltam pesquisas sobre este tipo de analgesia entre profissionais de saúde no país. A escassez de conhecimento, atitudes negativas, falta de pessoal treinado e ausência de protocolos podem ser impedimentos ao uso de analgesia de parto para obstetras (BRASIL, 2017).

Por outro lado, o acesso à informação sobre métodos não farmacológicos para alívio da dor e sobre possibilidades de cuidado existentes durante o trabalho de parto entre as puérperas é baixo e não há integração sobre as opções de alívio da dor nos acompanhamentos pré-natais oferecidos rotineiramente. Puérperas que não recebem analgesia no trabalho de parto não conhecem nenhum método de alívio da dor, mas desejariam usar um processo de analgesia no próximo parto (NIRU *et al.*, 2014). Nesse sentido, a falta de conhecimento de uma mulher sobre os riscos e benefícios dos vários métodos de alívio da dor pode comprometer seu bem-estar. Contudo, espera-se que as mulheres sejam cada vez mais participantes das decisões sobre seus cuidados de saúde e tomem decisões mais bem informadas. Nos Estados Unidos, o *National Institute for Clinical Excellence* declara que é necessário valorizar maneiras eficazes de apoiar as mulheres grávidas na tomada de decisões informadas durante o parto (LALLY *et al.*, 2008).

Por outro lado, a cesariana é um dos procedimentos cirúrgicos mais frequentemente realizados em todo o mundo. Existe uma tendência de aumento da taxa de cesarianas na maioria dos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Isso constitui um problema de saúde pública porque o parto cirúrgico aumenta o risco à saúde de mães e recém-nascidos em comparação com partos normais (MARA *et al.*, 2016). Este é um assunto de preocupação entre as autoridades de saúde e a comunidade médica em muitos países. O Brasil apresenta uma das taxas mais altas de cesariana do mundo, o que eleva o risco de morbimortalidade materna e perinatal, assim como o custo do financiamento à saúde.

O aumento da taxa de cesarianas é considerado um fenômeno multifatorial. Fatores tecnológicos, profissionais, jurídicos, éticos, econômicos, psicológicos, sociodemográficos e culturais contribuíram para o aumento das cesarianas nas últimas

décadas e foram extensivamente estudados, com um crescente consenso de que apenas os fatores clínicos não podem explicar os aumentos de incidência observados (SCHANTZ *et al.*, 2019). Também fatores não relacionados a razões clínico-obstétricas, como medo de dor no parto ou técnicas inadequadas de alívio da dor durante o parto vaginal, o desinteresse do profissional por este tipo de parto, assim como a própria estrutura precária do sistema de saúde (PIMENTEL; OLIVEIRA-FILHO, 2016).

Contudo, ainda falta conhecimento sobre as reais causas do aumento da taxa de cesarianas no Brasil. Não se sabe até que ponto o medo da dor e a falta de alívio desta durante o parto afetam a solicitação de uma mulher para que seja realizada a cesariana, ou seja, a cesariana a pedido materno. Fatores associados à mulher (medo da dor, busca da integridade vaginal e crenças de que o parto vaginal é mais arriscado para o feto do que uma cesariana), à organização da atenção obstétrica (conveniência e segurança do médico), assim como fatores institucionais e legais, a exemplo de pagamento mais elevado para a realização da cesárea por parte do Sistema Único de Saúde (SUS), também influenciam a escolha do tipo de parto.

O incentivo ao parto vaginal sem dor reduz a incidência do número de cesarianas e suas complicações, que têm risco três a quatro vezes mais alto (FREITAS; MEINBERG, 2009). É imprescindível a qualificação da atenção à gestante, a fim de garantir que a decisão pela via de parto considere os ganhos em saúde e seus possíveis riscos, de forma claramente informada e compartilhada entre a gestante e a equipe de saúde que a atende (BRASIL, 2017). No Brasil, o Ministério da Saúde criou o Programa para a Humanização do pré-natal e do parto em 2000. O programa abrange assistência durante a gravidez, parto e pós-parto, com o objetivo de tornar-se garantia de que os direitos civis das mulheres durante o período de maternidade estão sendo atendidos (BRASIL, 2000). Nesse sentido, o parto humanizado é descrito como aquele em que há respeito pelos valores da mulher, sua cultura, crença e dignidade, considerando-se seu direito de compartilhar a tomada de decisão.

Supõe-se que a decisão de usar analgesia durante o trabalho de parto está associada não apenas à mulher e ao seu histórico, assim como a fatores relacionados ao obstetra e à estrutura do sistema, mas também à cultura local na prática do serviço de obstetrícia (SCHYTT; WALDENSTRÖM, 2010). Embora as taxas de cesarianas sejam um reflexo das ofertas médicas e da demanda social, optar por um parto cirúrgico não é uma escolha simples, de modo que o desequilíbrio de poder de decisão entre mulheres e médicos também deve ser considerado.

Finalmente, resultados de uma revisão sistemática de 137 estudos sobre fatores que influenciam as avaliações das mulheres sobre suas experiências no parto, quatro fatores (expectativas pessoais, quantidade de apoio dos profissionais assistentes, qualidade do relacionamento entre cuidador e médico, assim como envolvimento na tomada de decisão - parecem ser tão importantes que substituem as influências da idade, status socioeconômico, etnia, preparação do parto, ambiente físico do parto, dor, intervenções médicas e continuidade dos cuidados, quando as mulheres avaliam suas experiências no parto (HODNETT, 2002).

Isso sugere que as influências da dor, do alívio da dor e das intervenções médicas intraparto na satisfação subsequente não são tão óbvias, diretas nem tão poderosas quanto as influências das atitudes e comportamentos dos médicos. As implicações dos achados do estudo para a prática clínica e na área de educação médica incluem a necessidade de os prestadores de cuidados fornecerem às mulheres informações precisas sobre os efeitos das estratégias de enfrentamento e estarem atentos aos aspectos do cuidado que podem interferir no uso de estratégias de enfrentamento da dor pelas mulheres.

Um maior envolvimento das gestantes na tomada de decisões deve permitir que elas tomem decisões mais bem informadas, em que os médicos lhes apresentem as evidências clínicas e os efeitos prováveis de intervenções alternativas (ELIADOU, 2009). Contudo, em muitas regiões brasileiras menos favorecidas socioeconomicamente, como o interior do Rio Grande do Norte, a conscientização dos profissionais de saúde sobre a necessidade de alívio da dor e as possibilidades ou opções de como e o que fazer não está bem estudada ainda. Poucas pesquisas têm focado as necessidades das mulheres grávidas e a avaliação dos cuidados prestados como ponto de partida de uma abordagem centrada na pessoa no sistema de saúde de países pobres. Portanto, é importante realizar estudos também com o objetivo de explorar as opiniões dos profissionais de saúde em relação ao alívio da dor para mulheres em trabalho de parto.

Portanto, se justifica-se a realização de estudos prospectivos para descrever a construção social da demanda por cesariana em populações de baixa renda. Essa investigação é importante no sentido de subsidiar reflexões, discussões e ações de profissionais da saúde e gestores com vistas a adequações da assistência prestada às reais necessidades das parturientes. Por se tratar de uma área prioritária para o Ministério da Saúde - maternidade segura, com recorte para a cesariana - destaca-se a originalidade do estudo quando comparado aos publicados sobre o tema, pois pode contribuir para políticas públicas de atenção à saúde da mulher.

Com base nas considerações apresentadas, a principal pergunta desta pesquisa é a seguinte: A disponibilidade e conhecimento sobre analgesia para o parto associa-se a uma maior escolha materna e médica para o parto normal? A principal hipótese, como resposta provisória a esta pergunta, é a de que o conhecimento pelas puérperas acerca da disponibilidade de alívio farmacológico da dor durante o trabalho de parto é satisfatório (frequência de cerca de 50% ou mais). Uma segunda hipótese é de que as decisões para realização de cesarianas entre as mulheres se associam com o seu conhecimento prévio sobre a disponibilidade de analgesia medicamentosa na maternidade.

Este Trabalho de Conclusão de Mestrado, a ser apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE), da Universidade Federal da Paraíba, em julho de 2021, tem a seguinte configuração: todos os elementos preliminares do formato convencional de uma dissertação, mas contendo também textos sob a forma de dois produtos, um artigo e uma cartilha educativa, que devem apresentar características de complementaridade entre si.

Assim, a presente dissertação tem cinco partes textuais:

(1) Introdução, Objetivos, Revisão da Literatura e Métodos: elementos provenientes do projeto de dissertação apresentado à Banca de Qualificação em 2020, com as reformulações recomendadas pelos examinadores e atualização;

(2) Artigo original: Resultados da pesquisa de campo, com o título de “Conhecimento de Puérperas sobre Analgesia do Parto Normal em Maternidade Pública no Interior do Rio Grande do Norte, Brasil”;

(3) Apresentação de produto educacional para gestantes: Cartilha sobre analgesia da dor do parto vaginal sob título de “Analgesia do Parto: Vamos Conhecer?”, voltada ao público-alvo de gestantes dos serviços públicos de saúde de Santa Cruz-RN, especialmente para as usuárias da maternidade do HUAB, e coerente com a linha de pesquisa de Educação e Saúde do PROFSAUDE; e

(4) Considerações finais, com o intuito de promover a integração dos conhecimentos produzidos por meio da dissertação como um todo, incluindo o artigo original e a cartilha para gestantes, o que permitiu a apreciação do alcance dos objetivos propostos no projeto; e

(5) Referências, com todas as que foram citadas no trabalho, seguindo critérios das Normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), exceto no artigo, no qual foram seguidas as normas editoriais da Revista *Research, Society and Development* (Res., Soc. Dev.), à qual foi submetido o manuscrito.

## **2. OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Avaliar o conhecimento de parturientes sobre analgesia farmacológica para o parto vaginal e elaborar um produto educativo sobre alívio da dor do parto para gestantes da maternidade do Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB), Santa Cruz-RN.

### **Objetivos Específicos**

- Verificar se puérperas atendidas na maternidade do HUAB sabem da existência de analgesia farmacológica para o parto vaginal;
- Identificar associações entre variáveis do perfil sociodemográfico, afirmação de conhecimento sobre analgesia farmacológica do parto vaginal pelas puérperas e sua preferência quanto ao tipo de parto;
- Determinar se as mulheres receberam informações sobre analgesia do parto e qual foi a fonte destas informações; e
- Propor uma cartilha educativa para orientar as gestantes sobre o alívio da dor do parto normal.



### 3. REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Conhecimento Materno sobre a Analgesia do Parto Normal

A partir de meados do século XX, iniciou-se a hospitalização do processo de parturição, que saiu da esfera domiciliar para as instituições de saúde, permitindo assim a “medicalização” e controle do período gravídico puerperal e do parto. Esta mudança de atendimento às parturientes tornou-se um dos fatores responsáveis pela queda da mortalidade materna e neonatal. No entanto, esse processo, ainda representa um cenário desconhecido para a mulher (ALMEIDA *et al.*, 2015).

No entanto, no cotidiano de serviços de saúde, as práticas, rotinas e condutas que atendem os princípios do atendimento ao binômio mãe-filho não têm sido satisfatoriamente utilizadas nas unidades de assistência, uma vez que o processo psicossocial do parto e puerpério tende a ficar em segundo plano.

Pacientes em países em desenvolvimento estão tendo trabalhos de parto sem analgesia, mesmo em centros onde há uma provisão para isso. Considera-se que as principais razões para não se beneficiarem da analgesia são a falta de conhecimento e conceitos errôneos, e não o desejo de ter um parto natural não medicado (ISMAIL *et al.*, 2015).

Diferentes métodos de analgesia do parto têm sido relatados ao longo dos anos, porém, apesar disso, o alívio da dor no parto ainda carece de estudos no Brasil. Contudo, mesmo que o direito da mulher de receber medidas de controle da dor tenha sido instituído por Portarias do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016; BRASIL, 2011), com iniciativas e políticas públicas para mudar o paradigma da assistência ao parto, como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Parto, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com oferta de métodos para alívio da dor durante o trabalho, em um pacto para reduzir a mortalidade materna e neonatal (FELISBINO-MENDES *et al.*, 2017).

Em estudo realizado na África do Sul, avaliou-se o conhecimento e atitudes de 151 mulheres com média de idade de 29 anos, a maioria grávida pela segunda ou terceira vez, em relação ao alívio da dor durante o trabalho de parto, observando-se que mais da metade dessas mulheres (56,3%) referiu que sabia sobre a possibilidade do alívio da dor no parto normal e a maioria recebeu informações anteriormente no seu local de trabalho (56,5%), ou ainda de amigos e parentes (55,3%). Das mulheres que tinham conhecimento do alívio da dor (n = 85), 55,7% haviam experimentado dor intensa durante o trabalho de parto anterior e 65,3% delas consideravam a experiência inaceitável. A maioria das

mulheres (59,8%) que estava grávida não foi informada do que esperar quando estava em trabalho de parto. A quase totalidade delas mulheres (99,3%) acreditava que a equipe de saúde tinha um papel importante a desempenhar no alívio da dor do parto (MUGAMBE *et al.*, 2007).

Atribui-se à falta de alívio da dor durante o trabalho de parto o aumento da demanda das mulheres em relação ao parto cesáreo no Egito. Em um estudo transversal envolvendo 814 mulheres nesse país, 82,9% desconheciam a disponibilidade de analgesia de parto e 60% das participantes do estudo preferiram cesariana para evitar dor no parto (SHAABAN *et al.*, 2017).

Situação social desfavorável e fatores organizacionais estão associados à opção relatada de partos normais sem analgesia peridural, o que sugere que as mulheres nem sempre estão em posição de fazer uma escolha real. Seria útil melhorar a compreensão de como as mulheres grávidas definem suas preferências e saber como essas preferências mudam durante a gravidez e o parto. Há evidências de que a decisão de parto sem analgesia está intimamente associada à alta paridade e a mulheres em situação social desfavorável (sem convivência, sem emprego ou com baixa qualificação) e entre mulheres que deram à luz em hospitais públicos não universitários, em maternidades pequenas ou médias e em maternidades sem um anestesista no local (LE RAY *et al.*, 2008).

A dor pode ter efeitos adversos na mãe e no feto. Os efeitos psicológicos da dor intensa não devem ser menosprezados, principalmente nos casos em que estão associados a um resultado fetal ou materno adverso. Existem várias formas diferentes de alívio da dor no trabalho de parto com diferentes efeitos adversos e eficácia. A controvérsia relativa ao tratamento médico de mulheres em trabalho de parto tem sido usada para dissuadir as mulheres de solicitar alívio da dor. Estudos de abordagem qualitativa revelam discursos de obstetras sobre o parto situados nos potenciais riscos e que várias intervenções médicas são realizadas com base em um entendimento do parto como uma emergência, o que diverge do cuidado prestado por parteiras, baseado na sua presença, orientação junto das mulheres e na forma como apresentam escolhas informadas na gestão do nascimento, com intervenção mínima (WHITE; QUEIRÓS, 2018). Porém, esse debate incentivou o uso de uma filosofia de assistência centrada no paciente que incentiva o paciente a manter o controle. No entanto, um bom alívio da dor pode permitir que as mulheres mantenham o controle se administradas de maneira sensível (ILIADOU, 2009).

### **3.2 Escolha do Tipo de Parto e Decisão Compartilhada entre Obstetra e Parturiente**

A cesariana a pedido materno, ou sem indicação médica, é definida como a primeira cesariana realizada antes de iniciado o trabalho de parto e feita na ausência de indicações maternas e fetais (CÂMARA *et al.*, 2016). Existem controvérsias sobre a realização da cesariana a pedido, cujos riscos potenciais incluem complicações em gravidezes subsequentes, aumento do risco de complicações hemorrágicas, infecciosas, no aleitamento materno e respiratórias para o recém-nascido. Na ausência de indicações maternas e/ou fetais para a escolha do parto cesariana, o obstetra deve aconselhar a paciente a escolher um parto vaginal.

A equipe de saúde precisa fornecer às gestantes informações importantes sobre os cuidados durante o parto e nascimento, possibilitando sua participação e tomada de decisão no pré-parto, parto e pós-parto. Cabe ressaltar que a tomada de decisão também depende de conhecimentos e experiências prévias, bem como dos valores, crenças, medos e desejos da mulher e de sua família.

A autonomia da mulher é importante e deve ser respeitada, mas esta autonomia para a opção por uma cirurgia do porte de uma cesariana deve estar associada a um consentimento informado, livre e esclarecido, oferecido por um profissional que não tenha conflitos de interesse com a forma do nascimento. Muitas mulheres grávidas têm preocupações com a dor que encontrarão e os métodos de alívio da dor disponíveis durante o parto. A falta de conhecimento adequado das mulheres sobre os riscos e benefícios dos vários métodos de alívio da dor pode aumentar sua ansiedade. Cada vez mais as mulheres esperam participar de decisões sobre seus cuidados de saúde, inclusive na gravidez e no parto (ILIADOU, 2009).

Em 2016, o Conselho Federal de Medicina (CFM, 2016), através da Resolução nº 2.144, passou a prever que o médico pode atender o desejo da paciente e realizar a cesariana a partir da 39ª semana de gestação. De acordo com a referida Resolução, a gestante tem o direito de optar pela realização de cesariana, sem que haja indicação médica, desde que tenha recebido todas as informações necessárias.

A partir da solicitação materna por parto cesariano, a Associação Médica Brasileira, segundo diretrizes elaboradas pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e a Sociedade Brasileira de Anestesiologia, propõe que os médicos busquem conhecer os valores pessoais e as preferências da gestante e os aborde em um processo de tomada de decisões compartilhadas (AMB, 2016).

Recentemente, foi aprovada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo a Lei nº 17.137/2019, que autoriza a parturiente a escolher sua via de parto, incluindo a opção pela cesariana. Essa proposta preocupa a comunidade médica, pois as estruturas de saúde, já deficientes, não têm condições de atender a um aumento de demanda, tampouco assumir as possíveis complicações consequentes, tanto para as mães, quanto para os recém-nascidos. Além disso, a paciente leiga não tem conhecimento suficiente para decidir sobre a realização de um procedimento cirúrgico que pode trazer prejuízos ao bem-estar do binômio materno-fetal.

A Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) apoia esta lei estadual, porém a cesariana deve ser definida após o médico conhecer os valores pessoais e as preferências da gestante e os abordar em um processo de tomada de decisões compartilhadas (AMB, 2016). É importante que o obstetra avalie

[...] as motivações declaradas e subjacentes da paciente, tais como o medo intenso do parto, denominado tocofobia, e outros fatores associados à cesariana a pedido materno: gravidez complicada anterior; experiência adversa no trabalho de parto ou parto; traços de personalidade ansiosa ou evitativa, história de abuso sexual [...] (AMB, 2016, p. 39)

Segundo estudo realizado no Rio Grande do Sul, o parto pode e deve ser o momento de reafirmação da capacidade de decisão da mulher, mas o medo do parto vaginal pode impossibilitar sua disposição de parir. Assim, a decisão da mulher na escolha da via de parto está sujeita à indução por terceiros, ferindo a sua autonomia (WEIDLE *et al.*, 2014). Outro estudo realizado no Rio de Janeiro com foco em hospitais privados contratados pelo SUS mostrou que durante a gravidez as mulheres brasileiras mudam de ideia sobre o tipo de parto que querem. O medo da dor é o principal motivo inicial para as gestantes desejarem a cesariana, mas também é um fator importante para mudarem de opinião durante a gravidez, em virtude da obtenção de informações claras sobre as vantagens do parto normal (DIAS *et al.*, 2008).

Os fatores importantes são o respeito à paciente e sua dignidade, apoio emocional da equipe, contato com familiares, informações e orientações, conforto físico, confiança nos prestadores da assistência e autonomia e participação na tomada de decisão. Obviamente, as expectativas desempenham um papel importante nessa esfera, que por sua vez, são influenciadas pelo nível educacional, uma das variáveis intervenientes mais importantes e que molda as expectativas (TOCCHIONI *et al.*, 2018).

### 3.3 Analgesia do Parto Vaginal sob a Perspectiva Médica

Existe diferença entre analgesia (diminuição da dor ou percepção da dor) e anestesia (bloqueio da dor, normalmente com anestésicos locais, que resulta em insensibilidade). Os fármacos endovenosos são utilizados para fornecer analgesia e não anestesia (LANÇA, 2003). Apesar de, nos últimos anos, ter havido um incremento na utilização de técnicas regionais na analgesia de parto, a farmacologia sistêmica, administrada via intramuscular ou endovenosa, é ainda muito usada. As parturientes que não podem ou não precisam da anestesia regional (epidural, subaracnóidea) consideram que a analgesia uma boa opção para o alívio parcial da dor durante o seu trabalho de parto (BISMARCK *et al.*, 2003).

A dor no trabalho de parto é o resultado de uma interação complexa e subjetiva de múltiplos fatores fisiológicos e psicossociais na interpretação individual da mulher sobre os estímulos ao parto (ILIADOU, 2009). Assim, como a experiência da dor no trabalho de parto é subjetiva e difere de mulher para mulher, a escolha materna varia de acordo com sua preferência e circunstâncias individuais. Nos países de baixa renda, a forma mais comum de alívio da dor é o apoio contínuo de um acompanhante durante o trabalho de parto. O fornecimento de mais alívio da dor no trabalho de parto é muitas vezes negligenciado, em um cenário de controvérsia sobre a necessidade, vantagens e desvantagens do alívio da dor, especialmente em relação às opções farmacológicas. Como foi antecipado na seção introdutória do presente estudo, a falta de conscientização, mal-entendidos a respeito da aceitabilidade, segurança e disponibilidade das opções de alívio da dor são consideradas as principais razões pelas quais as mulheres não recebem alívio adequado da dor.

A comunicação entre uma mulher e seus médicos é o primeiro passo para prevenir a angústia durante o parto. Em um ambiente com poucos recursos, a provisão de alívio da dor no trabalho de parto pode ser um incentivo útil para ajudar a mudar atitudes e comportamentos negativos na prestação de serviços. Portanto, é importante incluir opções de alívio da dor como parte do atendimento oferecido às mulheres em ambientes com poucos recursos. A qualidade da assistência é considerada um componente essencial do direito à saúde e isso requer habilidades e atitudes apropriadas dos profissionais de saúde que se esforçam para fornecer uma boa experiência de atendimento às mulheres trabalhadoras em um ambiente favorável.

Isso pode ser alcançado se todos os profissionais de saúde trabalharem juntos em uma abordagem multidisciplinar para refinar e implementar diretrizes para opções de

alívio da dor para mulheres em trabalho de parto. Essa abordagem deve ser segura, eficaz, oportuna, eficiente, equitativa, centrado na mulher e culturalmente aceitável (McCAULEY *et al.*, 2017). Além disso, devem ser feitos esforços para aumentar a conscientização sobre as opções de alívio da dor disponíveis na educação das mulheres e suas famílias, para que compreendam que o alívio da dor deve ser parte de um atendimento de qualidade no trabalho de parto.

A medição precisa e o manejo adequado da dor são um problema significativo para o pessoal médico e de enfermagem. Sendo, tanto a experiência quanto a percepção da dor, subjetivas, são também difíceis de medir objetivamente. De fato, grande parte da literatura relata que a dor é subestimada ou superestimada pela equipe de saúde que, como consequência, deixa frequentemente de administrar a analgesia adequada (ILIADOU, 2009).

