

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

**CAROLINE DE OLIVEIRA VELLOSO**

**PRÁTICAS PARA ALÍVIO DA DOR OFERECIDAS NO PARTO HOSPITALAR DE  
MULHERES QUE PARTICIPARAM DE GRUPOS DE GESTANTES**

**PORTO ALEGRE  
2014**

**CAROLINE DE OLIVEIRA VELLOSO**

**PRÁTICAS PARA ALÍVIO DA DOR OFERECIDAS NO PARTO HOSPITALAR DE  
MULHERES QUE PARTICIPARAM DE GRUPOS DE GESTANTES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina de TCC II do curso de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como pré-requisito parcial para Conclusão de Curso e obtenção do Título de Enfermeira.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mariene Jaeger Riffel

## **AGRADECIMENTOS**

Minha eterna gratidão aos meus pais Marizete Velloso e Sidnei Velloso por me aceitarem, educarem com tanto amor e dedicação e por terem me ensinado a lutar pelos meus objetivos com humildade e fé e me proporcionarem toda a estrutura para que eu pudesse viver minha graduação.

Ao meu amor, Felipe Chagas, e à toda a minha família pelo apoio incondicional, por acreditarem em mim e nos meus sonhos por lutar comigo ao meu lado, vocês foram essenciais em toda a minha vida, amadurecimento e formação da minha pessoa.

À minha colega e amiga, Mariana Arcos, pelo companheirismo, pelas horas de estudo e por todas as risadas.

Meu agradecimento especial à minha amiga e irmã de alma Ana Paula Neri, por ter me mostrado que eu era capaz, me incentivar e apoiar. Obrigada pelo bom exemplo e por ser amiga tão fiel.

Aos meus filhos peludos: Amy, Chico, Belinha, Hanna. Meus irmãos peludos: Gaya e Max: Amor incondicional, verdadeiro e sincero. Obrigada por me fazerem uma pessoa mais feliz a cada dia.

Obrigada às melhores enfermeiras que já conheci: Simone Pasin, Silvia Ferreira, Laura Leismann e Luciane Bica. A graduação me ensinou muito mas a prática vivida com vocês com certeza me mostrou o verdadeiro sentido da enfermagem. Obrigada por serem meus maiores exemplos de dedicação, carinho e respeito aos pacientes e colegas.

À minha professora orientadora Mariene Riffel: me ensinaste a teoria e a pesquisar mas o mais importante, o que nunca vai sair da minha cabeça: é que talvez eu não consiga mudar o mundo, mas ajudando uma pessoa posso mudar seu mundo. Obrigada pela paciência e pelo apoio.

Às minhas profes queridas Anne Marie Weissheimer e Helga Gouveia. Obrigada pela inspiração!

Todos vocês foram essenciais para esta conquista e eu a dedico a cada um.

**A alegria de fazer o bem é a única felicidade verdadeira.**

**Leon Tolstoi**

## RESUMO

Trata-se de estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa do tipo análise de conteúdo conforme referencial de Minayo (2007). A questão que norteou esta pesquisa foi: quais os efeitos das orientações sobre práticas para o alívio da dor em mulheres orientadas em grupos de gestantes sobre a utilização ou não das mesmas no ambiente em que ocorre o trabalho de parto? Os objetivos foram: conhecer práticas para alívio da dor oferecidas no parto hospitalar de mulheres que participaram de orientação em grupos de gestantes e descrever os benefícios referidos pelas mulheres que participaram de orientação prévia relacionados à utilização das práticas de alívio da dor no trabalho de parto. Foram entrevistadas cinco mulheres com idade superior a 18 anos, adstritas à Unidade de Saúde da Família – USF - Nossa Senhora das Graças, no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, no período de abril a maio de 2014. As entrevistas foram encerradas utilizando-se o critério de saturação de dados. Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pela participante ao concordar com a entrevista. Estas foram gravadas em meio eletrônico e transcritas para fins de análise. Concluídas as transcrições, as informações foram categorizadas em três grandes grupos: Práticas de alívio da dor oferecidas no parto, Práticas de contenção e Grupo de Gestantes: prática que alivia a dor e aproxima pessoas. A análise mostrou que: informações sobre métodos de alívio da dor são absorvidas e utilizadas nos trabalhos de parto no domicílio ou ambiente hospitalar; a partir das orientações houve a possibilidade de decidir e escolher entre os métodos; as orientações fornecidas no pré-natal são determinantes para esclarecimento de dúvidas e amenizar ansiedade sobre o parto; identificar a necessidade de maior incentivo ao uso dos métodos não-farmacológicos de alívio da dor por parte dos profissionais do Centro Obstétrico.

**Palavras Chaves:** Dor. Trabalho de parto. Promoção da Saúde.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>7</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>13</b>
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>14</b>
3.1 Tipo de estudo .....	14
3.2 Campo ou contexto .....	14
3.3 População e amostra .....	14
3.4 Aspectos éticos.....	15
3.5 Coleta dos dados .....	16
3.6 Análise dos dados.....	16
<b>4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>17