Há escolhas a serem feitas durante a gravidez sobre as opções disponíveis para alívio da dor no trabalho de parto; cada método tem seus próprios riscos e benefícios, com variações em eficácia, disponibilidade e aceitabilidade.

A analgesia obstétrica ideal deve reduzir ao máximo a dor provocada pelas contrações e dilatação do colo uterino e por outros fenômenos do parto; permitir que a mulher participe ativamente da experiência de dar à luz, garantindo sua condição de saúde, do feto e do recém-nascido, sem interferir com a evolução fisiológica do trabalho de parto (SOUZA, 2009).

As principais técnicas anestésicas utilizadas para analgesia durante o trabalho de parto são epidural contínua, espinal (raquianestesia) e combinada espinal-epidural. O bloqueio espinal ou raquianestesia proporciona alívio imediato da dor, porém, apresenta duração limitada e, isoladamente, é usada apenas quando a paciente já se encontra em período expulsivo ou com dilatação importante do colo. Além disso, pode ocorrer algum grau de bloqueio motor, dificultando a colaboração da paciente durante o processo. O bloqueio peridural lombar constitui técnica eficaz e rotineiramente empregada para alívio da dor do parto, independentemente da dilatação do colo. Além disso, através da passagem de um cateter permite infusão contínua ou titulada de anestésico sempre que necessário, até que o parto se concretize. No entanto, apresenta como inconveniente a lenta instalação do bloqueio sensitivo.

A técnica de bloqueio combinado raqui-peridural (CRP) para analgesia de parto tem como benefícios o emprego de doses menores de anestésicos locais, rápido início de analgesia e menor incidência de bloqueio motor, além de permitir acesso ao espaço

peridural através de cateter, garantindo complementação analgésica caso seja necessária. Estudo com 80 pacientes realizado em Campinas demonstrou melhor eficácia do bloqueio combinado durante o trabalho de parto, com mais rápido alívio da dor, maior conforto às gestantes, melhor qualidade de analgesia e maior frequência de partos espontâneos quando comparado ao bloqueio peridural contínuo isolado (BRAGA, 2019).

Ainda de acordo com Souza *et al.* (2009), tanto o Bloqueio Combinado quanto a Peridural Contínua mostraram-se seguras e eficientes, porém o bloqueio combinado ofereceu analgesia mais rápida, com alívio precoce da dor. O bloqueio motor menos intenso no grupo da Peridural Contínua proporcionou movimentação mais ativa no leito e colaboração mais efetiva das gestantes durante o período expulsivo.

### 3.4 Cesariana

Considera-se que o Brasil vive uma “epidemia de operações cesarianas”, estimando-se que se realizam cerca de 1,6 milhão de cesarianas anualmente, com incidência de 56% em 2016 (BRASIL, 2016). A cesariana (CS) é um dos procedimentos cirúrgicos mais frequentemente realizados em todo o mundo. Existe uma tendência de aumento da taxa de CS na maioria dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, representando um problema médico e sanitário porque a CS aumenta o risco à saúde de mães e bebês em comparação com partos normais. Supõe-se que a incidência de CS difere em relação ao nível socioeconômico das gestantes, pois quanto maior a sua renda média, maior a frequência do parto operatório (QUEIROZ *et al.*, 2005).

Em estudo do Grupo de Pesquisa em Epidemiologia e Avaliação de Programas sobre Saúde Materno-Infantil da Escola Nacional de Saúde Pública na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) destacou-se, na literatura apresentada, que a mudança na forma de pagamento de obstetras tem potencial para reduzir a taxa de cesariana sem indicação clínica (ENSP-FIOCRUZ, 2007). Quando a remuneração da cesariana é maior que a do parto vaginal, as chances de a mulher ser submetida à cirurgia são maiores.

Silva (2014) investigou sobre conflitos de interesses nas decisões por cesárea e destacou os efeitos da remuneração por procedimento na conduta do obstetra de induzir a demanda por cesariana. O Brasil apresenta uma das taxas mais elevadas de cesariana do mundo (55,6%), superando as do Egito (51,8%), Irã e Turquia (47,5%), Itália (38,1%), Estados Unidos (32,8%) e Nova Zelândia (33,4%), sendo sobrepujado apenas pela taxa da República Dominicana (56,4%) (BETRÁN *et al.*, 2016). Com dados do DATASUS, Conselho Federal de Medicina (CFM) e da pesquisa “Nascer no Brasil”, Costa (2018)

descreveu comportamentos da assistência obstétrica brasileira em que o volume de nascimentos por cesariana no Brasil supera os do parto vaginal em horários comerciais e que o obstetra decide geralmente pela via de nascimento no final da gestação, com maior chance de cesariana, levando à suspeita da prática de medicina defensiva.

Há evidências empíricas no Brasil de forte associação entre realização de cesarianas e educação materna, assim como com a densidade das unidades de saúde, sugerindo ainda que a maioria das cesarianas não é indicada clinicamente. Isso mostra que várias políticas e programas foram lançados para combater essa tendência, mas praticamente não tiveram o impacto esperado.

Com o objetivo de descrever tendências, distribuição geográfica e fatores de risco para realização de partos cesarianos no Brasil entre 2000 e 2011, assim como determinar se os esforços para reduzir suas taxas tiveram um impacto mensurável, Barros *et al.* (2015) verificaram, utilizando informações de âmbito nacional no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), relacionando esses dados com educação materna, idade, paridade, etnia, além de análises ecológicas em 431 distritos de saúde sobre as relações com a densidade das unidades de saúde e o nível de pobreza. Os referidos autores concluíram que as taxas de cesárea aumentaram acentuadamente, de 37,9% em 2000 para 53,9% em 2011. Os resultados preliminares de 2012 mostraram uma taxa de 55,8%, com as áreas geográficas mais ricas mostrando as taxas mais altas. As cesarianas foram mais frequentes em mulheres com ensino superior, brancas e idade mais elevada. Nas análises ecológicas, o número de unidades de saúde por 1.000 habitantes foi forte e positivamente correlacionado com as taxas de cesárea, com um aumento de 16,1 pontos percentuais para cada unidade. Um aumento de um ponto percentual na taxa de pobreza foi associado a um declínio de 0,5 ponto percentual nas taxas de cesariana (BARROS *et al.*, 2015).

Muitas mulheres não demonstram conhecimento adequado sobre os riscos e benefícios de cada um dos tipos de parto e, por isso, acredita-se não estarem prontas para exercer sua autonomia nessa decisão. Em estudo transversal com 361 puérperas de um hospital universitário no Brasil em 2013, 77,6% preferiram o parto vaginal, e o motivo, para 81,8% destas, foi melhor recuperação pós-parto, 20,5% relataram ter participado da decisão sobre o tipo de parto, 64,5% acreditavam que o parto ao qual foram submetidas não envolveu riscos para si e 21,9% acharam que envolvia riscos para o recém-nascido (KOTTWITZ *et al.*, 2018).



## 4. MÉTODOS

### 4.1 Estudo de Campo

#### 4.1.1 Delineamento

O modelo deste estudo foi descritivo, de abordagem quantitativa. Um estudo quantitativo-descritivo consiste em investigações de pesquisa empírica cuja principal finalidade é a descrição de características de fatos ou fenômenos por meio de entrevistas e questionários (MARCONI; LAKATOS, 2003). Escolheu-se este modelo pelo objetivo de descrever as variáveis e os “relacionamentos que entre variáveis, em vez dos relacionamentos diretos causa-efeito” (SOUSA *et al.*, 2007, p. 503).

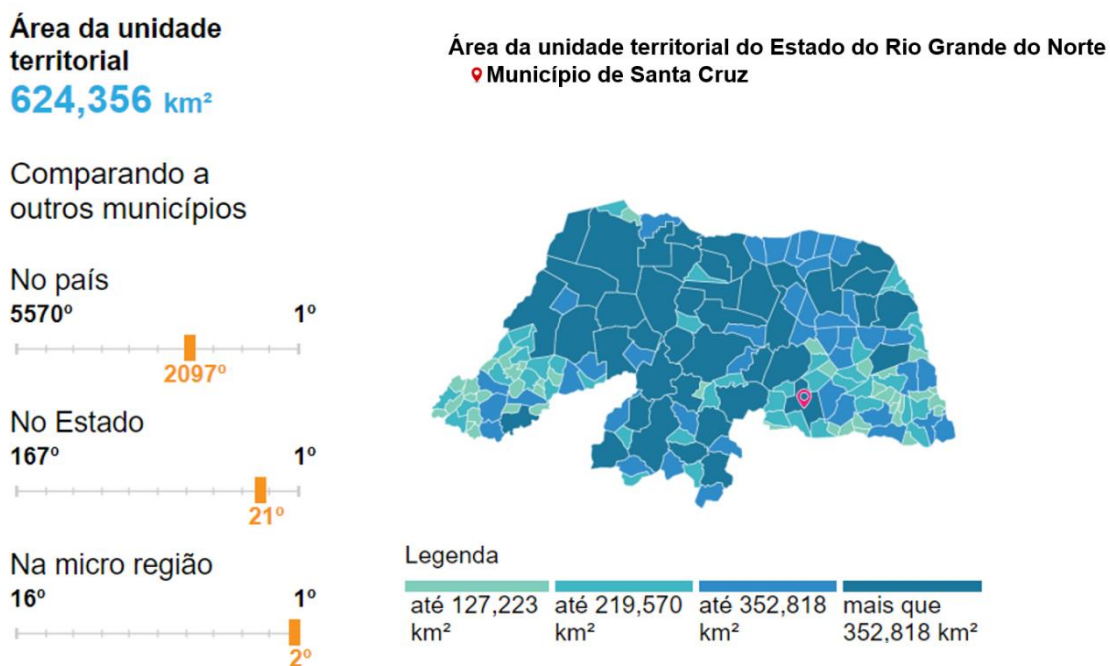
#### 4.1.2 Amostra

O presente estudo envolveu 99 mulheres puérperas atendidas em uma maternidade de hospital universitário. A maternidade é pública e localiza-se no centro da cidade de Santa Cruz-RN, cidade-polo em relação às demais cidades da Mesorregião do Oeste Potiguar, na microrregião do Trairi. O município de Santa Cruz está a 115 quilômetros de distância da capital, Natal, tendo uma área de 624,356 quilômetros quadrados de extensão (**Figura 1**), segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016).

A população de Santa Cruz tem cerca de 39.355 habitantes segundo estimativa do IBGE em 2016 (IBGE, 2016). Em 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Santa Cruz foi de 0,635, o que situa a cidade em uma faixa de Desenvolvimento Humano médio quanto ao IDH-M (entre 0,600 e 0,699), índice que considera as três dimensões do Índice de Desenvolvimento Humano Global – longevidade, educação e renda –, mas o ajusta ao contexto brasileiro global (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD). A dimensão que mais contribui para o IDH-M de Santa Cruz é Longevidade, com índice de 0,761, seguida de Renda, com índice de 0,597, e de Educação, com índice de 0,564. O Produto Interno Bruto per capita da cidade em 2017 foi de 14.173,01 (Natal: 26.497,08), ocupando o 36<sup>o</sup> lugar no estado do RN e a 3393<sup>a</sup> posição no *ranking* dos 5.565 municípios brasileiros (PNUD, 2010).

Neste município, existe apenas esse hospital que realiza assistência ao parto: Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB). Este é, atualmente, referência para atendimento obstétrico e pediátrico para região do Trairi. Entretanto, mais recentemente,

o HUAB vem atendendo pacientes encaminhados de outras microrregiões do Rio Grande do Norte (RN), especialmente Potengi e Seridó.



**Figura 1** - Mapa da população e densidade demográfica de Santa Cruz (2016) Fonte: IBGE Cidades (2016): Santa Cruz-RN

Na maternidade do HUAB foram realizados mensalmente, em média, 235,2 partos no ano de 2019 (dados de livro de registro de partos realizados na maternidade). O HUAB é um hospital de ensino, pesquisa e extensão, com 100% de seus leitos destinados aos usuários do SUS e oferecendo atendimento ambulatorial e de urgência e emergência. Para fins de cadastro, hoje a instituição conta com 51 leitos cadastrados, sendo 22 leitos da obstetrícia clínica (alojamento conjunto), dos quais cinco leitos são de pré-parto, parto e puerpério (PPP), seis leitos da obstetrícia cirúrgica (alojamento conjunto) e quatro de ginecologia cirúrgica, de acordo com as informações disponíveis na página oficial da instituição HUAB/EBSERH na Internet (BRASIL, 2019).

Ainda nessa perspectiva, atendendo as potencialidades do hospital e necessidades de ensino da região e estado, o HUAB vem reiterando as possibilidades de configurar-se como centro formador de referência em recursos humanos para assistência obstétrica no estado. Para isso, vem reforçando vínculos com universidades e instituições de ensino, bem como, capacitando seus profissionais na perspectiva de se tornarem multiplicadores em saúde.

Por meio de amostragem não-probabilística por conveniência, pretendeu-se incluir puérperas atendidas no período de três meses na maternidade e admitidas para trabalho de parto e que evoluíram para os desfechos de parto vaginal ou cesariano. O tamanho deste universo, pelas estimativas levantadas, foi definido em 250 parturientes por mês, o que totalizaria uma estimativa trimestral média de 750. No cálculo do tamanho da amostra, levou-se em consideração um nível de confiança de 95%, um erro amostral de 5%, uma distribuição de resposta afirmativa quanto ao conhecimento de disponibilidade de analgesia no serviço de 50% (uma vez que essa é a variabilidade máxima que leva à obtenção de tamanhos de amostra conservadores, posto que não se conhecia o percentual referente a esta variável na literatura nacional) e um universo de 750 de puérperas atendidas trimestralmente no HUAB.

Ressalta-se que todo o período de coleta de dados do estudo ocorreu durante a pandemia da Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19), com medidas sanitárias restritivas que causaram o prolongamento da duração da fase de coleta, não possibilitou o alcance do tamanho amostral planejado no projeto (n=250). Assim, considerando o período de seis meses de coleta de dados, o universo estimado seria de 1.500 puérperas. O tamanho da amostra alcançada, de 99 participantes, representa 6,6% desta população-fonte considerada inicialmente no projeto de pesquisa e 39,6% do tamanho amostral ideal calculado. Considerando-se que o tamanho da amostra deve ser de 5 a 10% da população e, no caso de uma população pequena (menos de 100), toda a população, infere-se que 6,6% do universo estimado em 1500 puérperas, seja satisfatório do ponto de vista de representatividade amostral.

Foram consideradas elegíveis puérperas atendidas na maternidade do HUAB para realização do parto entre os meses de agosto de 2020 e fevereiro de 2021 (portanto, um período de seis meses, e não de três como planejado inicialmente para a duração da fase de coleta de dados), com parto a termo, independentemente de a via ter sido vaginal ou cesariana. Foram excluídas as puérperas nas seguintes condições ou características: (a) que tiverem apresentado gestação de alto risco ou presença de condição clínica que por si só representar uma indicação para o parto cesariano; (b) partos de natimortos; (c) gestações gemelares; (d) aquelas admitidas em período expulsivo e/ou que tiveram partos fora das unidades da maternidade (carro, casa, ambulância); (e) puérperas que não falavam ou entendiam o idioma (português); e (h) as que apresentavam transtornos mentais graves.

### **4.1.3 Variáveis do Estudo**

#### **4.1.3.1 Variável primária e independente**

A variável primária e independente do estudo foi mensurada como uma variável autorreferida e dicotômica, como as respostas "sim" e "não" à pergunta se alguma vez foram sobre o uso de analgesia farmacológica para o parto vaginal.

#### **4.1.3.2 Variáveis secundárias**

As variáveis dependentes ou de desfecho foram a decisão das mulheres sobre o tipo de parto e o agente de decisão sobre este (dicotômica: vaginal e cesariano); variáveis secundárias explanatórias foram as sociodemográficas.

### **4.1.4 Técnica de Coleta de Dados e Instrumentos**

Os dados foram coletados por meio de entrevistas estruturadas, com base em instrumento elaborado especificamente para este fim (APÊNDICE A). Os entrevistadores foram médicos residentes de Anestesiologia em atividade no HUAB e submetidos a treinamento prático prévio com a pesquisadora responsável, incluindo técnica de entrevista e questões relacionadas ao preenchimento do instrumento de pesquisa. Embora o questionário tenha sido um instrumento autoaplicável, este foi administrado pelos entrevistadores, que fizeram as perguntas verbalmente às puérperas, presencialmente, lendo as questões e anotando as respostas delas no papel. As únicas instruções dadas às respondentes foram sobre a atenção a todas as questões, assim como sobre não haver respostas certas ou erradas e da necessidade de respostas que correspondessem com a maior exatidão possível ao caso pessoal. Foram padronizadas as explicações verbais entre os entrevistadores na tentativa de evitar interferência diferencial entre eles.

Os itens incluídos no questionário foram escolhidos com base em investigações publicadas anteriormente (MONTE, 2013; COSTA *et al.*, 2004), após adaptação aos objetivos do presente estudo pela pesquisadora, assim como outros itens elaborados primariamente por esta.

O questionário materno foi composto de perguntas fechadas do tipo dicotômico e de múltipla escolha. Houve itens com opções de resposta pré-selecionadas, em que as entrevistadas podiam escolher a alternativa de “outra” para fornecer resposta livre. Na primeira parte do questionário, foram registrados dados sociodemográficos (idade, escolaridade, raça/cor, estado civil, ocupação fora do lar anterior à gestação), pré-natal, trabalho de parto, tipo de parto e se a decisão sobre o tipo de parto foi da paciente, do médico obstetra ou compartilhada entre paciente e médico. Cada pergunta expressou

apenas uma ideia (ou seja, nenhuma pergunta continha "e") e nenhuma pergunta foi formulada de forma negativa.

Na segunda parte do questionário, foram registrados dados sobre o conhecimento das participantes em relação ao alívio da dor no trabalho de parto vaginal, dados relacionados à gravidez e pré-natal, técnicas de analgesia empregadas no parto vaginal, decisão sobre tipo de parto e conhecimento sobre a disponibilidade de analgesia durante o parto vaginal na maternidade. Uma escala visual analógica (EVA) foi utilizada para avaliar a percepção das gestantes em relação à dor durante o processo de trabalho de parto (experiência vivenciada e esperada).

A aplicação do questionário foi feita na maternidade, de 12 a 24 horas após o parto, nas salas do acolhimento conjunto, proporcionando privacidade às respondentes, nos expedientes da manhã ou da tarde, em qualquer dia da semana e conforme funcionamento do serviço.

A idade das pacientes foi categorizada em três faixas etárias: até 20 anos (adolescentes), de 20 a 40 anos (adultas jovens) e maior que 40 (adultas). O estado civil foi classificado nas categorias solteira, casada, viúva/separada, enquanto a escolaridade foi definida em níveis de instrução formal (fundamental, médio e superior, completos ou incompletos). A variável cor da pele (branca, negra, amarela e parda) foi coletada conforme a autodeclaração das respondentes. A renda foi indicada em salários-mínimos - SM (até 1 SM, 2-3 SM, 4 a 6 SM e mais de 6 SM), baseada na renda média domiciliar *per capita*, determinada de acordo com os critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

O item referente ao conhecimento das mães sobre a existência de analgesia farmacológica do parto vaginal apresentou como possíveis respostas as opções de "sim", "não" ou "não sei responder". As respostas quanto à fonte das informações recebidas sobre analgesia farmacológica foram feitas em itens de múltipla escolha (médico do pré-natal; enfermeiro do pré-natal; médico plantonista; estudante de medicina; familiares; amigos; outros).

#### **4.1.5 Análise dos Dados**

A análise dos dados foi baseada em estatística descritiva, com determinação de estimadores qualitativos e quantitativos, assim como análise inferencial não-paramétrica para avaliar associações entre variáveis categóricas, por meio do teste qui-quadrado de Pearson, ou do teste exato de Fisher, quando apropriado. As respostas aos itens dos questionários foram codificadas de acordo com o nível de mensuração nominal e ordinal

e mostrados por meio de representação tabular e gráfica. Na análise inferencial, foram considerados estatisticamente significantes valores de  $p$  menores que 5%. Foram avaliadas as relações entre as respostas aos itens dos questionários e as variáveis sociodemográficas, incluindo faixa de idade, estado civil, raça/etnia, renda, escolaridade e trabalho remunerado.

Visando atender ao objetivo do estudo, foram traçadas as seguintes hipóteses estatísticas de nulidade:

- H0: O conhecimento materno sobre a disponibilidade de alívio medicamentoso da dor durante o trabalho de parto normal é encontrado em menos que 50%;
- H0: A existência de conhecimento sobre a disponibilidade de alívio medicamentoso da dor não se associa com a ocorrência de parto vaginal;

Estas hipóteses nulas são opostas às respectivas hipóteses alternativas, ou hipóteses de pesquisa:

- H1: O conhecimento materno sobre a disponibilidade de alívio medicamentoso da dor durante o trabalho de parto é satisfatório (50% ou mais da amostra);
- H1: A existência de conhecimento sobre a disponibilidade de alívio medicamentoso da dor se associa com a ocorrência de parto vaginal.

Para a análise estatística, foi utilizado o programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 21.0 para o sistema operativo *Windows* (IBM Corporation, Armonk, NY, EUA).

#### **4.1.6 Aspectos Éticos**

Conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, a coleta de dados deste estudo foi iniciada apenas após sua aprovação colegiada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências Médicas (CCM) da UFPB, ao qual está vinculado o Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE). O projeto foi aprovado pelo CEP do CCM da UFPB sob Parecer no 3.944.430, em 31 de março de 2020.

Fizeram parte da amostra puérperas atendidas na maternidade do Hospital Universitário Ana Bezerra (cidade de Santa Cruz - RN), abordadas consecutivamente no período de seis meses de coleta de dados desta pesquisa e que concordaram em participar da pesquisa mediante esclarecimento e autorização por meio de TCLE antes do início da entrevista. Elas foram esclarecidas sobre os procedimentos do estudo, e que em nada seria

alterado no seu tratamento na instituição caso decidissem não participar. Só participaram da pesquisa as respondentes que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aprovado pelo CEP/CCM (APÊNDICE B).

Além disso, foi garantida a confidencialidade das informações, ocultando-se as identidades das participantes. As informações coletadas não serão utilizadas para prejuízo dos indivíduos participantes da pesquisa e os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para os objetivos previstos pela investigação. Todos os dados foram guardados de forma confidencial pela pesquisadora responsável, sendo, portanto, mantida em sigilo a identidade das participantes até dois anos após a publicação do artigo resultante do estudo, quando os formulários serão, então, incinerados.

Conforme a Resolução 466/2012, “toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados.” (V- Dos Riscos e Benefícios”). Contudo, em seu inciso II-22, considera-se na referida Resolução, que são eticamente admissíveis pesquisas cujos benefícios a seus participantes forem exclusivamente indiretos, desde que consideradas as dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual desses.

Nesse sentido, a presente pesquisa pode ser enquadrada como de risco mínimo, de natureza psicológica, com possibilidade de constrangimento ao responder o questionário, desconforto, vergonha, ansiedade, fadiga ao responder às perguntas, assim como quebra de sigilo e anonimato. Os referidos desconfortos foram minimizados por meio de atitude respeitosa, sensível e atenta dos entrevistadores.

As mulheres entrevistadas foram aquelas que estavam no puerpério há pelo menos 12 horas após o parto para evitar desconforto maior para elas. Estas se encontravam no alojamento conjunto do HUAB, sendo entrevistadas nos momentos em que estavam mais disponíveis para responder. Foi obtida Carta de Anuência da Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do HUAB para realização da pesquisa (ANEXO A).

Os benefícios previstos para esta pesquisa são o conhecimento sobre a comunicação de informações sobre analgesia do parto vaginal às gestantes do HUAB e sua relação com a indicação do tipo de parto, além da posterior contribuição para a população-fonte envolvida.

Os resultados do presente estudo foram submetidos e aceitos sob a forma de artigo original a revista científica indexada (ANEXO C), assim como serão divulgados oportunamente na Comunidade Médica e Acadêmica da UFRN, mediante entrega do relatório técnico-científico do estudo à GEP do HUAB.

## 4.2 Elaboração de Cartilha Educativa para Gestantes sobre Alívio da Dor do Parto Normal

No processo de popularização da ciência, a produção de materiais paradidáticos são ferramentas mediadoras importantes. Com isso, objetivou-se produzir um material paradidático (cartilha), como produto técnico-educativo resultante deste trabalho de conclusão de mestrado profissional, para orientar mulheres no período pré-natal sobre a dor do parto e as técnicas de alívio disponíveis.

A proposta da cartilha é permitir a auto orientação de gestantes, facilitando o seu entendimento, assim como uma facilitação da interlocução com elas, enquanto leitoras leigas, a partir do perfil sociodemográfico observado no nosso estudo de campo realizado na maternidade do HUAB. Buscou-se apresentar um produto com potencial de impacto social, aplicabilidade factível e linguagem acessível ao público-alvo.

O conteúdo do panfleto foi desenvolvido a partir de uma revisão da literatura, dos resultados do estudo de campo e discussões com anestesistas. Foi desenvolvida por meio da ferramenta Canvas®, gerando-se uma versão final do produto no formato digital, em *Portable Document Format* (pdf). Propõe-se que esta versão final seja impressa como protótipos coloridos, de frente e verso.

A revisão teórica para fundamentação da cartilha foi realizada a partir de busca eletrônica nas bases de dados Mendeley® (Elsevier), uma plataforma colaborativa, alimentada pelos seus próprios usuários. Foi realizada uma sincronização por meio da web, *desktop* e dispositivo móvel, com extração de metadados em formato portátil - pdf. Selecionaram-se artigos publicados com textos disponíveis em línguas portuguesa e inglesa sobre educação de gestantes no que concerne à dor do parto.

Além do material selecionado nos textos disponibilizados na Mendeley®, foram analisados modelos de cartilhas disponíveis no *site* do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021) para servir de arquétipo na construção do *layout* e da linguagem acessível à população-alvo.

As informações contidas na cartilha versaram sobre os seguintes tópicos: importância do parto vaginal, dor do parto e técnicas disponíveis para o alívio desta dor.

As etapas de construção do *layout* e de produção do material quanto à linguagem e ilustração seguiram orientações de Reberte (2018), que considera cartilhas como materiais informativos e educativos que precisam ter adequação ao público-alvo, linguagem clara e objetiva, visual leve e atraente e fidedignidade das informações.



Buscou-se formatar o material com baixa densidade de palavras e estruturas simplificadas de frase.

O local desta aplicação da cartilha será a Maternidade do Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB/UFRN), onde se realizou a pesquisa de campo da presente dissertação. A cartilha foi revista por leigos e técnicos, chegando-se à versão atual (APÊNDICE D), com capa, contracapa e 15 páginas, incluindo texto e ilustrações explicativas.

No protótipo da arte-final no qual o esboço foi convertido em produto, foram inseridas ilustrações coloridas, com ajustes na integração do texto com as imagens, assim como no tamanho das fontes. As imagens ilustrativas foram coletadas na internet, em bancos de imagens gratuitas e sem direitos autorais (iStockPhoto®). A cartilha foi elaborada em *layout* de folha A4 (210 x 297 mm) com configuração de paisagem.

A difusão da cartilha “Analgésia do Parto: Vamos Conhecer?” como ferramenta educacional e de popularização científica será realizada após a defesa desta dissertação e implementação dos ajustes decorrentes, que será encaminhada à Gerência de Ensino e Pesquisa do HUAB, assim como à Gerência de Atenção à Saúde e Chefe da Unidade Materno-Infantil do hospital. Após tais apreciações e a implementação dos ajustes recomendados, a cartilha será impressa e distribuída às gestantes atendidas na maternidade do HUAB e unidades básicas de saúde de Santa Cruz-RN, acompanhando anuência a ser solicitada aos gestores dos referidos serviços.

## 6. ARTIGO ORIGINAL

### CONHECIMENTO DE PUÉRPERAS SOBRE ANALGESIA DO PARTO NORMAL EM MATERNIDADE PÚBLICA NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO NORTE, BRASIL

*KNOWLEDGE OF PUERPERAS ABOUT ANALGESIA OF NORMAL DELIVERY IN PUBLIC MATERNITY IN THE INTERIOR OF RIO GRANDE DO NORTE, BRAZIL*

*CONOCIMIENTO DE PUERPERAS SOBRE ANALGESIA DE ENTREGA NORMAL EN MATERNIDAD PÚBLICA EN EL INTERIOR DE RIO GRANDE DO NORTE, BRASIL*

#### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar o conhecimento de puérperas sobre a analgesia do trabalho de parto vaginal, assim como a associação entre a existência desta informação e a decisão e o desfecho quanto ao tipo de parto na maternidade do Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB), em Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brasil.

**Metodologia:** O modelo deste estudo foi descritivo e transversal, de abordagem quantitativa. A amostra foi composta por puérperas atendidas na maternidade do HUAB, que pactua com programas de humanização do atendimento obstétrico. Os dados foram coletados por meio de entrevistas diretas, com preenchimento de questionário estruturado, assim como revisão de prontuários.

**Resultados:** Foram entrevistadas 99 puérperas, cujo perfil foi de jovens com nível médio de instrução, pardas, em união consensual, baixa renda, sem ocupação remunerada, não primíparas e com assistência pré-natal. Observou-se que 78,8% tiveram parto normal e houve relação estatisticamente significativa deste tipo de parto normal com maior nível de escolaridade, renda maior que um salário-mínimo e trabalho remunerado. Verificou-se que apenas 22,2% sabiam da disponibilidade da analgesia para o parto vaginal. A decisão da gestante sobre o tipo de parto também se associou com a ocorrência de parto vaginal, mas não houve associação entre conhecimento da existência de analgesia do parto na maternidade com a decisão materna ou com a realização do parto vaginal.

**Conclusão:** A frequência de conhecimento sobre disponibilidade de analgesia para o parto foi baixa, compatível com resultados de outros países em desenvolvimento. O conhecimento materno sobre a disponibilidade de alívio da dor durante o trabalho de parto se relacionou com nível de escolaridade, renda e trabalho remunerado, mas não se associou com a decisão materna pelo parto vaginal ou com a realização deste tipo de parturição.

**Palavras-chave:** Trabalho de Parto; Analgesia Obstétrica; Maternidade Hospitalar.

#### ABSTRACT

**Objective:** To assess the knowledge of postpartum women about analgesia in vaginal labor, as well as the association between the existence of this information and the decision and outcome regarding the type of delivery in the maternity hospital of the Ana Bezerra University Hospital (HUAB), in Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brazil.

**Methodology:** The model of this study was descriptive and cross-sectional, with a quantitative approach. The sample consisted of puerperal women attended at the HUAB maternity hospital, which agrees with programs for the humanization of obstetric care.

Data were collected through direct interviews, with the completion of a structured questionnaire, as well as a review of medical records.

**Results:** 99 puerperal women were interviewed, whose profile was young people with secondary education, brown, in a consensual union, low income, without paid occupation, not primiparous and with prenatal care. It was observed that 78.8% had vaginal delivery and there was a statistically significant relationship between this type of vaginal delivery and higher education level, income higher than the minimum wage and paid work. It was found that only 22,2% knew about the availability of analgesia for vaginal delivery. The pregnant woman's decision about the type of delivery was also associated with the occurrence of vaginal delivery, but there was no association between knowledge of the existence of analgesia during labor in the maternity ward with the mother's decision or with the performance of vaginal delivery.

**Conclusion:** The frequency of knowledge about the availability of analgesia for childbirth was low, consistent with results from other developing countries. Maternal knowledge about the availability of pain relief during labor was related to education level, income, and paid work, but was not associated with the maternal decision for vaginal delivery or with this type of parturition.

**Keywords:** Labor; Obstetric Analgesia; Hospital Maternity.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar el conocimiento de las puérperas sobre la analgesia en el trabajo de parto vaginal, así como la asociación entre la existencia de esta información y la decisión y resultado respecto al tipo de parto en la maternidad del Hospital Universitario Ana Bezerra (HUAB), en Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brasil.

**Metodología:** El modelo de este estudio fue descriptivo y transversal, con enfoque cuantitativo. La muestra estuvo constituida por puérperas atendidas en la maternidad del HUAB, lo que concuerda con los programas de humanización de la atención obstétrica. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas directas, con la complementación de un cuestionario estructurado, así como una revisión de historias clínicas.

**Resultados:** Se entrevistaron 99 puérperas, cuyo perfil era joven con educación secundaria, mestiza, en unión consensual, de bajos ingresos, sin ocupación remunerada, no primíparas y con atención prenatal. Se observó que el 78,8% tuvo parto vaginal y existió una relación estadísticamente significativa entre este tipo de parto vaginal y nivel educativo superior, ingresos superiores al salario mínimo y trabajo remunerado. Se encontró que solo el 22,2% conocía la disponibilidad de analgesia para el parto vaginal. La decisión de la gestante sobre el tipo de parto también se asoció con la ocurrencia de parto vaginal, pero no hubo asociación entre el conocimiento de la existencia de analgesia durante el trabajo de parto en la sala de maternidad con la decisión de la madre o con la realización de parto vaginal.

**Conclusión:** La frecuencia de conocimiento sobre la disponibilidad de analgesia para el parto fue baja, consistente con los resultados de otros países en desarrollo. El conocimiento materno sobre la disponibilidad de alivio del dolor durante el trabajo de parto se relacionó con el nivel de educación, los ingresos y el trabajo remunerado, pero no se asoció con la decisión materna de parto vaginal o con este tipo de parto.

**Palabras-clave:** Trabajo de parto; Analgesia obstétrica; Maternidad hospitalaria.

## 1. Introdução

A realização das boas práticas de atenção ao parto e o bem-estar da parturiente compõem a quinta meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas, a Agenda 2030 (United Nations, 2016). Nesse sentido, a tecnologia e a humanização do parto não são fatores excludentes entre si. Existem várias maneiras de garantir o conforto com suporte durante o trabalho de parto no ambiente hospitalar. A humanização da assistência ao parto vaginal também inclui o trabalho do anestesiológico como elemento fundamental do atendimento à parturiente, se este for o desejo desta, resgatando sua autonomia, em práticas comprovadamente benéficas na parturição (Freitas & Meinberg, 2009).

A analgesia obstétrica não é uma prática comum nos partos vaginais e muitas vezes é negligenciada, ainda que a dor associada às contrações uterinas possa ser aliviada pelo uso de técnicas farmacológicas e não farmacológicas, ou pela combinação destas (Endalew *et al.*, 2020). Contudo, em regiões onde predomina baixo nível socioeconômico da população, como no Nordeste do Brasil, a escassez de conhecimento por parte das gestantes, atitudes negativas em relação à analgesia farmacológica, falta de pessoal treinado e ausência de protocolos clínicos estabelecidos nos serviços podem constituir impedimentos ao adequado uso de analgesia durante o parto normal (Brasil, 2017).

A falta de conhecimento pelas gestantes sobre a disponibilidade de analgesia obstétrica é uma razão importante para sua falta de utilização rotineira (Workie *et al.*, 2021; Nabukenya *et al.*, 2015). Por outro lado, estudos evidenciam que muitas vezes os partos cesarianos decorrem da solicitação materna em virtude de experiências anteriores com a dor do parto vaginal (Prakash *et al.*, 2017; Shaaban *et al.*, 2017). A analgesia farmacológica do parto difundiu-se em muitos centros, alcançando taxas acima de 50%, particularmente mais elevada em primigestas, havendo, paralelamente, diminuição das taxas de cesarianas eletivas, o que provavelmente reflete aspectos psicoemocionais das parturientes em relação ao enfrentamento da dor (Leão, 2016). É imprescindível a qualificação da atenção à gestante no sentido de garantir que a decisão pela via de parto considere os ganhos em saúde e seus possíveis riscos, de maneira informada e compartilhada por ela com a equipe de saúde que a atende.

A principal pergunta desta pesquisa é a seguinte: O conhecimento sobre a disponibilidade de analgesia do trabalho de parto vaginal associa-se à escolha materna do tipo de parto? A principal hipótese, como resposta provisória a esta pergunta, é a de que o conhecimento pela gestante acerca da disponibilidade de alívio farmacológico da dor

durante o trabalho de parto normal associa-se a uma menor frequência de decisões para realização de cesarianas, em comparação com a ausência de conhecimento prévio sobre disponibilidade do alívio da dor.

O objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento de puérperas em relação à analgesia farmacológica durante o trabalho de parto vaginal em uma maternidade pública que pactua com programas de humanização do atendimento obstétrico, assim como a associação entre a existência da informação e a decisão quanto ao tipo de parto realizado na maternidade do Hospital Universitário Ana Bezerra, em Santa Cruz, Rio Grande do Norte (RN), Brasil.

## **2. Metodologia**

O modelo deste estudo foi descritivo e transversal, de abordagem quantitativa. Um estudo descritivo consiste em uma pesquisa empírica cuja principal finalidade é a descrição de características de fenômenos por meio de entrevistas e/ou questionários (Marconi & Lakatos, 2003), com o objetivo de analisar relacionamentos entre variáveis, sem buscar conexão de causa-efeito (Sousa *et al.*, 2007).

A amostra foi composta por puérperas atendidas na maternidade pública do Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB), localizado no centro da cidade de Santa Cruz-RN, município-polo em relação às demais cidades da Mesorregião do Agreste Potiguar, na microrregião do Trairi. O município de Santa Cruz está a 115 quilômetros de distância da capital do RN, Natal. A população desta cidade tem cerca de 39.355 habitantes (IBGE, 2016). No referido município, existe apenas este serviço de assistência ao parto, a maternidade do HUAB, referência para atendimento obstétrico e pediátrico no território do Trairi.

Na maternidade do HUAB foram realizados mensalmente, em média, 235,2 partos no ano de 2019, segundo dados verificados no livro de registro de partos do serviço. O HUAB é um hospital onde se realizam atividades de ensino, pesquisa e extensão, com 100% dos leitos destinados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), com atendimento ambulatorial, de internamento, de urgência e emergência (Brasil, 2019).

Mediante amostragem não-probabilística por conveniência, foram incluídas na pesquisa puérperas atendidas em um período de seis meses na maternidade. Foram consideradas elegíveis puérperas assistidas na maternidade do HUAB para realização do parto a termo entre os meses de agosto de 2020 e fevereiro de 2021, independentemente de a via de parto ter sido vaginal ou cesariana. Foram excluídas do estudo as puérperas

nas seguintes condições: (a) com diagnóstico de gestação de alto risco ou presença de condição clínica que por si só representasse indicação para parto cesariano; (b) partos de natimortos; (c) gestações gemelares; (d) admissão hospitalar em período expulsivo e/ou que tiveram partos fora das unidades da maternidade em questão (carro, casa, ambulância); (e) falta de compreensão do idioma (português) pelas puérperas; e (h) transtornos mentais graves.

A variável primária do estudo foi mensurada como uma variável autorreferida e nominal, a partir das respostas ("sim", "não", "não sabe responder") à pergunta se alguma vez as participantes foram informadas (pelo seu médico, outro profissional de saúde, ou por outras fontes) sobre o uso de analgesia para o parto normal. Considerou-se que as participantes tinham conhecimento sobre a existência de analgesia do trabalho de parto quando elas responderam afirmativamente ao serem questionadas por meio da referida pergunta, independentemente da fonte de informação. As variáveis secundárias foram tipo de parto (vaginal ou cesariano) e as variáveis sociodemográficas. Foi considerada como assistência pré-natal completa quando a gestante realizou mais de seis consultas (Brasil, 2006).

Os dados foram coletados por meio de entrevistas diretas e estruturadas, com base em instrumento elaborado especificamente para este fim. Os itens incluídos no questionário foram escolhidos a partir de dados de investigações publicadas anteriormente (Monte, 2013; Costa *et al.*, 2004), após adaptação aos objetivos do presente estudo, assim como com adição de outros itens elaborados primariamente pelas pesquisadoras. O questionário foi composto de perguntas fechadas do tipo dicotômico e de múltipla escolha. Houve itens em que foram fornecidas opções pré-selecionadas e as entrevistadas poderiam escolher a opção "outra" para fornecer resposta livre. Na primeira parte do questionário, foram registrados dados sociodemográficos (idade, escolaridade, raça/cor, renda, estado civil, ocupação remunerada), tipo de parto e se a decisão sobre o tipo de parto foi compartilhada (médico-paciente), indicação médica ou decisão das participantes. Para efeito de análise, a variável raça/cor da pele foi autorrelatada, considerando-se as categorias branca, negra, parda e indígena.

Na segunda parte do questionário, foram registrados dados sobre o conhecimento materno em relação ao alívio farmacológico da dor no trabalho de parto e a disponibilidade deste tipo de analgesia para o parto normal na maternidade, fonte da informação recebida, experiência da intensidade da dor, administração de analgesia da dor durante o trabalho de parto e desejo pessoal em relação ao alívio da dor e a decisão

(pessoal, médica, compartilhada) na escolha do tipo de parto na maternidade, assim como dados relacionados à gravidez. Uma escala visual analógica (EVA) foi utilizada para avaliar a percepção das gestantes em relação à intensidade da dor relacionada ao processo de trabalho de parto (expectativa e experiência vivenciada).

A aplicação do questionário foi presencial, em ambiente da maternidade, no Alojamento Conjunto, ou outra sala do serviço, mas proporcionando privacidade às respondentes, de 12 a 24 horas após o parto, nos expedientes da manhã ou da tarde, em qualquer dia da semana, conforme funcionamento do serviço. Informações sobre o trabalho de parto e registros a respeito da assistência ao parto foram pesquisadas nos prontuários.

A variável primária foi mensurada como autorreferida e nominal, a partir das respostas ("sim", "não", "não sabe") à pergunta se as participantes sabiam da existência de analgesia farmacológica do parto normal. A esta variável se atribuiu o termo "conhecimento" no sentido de noção ou conhecimento imediato, elementar ou superficial. Associada a esta questão, perguntou-se se elas foram informadas sobre o uso de analgesia para o parto durante a gestação e caso afirmativo, sua fonte (pelo seu médico, outro profissional de saúde e qual, amigos, familiares, televisão, internet, ou outra fonte). As variáveis secundárias foram tipo de parto (dicotômica: vaginal ou normal; cesariano) e variáveis sociodemográficas.

Os entrevistadores foram médicos residentes de Anestesiologia em atividade no HUAB e submetidos a treinamento prático prévio com a pesquisadora responsável, incluindo técnica de entrevista e questões relacionadas ao preenchimento do instrumento de pesquisa. Embora o questionário fosse um instrumento autoaplicável, este foi administrado pelos entrevistadores, que fizeram as perguntas verbalmente às puérperas, face a face, lendo as questões e anotando suas respostas no papel. As únicas instruções dadas foram sobre a atenção a todas as questões, assim como sobre não haver respostas certas ou erradas e da necessidade de respostas que correspondessem com a maior exatidão possível ao caso pessoal.

A análise dos dados foi baseada em estatística descritiva, com determinação de estimadores qualitativos e quantitativos, assim como análise inferencial não-paramétrica para avaliar associações entre variáveis categóricas, por meio do teste qui-quadrado de Pearson, ou do teste exato de Fisher, quando apropriado. As respostas aos itens dos questionários foram codificadas de acordo com o nível de mensuração nominal e ordinal e mostrados por meio de representação tabular e gráfica. Na análise inferencial, foram

considerados estatisticamente significantes valores de  $p$  menores que 5%. Foram avaliadas as relações entre as respostas aos itens dos questionários e as variáveis sociodemográficas, incluindo faixa de idade, estado civil, raça/etnia, ocupação remunerada, renda e escolaridade.

Visando atender ao objetivo do estudo, foram traçadas as seguintes hipóteses estatísticas:

- H0: o conhecimento materno sobre a disponibilidade de alívio medicamentoso da dor durante o trabalho de parto não é baixo e não se associa com a ocorrência de parto cesariano; e
- H1: o conhecimento materno sobre a disponibilidade de alívio medicamentoso da dor durante o trabalho de parto é baixo e se associa com a ocorrência de parto cesariano.

Para a análise estatística, foi utilizado o programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 21.0 para o sistema operativo *Windows* (IBM Corporation, Armonk, NY, EUA).

Conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas da UFPB sob Parecer no 3.944.430.

### 3. Resultados

A análise do perfil sociodemográfico das 99 puérperas entrevistadas mostrou que a idade variou entre 14 e 36 anos (média: 24,8; desvio-padrão: 5,6), observando-se que 64,6% da amostra eram adultas jovens (entre 20 e 40 anos) e 30,3% eram adolescentes (14 a 19 anos). A grande maioria encontrava-se casada ou em união consensual (87,9%) e 68,7% se consideraram pardas. No que se refere à escolaridade, 49,5% tinham o ensino médio completo. Quanto à renda, 52,5% viviam com até um salário-mínimo e 48,5% tinham ocupação remunerada. As ocupações mais frequentemente referidas foram relacionadas ao trabalho no comércio, bancos, transportes e hotelaria (25,3%) e à agricultura (12,1%).

Na caracterização de gestações anteriores, realização de pré-natal e tipo de parto, 62,6% das entrevistadas afirmaram que aquela não havia sido sua primeira gravidez/parto, e todas haviam realizado pré-natal, 78,8% com assistência pré-natal completa, ou seja, com mais de seis consultas. Em relação ao parto, a maioria teve parto vaginal (78,8%). Portanto, a prevalência de parto cesariano foi de 21,2%. Observou-se



que 37,4 % afirmaram que a decisão quanto ao tipo de parto foi compartilhada com o médico, enquanto 79,8% estavam em trabalho de parto ao chegarem à maternidade. Quando questionadas sobre a via de parto preferida por elas, 78,8% responderam que havia sido o parto vaginal. Em relação à via de parto indicada pelos seus médicos obstetras, as participantes responderam que 86,9% também indicaram parto vaginal.

Na caracterização da dor do trabalho de parto e informações sobre analgesia, em uma escala de 0 a 10, a média de dor que as entrevistadas referiram foi de 9,2 (desvio-padrão: 1,7). Além disso, a principal preocupação em relação ao parto foi a intensidade da dor para 55,6% das participantes, porém se fosse oferecido um medicamento para aliviar a dor, 94,9% delas o aceitariam. Por outro lado, 77,8 % das puérperas afirmaram que a dor que sentiram correspondeu às suas expectativas. Durante o trabalho de parto, 71,7% das parturientes afirmaram que receberam alguma técnica de alívio da dor e as mais citadas foram banho de chuveiro, bola, deambulação e compressas. Nenhuma das participantes do estudo recebeu analgesia farmacológica.

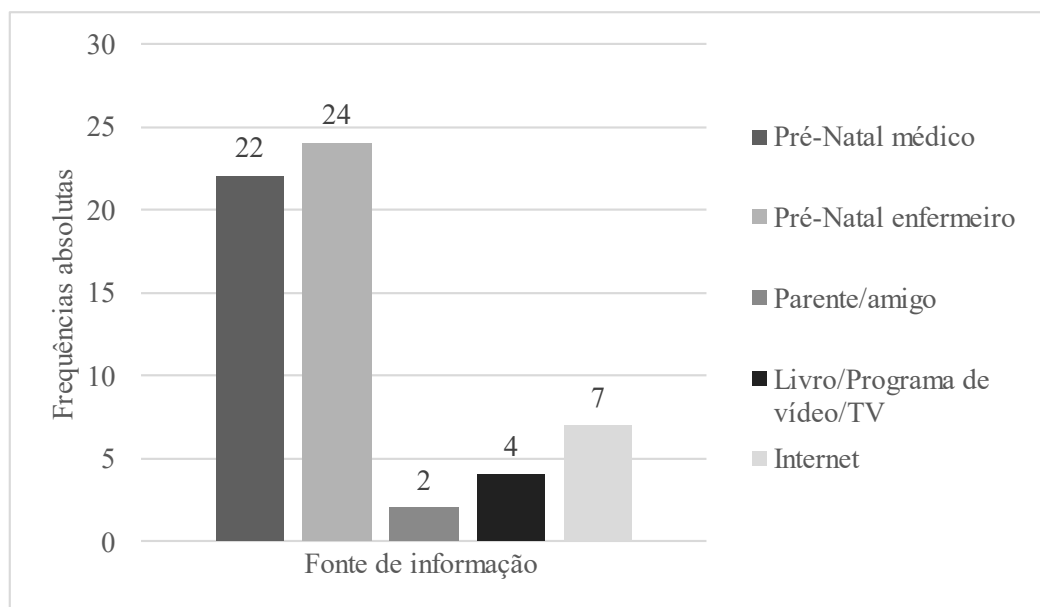
Observou-se que 62,6% das entrevistadas afirmaram que aquela não havia sido sua primeira gravidez/parto. Todas haviam realizado pré-natal, sendo 78,8% com assistência pré-natal completa (mais de seis consultas). Em relação ao parto, a maioria teve parto normal (78,8%); assim, a prevalência de parto cesariano na amostra foi de 21,2%. Observou-se que 79,8% estavam em trabalho de parto ao chegarem à maternidade. Quando questionadas sobre a via de parto preferida por elas, 78,8% responderam que seu desejo era pelo parto vaginal. Em relação à via de parto indicada pelos médicos que as acompanhavam, 86,9% referiram que a decisão obstétrica também foi pelo parto por via vaginal.

No que concerne ao compartilhamento sobre a decisão quanto ao tipo de parto, 68,7% das entrevistadas relataram terem se sentido incluídas na decisão e 48,5% julgaram ter recebido informações adequadas sobre o que estava sendo planejado e o que aconteceria durante o trabalho de parto.

Quando questionadas especificamente se haviam desejado o alívio da dor do parto, 63,6% responderam que sim, mas apenas 22,2 sabiam que existia disponibilidade de medicação para analgesia deste tipo de parto na maternidade. Em relação às informações gerais sobre o trabalho de parto, 88,9% afirmaram que receberam alguma informação durante a gestação. Das mulheres que manifestaram desejo de receber alívio da dor durante o parto, apenas 59 afirmaram ter recebido alguma orientação sobre o

assunto no período do pré-natal e que a principal fonte desta informação foi fornecida pelo enfermeiro da equipe de saúde (Figura 1).

**FIGURA 1 Fontes de informação sobre analgesia do trabalho de parto vaginal para puérperas que desejavam ter recebido analgesia por medicamentos na maternidade do Hospital Universitário Ana Bezerra, Santa Cruz-RN entre agosto de 2020 e fevereiro de 2021 (n=59)**



Com o objetivo de investigar se existia associação entre variáveis do perfil sociodemográfico das entrevistadas, o tipo de parto e o conhecimento sobre analgesia foram realizados testes qui-quadrado ( $\chi^2$ ). Os resultados demonstraram existir associação estatisticamente significativa entre escolaridade [ $\chi^2 (4) = 21,45, p < 0,001$ ], renda [ $\chi^2 (2) = 15,40, p < 0,001$ ] e trabalho remunerado [ $\chi^2 (1) = 12,37, p < 0,001$ ] com o tipo de parto realizado (Tabela 1). As frequências observadas indicaram existir predominância de parto vaginal nas mulheres com ensino médio completo (87,8%), renda de dois a três salários-mínimos (95,7%) e que tinham ocupação remunerada (93,8%). Não se observou associação do tipo de parto com faixa etária, cor da pele e estado civil ( $p = NS$ ). Também não foi encontrada associação estatística entre as variáveis do perfil sociodemográfico e a pré-existência de conhecimento (sim; não; não sabia) sobre disponibilidade de analgesia farmacológica durante o parto vaginal, como demonstra a Tabela 2.

**TABELA 1. Perfil sociodemográfico e tipo de parto de puérperas atendidas na maternidade do Hospital Universitário Ana Bezerra, Santa Cruz-RN, entre agosto de 2020 e fevereiro de 2021 (n=99)**

Variável	Categorias	Parto Normal		Parto Cesariano		$\chi^2$	p
		f	%	f	%		
Faixa etária	Adolescentes	25	83,3	5	16,7	1,44	0,48
	Adultas Jovens	50	78,1	14	21,9		
	Adultas	3	60	2	40		
Cor da pele	Branca	21	77,8	6	22,2	4,17	0,24
	Negra	2	66,7	1	33,3		
	Parda	55	80,9	13	19,1		
	Indígena	0	0	1	100		
Estado Civil	Solteira	8	66,7	4	33,3	1,20	0,27
	Casada	70	80,5	17	19,5		
Escolaridade	Fundamental	14	51,9	13	48,1	21,5	0,001*
	Médio incompleto	20	95,2	1	4,8		
	Médio completo	43	87,8	6	12,2		
	Superior incompleto	0	0	1	100		
	Superior completo	1	100	0	0		
Renda	Até 1 SM	33	63,5	19	36,5	15,4	0,001*
	2 a 3 SM	44	95,7	3	4,3		
	4 a 6 SM	1	100	0	0		
Ocupação	Sim	45	93,8	3	6,3	12,4	0,001*
	Não	31	64,6	17	35,4		

\*Estatisticamente significativa a 1%; p: nível de significância estatística;  $\chi^2$ : Teste qui-quadrado; SM: salários-mínimos.

Fonte: Dados primários da pesquisa (2021)

Observou-se associação estatisticamente significativa entre a decisão da escolha do parto (vaginal ou cesariano) e o tipo de parto que se realizou efetivamente [ $\chi^2 (2) = 39,97, p < 0,001$ ]. A decisão da gestante sobre a escolha do parto foi mais frequentemente associada com a ocorrência do parto vaginal (100%), assim como quando a decisão pelo parto vaginal foi compartilhada entre gestante e médico (89,2%), como mostra a Tabela 3.

Demonstrou-se, entretanto, não existir associação entre as variáveis conhecimento da existência de analgesia farmacológica do parto vaginal na maternidade e o tipo de parto realizado [ $\chi^2 (2) = 1,00, p = 0,60$ ]. Do mesmo modo, não se encontrou associação entre pré-existência de conhecimento materno sobre disponibilidade desse tipo de analgesia do processo parturitivo vaginal e sua decisão em relação ao tipo de parto [ $\chi^2 (2) = 2,09, p=0,39$ ].

**TABELA 2. Perfil sociodemográfico e conhecimento sobre alívio farmacológico da dor do trabalho de parto de puérperas atendidas na maternidade do Hospital Universitário Ana Bezerra, Santa Cruz-RN, entre agosto de 2020 e fevereiro de 2021 (n=99)**

Variável	Categorias	Conhecimento sobre analgesia farmacológica						Estatística Inferencial	
		Sim		Não		Não sabe responder		$\chi^2$	p
		f	%	f	%	f	%		
Faixa etária	Adolescentes	4	13,3	18	60	8	26,7	2,75	0,60
	Adultas Jovens	10	15,6	41	64,1	13	20,3		
	Adultas	2	40	2	40	1	20		
Cor da pele	Branca	3	11,1	18	66,7	6	22,2	2,27	0,89
	Negra	0	0	2	66,7	1	33,3		
	Parda	13	19,1	40	58,8	15	22,1		
	Indígena	0	0	1	100	0	0		
Estado Civil	Solteira	3	25	8	66,7	1	8,3	1,90	0,38
	Casada	13	14,9	53	60,9	21	19,3		
Instrução	Fundamental	4	14,8	15	55,6	8	29,6	5,40	0,71
	Médio incompleto	3	14,3	11	52,4	7	33,3		
	Médio completo	9	18,4	33	67,3	7	14,3		
	Superior incompleto	0	0	1	100	0	0		
	Superior completo	0	0	1	100	0	0		
Renda	Até 1 SM	5	9,6	33	63,5	14	26,9	4,80	0,30
	2 a 3 SM	11	23,9	27	58,7	8	17,4		
	4 a 6 SM	0	0	1	100	0	0		
Ocupação	Sim	8	16,7	29	60,4	11	22,9	0,08	0,95
	Não	7	14,6	30	62,5	11	22,9		

\*Não sabia responder sim ou não; p: nível de significância estatística;  $\chi^2$ : Teste qui-quadrado; SM: salários-mínimos

Fonte: Dados primários da pesquisa (2021)

**TABELA 3 – Relação entre o (s) agente (s) da decisão quanto ao tipo de parto e a ocorrência de parto vaginal ou cesariano de puérperas atendidas na maternidade do Hospital Universitário Ana Bezerra, Santa Cruz-RN, entre agosto de 2020 e fevereiro de 2021 (n=99)**

Agente da decisão quanto ao tipo de parto	Tipos de Parto				Estatística inferencial	
	Vaginal		Cesariano		$\chi^2$	p
	Estatística descritiva - Frequências					
	f	%	f	%		
Gestante	35	100	0	37	39,9	0,001*
Médico	10	37,0	17	63,0		
Gestante e médico	33	89,2	4	10,8		

p: nível de significância estatística; \*estatisticamente significativo a 5%;  $\chi^2$ : teste de qui-quadrado

Fonte: Dados primários da pesquisa (2021)

#### 4. Discussão

A atenção de qualidade à mulher em processo parturitivo é um direito fundamental e representa um passo indispensável para garantir que ela possa exercer a maternidade com segurança e bem-estar. A dor e a ansiedade desencorajam muitas gestantes a escolher o parto vaginal pois o medo com relação a complicações e o desejo materno pelo parto normal são fatores importantes para reduzir as taxas de cesarianas eletivas (Mascarenhas *et al.*, 2019). Neste escopo temático, o objetivo do presente estudo foi avaliar a existência de conhecimento (intuitivo, elementar) de puérperas em relação à analgesia medicamentosa do parto vaginal, assim como a associação entre esta noção por parte delas e sua decisão quanto ao tipo de parto realizado em uma maternidade de referência no interior do estado do Rio Grande do Norte, Nordeste do Brasil.

A frequência encontrada em relação à existência de conhecimento sobre a disponibilidade da analgesia para o parto foi baixa, mas quantitativamente superior à frequência referente a esta mesma variável em estudos semelhantes realizados em países de economia em desenvolvimento, como Etiópia, Uganda e Índia, que apresentaram frequências de 7 a 9,5% (Workie *et al.*, 2021; Nabukenya *et al.*, 2015; Prakash *et al.*, 2017; Naithani *et al.*, 2011). Em outro estudo semelhante, também na Índia, mostrou-se uma frequência mais aproximada à encontrada no presente estudo, mesmo que pequena ainda, de 30% de gestantes em atendimento pré-natal que estavam cientes da existência de analgesia farmacológica para o alívio da dor do parto vaginal (Ponnusamy *et al.*, 2018). Em estudo realizado na Arábia Saudita (Alahmari *et al.*, 2020), mesmo com perfil diferente do da nossa amostra em relação à idade (a maioria das mulheres entre 30 e 40 anos), escolaridade (62,2% com ensino superior), antecedentes de paridade (88,4% múltiparas), cenário (atenção primária) e sobretudo de diferente cultura, a maioria das gestantes (62,5%) não possuía conhecimento sobre a disponibilidade de analgesia obstétrica farmacológica, havendo, contudo, semelhantemente aos resultados do presente estudo, relação significativa entre a noção sobre esta variável e seu nível de escolaridade.

A tomada de decisão sobre o tipo de parto pela gestante/parturiente depende de diversos fatores, mas o aspecto informacional tem um papel proeminente. Neste sentido, no Brasil, referiu-se que no momento do trabalho de parto, as puérperas recebem orientações gerais de médicos (incluindo obstetras, ginecologistas e pediatras), de enfermeiros e estagiários, mas essas informações não incluem o fator analgesia farmacológica (Pinheiro & Bittar, 2012). Ao analisar os dados do pré-natal no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Estado de Santa Catarina, observou-se que as orientações

recebidas com maior frequência foram relacionadas aos sinais de risco da gravidez, riscos de automedicação e do tabagismo (Marques *et al.*, 2021), enquanto na sala de pré-parto tem sido, principalmente, sobre a amamentação, cuidados com o bebê, técnicas de respiração e exames realizados (Pinheiro & Bittar, 2012). A maioria dos adeptos da humanização do parto normal não apreciam positivamente a analgesia farmacológica por considerá-la um processo intervencionista, quando a política nacional vigente busca recuperar o protagonismo da mulher, e não do médico. Independentemente desta questão, é necessário destacar que, a prática da analgesia farmacológica, embora assegurada legalmente, ainda está longe de ser realidade em muitos hospitais, como foi percebido nesta pesquisa.

O emprego de analgesia da dor do trabalho de parto vaginal é escasso em países em desenvolvimento. Estudo empreendido pela Organização Mundial da Saúde, incluindo 357 unidades de saúde em 29 países da África, Ásia, América Latina e Oriente Médio, em 2010 e 2011, mostrou que de quase 221 mil mulheres que tiveram partos vaginais, apenas 4% foram submetidas à analgesia, sendo a maioria destas originária de países com Índices de Desenvolvimento Humano relativamente mais elevados (Souza, 2018). A prática de manejo da dor do parto é considerada adequada em países desenvolvidos, onde a analgesia farmacológica é considerada uma parte importante dos cuidados pré-natais e intra/pós-parto (Endalew *et al.*, 2020), porém é uma atenção deficiente em países em desenvolvimento, sobretudo os da África Subsaariana (Karn *et al.*, 2016). O fato de as gestantes de países em desenvolvimento desconhecerem a disponibilidade desse modo de alívio farmacológico da dor contribui para a baixa demanda por esse tipo de analgesia. Portanto, em países pobres, o escasso acesso à informação sobre a disponibilidade de determinados cuidados médicos pode influenciar as atitudes em relação ao alívio da dor do parto (Workie *et al.*, 2021). Em um país desenvolvido (Canadá), estudo qualitativo envolvendo parturientes de maternidade de uma comunidade rural mostrou que as gestantes desejavam aprender mais sobre opções de alívio da dor do parto vaginal para fazer uma escolha informada. A maioria das participantes do mencionado estudo expressou o desejo de um parto sem medicamentos, mas enfatizou que tinha “a mente aberta” para considerar a opção de analgesia farmacológica (Munro *et al.*, 2018).

A solicitação materna por analgesia de parto é uma indicação suficiente para sua realização, independentemente da fase do parto e do grau de dilatação da cérvix uterina, conforme as diretrizes nacionais de assistência ao parto normal (Brasil, 2017), o que inclui

parturientes em fase latente com dor intensa, após esgotados os métodos não farmacológicos. A aparente “liberdade de escolha” outorgada à mulher nos programas de humanização hospitalar muitas vezes é caracterizada pela falta de informações adequadas e, portanto, não poderia configurar o que se denomina escolha propriamente informada ou consentimento esclarecido (Mandarino *et al.*, 2009). O Ministério da Saúde do Brasil recomenda que as mulheres devem saber que existem formas para se controlar a dor associada ao trabalho de parto normal e que não há justificativa para se realizar uma cesariana apenas com esta finalidade, e, portanto, esses métodos para alívio da dor devem estar disponíveis para essas mulheres se houver necessidade (Brasil, 2001b).

Por outro lado, a percepção da dor do parto e seu alívio é diferente entre mulheres culturalmente diversas. Embora não esteja bem documentado, existe uma noção entre as várias divisões culturais de que as mulheres devem estar preparadas para suportar estoicamente a dor do parto, ainda que seja considerada muito forte, ou insuportável, por quase todas elas (Yadav *et al.*, 2018). No nosso estudo, não se observou uma lacuna expectativa-experiência em relação à dor, a partir da pontuação em uma escala unidimensional em que a dor autorrelatada apresentou escores elevados, mesmo que as participantes tenham revelado que a intensidade da dor experienciada correspondeu às suas expectativas, levando-se em conta que geralmente a experiência costuma ser muito diferente da expectativa em se tratando de dor (Lally *et al.*, 2008). Trata-se de uma boa escala para medir mudanças da intensidade da dor, não sendo, contudo, ideal para uma única medida em um evento dinâmico como o parto, em que a dor aumenta progressivamente, e referida de modo retrospectivo, após o parto, a mulher tende a se remeter ao momento de maior dor quando questionada, o que pode ter ocorrido no presente estudo.

Em revisão sistemática das expectativas e experiências das mulheres em relação à dor e seu alívio no trabalho de parto, Lally *et al.* (2008) destacaram a discrepância entre expectativas e experiências de dor: entre as mulheres que planejaram não usar analgesia farmacológica, 52% o fizeram. Os referidos autores concluíram que o conhecimento sobre o manejo da dor ajudou as mulheres a fazerem escolhas informadas e que a consideração e avaliação das opções também as ajudaram a lidar física e psicologicamente com a dor do parto. A mencionada revisão contém análise de estudos mostrando que as expectativas das mulheres em relação ao alívio da dor se associaram ao desejo de acesso a um alívio analgésico eficaz, similarmente aos resultados observados no nosso estudo. No estudo intitulado “Nascer no Brasil” (Leal & Gama, 2014) mostrou-

se que o principal motivo para a preferência das mulheres pela cesariana é o medo da dor do parto e que o modelo de atenção vigente apresenta baixa utilização de tecnologias que favorecem a progressão fisiológica do trabalho de parto. Portanto, segundo o mesmo estudo “uma das premissas para redução das cesarianas no Brasil é a melhoria da assistência ao trabalho de parto e ao parto vaginal visando à promoção da autonomia, do protagonismo e do bem-estar das mulheres.” Apesar de a adoção de algumas práticas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde terem surtido efeito, a que representou menor crescimento foi a oferta de analgesia peridural (apenas 16% no setor público), sendo sugerida a sua implementação como aliada no incentivo ao parto vaginal.

Métodos complementares de alívio da dor do parto também são largamente difundidos em todo o mundo, em uma variedade de técnicas não-farmacológicas. Em estudo de abordagem qualitativa, Almeida *et al.* (2015) enfocaram o conhecimento de puérperas sobre tais métodos em uma maternidade do interior do estado de São Paulo, onde elas foram estimuladas para a prática dessas medidas, com primazia do papel assistencial do profissional de enfermagem e obstetras nessas ações, o que se assemelha, de certo modo, ao resultado observado no nosso estudo, em que houve maior protagonismo do enfermeiro no que concerne à ação educativa em saúde para as gestantes. Gestantes atendidas em consultas conjuntas por profissionais médico e enfermeiro apresentaram chance 41% superior de adequação às orientações, em comparação com aquelas atendidas exclusivamente por médicos (Marques *et al.*, 2021). Da mesma forma, Marins *et al.*(2020) avaliaram o conhecimento de puérperas a respeito dos métodos de alívio da dor na parturição e concluíram que, apesar de receberem orientações no pré-natal em relação ao parto, ainda carecem de entendimento e compreensão de questões relativas aos tipos de tecnologias de alívio da dor e sua aplicabilidade e, por isso, os citados autores defendem a oferta de mais informações e orientações mais acessíveis acerca dessas tecnologias de cuidado e alívio da dor do parto pelos profissionais de saúde na fase do pré-natal.

Contudo, reconhece-se o direito da mulher também à abordagem farmacológica, quando as medidas não farmacológicas forem insuficientes para confortá-la no trabalho de parto (Felisbino-Mendes *et al.*, 2017). A garantia legal, independentemente do que se propaga a favor ou contra a utilização da analgesia, este recurso previsto em lei não está sendo praticado, uma vez que sequer é possível o exercício pelas mulheres de decidirem se desejam ou não alívio farmacológico, considerando que não é fornecido este tipo de orientação de seus direitos (Marques *et al.*, 2021). As principais justificativas para a



indisponibilidade da analgesia farmacológica de parto têm sido a falta de insumos, estrutura de suporte e monitorização adequados, treinamento da equipe e profissionais especializados (Rocha & Ferreira, 2020), porém existem recursos humanos habilitados na maternidade do HUAB para realização deste tipo de assistência, ainda que não existam protocolos clínicos locais e todos os insumos para que se torne rotineira a sua oferta.

Para compreender o cenário de assistência ao parto, é importante identificar os perfis sociodemográficos dos atores envolvidos, em que contexto se inserem e quais são as características predominantes de cada local e serviço (Rocha & Ferreira, 2020). Em algumas culturas, a dor associada ao parto é considerada natural e, assim, a ideia de aboli-la com medicamentos parece desnecessária ou contrária a determinados valores tradicionais locais. Portanto, a forma mais comum de alívio da dor em nações em desenvolvimento é o apoio contínuo de acompanhante durante o trabalho de parto (Brüggemann *et al.*, 2005). Nesse sentido, em estudo qualitativo, Pinheiro e Bittar (2012) mostraram que a experiência da parturição foi percebida pelas mulheres como extremamente dolorosa e sofrida, porém compensada, no entanto, pela atenção e apoio recebidos de profissionais e acompanhantes, que contribuíram para uma visão satisfatória do parto normal sem analgesia.

O perfil sociodemográfico das mulheres avaliadas nos estudos mencionados anteriormente, com o objetivo de comparação das frequências em que há informação sobre analgesia farmacológica, é análogo ao que foi observado no presente trabalho: jovens, casadas, com nível médio de instrução, sem ocupação remunerada e baixa renda. De acordo com o padrão de prática de cuidados obstétricos nos países onde foram realizados os referidos estudos (Workie *et al.*, 2021; Nabukenya *et al.*, 2015; Prakash *et al.*, 2017; Naithani *et al.*, 2011), o fornecimento de suporte físico e psicológico e o uso de medidas farmacológicas e não farmacológicas durante o trabalho de parto vaginal são tidos como competências críticas essenciais do cuidado, porém sua prática real é considerada insatisfatória (Kayiga *et al.*, 2016; Austin *et al.*, 2015; Nair & Panda, 2011).

O perfil sociodemográfico da nossa amostra também é semelhante ao de pesquisas realizadas no Brasil, em maternidades do interior do estado de São Paulo, com o objetivo de avaliar o conhecimento de puérperas com relação aos métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto (Almeida *et al.*, 2015), assim como em maternidades públicas de Maceió, Alagoas, Nordeste do Brasil (Kassar *et al.*, 2006), em unidades básicas de saúde do interior do Rio Grande do Sul (Weidle *et al.*, 2014) e de Brasília-DF (Tostes & Seidl, 2016) e maternidade pública de São Luiz, Maranhão (Mandarino *et al.*, 2009). Trata-se

de mulheres com um perfil considerado de menor risco obstétrico, por ser esta faixa etária a melhor época para procriação do ponto de vista biológico e social (Kassar *et al.*, 2006).

Ainda na análise da associação entre variáveis do perfil sociodemográfico com o tipo de parto ou a escolha da modalidade de parto, a informação sobre cor/raça foi coletada devido às disparidades previamente documentadas em relação a esta variável social, ainda que não haja implicações biológicas envolvidas nas diferenças. Mulheres que se autodeclararam de cor/raça negra ou parda, mesmo quando feito controle pela educação formal e outras variáveis, tiveram iniquidades no processo de atenção à gestação e ao parto, evidenciando um gradiente em comparação com mulheres brancas (Leal *et al.*, 2017; Diniz *et al.*, 2016). Ainda que não tenha sido observada diferença estatística entre as categorias consideradas no nosso estudo em relação a esta variável, detectando-se diferenças quanto à escolaridade, renda e trabalho remunerado, pode não ter havido dados suficientes para explicar uma diferença quanto à cor/raça, pois havia poucas participantes que se autodeclararam negras e tinha apenas uma indígena na amostra. Similarmente, pode ter ocorrido o mesmo em relação à falta de detecção de diferenças no que concerne à variável faixa de idade, pois havia uma minoria da amostra na categoria adulta (acima de 40 anos). Assim, propõe-se a realização de futuros estudos que enfoquem tais variáveis sociodemográficas em amostras maiores e com maior diversidade nos referidos constructos.

A maioria das puérperas do nosso estudo preferiu a via de parto vaginal, achado que coincide com as respostas de gestantes de quatro unidades básicas de saúde de um município do interior da região Sul do Brasil (Weidle *et al.*, 2014) e de Brasília-DF (Tostes & Seidl, 2016). A observação da predominância de parto vaginal nas mulheres com ensino médio completo, que tinham renda acima de um salário-mínimo e ocupação remunerada, é compatível com achados de Weidle *et al.* (2014) em maternidade do Rio Grande do Sul e de Mandarino *et al.* (2009) no Maranhão. Contudo, a preferência referida pelas gestantes deste último estudo mencionado não se associou com o tipo de parto realizado, com ocorrência de quase 90% de partos cesarianos na amostra de 81 mulheres, contrariamente ao que foi encontrado na nossa pesquisa. É relevante destacar que, como afirmam Faisal-Cury e Menezes (2006), “a escolha do tipo de parto pela gestante é assunto atual, complexo e polêmico” e, portanto, o caráter discriminante das condições socioeconômicas pode ser aparentemente compreendido quando os resultados da assistência ao parto vaginal são relacionados aos estratos de renda e à escolaridade das mães, mesmo dentro do mesmo serviço público de saúde (Caminha *et al.*, 2008). Por

outro lado, a tomada de decisão da escolha do tipo de parto geralmente se dá em dois momentos; primeiro, durante o período pré-natal, quando as gestantes formam uma preferência; e então durante o trabalho de parto, onde fazem uma escolha real. Devido à incerteza do trabalho de parto e do parto, as mulheres geralmente sentem que suas necessidades muitas vezes não podem ser previstas com antecedência (Munro *et al.*, 2018) e tendem a mudar ao longo da gestação, havendo associação com os vínculos sociais da gestante (Domingues *et al.*, 2014).

A maioria das participantes da amostra não era primípara e teve assistência pré-natal com número de consultas adequado, conforme recomendação do Ministério da Saúde (Brasil, 2005), além de ter apresentado parto vaginal, conforme seu desejo. Outros estudos brasileiros, não obstante, encontraram prevalências elevadas de resultados insatisfatórios na adequação do pré-natal (Dias-da-Costa *et al.*, 2013; Chrestani *et al.*, 2008; Coimbra *et al.*, 2003). As frequências referentes a estas variáveis obstétricas encontradas no nosso estudo também foram melhores que as demonstradas em estudo realizado nas regiões Norte e Nordeste do país, onde se reportou que 48,2% das gestantes fizeram menos de seis consultas no pré-natal (Chrestani *et al.*, 2008). Esse aspecto é fundamental, tendo em vista a importância da assistência pré-natal no sentido de representar uma oportunidade privilegiada de informar às mulheres e prepará-las para o parto e puerpério, incluindo fornecimento de informações acerca das vantagens e desvantagens de cada tipo de parto, bem como sobre os procedimentos recomendados durante a assistência ao parto e nascimento. Apesar disso, informações obtidas pelas mulheres nos serviços de saúde nem sempre contribuem para uma escolha informada, de modo que elas possam conhecer todos os benefícios e prejuízos dos procedimentos que eventualmente serão realizados na maternidade hospitalar (Vidal, 2017). Sob esta perspectiva, um processo educativo de qualidade deveria fazer parte da atenção primária à saúde e do cuidado pré-natal e de trabalho de parto em maternidades.

Na maior parte de nossa amostra, parece ter havido escasso fornecimento de informações às mulheres sobre analgesia farmacológica, mas em relação ao contingente da amostra que referiu ter sido informada, isto se deu sobretudo no pré-natal e com protagonismo por parte do enfermeiro da equipe. Similarmente, entre aquelas que manifestaram desejo de receber alívio farmacológico da dor durante o parto, somente cerca de um terço recebeu orientação sobre o assunto no pré-natal. A equipe de saúde, portanto, deve estar diretamente implicada neste processo de informar e prestar esclarecimentos acerca do ciclo gravídico-puerperal, considerando também a

disponibilidade de analgesia farmacológica para as mulheres que, estando informadas, podem ou não decidir obtê-la. Uma maioria significativa de puérperas incluídas em outro estudo disse que gostaria de ter analgesia no parto, porém a maioria (47%) das que sabiam sobre o assunto obteve a informação de amigos e familiares (Nabukenya *et al.*, 2015), diferindo dos nossos resultados. Alshahrani (2019) defende a importância de educar as gestantes e transmitir informações sobre as técnicas de alívio da dor no parto visando diminuir a incidência de cesariana a pedido.

Por outro lado, a frequência de partos vaginais observada no presente estudo também foi superior ao reportado na literatura brasileira. A realização de cesarianas sem indicação obstétrica é comum no Brasil, sendo este o tipo de parto predominante no país desde 2009, considerando serviços públicos e privados de saúde (Carvalho *et al.*, 2014). De todos os partos realizados no Sistema Único de Saúde entre 2000 e 2018, 51,3% foram partos vaginais (Guimarães *et al.*, 2021), mas em estudo epidemiológico envolvendo dados oficiais dos partos ocorridos entre 2011 e 2015 (99,9% hospitalares) em 25 municípios do Rio Grande do Norte (Seridó potiguar, mesorregião vizinha a da localização do HUAB), observou-se que 58% foram cesarianos (Ribeiro *et al.*, 2019). O cenário de assistência obstétrica no âmbito de maternidades públicas do estado do Rio Grande do Norte é considerado predominantemente intervencionista (Carvalho & Silva, 2019). Entretanto, é preciso destacar que o local onde se realizou o nosso estudo, o Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB), é uma instituição de referência regional na atenção à saúde materno-infantil e campo de formação de profissionais de saúde, além de se basear na Política Nacional de Humanização (PNH) e de ter implantado o Projeto de Gestão Humanizada desde 1999. Esta instituição é referência hospitalar em atendimento secundário à Gestante de Alto Risco, assim como é habilitada como unidade que realiza assistência ao parto sem distócia (Brasil, 2013). Além disso, a maternidade do HUAB recebeu prêmios importantes, como o outorgado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) como “Hospital Amigo da Criança” em 1996 e o Prêmio Nacional Galba de Araújo, conferido pelo Ministério da Saúde a instituições que valorizam o parto humanizado de maneira natural, como potencial exemplo para outros grandes hospitais brasileiros (Brasil, 2001). As diretrizes da PNH (Brasil, 2008) têm por princípio o fortalecimento e protagonismo dos usuários, o que é essencial para a promoção da cultura da humanização no cuidado em saúde.

Se por um lado, se trata de uma amostra com possível viés de seleção, por se tratar de usuárias de um serviço de referência regional e nacional em termos de políticas de

humanização hospitalar, por outro, evidencia-se de forma ainda mais incisiva que a frequência de apenas 22,2% de puérperas que sabiam da existência de analgesia farmacológica do parto vaginal é precária, uma vez que a comunicação é parte essencial do cuidado humanizado em saúde (Deslandes & Mitre, 2009) e considerando que todas as participantes da nossa amostra realizaram acompanhamento pré-natal. As mudanças nos modos de gestão e atenção obstétricas nas maternidades decorrem de um aprimoramento dos mecanismos de diálogo e qualificação nas comunicações interpessoais entre profissionais da saúde e usuárias, o que inclui orientar sobre os diferentes métodos de alívio da dor, respeitando a escolha da mulher para o uso, ou não, do suporte farmacológico disponível na maternidade sob assistência de anestesistas (Trindade *et al.*, 2018). A analgesia farmacológica do parto difundiu-se em muitos centros obstétricos brasileiros, alcançando taxas acima de 50%, particularmente mais elevada em primigestas, e havendo, paralelamente, diminuição das taxas de cesarianas eletivas, o que provavelmente reflete aspectos psicoemocionais das parturientes em relação ao enfrentamento da dor (Leão, 2016).

São necessários novos estudos, de preferência incluindo a oferta de alívio farmacológico da dor na atenção às parturientes do nosso serviço, bem como a educação das gestantes em relação aos métodos de alívio da dor do parto pelos profissionais da assistência pré-natal. Essa ação de educação em saúde pode ser feita também por meio da distribuição de folhetos informativos nas unidades básicas de saúde e maternidades onde se realizam as consultas pré-natais, pelos obstetras, enfermeiros, anesthesiologistas e parteiras. A preocupação atual com a humanização no parto implica dar liberdade às escolhas da parturiente, prestar um atendimento focado em suas necessidades, aliviar seus anseios, esclarecer as suas dúvidas.

É possível contribuir para o aprimoramento dos serviços de assistência pré-natal de forma a aproximá-los das necessidades integrais das gestantes e das recomendações do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Políticas públicas simples e bem conduzidas podem mudar o cenário da atenção ao parto e ao nascimento, favorecer um aumento no nível de conhecimento das pacientes e prepará-las melhor para os desafios, garantir maior qualidade e bem-estar à parturiente, bem como ajudar a reduzir o índice de cesarianas desnecessárias.

Durante o pré-natal, é preciso informar as mulheres sobre riscos e benefícios das diversas práticas e intervenções durante o trabalho de parto e parto, a necessidade de escolha de um acompanhante pela mulher para o apoio durante o parto, estratégias de

controle da dor e métodos disponíveis na maternidade, descrevendo os riscos e benefícios de cada método (farmacológicos e não farmacológicos), organização e indicadores assistenciais do local de atenção ao parto, limitações (física, recursos disponíveis) relativos à unidade, bem como da disponibilidade de certos métodos e técnicas para auxiliar as mulheres em escolhas bem informadas (Brasil, 2017).

Os resultados desta pesquisa, que abrangeu apenas um serviço hospitalar público, ainda que este seja o único existente na cidade de Santa Cruz-RN, não podem ser extrapolados para toda a população; no entanto, os achados demonstrados conferem importância ao tema e apontam claramente para a necessidade da realização de estudos de maior porte, que permitam um conhecimento mais amplo da nossa realidade quanto ao problema de pesquisa proposto.

## **5. Conclusão**

A frequência de informação a respeito da existência de alívio farmacológico da dor do parto vaginal é baixa por parturientes atendidas na maternidade do HUAB, uma instituição de referência regional na atenção à saúde materno-infantil. O conhecimento materno sobre a disponibilidade de alívio da dor durante o trabalho de parto se relacionou com nível de escolaridade, renda e trabalho remunerado, mas não se associou com a decisão materna pelo parto vaginal ou com a realização deste tipo de parturição. Portanto, em relação à principal questão de pesquisa, constatou-se que o conhecimento materno sobre a disponibilidade de alívio medicamentoso da dor durante o trabalho de parto é baixo, porém não foi possível demonstrar que esta variável se relaciona com a ocorrência de parto cesariano.

A educação em saúde sobre os benefícios da analgesia do parto deve ser incentivada na instituição. Considera-se que este estudo contribuiu para retratar a distribuição da variável primária estudada e uma melhor compreensão dos fatores sociodemográficos associados à preferência pela via do parto vaginal.

## **Referências**

Ali Alahmari, S. S., ALmetrek, M., Alzillae, A. Y., Hassan, W. J., & Ali Alamry, S. M. (2020). Knowledge, attitude, and practice of childbearing women toward epidural anesthesia during normal vaginal delivery in Alsanayeah Primary Health Care in

- Khamis Mushait. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(1), 99–104.  
[https://doi.org/10.4103/jfmipc.jfmipc\\_530\\_19](https://doi.org/10.4103/jfmipc.jfmipc_530_19)
- Almeida, J. M. de, Acosta, L. G., & Pinhal, M. G. (2015). Conhecimento das puérperas com relação aos métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto. *Revista Mineira de Enfermagem*, 19(3), 711–724. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20150054>
- Alshahrani, M. S. (2019). An evaluation of the different types of labor pain relief, preferred methods of pain relief, and effects of social media on awareness and knowledge among pregnant women. A cross-sectional study in the Kingdom of Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, 40(9), 914–921.  
<https://doi.org/10.15537/smj.2019.9.24511>
- Austin, A., Gulema, H., Belizan, M., Colaci, D. S., Kendall, T., Tebeka, M., Hailemariam, M., Bekele, D., Tadesse, L., Berhane, Y., & Langer, A. (2015). Barriers to providing quality emergency obstetric care in Addis Ababa, Ethiopia: Healthcare providers' perspectives on training, referrals and supervision, a mixed methods study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 74. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0493-4>
- Brasil. (2019). *Carta de Serviços ao Cidadão do Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB)*. Ministério da Educação. <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/huab-ufrn/aceso-a-informacao/programas-e-projetos/CartadeServios2020.pdf>
- Brasil. (2017). *Diretrizes Nacionais de Assistência Ao Parto Normal*. Ministério da Saúde.  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)
- Brasil. (2013). *Plano de Reestruturação do Hospital Universitário Ana Bezerra da Universidade Federal do Rio Grande do Norte*. Ministério da Educação. [http://ebserh.mec.gov.br/images/pdf/contratos\\_adeseo\\_huf/ufrn/huab/plano\\_d\\_e\\_reestruturacao\\_huab\\_ufrn.pdf](http://ebserh.mec.gov.br/images/pdf/contratos_adeseo_huf/ufrn/huab/plano_d_e_reestruturacao_huab_ufrn.pdf)

Brasil. (2006). *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico*. Ministério da Saúde. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf)

Brasil. (2005). *Pré-natal e Puerpério, Atenção Qualificada e Humanizada*. Ministério da Saúde. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal\\_puerperio\\_atencao\\_humanizada.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf)

Brasil. (2001). *II Prêmio Galba de Araújo: O reconhecimento para quem valoriza o parto humanizado*. Ministério da Saúde. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reconhecimento\\_quem\\_valoriza\\_parto\\_humanizado.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reconhecimento_quem_valoriza_parto_humanizado.pdf)

Brasil. (2001). *Parto, Aborto e Puerpério, Assistência Humanizada à Mulher*. Ministério da Saúde. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)

Brüggemann, O. M., Parpinelli, M. A., & Osis, M. J. D. (2005). Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: Uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 1316–1327. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500003>

Caminha, M. de F. C., Figueira, M. C. dos S., Santos, L. G. de A. dos, Albuquerque, E. C. de, Lira, P. I., & Filho, M. B. (2008). Assistência ao parto normal no Estado de Pernambuco: Aspectos geográficos, socioeconômicos e profissionais, com ênfase no papel da enfermeira. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 17(3), 195–204. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742008000300005>

Carvalho, I. da S., Costa Júnior, P. B. da, Macedo, J. B. P. de O., & Brito, R. S. de. (2014). Caracterização epidemiológica de partos e nascimentos: Estudo ecológico com base em um sistema de informação. *Rev. enferm. UFPE on line*, 616–623.

Carvalho, J. B. L. & Silva, F. C. B (2019). Experiência exitosa na coordenação do curso de especialização em Enfermagem Obstétrica: Rede Cegonha III pela UFRN por meio do processo de formação/intervenção In Carvalho, J. B. L. de. & Silva, F. C. B. da.



(Org) (Re)ssignificando a prática da enfermagem obstétrica: Processo de Formação-Intervenção (pp. 15-22). Caule de Papiro.

Chrestani, M. A. D., Santos, I. S., Cesar, J. A., Winckler, L. S., Gonçalves, T. S., & Neumann, N. A. (2008). Assistência à gestação e ao parto: Resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 1609–1618. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000700016>

Coimbra, L. C., Silva, A. A. M., Mochel, E. G., Alves, M. T. S. S. B., Ribeiro, V. S., Aragão, V. M. F., & Bettiol, H. (2003). Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Revista de Saúde Pública*, 37, 456–462. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000400010>

Costa, R.; Figueredo, B.; Pacheco, A.; Marques, A. & Pais, A. (2004). Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (Qesp). *Psicologia, Saúde & Doenças*; 5 (1): 159-187

Deslandes, S. F., & Mitre, R. M. de A. (2009). Processo comunicativo e humanização em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13, 641–649. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500015>

Dias-da-Costa, J. S., Cesar, J. A., Haag, C. B., Watte, G., Vicenzi, K., & Schaefer, R. (2013). Inadequação do pré-natal em áreas pobres no Nordeste do Brasil: Prevalência e alguns fatores associados. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 13, 101–109. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292013000200003>

Diniz, C. S. G., Batista, L. E., Kalckmann, S., Schlitz, A. O. C., Queiroz, M. R., & Carvalho, P. C. de A. (2016). Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: Dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012)1. *Saúde e Sociedade*, 25, 561–572. <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162647>

Domingues, R. M. S. M., Dias, M. A. B., Nakamura-Pereira, M., Torres, J. A., d’Orsi, E., Pereira, A. P. E., Schlitz, A. O. C., & Carmo Leal, M. do. (2014). Process of

decision-making regarding the mode of birth in Brazil: From the initial preference of women to the final mode of birth. *Cadernos De Saúde Publica*, 30 Suppl 1, S1-16.

<https://doi.org/10.1590/0102-311x00105113>

Endalew, N. S., Tawuye, H. Y., & Melesse, D. Y. (2020). Knowledge and attitude towards pain relief in labor among final year midwifery students: A cross-sectional study. *International Journal of Surgery Open*, 24, 38–42.

<https://doi.org/10.1016/j.ijso.2020.03.006>

Faisal-Cury, A., & Menezes, P. R. (2006). Fatores associados à preferência por cesareana. *Revista de Saúde Pública*, 40, 226–232. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000200007>

Felisbino-Mendes, M. S., Santos, L. O., Amorim, T., Costa, I. N., & Martins, E. F. (2017). O uso de analgesia farmacológica influencia no desfecho de parto? *Acta Paulista de Enfermagem*, 30, 458–465. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700067>

Freitas, J. F. de, & Meinberg, S. (2009) Analgesia de parto: Bloqueios locorregionais e analgesia sistêmica. *Revista Médica de Minas Gerais*, 19(3), 7–14.

Guimarães, N. M., Freitas, V. C. de S., Senzi, C. G. de, Frias, D. F. R., Gil, G. T., & Lima, L. D. dos S. C. (2021). Partos no sistema único de saúde (SUS) brasileiro: Prevalência e perfil das parturientes / Childbirths under the unified health system (SUS) of Brazil: prevalence and profile of parturients. *Brazilian Journal of Development*, 7(2), 11942–11958. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-019>

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2016). Santa Cruz. IBGE Cidades. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/santa-cruz/panorama>.

Karn, S., Yu, H., Karna, S., Chen, L., & Qiao, D. (2016). Women's Awareness and Attitudes towards Labor Analgesia Influencing Practice between Developed and Developing Countries. *Advances in Reproductive Sciences*, 4(2), 46–52.

<https://doi.org/10.4236/arsci.2016.42007>

Kassar, S. B., Lima, M. de C., Albuquerque, M. de F. M. de, Barbieri, M. A., & Gurgel, R. Q. (2006). Comparações das condições socioeconômicas e reprodutivas entre mães adolescentes e adultas jovens em três maternidades públicas de Maceió, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 6, 397–403. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292006000400006>

Kayiga, H., Ajeani, J., Kiondo, P., & Kaye, D. K. (2016). Improving the quality of obstetric care for women with obstructed labour in the national referral hospital in Uganda: Lessons learnt from criteria based audit. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 152. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0949-1>

Lally, J. E., Murtagh, M. J., Macphail, S., & Thomson, R. (2008). More in hope than expectation: A systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Medicine*, 6, 7. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-6-7>

Leal, M. do C., Gama, S. G. N. da, Pereira, A. P. E., Pacheco, V. E., Carmo, C. N. do, & Santos, R. V. (2017). A cor da dor: Iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>

Leal, M. do C., & Gama, S. G. N. da. (2014). Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, S5–S5. <https://doi.org/10.1590/0102-311XED01S114>

Leão, B. C. C. (2016). *Influência da analgesia de parto no desfecho obstétrico: Estudo em uma maternidade pública brasileira*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais. Repositório Institucional da UFMG. <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUOS-AJNP8R>

Mandarino, N. R., Chein, M. B. da C., Monteiro Júnior, F. das C., Brito, L. M. O., Lamy, Z. C., Nina, V. J. da S., Mochel, E. G., & Figueiredo Neto, J. A. de. (2009). Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: Um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 1587–1596. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700017>

Marques, B. L., Tomasi, Y. T., Saraiva, S. dos S., Boing, A. F., & Geremia, D. S. (2021). Orientações às gestantes no pré-natal: A importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, e20200098–e20200098.

Maroni, M. de A. & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica*. Atlas.

Mascarenhas, V. H. A., Lima, T. R., Silva, F. M. D. e, Negreiros, F. dos S., Santos, J. D. M., Moura, M. Á. P., Gouveia, M. T. de O., & Jorge, H. M. F. (2019). Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. *Acta Paul. Enferm. (Online)*, 350–357.

Monte, A. S. (2013). *Adaptação e validação de conteúdo do “Questionário para as mulheres” para a realidade da assistência à mulher no pré, trans e pós-parto em Fortaleza*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual do Ceará. Repositório Institucional da UECE.

<http://www.uece.br/cmaccis/dmdocuments/ALANASANTOSMONTE.pdf>

Munro, S. B., Hui, A., Gemmell, E. A., Torabi, N., Johnston, A. S., & Janssen, P. A. (2018). Evaluation of an Information Pamphlet for Women Considering Epidural Analgesia in Labour. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada: JOGC*, 40(2), 171–179. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.06.028>

Nabukenya, M. T., Kintu, A., Wabule, A., Muyingo, M. T., & Kwizera, A. (2015). Knowledge, attitudes and use of labour analgesia among women at a low-income country antenatal clinic. *BMC Anesthesiology*, 15, 98. <https://doi.org/10.1186/s12871-015-0078-9>

Nair, H., & Panda, R. (2011). Quality of maternal healthcare in India: Has the National Rural Health Mission made a difference? *Journal of Global Health*, 1(1), 79–86.

Naithani, U., Bharwal, P., Chauhan, S. S., Kumar, D., Gupta, S., & Kirti. (2011). Knowledge, attitude and acceptance of antenatal women toward labor analgesia and

caesarean section in a medical college hospital in India. *Journal of Obstetric Anaesthesia and Critical Care*, 1(1), 13. <https://doi.org/10.4103/2249-4472.84250>

Pinheiro, B. C., & Bittar, C. M. L. (2012). Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: Relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. *Aletheia*, 37, 212–227.

Ponnusamy, R., Reddy, H., & Murugesan, R. (2018). Awareness, knowledge and attitude about labor analgesia among providers and parturients; a survey based study. *Anaesthesia, Pain & Intensive Care*.  
<https://www.semanticscholar.org/paper/Awareness%2C-knowledge-and-attitude-about-labor-among-Ponnusamy-Reddy/2f1cf85e893b1d324e395984ea88993dcf8f57ec>

Prakash, A., Yadav, A., Karim, H. M. R., Sahoo, S. K., Jena, P., & Aman, K. (2017). Knowledge, Awareness and Acceptance of Labor Analgesia among Antenatal Women in a Remote Island: A Questionnaire Based Study. *British Journal of Medicine & Medical Research*, 21(10), 1–7.

Ribeiro, E. da C., Sousa, A. C. P. de A., Dantas, L. de A., Marcelino, S. A., Lima, L. T., & Ferreira, G. O. (2019). Análise epidemiológica dos partos em uma região do nordeste brasileiro. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 9(28), 64–73.  
<https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2019.9.28.64-73>

Rocha, N. F. F. da, & Ferreira, J. (2020). A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: Uma revisão integrativa. *Saúde em Debate*, 44, 556–568.  
<https://doi.org/10.1590/0103-1104202012521>

Shaaban, O. M., Abbas, A. M., Mohamed, R. A., & Hafiz, H. (2017). Lack of pain relief during labor is blamable for the increase in the women demands towards cesarean delivery: A cross-sectional study. *Facts, Views & Vision in ObGyn*, 9(4), 175–180.

Sousa, V. D., Driessnack, M., & Mendes, I. A. C. (2007). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa.

*Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, 502–507. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300022>

Souza, M. A. de. (2018). *Analgesia para o parto vaginal: análise secundária do Estudo Multi-países da Organização Mundial de Saúde sobre Saúde Materna e Neonatal*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas. Repositório da Produção Científica e Intelectual da Unicamp. [http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/333179/1/Souza\\_MarcioAntonioDe\\_D.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/333179/1/Souza_MarcioAntonioDe_D.pdf)

Tostes, N. A., & Seidl, E. M. F. (2016). Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. *Temas em Psicologia*, 24(2), 681–693. <https://doi.org/10.9788/TP2016.2-15>

Trindade, D. F. S., Spinielli, M. A. dos S., & Moreira, B. D. (2018). Modelos da comunicação no processo de humanização do parto e nascimento em uma maternidade de Mato Grosso, Brasil. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 20(2), 44–53.

United Nations. (2016). *United Nations Development Programme*. [http://www.undp.org/content/undp/en/home/sdgoverview/mdg\\_goals.html](http://www.undp.org/content/undp/en/home/sdgoverview/mdg_goals.html)

Vidal, R. M. da S. (2017). A experiência do parto no Sistema Único de Saúde: Percepções de mulheres. <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/9042>

Weidle, W. G., Medeiros, C. R. G., Grave, M. T. Q., & Dal Bosco, S. M. (2014). Escolha da via de parto pela mulher: Autonomia ou indução? *Cadernos Saúde Coletiva*, 22, 46–53. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400010008>

Workie, M. M., Chekol, W. B., Fentie, D. Y., Ahmed, S. A., & Bizuneh, Y. B. (2021). Assessment of Awareness, Attitude and Desire for Labor Analgesia and Associated Factors Among Pregnant Women in Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Pain and Therapy*, 10(1), 363–376. <https://doi.org/10.1007/s40122-020-00212-1>

Yadav, A., Karim, H. Md. R., Prakash, A., Jena, P., & Aman, K. (2018). Correlation of different parity and school education with acceptance of labor analgesia among

antenatal women: A questionnaire-based study. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 12(2), 287–291. [https://doi.org/10.4103/sja.SJA\\_474\\_17](https://doi.org/10.4103/sja.SJA_474_17)

## 6. PRODUTO TÉCNICO-EDUCATIVO: CARTILHA

O segundo produto desta Dissertação foi uma cartilha (APÊNDICE C), com capa, contracapa e 15 páginas, incluindo texto e ilustrações explicativas. Estão apresentados, na forma de recortes figurativos, as partes pré-textuais, textual e pós-textual da cartilha, na seguinte sequência: Capa e contracapa (**Figura 2**); páginas referentes a apresentação e sumário (**Figura 3**); página com tópicos sobre a importância do parto vaginal e da dor no trabalho de parto (**Figura 4**); elementos textuais com os tópicos sobre métodos não farmacológicos de alívio da dor (**Figura 5**); páginas da parte textual enfocando métodos farmacológicos de alívio da dor do parto (**Figura 6**); e página de considerações finais (**Figura 7**).



**Figura 2** - Capa e contracapa da Cartilha “Analgesia do Parto: Vamos Conhecer?”

Fonte: A Autora



**Figura 3** - Páginas referentes ao Sumário e Apresentação da Cartilha “Analgesia do Parto: Vamos Conhecer?”

Fonte: A Autora



## 2 – A importância do Parto Vaginal

O parto normal é a forma natural de nascer, e muitas vezes ele é deixado de lado e desestimulado por causa do medo da dor. Existem muitas vantagens no parto vaginal em relação ao parto cesariano. Dentre elas estão as seguintes:

- O trabalho de parto estimula a liberação de hormônios que favorecem a amamentação (ocitocina);
- A passagem do bebê pelo canal do parto normal o auxilia na respiração;
- Existe menor risco de infecção para mãe e bebê;
- A cesariana traz maior risco cirúrgico para mãe e bebê;
- A recuperação é mais rápida com parto vaginal; e
- Há menor tempo de internamento.

## 3 – A dor no trabalho de parto

O trabalho de parto e o parto provocam dores intensas devido às contrações uterinas.

Os métodos de alívio da dor no trabalho de parto vêm sendo estimulados pela Organização Mundial da Saúde para garantir a humanização do cuidado da mãe e do bebê e para reduzir os índices de cesarianas sem motivação real.

Existem, hoje em dia, formas de aliviar a dor do parto. Algumas por meio do uso de medicamentos e outras, não.

ANALGESIA DO PARTO: VAMOS CONHECER?  
CARTILHA PARA GESTANTES

**Figura 4.** Página correspondente aos tópicos da importância do parto vaginal e da dor no trabalho de parto da cartilha “Analgésia do Parto: Vamos Conhecer?”  
Fonte: A Autora



**Figura 5.** Elementos textuais compreendendo os tópicos sobre métodos não farmacológicos de alívio da dor da primeira parte da Cartilha “Analgésia do Parto: Vamos Conhecer?”  
Fonte: A Autora

## 5 – Formas de alívio da dor com uso de medicamentos

As formas farmacológicas para alívio da dor do parto incluem diversas substâncias e técnicas. Dentre as principais vias de aplicação dos medicamentos, estão a sistêmica (injeção de analgésicos intravenosos, subcutâneo ou intramusculares) e os chamados bloqueios regionais, por meio de aplicação de analgésicos na região da coluna como ocorre na anestesia peridural e na raqui-anestesia, que podem ser usadas separadamente ou combinadas.

Apesar dessas técnicas de anestesia serem parecidas às usadas no parto cesariano, as doses aplicadas para alívio da dor no parto vaginal são bem menores do que no parto cesariano, garantindo que a mulher mantenha os movimentos das pernas e possa caminhar durante o trabalho de parto.

### 5.1 – Analgesia Sistêmica para alívio da dor no parto

Na analgesia sistêmica para alívio da dor do parto, são aplicadas medicações analgésicas por meio da veia, músculo ou da camada de gordura da pele.

Pelo risco de essas medicações atravessarem a placenta e causarem consequências para o bebê, essa técnica é reservada aos casos em que existe contra-indicação materna à realização dos bloqueios regionais.



ANALGESIA DE PARTO. VANDY GONÇALVES CARTILHA PARA GESTANTES

### 5.2 – Anestesia Peridural Lombar

A anestesia peridural é a técnica mais comumente usada para controlar a dor do parto. Ela promove o alívio da dor em até 80-90% das parturientes durante o trabalho de parto e o parto, podendo ser indicada para a maioria delas desde o início do trabalho de parto.

As vantagens da anestesia peridural são: maior duração do efeito do controle da dor; possibilidade de manter a parturiente sem dor por muitas horas; não costuma comprometer a movimentação da parturiente; não causa sofrimento no bebê pois é muito pequena a passagem de medicação através da placenta; e rápido início do efeito analgésico.



ANALGESIA DE PARTO. VANDY GONÇALVES CARTILHA PARA GESTANTES

### 5.2 – Anestesia Peridural Lombar

A anestesia peridural é a técnica mais comumente usada para controlar a dor do parto. Ela promove o alívio da dor em até 80-90% das parturientes durante o trabalho de parto e o parto, podendo ser indicada para a maioria delas desde o início do trabalho de parto.

As vantagens da anestesia peridural são: maior duração do efeito do controle da dor; possibilidade de manter a parturiente sem dor por muitas horas; não costuma comprometer a movimentação da parturiente; não causa sofrimento no bebê pois é muito pequena a passagem de medicação através da placenta; e rápido início do efeito analgésico.



### 5.3 – Raqui-anestesia

A raqui-anestesia é feita com uso de uma agulha muito fina aplicada na região da coluna, como mostra a figura ao lado. É geralmente indicada para parturientes em estágios avançados de trabalho de parto (período expulsivo do bebê).

A duração deste tipo de anestesia é limitada, ou seja, costuma ser de mais ou menos uma hora, porém tem a vantagem de início de ação quase que imediato.

A raqui-anestesia pode causar, temporariamente, algum grau de fraqueza muscular nas pernas, dificultando que a gestante caminhe durante o trabalho de parto.



### 5.3 – Raqui-peridural combinada

A combinação dessas duas técnicas de anestesia envolve a aplicação de medicações analgésicas, anestésicos locais ou ambos, pelas duas vias anteriormente citadas. Por combinar as duas técnicas, este tipo de anestesia combinada pode ser indicado para parturientes que possuem muita sensibilidade à dor e ainda estão no início do trabalho de parto. Esse tipo de anestesia combinada causa alívio imediato da dor sem bloquear a movimentação das pernas e, desta forma, possibilita que a parturiente caminhe durante o trabalho de parto.

ANALGESIA DE PARTO. VANDY GONÇALVES CARTILHA PARA GESTANTES

**Figura 6.** Páginas da parte textual da Cartilha “Analgésia do Parto: Vamos Conhecer?” enfocando métodos farmacológicos de alívio da dor do parto vaginal  
Fonte: A Autora

## 6 – Considerações finais



O parto é um momento único na vida da mulher. Toda paciente pode e deve ter uma assistência humanizada ao trabalho de parto e ao parto, caracterizado, entre outros critérios, pelo alívio da dor. Atualmente, já estão disponíveis recursos para aliviar a dor do parto. Cabe aos profissionais utilizá-los criteriosamente e, aos gestores, providenciar a sua oferta.

Esperamos que esta cartilha esclareça algumas dúvidas que possam gerar medo e ansiedade nas gestantes da nossa maternidade e sirva como apoio para a busca e conquista de um parto humanizado e respeitoso.

ANALGESIA DE PARTO. VANDY GONÇALVES CARTILHA PARA GESTANTES

**Figura 7.** Página de considerações finais da Cartilha “Analgésia do Parto: Vamos Conhecer?”  
Fonte: A Autora

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A última seção deste trabalho de conclusão de mestrado visa estabelecer as considerações finais a respeito da dissertação como um todo e sugerir recomendações para futuros trabalhos relacionados ao tema principal. Esta dissertação teve como objetivo central avaliar o conhecimento de parturientes sobre analgesia farmacológica para o parto vaginal e elaborar um produto educativo sobre alívio da dor do parto para gestantes da maternidade do Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB), Santa Cruz-RN. Com isso, considera-se que este objetivo geral tenha sido atingido, pois considerando a frequência encontrada de informação a respeito da existência de alívio farmacológico da dor do parto vaginal pelas puérperas de pouco mais que 20% da amostra, inferiu-se ser baixa, sobretudo considerando que a maternidade do HUAB é uma instituição de referência regional na atenção à saúde materno-infantil.

Com relação aos objetivos específicos desta dissertação, é importante ressaltar que, como meios para se obter o objetivo central, as metas secundárias também foram alcançadas, pois foi possível verificar que o conhecimento materno sobre a disponibilidade de alívio da dor durante o trabalho de parto se relacionou com nível de escolaridade, renda e trabalho remunerado, mas não se associou com a decisão materna pelo parto vaginal ou com a realização deste tipo de parturição. Portanto, tanto em relação à hipótese principal, quanto à hipótese secundária, os resultados obtidos na pesquisa não alcançaram corroboração. Além disso, as puérperas tiveram como principal fonte de informação agentes do pré-natal, sobretudo da categoria profissional de enfermagem.

Considera-se que este estudo contribui para retratar a distribuição da variável primária estudada e para uma melhor compreensão dos fatores sociodemográficos associados à preferência pela via do parto vaginal. Contudo, a ausência de corroboração dos resultados em relação às hipóteses de pesquisa deveria ser estudada em pesquisas posteriores, pois existem limitações inerentes ao delineamento do presente estudo, tais como o seu modelo transversal, assim como possíveis vieses de memória das participantes em relação às informações obtidas durante o pré-natal e/ou à falta de entendimento materno de subsídios informativos que tenham sido contemplados pelos profissionais mas não retidos pelas gestantes. Por outro lado, o tamanho da amostra calculada no projeto não foi alcançado em virtude das medidas restritivas ocasionadas

pela pandemia de COVID-19, o que pode ter acarretado um erro estatístico tipo II, não sendo possível rejeitar a hipótese de nulidade no caso de esta hipótese ser falsa.

A partir destes resultados na pesquisa de campo, elaborou-se a cartilha educativa para gestantes sobre alívio da dor do parto normal, versando sobre a importância do parto vaginal, a dor do parto e as técnicas disponíveis para o alívio da dor, alcançando-se, assim, a concretização do último objetivo específico desta dissertação.

Recomendações para estudos futuros são a realização de estudos longitudinais e com técnicas que distingam precisamente aspectos da informação prestada à mulher em relação à gravidez/parto/puerpério, a relacionada à gestação, aos cuidados físicos, alimentares, entre outros, e a informativa em relação ao próprio parto, como a parturiente deve agir, como respirar e ser ativa, colaborando com o processo do parto em si, assim como sobre os métodos de analgesia da dor do parto vaginal.

A preocupação com a humanização no parto implica dar liberdade às escolhas da parturiente, proporcionar um atendimento de suas necessidades, aliviar seus anseios, esclarecer as suas dúvidas. A relação da equipe do pré-natal como a gestante deve estar baseada no diálogo e no fornecimento de informação clara, para fundamentar suas escolhas esclarecidas. Neste sentido, a educação em saúde deve ser incentivada nas instituições de saúde e precisa incluir também os benefícios da analgesia do parto normal.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. M.; ACOSTA, L. G.; PINHAL, M. G. Conhecimento das puérperas com relação aos métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto. **REME Rev. Min. Enferm.** 2015; 19(3):718-724. Disponível em:

<https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1034#:~:text=Os%20resultados%20revelaram%20que%2023,demonstra%20defici%C3%Aancia%20sobre%20os%20MNFAD.>

ANTONIALI, F.; ANTONIALI, L. M.; ANTONIALI, R. Usos e Abusos da Escala Likert: Estudo Bibliométrico nos Anais do ENANPAD de 2010 a 2015. Congresso de Administração, Sociedade e Inovação - CASI 2016, **Anais**. Juiz de fora, UFMG, 2016. Disponível em:

[https://www.researchgate.net/publication/328028118\\_Usos\\_e\\_abusos\\_da\\_escala\\_likert\\_estudo\\_bibliometrico\\_nos\\_anais\\_do\\_EnANPAD\\_de\\_2010\\_a\\_2015/link/5bb3873b299bf13e605a548b/download](https://www.researchgate.net/publication/328028118_Usos_e_abusos_da_escala_likert_estudo_bibliometrico_nos_anais_do_EnANPAD_de_2010_a_2015/link/5bb3873b299bf13e605a548b/download)

Associação Médica Brasileira, Febrasgo, Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

**Diretrizes AMB: Cesariana a Pedido.** Disponível em:

<https://diretrizes.amb.org.br/DIRETRIZES/cesariana-a-pedido/files/assets/common/downloads/publication.pdf>

BARROS, F. C.; *et al.* Cesarean sections in Brazil: will they ever stop increasing? **Rev Panam Salud Publica** 2015;38(3):217-25. Disponível em:

<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2015.v38n3/217-225/#ModalArticles>

BETRÁN, A. P.; YE, J.; MOLLER, A. B.; ZHANG, J.; GÜLMEZOĞLU, A. M. 1.; TORLONI, M. R. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. **PLoS One**. 2016;11(2):e0148343. Doi:

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343>

BISMARCK, J. A. **Analgesia em Obstetrícia.** Lisboa: Permanyer Portugal. 2003.

Disponível em: <https://www.aped->

[dor.org/images/biblioteca\\_dor/pdf/Analgesia\\_em\\_Obstetricia.pdf](dor.org/images/biblioteca_dor/pdf/Analgesia_em_Obstetricia.pdf)

BRAGA, A. de F. de A.; *et al.* Combined spinal-epidural block for labor analgesia.

Comparative study with continuous epidural block. **Revista Brasileira de Anestesiologia [online]**. 2019, v. 69, n. 1 [Acessado 20 Julho 2021] , pp. 7-12.

Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2018.08.003>. ISSN 1806-907X.

<https://doi.org/10.1016/j.bjane.2018.08.003>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Biblioteca/Publicações.** 2021. Disponível em:

<https://aps.saude.gov.br/biblioteca/index/MQ===/NA==>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011 [Internet].**

Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011 Disponível em:

[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais De Assistência Ao Parto**

**Normal: Relatório de Recomendação [Internet].** Brasília (DF): Ministério da Saúde;

2016. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio\\_Diretriz-PartoNormal\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [Internet]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_norm\\_al.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_norm_al.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana** Brasília, 2016. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio\\_Diretrizes\\_Cesariana\\_N179.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes_Cesariana_N179.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento**. Brasília, 2000.

CÂMARA, R.; *et al.* Cesarean section by maternal request. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões [online]**. 2016, v. 43, n. 04 [Acessado 20 Julho 2021] , pp. 301-310. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0100-69912016004002>. ISSN 1809-4546. <https://doi.org/10.1590/0100-69912016004002>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2.144, de 17 de março de 2016**. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>

COSTA, R.; *et al.* Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (Qesp). **Psicologia, Saúde & Doenças**, 2004; 5 (1): 159-187

DIAS, M. A. B.; *et al.* Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2008, v. 13, n. 5 [Acessado 20 Julho 2021] , pp. 1521-1534. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500017>. Epub 21 Ago 2008. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500017>.

ENSP-Fiocruz. **Cesarianas desnecessárias: causas, consequências e estratégias para a sua redução**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz: 133 p. 2007. Assembleia Legislativa de São Paulo. Secretaria Geral Parlamentar. Projeto de lei nº 435 /2019. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=1000262934>

FELISBINO-MENDES, M. S.; *et al.* O uso de analgesia farmacológica influencia no desfecho de parto?. **Acta Paulista de Enfermagem [online]**. 2017, v. 30, n. 5 [Acessado 20 Julho 2021] , pp. 458-465. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700067>. ISSN 1982-0194. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700067>.

FIGUEIREDO FILHO, D. B.; SILVA JUNIOR, J. A. Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r). **Revista Política Hoje**, [S.l.], v. 18, n. 1, jan. 2010. ISSN 0104-7094. [Acessado 20 Julho 2021] Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/politica hoje/article/view/3852>.

FIRMINO, K. C.; LIMA, E. P.; CORREIA, T. R. L.; SILVA, J. C. B.; ALBUQUERQUE, N. L. A. Percepção da mulher frente à dor do Parto / Woman

perception ante of childbirth pain / Percepción de las mujeres sobre el dolor de parto. **Rev. Ciênc. Plur** ; 6(1): 87-101, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1052632>

FREITAS, J. F.; MEINBERG, S. Analgesia de parto: bloqueios locorregionais e analgesia sistêmica. **Rev Med.** Minas Gerais 2009; 19(3 Supl 1): S7-S14. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1229>

HODNETT, E. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. The nature and management of Labor. **Pain American Journal of Obstetrics & Gynecology**. 2002; 186(5): pp. 160- 172. Disponível em: <https://ajog.org/retrieve/pii/S0002937802207048>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades: Santa Cruz**. 2016. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/santa-cruz/panorama>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Renda média domiciliar per capita**. 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/censo/rendadescr.htm>

ILIADOU, M. Labour pain and pharmacological pain relief practice points. **Health Science Journal** 2009; 3 (4): 197-201. Disponível em: <https://www.hsj.gr/medicine/labour-pain-and-pharmacological-pain-relief-practice-points.php?aid=3624>

ISMAIL, S.; ABBASI, S.; KHAN, S.; MONEM, A.; GAUHAR, A. Factors associated with choice of delivery with or without epidural analgesia among laboring women: a cross-sectional survey at a tertiary care hospital of a developing country. **Journal of Perinatal Medicine**. 2015; 44 (7): 799–806. Disponível em: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/jpm-2015-0206/html>

KOTTWITZ, F.; GOUVEIA, H. G.; GONÇALVES, A; de C. Route of birth delivery preferred by mothers and their motivations. **Escola Anna Nery [online]**. 2018, v. 22, n. 1 [Acessado 20 Julho 2021], e20170013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0013>. Epub 17 Nov 2017. ISSN 2177-9465. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0013>.

LALLY, J. E.; MURTAGH, M. J.; MACPHAIL, S.; THOMSON, R. More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. **BMC Med**. 2008;6:7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2358911/>

LANÇA, F. Analgesia sistêmica do trabalho de parto. Bismarck J. A. (Org) Analgesia em Obstetrícia. Lisboa. **Permanyer Portugal**. 2003. Disponível em: [https://www.aped-dor.org/images/biblioteca\\_dor/pdf/Analgesia\\_em\\_Obstetricia.pdf](https://www.aped-dor.org/images/biblioteca_dor/pdf/Analgesia_em_Obstetricia.pdf)

LE RAY, C.; GOFFINET, F.; PALOT, M.; GAREL, M.; BLONDEL, B. Factors associated with the choice of delivery without epidural analgesia in women at low risk

in France. **Birth**. 2008; 35(3):171-8. Disponível em:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1523-536X.2008.00237.x>

MCCAULEY, M.; STEWART, C.; KEBEDE, B. A survey of healthcare providers' knowledge and attitudes regarding pain relief in labor for women in Ethiopia. **BMC Pregnancy**. 2017; 17 (1): 56. Disponível em:

<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1237-4>

MARCONI, M. A.; LAKATOS, M. V. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 5a ed. Editora Atlas; 2003. p. 311

MARINS, R. B.; CECAGNO, S.; GONÇALVES, K. D.; BRAGA, L. R.; RIBEIRO, J. P.; SOARES, M. C. Tecnologias de cuidado para o alívio da dor na parturição. **Rev Fun Care [online]**. 2020 jan/dez; 12:276-281. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8502>

MASCARENHAS, V. H. A.; et al. Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. **Acta Paulista de Enfermagem [online]**. 2019, v. 32, n. 3 [Acessado 20 Julho 2021], pp. 350-357. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900048>. Epub 29 Jul 2019. ISSN 1982-0194. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900048>.

MONTE, A. S. **Adaptação e validação de conteúdo do “Questionário para as mulheres” para a realidade da assistência à mulher no pré, trans e pós-parto em Fortaleza**. Dissertação (Mestrado), Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2013. Disponível em: <http://www.uece.br/cmaccelis/dmdocuments/ALANASANTOSMONTE.pdf>

NABUKENYA, M. T.; KINTU, A.; WABULE, A.; MUYINGO, M. T.; KWIZERA, A. Knowledge, attitudes and use of labour analgesia among women at a low-income country antenatal clinic. **BMC Anesthesiol**. 2015; 15:98 [Acessado 20 Julho 2021]. Disponível em: <https://bmcanesthesiol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12871-015-0078-9>

PIMENTEL, T. A.; OLIVEIRA-FILHO, E. C. Fatores que influenciam na escolha da via de parto cirúrgica: uma revisão bibliográfica. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília 2016; 14, n (2): 187-199 [Acessado 20 Julho 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.5102/ucs.v14i2.4186>.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Disponível em: [http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/santa-cruz\\_rn/](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/santa-cruz_rn/)

REBERTE, L. M. **Celebrando a vida: construção de uma cartilha para a promoção da saúde da gestante**. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7132/tde-05052009-112542/pt-br.php>



SCHANTZ, C.; LOENZIEN, M.; GOYET, S.; RAVIT, M.; DANCOISNE, A.; DUMONT, A. How is women's demand for caesarean section measured? A systematic literature review. **PLoS ONE**. 2019; 14(3): e0213352. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0213352>

SCHYTT, E.; WALDENSTRÖM, U. Epidural analgesia for labor pain: whose choice?. **Acta Obstet Gynecol Scand**. 2010;89(2):238-42. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3109/00016340903280974>

SHAABAN, O. M.; ABBAS, A. M.; MOHAMED, R. A.; Hafiz, H. A. A. Lack of pain relief during labor is blamable for the increase in the women demands towards cesarean delivery: a cross-sectional study. **Facts Views Vis Obgyn**. 2017;9(4):175-180. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6143085/>

SOUZA, M. A. de; SILVA, J. L. P.; MAIA FILHO, N. L. Bloqueio combinado raquiperidural versus bloqueio peridural contínuo para analgesia de parto em primigestas: resultados maternos e perinatais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [online]**. 2009, v. 31, n. 10 [Acessado 20 Julho 2021] , pp. 485-491. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032009001000003>. Epub 19 Nov 2009. ISSN 1806-9339. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032009001000003>.

TSEN, L. C.; THUE, B.; DATTA, S.; SEGAL, S. Is combined spinal-epidural analgesia associated with more rapid cervical dilation in nulliparous patients when compared with conventional epidural analgesia? **Anesthesiology**. 1999 Oct;91(4):920-925. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00000542-199910000-00010>

TOCCHIONI, V.; SEGHERI, C.; DE SANTIS, G.; NUTI, S. Socio-demographic determinants of women's satisfaction with prenatal and delivery care services in Italy. **International Journal for Quality in Health Care**. 2018; 30 (8): 594–601. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/30/8/594/4973658>

WEIDLE, W. G.; *et al.* Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução?. **Cadernos Saúde Coletiva [online]**. 2014, v. 22, n. 01 [Acessado 20 Julho 2021] , pp. 46-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400010008>. ISSN 2358-291X. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400010008>.

WHITE, J.; QUEIRÓS, F. Reconcilable differences? Portuguese obstetricians' and midwives' contrasting perspectives on childbirth and women's birthing experiences. **Etnográfica**. 2018; 22 (3): 643-668. Disponível em: <https://journals.openedition.org/etnografica/6041>

## **ANEXOS E APÊNDICES**

## ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA DA GEP/HUAB/UFRN



**EBSERH HUAB**

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA  
PRAÇA TEQUINHA FARIAS, 13 Santa Cruz-RN 59.200-000  
FONE (84) 3291 FAX-91 3291-2325  
E-mail: pesquisa.huab@ebserh.gov.br

### CARTA DE ANUÊNCIA

Por ter sido informado por escrito sobre os objetivos e metodologia da pesquisa intitulada, "ANALGESIA OBSTÉTRICA E ESCOLHA DA VIA DE PARTO: ESTUDO COM PUÉRPERAS EM MATERNIDADE PÚBLICA NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO NORTE" coordenada pela pesquisadora **Rachel de Alcântara Oliveira Ramalho** orientada pela **Profa. Dra. Rilva Lopes Sousa Muñoz**, concordo em autorizar a realização da(s) etapa(s) da pesquisa; *coleta de dados por meio de entrevistas às pacientes da Unidade de Atenção à Saúde da Mulher*. Ademais, solicito a *elaboração e entrega do relatório parcial e final da pesquisa*, nesta instituição que represento. Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa acima citada por um Comitê de Ética em Pesquisa e ao cumprimento das determinações éticas propostas na Resolução 466/2012 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde – CNS. O descumprimento desses condicionamentos assegura-me o direito de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa.

Santa Cruz/RN, 19 de fevereiro de 2020.

*Wilton R. Medeiros*

Wilton Rodrigues Medeiros

Chefe do Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica

HUAB-UFRN/EBSERH

**Wilton Rodrigues Medeiros**  
Chefe do Setor de Gestão  
do Pesquisa e Inovação Tecnológica  
HUAB / UFRN / EBSERH  
SIAPE 1552913

## ANEXO B – PARECER DO CEP/CCM/UFPB



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ANALGESIA OBSTÉTRICA E ESCOLHA DA VIA DE PARTO: ESTUDO COM PUERPERAS EM MATERNIDADE PÚBLICA NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO NORTE

**Pesquisador:** RACHEL DE ALCANTARA OLIVEIRA RAMALHO BORGES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 30002920.4.0000.8069

**Instituição Proponente:** UFPB - Centro de Ciências Médicas/CCM

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.944.430

#### Apresentação do Projeto:

**Título da Pesquisa:** ANALGESIA OBSTÉTRICA E ESCOLHA DA VIA DE PARTO: ESTUDO COM PUERPERAS EM MATERNIDADE PÚBLICA NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO NORTE, desenvolvido pela pesquisadora RACHEL DE ALCANTARA OLIVEIRA RAMALHO BORGES coordenadora Dr Rívia Lopes S. Munóz

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Geral

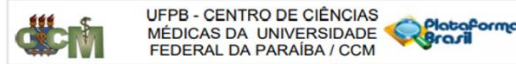
Avaliar o conhecimento de parturientes em relação ao alívio da dor durante o trabalho de parto, assim como a associação entre a informação que dispõem e a sua decisão compartilhada quanto ao tipo de parto maternidade do Hospital Universitário Ana Bezerra - RN.

##### Objetivos Específicos

Identificar o conhecimento das parturientes sobre a analgesia para o parto normal e sua disponibilidade maternidade do Hospital Universitário Ana Bezerra - RN;  
Avaliar associações entre o perfil sociodemográfico e o conhecimento das parturientes sobre analgesia parto normal com a escolha do tipo de parto;  
Determinar se as mulheres receberam informações sobre analgesia do parto e qual foi a fonte primária destas informações.

**Endereço:** Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1  
**Bairro:** CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900  
**UF:** PB **Município:** JOAO PESSOA **E-mail:** comitedetica@ccm.ufpb.br  
**Telefone:** (83)3216-7308

Página 01 de 04



Continuação do Parecer: 3.944.430

Verificar quais foram as indicações obstétricas para o tipo de parto e se houve decisão compartilhada com a parturiente.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

##### Riscos:

A presente pesquisa pode ser enquadrada como de risco mínimo, de natureza psicológica, com possibilidade de constrangimento ao responder o questionário, desconforto, vergonha, ansiedade, fadiga ao responder às perguntas, assim como quebra de sigilo e anonimato. Os referidos desconfortos serão minimizados por meio de uma atitude respeitosa, sensível e atenta dos entrevistadores.

##### Benefícios:

Os benefícios previstos serão o conhecimento sobre a comunicação de informações sobre analgesia do parto às gestantes do serviço e sua relação com a indicação desnecessária de cesarianas, além da posterior contribuição para a população fonte envolvida em relação ao conhecimento dos resultados gerados para o conhecimento do problema de pesquisa levantado no estudo.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo apresenta delineamento metodológico adequado, e atende às observâncias éticas recomendadas para estudos envolvendo seres humanos (Resolução 466/12 e 510/16 CNS, MS).

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

Os termos foram devidamente apresentados, como: Projeto completo; Folha de Rosto assinada; Cronograma de atividades; Orçamento; anuência do Setor da gestão da pesquisa e tecnologia da UFRN; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Assentimento) redigidos em conformidade com a Resolução CNS nº 466/2012.

#### Recomendações:

Recomenda-se destacar o telefone da pesquisadora, no cabeçalho do TCLE, para que o participante da pesquisa possa entrar em contato, caso necessário.

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

A pesquisa apresenta delineamento metodológico adequado e atende às recomendações éticas das Resoluções que envolvem seres humanos (Resolução 466/12, e 510/16 Conselho Nacional de Saúde). Deste modo encontra-se apta à aprovação.

**Endereço:** Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1  
**Bairro:** CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900  
**UF:** PB **Município:** JOAO PESSOA **E-mail:** comitedetica@ccm.ufpb.br  
**Telefone:** (83)3216-7308

Página 02 de 04



Continuação do Parecer: 3.944.430

#### Considerações Finais e critério do CEP:

O protocolo de pesquisa foi **APROVADO**, pelo Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEP/CCM/UFPB, em Reunião Ordinária realizada no dia 26 de março de 2020, conforme recomendações contidas na Resolução CNS nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e NORMA OPERACIONAL Nº 001/2013, CNS.

Lembramos que, após o término da pesquisa, o pesquisador responsável, em atendimento à Resolução 466/2012, do CNS/MS, deverá anexar (via online) na Plataforma Brasil, através do ícone "notificação", o Relatório Final da pesquisa.

#### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PS INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_151029.pdf	03/03/2020 15:29:45	RACHEL DE ALCANTARA OLIVEIRA RAMALHO BORGES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCM.docx	03/03/2020 15:27:14	RACHEL DE ALCANTARA OLIVEIRA RAMALHO BORGES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	03/03/2020 15:18:44	RACHEL DE ALCANTARA OLIVEIRA RAMALHO BORGES	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	03/03/2020 15:18:12	RACHEL DE ALCANTARA OLIVEIRA RAMALHO BORGES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	03/03/2020 15:15:22	RACHEL DE ALCANTARA OLIVEIRA RAMALHO BORGES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.pdf	03/03/2020 15:12:44	RACHEL DE ALCANTARA OLIVEIRA RAMALHO BORGES	Aceito
Folha de Rosto	Folharostopdf.pdf	03/03/2020 15:09:27	RACHEL DE ALCANTARA OLIVEIRA RAMALHO BORGES	Aceito

**Endereço:** Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1  
**Bairro:** CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900  
**UF:** PB **Município:** JOAO PESSOA **E-mail:** comitedetica@ccm.ufpb.br  
**Telefone:** (83)3216-7308

Página 03 de 04



Continuação do Parecer: 3.944.430

#### Situação do Parecer:

Aprovado

#### Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 31 de Março de 2020

**Assinado por:**  
**Cristina Wido Piesotti**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1  
**Bairro:** CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900  
**UF:** PB **Município:** JOAO PESSOA **E-mail:** comitedetica@ccm.ufpb.br  
**Telefone:** (83)3216-7308

Página 04 de 04

## ANEXO C

### CARTA DE ACEITE DA REVISTA

20/07/2021

Gmail - [RSD] Ajustes no artigo para publicação



Rilva Lopes de Sousa Muñoz &lt;rilvamunoz@gmail.com&gt;

#### [RSD] Ajustes no artigo para publicação

1 mensagem

Research, Society and Development &lt;articles@rsdjournal.org&gt;

16 de julho de 2021 08:21

Para: Rachel Ramalho &lt;rachelramalho@msn.com&gt;, RILVA SOUSA MUNOZ &lt;rilvamunoz@gmail.com&gt;

Saudações acadêmicas!

Parabenzamos pelo artigo "CONHECIMENTO DE PUÉRPERAS SOBRE ANALGESIA DO PARTO NORMAL EM MATERNIDADE PÚBLICA NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO NORTE, BRASIL" submetido à revista Research, Society and Development. O artigo voltou da avaliação com algumas sugestões de melhorias que estão no sistema da revista e/ou ao final do presente e-mail.

Disponibilizamos o template da versão final do artigo em português e inglês: (escolha somente o template correspondente ao idioma escrito no seu manuscrito):

1-texto no idioma em português (utilize este template se o seu manuscrito foi escrito no idioma Português):

<https://www.dropbox.com/s/tjsnlqm5zgyayw/Template%20port%202021.doc?dl=0>

2-texto no idioma em inglês (utilize este template se o seu manuscrito foi escrito no idioma Inglês):

<https://www.dropbox.com/s/nirp28ry5jfttp/Template%20ingles%202021.doc?dl=0>

1) Analise as sugestões do(s) pareceristas, que estão incluídas no corpo do e-mail e/ou em arquivo anexo e inclua o texto do artigo dentro do template, com todos os dados solicitados. Lembre que o artigo deve utilizar, obrigatoriamente, as normas da APA (American Psychological Association - <https://www.dropbox.com/s/0oczic66se9eibp/APA.pdf?dl=0>), e o link do ORCID (de todos os autores) deve ser informado <https://orcid.org/signin>. Essa versão será a versão definitiva, que será publicada na íntegra, desse modo, pedimos que a revise com cuidado antes de enviar. Erros após a publicação implicam em custos (R\$ 100 reais a mais), assim, para evitar esses custos adicionais, revise cuidadosamente essa versão definitiva.

2) Realize a verificação de indícios de plágio através do Software CopySpider, disponível em <http://www.copyspider.com.br/main/>, e baixe o relatório.

3) Em um arquivo separado descreva as principais alterações realizadas no artigo e as justificativas para as correções que não foram realizadas. Caso o CopySpider tenha apontado similaridade maior que 3%, escreva também a respectiva justificativa para tal.

4) Viabilize os custos de publicação do artigo com o valor de R\$ 300,00 (trezentos reais). OBS.: Professores e alunos da UNIFEI não pagam a publicação, estão isentos.

Banco: Banco do Brasil  
 Agência: 3076-7  
 Conta Corrente: 26.097-5  
 NOME: CDRR Editors  
 CNPJ: 37.451.681/0001-14

Por gentileza, realize todos os ajustes em até 4 dias para agilização da publicação.

5) Para anexar os arquivos solicitados: Acesse o sistema da Revista com login e senha > Submissões > Fila > Click no artigo > Fluxo de trabalho > Avaliação > Revisões > Enviar arquivo (irá aparecer uma caixa suspensa com componentes do artigo, clique na seta e irá aparecer os rótulos para os arquivos: arquivo Artigo | Arquivo (Artigo final dentro do template); Arquivo de verificação de indícios de plágio; Comprovante de pagamento; Modificações realizadas e justificadas.

Quando clicar em ENVIAR ARQUIVO (não pode arrastar o arquivo), escolher o rótulo do arquivo > selecionar o arquivo na área de trabalho do seu computador > clicar em continuar > clicar em continuar > clicar em concluir.

Fazer esses passos novamente para cada arquivo que for anexar. DEVE SER ANEXADO UM ARQUIVO DE CADA VEZ.

Vídeo tutorial para anexar os arquivos: <https://www.youtube.com/watch?v=Mpl6dDaHT4Y>

20/07/2021

Gmail - [RSD] Ajustes no artigo para publicação

6) Atualize Títulos, Resumos. Para realizar as atualizações é necessário seguir: Submissões > Fila > Click no artigo > Publicação > Título e Resumo.

Obs a) A primeira coluna da esquerda (Prefixo; Título; Subtítulo; Resumo) é para colocar as informações no idioma em inglês. Deve ser preenchido apenas o Título e Resumo em inglês. Não preencher o campo do Prefixo. Não preencher o campo do Subtítulo, mesmo quando o Título possuir um Subtítulo.

Obs b) A coluna do lado direito você preenche primeiramente o Título e Resumo em português. Depois de preencher, deve selecionar na parte superior o idioma espanhol e preencher o Título e Resumo.

Obs c) Os Títulos não devem ser preenchidos com letras em caixa alta.

Após o preenchimento dos Títulos e Resumos nos 3 idiomas clicar em "Salvar".

7) Atualize os dados do Contribuidores (Autores). Para realizar as atualizações é necessário seguir: Submissões > Fila > Click no artigo > Publicação > Contribuidores. Quando clicar em "Contribuidores" vai aparecer a lista de coautores (que são os autores que já foram cadastradas na submissão).

Obs d) Se houver necessidade de incluir mais autores você deve clicar em "Incluir coautor".

Obs e) Para verificar os dados de cada autor você deve clicar no triângulo azul na frente do nome de cada autor. Ao clicar no triângulo vai aparecer os botões de Editar; Excluir; Incluir Usuário. Clicar em Editar e conferir os dados de cada autor. Faça isso em todos os autores.

Obs f) Para mudar a ordem dos autores e ficar em conformidade com a versão final do artigo, basta clicar no botão ordenar e arrastar para a posição correta.

Obs g) No nome do autor existe 2 caixas: Uma com o nome próprio e outra com o sobrenome. Na caixa do nome próprio você deve colocar todos os nomes e prenomes. Na caixa do sobrenome colocar somente o último sobrenome, com exceção de: Junior, Filho, Neto. Não devem colocar pronomes demonstrativos na caixa de sobrenome junto com o último sobrenome como: de, da, do.

Exemplo de Preenchimento: "José Carlos Andrade de Souza Júnior"

Nome próprio: José Carlos Andrade de

Sobrenome: Souza Júnior

Obs h) Não preencher os contribuidores nos 3 idiomas, somente em 1 deles.

Obs i) Os nomes dos autores não devem ser preenchidos com letras em caixa alta.

Após a conferência do contribuidores clicar em "Salvar".

7) Atualize os Metadados (Palavras-chave). Para realizar as atualizações é necessário seguir: Submissões > Fila > Click no artigo > Publicação > Metadados.

Obs j) A primeira coluna da esquerda (Palavras-chave) é para colocar as Palavras-chave no idioma em inglês. Coloque na caixa uma palavra-chave de cada vez e aperte a tecla Enter antes da próxima palavra-chave. Colocar apenas a palavra-chave sem pontuação.

Obs k) Colocar as Palavras-chave na coluna da direita nos idiomas português e espanhol.

Após inserir as Palavras-chave clique em "Salvar".

7) Atualize as Referências. Para realizar as atualizações é necessário seguir: Submissões > Fila > Click no artigo > Publicação > Referências.

Após inserir as referências na caixa de referências (dê um espaço entre uma referência e outra) clique em "Salvar".

Qualquer dúvida, pode nos contactar por WhatsApp (11) 98679-6000.

Atenciosamente,

Equipe Research, Society and Development

[rsdjournal.org](http://rsdjournal.org)

Professor no Programa de Pós Graduação em Educação em Ciências - PPGECC da UNIFEI. Professor no Programa de Pós Graduação em Engenharia Elétrica do PPGITCEE do IFSP. Avaliador de Mídias Tecnológicas Educacionais para o SEB-MEC.

20/07/2021

Gmail - [RSD] Ajustes no artigo para publicação

---

Avaliador A:

Autores e Editor, o manuscrito tem metodologia bem delineada e é relevante. Estou sugerindo seu aceite para publicação pois vai agregar mais ao conhecimento atual. Os Títulos do trabalho não devem ser escritos em caixa alta. Verifiquem se as palavras-chave são descritores encontrados na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), caso o mesmo não se encontre pedimos que substituam por outro descritor. É possível consultar no site: <http://decs.bvs.br/>  
Recomendação: Aceitar

---

Avaliador B:

Sugiro a aprovação após feitas algumas poucas melhorias: 1. Utilizem a formatação do template 2021 que enviaremos anexo. 2. Os títulos em Português, Inglês e em Espanhol estão agrupados no início do texto na sequência correta para artigo escrito predominantemente em Português: primeiro vem o título em Português, depois Inglês e em seguida em Espanhol. Eles devem ser feitos conforme o template de 2021, da revista. 3. Os nomes da seção: Resumo, Abstract e Resumen devem ser alinhados à esquerda e devem começar com a letra inicial em maiúsculo e o restante das letras em minúsculo. O conteúdo dos resumos está com 282 palavras e segundo as boas práticas como é o caso da norma ABNT NBR 6028 que é específica para resumos, um bom resumo de artigo deve conter algo entre 150 a no máximo 250 palavras. 4. As palavras-chave estão corretas com seus termos separados por ponto e vírgula e após o último termo vem o ponto final. 5. Os títulos das seções devem ter somente a primeira letra em maiúsculo: "1. Introdução", "2. Metodologia", "3. Resultados", "4. Discussão", "5. Conclusão" e, Referências. 6. Na seção conclusão, escrevam um parágrafo final no qual digam quais as sugestões para trabalhos futuros. 7. As referências estão corretas. Recomendação: Correções obrigatórias

---

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS QUESTIONÁRIO

Obrigada por aceitar responder as questões. Suas respostas são anônimas e serão transmitidas somente à equipe da pesquisa. Sua participação não vai alterar o seu atendimento e nem do seu (ua) filho (a).

Para cada afirmativa nestas três páginas, marque a opção que melhor se aplica a você:

<b>QUESTIONÁRIO PARA A ENTREVISTA</b>	
1	Qual é o seu nome completo?
2	Qual é a sua idade?
3	Como você se considera? ( ) Branca ( ) Negra ( ) Parda ( ) Indígena ( ) Outro
4	Qual seu estado civil? ( ) solteira ( ) casada/união consensual ( ) separada/divorciada ( ) viúva
5	Escolaridade (anos de estudo). Estudou até qual série: _____
6	Qual a renda mensal de sua família, somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você? Em salários-mínimos -
7	Você está trabalhando em alguma atividade até antes da gravidez ou do parto/licença gestante? ( ) Sim ( ) Não
8	Em que você trabalha atualmente? ( ) Na agricultura, no campo, na fazenda ou na pesca ( ) Na indústria. ( ) Na construção civil. ( ) No comércio, banco, transporte, hotelaria ou outros serviços. ( ) Como funcionária do governo federal, estadual ou municipal. ( ) Como profissional liberal, professora ou técnica de nível superior. ( ) Trabalha fora de casa em atividades informais (feirante, ambulante, guardadora de carros, catadora de lixo) ( ) Trabalha em sua casa em serviços (costura, aulas particulares, cozinha, artesanato, carpintaria etc). ( ) Faz trabalho doméstico em casa de outras pessoas (cozinheira, babá, lavadeira, faxineira, acompanhante de idosos/as etc.). ( ) No lar (sem remuneração) ( ) Outro – Qual? ( ) Não trabalha ( ) Não sabe
9	Teve gestação/abortamento anterior? ( ) Sim ( ) Não



9	Realizou pré-natal nesta gravidez - atual? ( ) Sim ( ) Não
10	Se sim ao item 9 – Quantas consultas realizou?
11	Qual a duração do pré-natal?
11	Teve parto normal ou cesariano?
12	Quem decidiu sobre o tipo de parto, normal ou cesariano? ( ) A própria gestante ( ) O médico ( ) Decisão de comum acordo ( ) Outro
13	Qual foi a idade da gestação no momento do parto? Em semanas
14	Estava em trabalho de parto quando chegou à maternidade? ( ) Sim ( ) Não
15	Qual a via de parto que você desejava em primeiro lugar? ( ) Vaginal ( ) Cesariana
16	Qual a via de parto indicada pelo seu médico? ( ) Vaginal ( ) Cesariana
17	Antes de vir para o hospital, qual o grau de dor que estava sentindo? (escala 0 a 10) – sendo 0 ausência de dor e 10 a dor mais intensa possível
18	Antes de ir ao hospital, qual era a principal preocupação que você tinha em relação ao trabalho de parto?
19	Antes de vir para o hospital, você desejou alívio da dor do parto? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não pensei sobre isso
20	Você sabia se haveria disponibilidade de medicação para aliviar sua dor durante o trabalho de parto na maternidade? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não pensei sobre isso
21	A dor que sentiu no trabalho de parto foi de acordo com as suas expectativas?
22	Você teve alguma informação sobre o trabalho de parto antes de vir para a maternidade? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
23	Se resposta afirmativa ao item 19 - Qual foi sua principal fonte de informação sobre analgesia antes do seu trabalho de parto? (marque apenas um item) ( ) Pré-Natal - Médico (a) ( ) Pré-Natal – enfermeiro (a) ( ) Parteira ( ) Parente / amigo ( ) Livro / programa de vídeo / TV ( ) Aula de parto ( ) Internet ( ) ( ) Sala de parto outro, por favor liste:

24	Durante o trabalho de parto teve alívio da dor? ( ) Sim ( ) Não
25	Sentiu medo durante o trabalho de parto? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
26	Foi oferecida ou usada alguma técnica para aliviar sua dor durante o trabalho de parto? ( ) Sim - Qual (is)? ( ) Banho de chuveiro ( ) Bola ( ) Deambulação ( ) Massagem lombossacral ( ) Relaxamento muscular ( ) Compressas mornas/frias ( ) Escadinha/Elástico/cordas ( ) Preferi não usar nenhuma delas ( ) Nada disso foi oferecido ( ) Outras ( ) Não
27	Se fosse oferecido um medicamento para a dor do parto, você aceitaria? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
28	Houve alívio da dor com o uso de medicamentos? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei ( ) Recebeu apoio para ter um parto natural e sem medicamentos ( ) Foi indicado pelo médico mas ela não quis
29	Os profissionais que atenderam você (enfermeiras/médicos) a incluíram em todas as decisões sobre meus cuidados ou nos cuidados de meu bebê: (marque apenas uma resposta) ( ) Nunca ( ) Algumas vezes ( ) A maioria das vezes ( ) Sempre
30	Você sentiu que suas escolhas foram respeitadas (consentimentos ou recusas) ao final de seu trabalho de parto e no nascimento do seu bebê: (marque apenas uma resposta) ( ) Nunca ( ) Algumas vezes ( ) A maioria das vezes ( ) Sempre
31	Durante sua internação, recebeu informações adequadas sobre tudo o que quis acerca do que foi planejado e o que aconteceu no trabalho de parto? ( ) Nunca ( ) Algumas vezes ( ) A maioria das vezes ( ) Sempre ( ) Ela não quis

Muito obrigada – você está nos ajudando a melhorar nossa assistência.

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhora \_\_\_\_\_

Esta pesquisa, intitulada “ANALGESIA OBSTÉTRICA E ESCOLHA DA VIA DE PARTO: ESTUDO COM PUÉRPERAS EM MATERNIDADE PÚBLICA NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO NORTE” está sendo desenvolvida por Rachel de Alcântara Oliveira Ramalho Borges, médica anesthesiologista e mestranda em Saúde da Família pela Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Profa. Dra. Rilva Lopes Sousa Munõz. É um estudo que tem como objetivo conhecer a sua opinião sobre a dor do trabalho de parto, se foi informada sobre o seu alívio e como foi feita a escolha pelo tipo de parto.

A presente pesquisa seguirá as recomendações das normas éticas, de como este estudo deve ser realizado para que não cause nenhum problema às participantes, em respeito à sua dignidade, bem-estar e segurança (Resoluções 466/12 e 510/16) do Conselho Nacional de Saúde.

Sua participação é voluntária, ou seja, a senhora só participa se quiser, o que significa que poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento sem que isso lhe traga nenhum prejuízo.

Caso decida aceitar o convite para participar da pesquisa, será seguido o seguinte procedimento: (1) a senhora vai responder a um questionário, com perguntas feitas pela pesquisadora e anotadas no papel, aa respeito da dor do parto e a maneira de aliviar essa dor, assim como sobre sua participação na decisão de realizar o tipo de parto ao qual acaba foi submetida nesta maternidade; (2) Serão também colhidas informações sobre seu parto contidas no seu prontuário e anotadas no questionário da pesquisa.

Os riscos envolvidos em sua participação na pesquisa são mínimos: pode haver acanhamento em responder às perguntas, o que é natural, e a entrevista com preenchimento do questionário levará cerca de 20 minutos, solicitando-se sua atenção, o que poderá levar a leve fadiga. Mas estes riscos serão minimizados pelo diálogo e atitude compreensiva da pesquisadora. Além disso, será mantido o sigilo das informações prestadas pela senhora, tomando-se todo o cuidado para que essas informações dadas sejam mantidas em segredo e sem nenhuma identificação da sua pessoa. Apenas a pesquisadora responsável poderá manusear e guardar as informações coletadas, bem como será mantido o sigilo das informações por ocasião da publicação da pesquisa em revistas de medicina, visto que não será divulgado nenhum dado que identifique seu nome.

Os benefícios decorrentes da realização desta pesquisa retornarão indiretamente para a senhora, por meio da sua comunidade de mulheres atendidas nesta maternidade, pois ao se observar o que as gestantes pensam sobre a dor do parto e a decisão do tipo de parto que desejam, os médicos da maternidade poderão tomar decisões considerando também o ponto de vista das pacientes. A pesquisadora estará à disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

---

Assinatura da pesquisadora responsável

Considerando que fui informada dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os

dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento e também rubricarei na primeira página deste.



Santa Cruz, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura da Participante ou Responsável Legal

Impressão digital,  
s/n

Contato com a pesquisadora responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor contatar o pesquisador Rachel de Alcântara Oliveira Ramalho Borges, (84)99481-6684 - e-mail: [rachelramalho2019@gmail.com](mailto:rachelramalho2019@gmail.com) ou o Comitê de Ética do Centro de Ciências Médicas – Endereço: Centro de Ciências Médicas – 3o Andar, sala 14. Cidade Universitária. Bairro: Castelo Branco – João Pessoa – PB. CEP: 58059-900. E-mail: [comitedeetica@ccm.ufpb.br](mailto:comitedeetica@ccm.ufpb.br) - *Campus I* – Fone: (83)3216-7619.

**APÊNDICE C**

**PRODUTO TÉCNICO-EDUCATIVO  
CARTILHA**

2021

Elaborado por Rachel de Alcântara O. Ramalho Borges  
Médica Anestesiologista do Hospital Universitário Ana Bezerra  
Aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família em Rede  
Nacional - PROFSAUDE

# ANALGESIA DE PARTO:

## VAMOS CONHECER?



# Sumário

**01**

Apresentação

**02**

Importância do parto vaginal

**03**

Fisiologia da dor no parto vaginal

**04**

Métodos de alívio da dor sem uso de medicações

**05**

Métodos medicamentosos de alívio da dor

**06**

Considerações finais



# 1 - Apresentação

Gestante, o parto vaginal é a forma natural de nascimento de seu bebê. Esta via é a mais segura e apresenta menor tempo de internamento materno.

Mas a dor, os medos, a ansiedade e as falsas crenças ligadas ao parto vaginal desencorajam muitas mulheres para tentar essa via.

A dor e o nervosismo são as principais responsáveis pelo grande número de cesarianas. Então, essa cartilha foi pensada como uma maneira de fornecer informações às gestantes sobre as formas de alívio da dor no parto, seja com uso de medicações ou não. Isso pode contribuir para que você, gestante, possa planejar como deseja tentar aliviar a sua dor.



Fonte: [www.istockphoto.com](http://www.istockphoto.com)



## 2 - A importância do Parto Vaginal

O parto normal é a forma natural de nascer, e muitas vezes ele é deixado de lado e desestimulado por causa do medo da dor. Existem muitas vantagens no parto vaginal em relação ao parto cesariano. Dentre elas estão as seguintes:

- O trabalho de parto estimula a liberação de hormônios que favorecem a amamentação (ocitocina);
- A passagem do bebê pelo canal do parto normal o auxilia na respiração;
- Existe menor risco de infecção para mãe e bebê;
- A cesariana traz maior risco cirúrgico para mãe e bebê;
- A recuperação é mais rápida com parto vaginal; e
- Há menor tempo de internamento.

## 3 - A dor no trabalho de parto

O trabalho de parto e o parto provocam dores intensas devido às contrações uterinas.

Os métodos de alívio da dor no trabalho de parto vêm sendo estimulados pela Organização Mundial da Saúde para garantir a humanização do cuidado da mãe e do bebê e para reduzir os índices de cesarianas sem motivação real.

Existem, hoje em dia, formas de aliviar a dor do parto. Algumas por meio do uso de medicamentos e outras, não.

# 4 - Métodos de alívio da dor sem uso de medicamentos

Os métodos de controle da dor no parto que não usam medicações são uma opção para ajudar às gestantes a lidar com a dor.

Dentre elas, citam-se as seguintes:



**Técnicas de  
Respiração**



**Hidroterapia  
(banho, parto na  
água e banheira  
para imersão)**



**Massagem**



**Acupuntura /  
Acupressão**



**Estimulação  
elétrica  
transcutânea**



**Hipnoterapia**



**Apoio Psicológico**



**Outras**

## 4.1 - Acupuntura e Acupressão

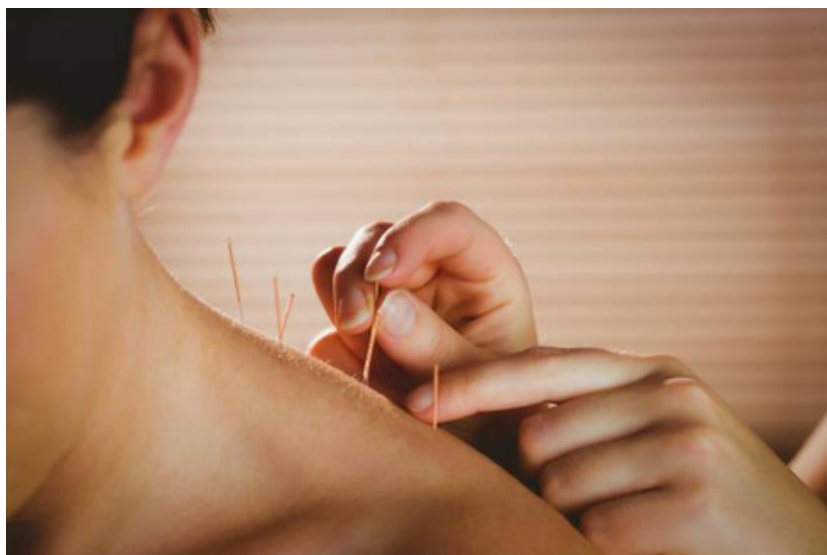
A acupuntura é um ramo da Medicina Tradicional Chinesa em que agulhas são aplicadas ao longo do corpo da gestante (em pontos estudados) para estimular certos nervos e causar o alívio da dor.

No processo de indução do trabalho de parto, a acupuntura estimula uma glândula do corpo (neurohipófise) a liberar um importante hormônio chamado ocitocina, que estimula as contrações do útero e aumentam a capacidade da mulher de suportar a dor.

A acupuntura pode desempenhar um papel fundamental para aliviar a dor da gestante, reduzir a duração do trabalho de parto, relaxar a gestante e ainda aumentar as contrações uterinas.

Vantagens do uso da acupuntura:

- Redução do tempo de trabalho de parto;
- Redução do estresse no momento do parto;
- Redução do número de falhas no processo de indução do parto;
- Redução da necessidade de fórceps;
- Aumento da velocidade de dilatação do canal do parto.



Fonte: [www.istockphoto.com](http://www.istockphoto.com)

## 4.2 - Hidroterapia

A hidroterapia é uma técnica que utiliza água para promover o alívio da dor.

O ato de jogar água, seja no banho de chuveiro, banheira, ou por meio de borrifos, gera relaxamento e controle de estresse da gestante, diminuindo a sensação de dor.

O banho de aspersão pode ser associado a outras técnicas.



## 4.3 - Terapias térmicas

Técnicas que usam o calor ou o frio também têm se mostrado úteis no controle da dor do parto. Compressas geladas amenizam a dor durante toda a fase do trabalho de parto e também no período de expulsão do bebê. Sua aplicação reduz a duração do parto e não aumenta o risco de sofrimento do bebê.

Essa técnica pode ser realizada nas costas e na região inferior do abdômen da gestante durante o período de dilatação e também na região do períneo, na saída do bebê do canal do parto.

O uso de compressas quentes também pode ser realizado na região das costas diminuindo a queixa das pacientes em relação às dores lombares do período do parto.

O calor promove a liberação de substâncias que diminuem a sensação de dor. Vale lembrar que este método possui mais efeito quando utilizado em associação a outros, como a bola suíça.



Fonte: [www.istockphoto.com](http://www.istockphoto.com)

## 4.4 - Bola suíça e exercícios perineais



Fonte: [www.istockphoto.com](http://www.istockphoto.com)

O uso da bola encurta a duração do trabalho de parto e, quando realizada em conjunto com a massagem e o banho de chuveiro leva a uma melhor evolução do parto e menor necessidade do uso de medicações analgésicas.

## 4.5 - Técnicas de Respiração

As técnicas de respiração também se mostram úteis em encurtar a duração do trabalho de parto e diminuir a sensação de dor. Recomenda-se a realização das técnicas com maior eficácia principalmente no período expulsivo. A prática de exercícios de inspiração e expiração profundas pela parturiente promovem tanto o relaxamento, como uma forma pessoal de auto-conhecimento e auto-controle sobre o próprio corpo.

## 4.6 - Musicoterapia

Os efeitos da música no trabalho de parto são vários, entre os quais, podem-se citar:

- Alivia a dor durante as contrações;
- Auxilia na diminuição da ansiedade, do medo e da tensão;
- Ajuda a familiarizar a gestante com o ambiente do hospital; e
- Estimula a oração e o exercício da espiritualidade.

A musicoterapia produz um estado de relaxamento mais eficaz nos intervalos das contrações, levando a uma melhor evolução do trabalho de parto e dando mais conforto e tranquilidade à gestante.



Fonte: [www.istockphoto.com](http://www.istockphoto.com)

## 4.7 - Aromaterapia



Fonte: [www.istockphoto.com](http://www.istockphoto.com)

O uso de óleos essenciais associados à massagem durante o parto fortalece as contrações do útero ao mesmo tempo que têm um efeito analgésico e relaxante na parturiente.

Os dois óleos mais usados durante o parto são o de jasmim e o de lavanda. Os dois tem ação analgésica, porém o de jasmim tem uma ação um pouco mais forte em intensificar as contrações, diminuindo o tempo de trabalho de parto.

O óleo de lavanda, além do seu cheiro mais agradável, traz equilíbrio e aconchego ao ambiente de parto, diminuindo a ansiedade e harmonizando as emoções.

A aromaterapia é uma técnica de fácil aplicação, baixo custo e pode ser uma boa alternativa para o alívio da dor.



## 4.8 - Reflexologia

A reflexologia também é uma técnica tradicional capaz de trabalhar a energia do corpo, por meio de massagem em alguns pontos específicos do pé das parturientes. Esta técnica tem o objetivo de ativar a circulação, estimular a bexiga urinária e intestinos, aliviar as dores do parto e estimular a dilatação do colo do útero.



Fonte: [www.istockphoto.com](http://www.istockphoto.com)

## 4.9 - Apoio Psicológico

O apoio psicológico é importante para a boa evolução do trabalho de parto. Este apoio deve começar no pré-natal, por meio de informações prestadas à gestante sobre o trabalho de parto e o parto, sobre a dor, diminuindo o medo da mulher pelo momento que está por vir.

A participação de um acompanhante durante todo o trabalho de parto e o parto já foi reconhecido como benéfico e é recomendação do Ministério da Saúde que as instituições providenciem tal cuidado, porém, infelizmente, nem todas as instituições públicas dispõem de estruturas que permitam adotar essa conduta.

## 5 - Formas de alívio da dor com uso de medicamentos

As formas medicamentosas para alívio da dor do parto incluem diversas substâncias e técnicas. Dentre as principais vias de aplicação dos medicamentos, estão a sistêmica (injeção de analgésicos intravenosos, subcutâneo ou intramusculares) e os chamados bloqueios regionais, por meio de aplicação de analgésicos na região da coluna como ocorre na anestesia peridural e na raquianestesia, que podem ser usadas separadamente ou combinadas.

Apesar dessas técnicas de anestesia serem parecidas às usadas no parto cesariano, as doses aplicadas para alívio da dor no parto vaginal são bem menores do que no parto cesariano, garantindo que a mulher mantenha os movimentos das pernas e possa caminhar durante o trabalho de parto.

### 5.1 - Analgesia Sistêmica para alívio da dor no parto

Na analgesia sistêmica para alívio da dor do parto, são aplicadas medicações analgésicas por meio da veia, músculo ou da camada de gordura da pele.

Pelo risco de essas medicações atravessarem a placenta e causarem consequências para o bebê, essa técnica é reservada aos casos em que existe contra-indicação materna à realização dos bloqueios regionais.



Fonte: [www.istockphoto.com](http://www.istockphoto.com)

## 5.2 - Anestesia Peridural Lombar

A anestesia peridural é a técnica mais comumente usada para controlar a dor do parto. Ela promove o alívio da dor em até 80-90% das parturientes durante o trabalho de parto e o parto, podendo ser indicada para a maioria delas desde o início do trabalho de parto.

As vantagens da anestesia peridural são: maior duração do efeito do controle da dor; possibilidade de manter a parturiente sem dor por muitas horas; não costuma comprometer a movimentação da parturiente; não causa sofrimento no bebê pois é muito pequena a passagem de medicação através da placenta; e rápido início do efeito analgésico.



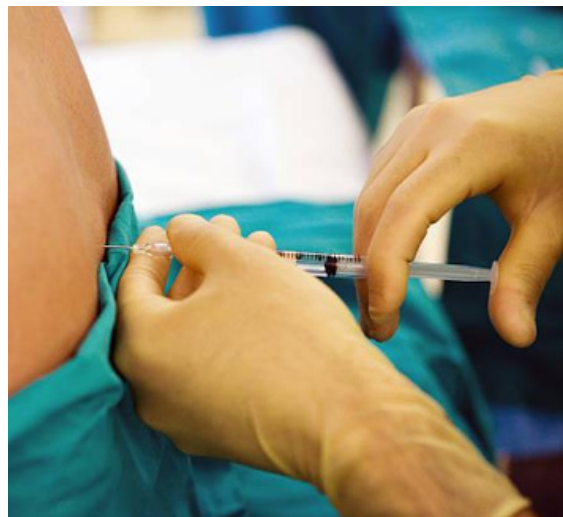
Fonte: [www.istockphoto.com](http://www.istockphoto.com)

## 5.3 - Raquianestesia

A raquianestesia é feita com uso de uma agulha muito fina aplicada na região da coluna, como mostra a figura ao lado. É geralmente indicada para parturientes em estágios adiantados de trabalho de parto (período expulsivo do bebê).

A duração deste tipo de anestesia é limitada, ou seja, costuma ser de mais ou menos uma hora, porém tem a vantagem de início de ação quase que imediato.

A raquianestesia pode causar, temporariamente, algum grau de fraqueza muscular nas pernas, dificultando que a gestante caminhe durante o trabalho de parto.



Fonte: [www.istockphoto.com](http://www.istockphoto.com)

## 5.3 - Raquiperidural combinada

A combinação dessas duas técnicas de anestesia envolve a aplicação de medicações analgésicas, anestésicos locais ou ambos, pelas duas vias anteriormente citadas. Por combinar as duas técnicas, este tipo de anestesia combinada pode ser indicado para parturientes que possuem muita sensibilidade à dor e ainda estão no início do trabalho de parto. Esse tipo de anestesia combinada causa alívio imediato da dor sem bloquear a movimentação das pernas e, desta forma, possibilita que a parturiente caminhe durante o trabalho de parto.

## 6 - Considerações finais



Fonte: www.istockphoto.com

O parto é um momento único na vida da mulher. Toda paciente pode e deve ter uma assistência humanizada ao trabalho de parto e ao parto, caracterizado, entre outros critérios, pelo alívio da dor. Atualmente, já estão disponíveis recursos para aliviar a dor do parto. Cabe aos profissionais utilizá-los criteriosamente e, aos gestores, providenciar a sua oferta.

Esperamos que esta cartilha esclareça algumas dúvidas que possam gerar medo e ansiedade nas gestantes da nossa maternidade e sirva como apoio para a busca e conquista de um parto humanizado e respeitoso.



ANALGESIA DE PARTO: VAMOS CONHECER?  
CARTILHA PARA GESTANTES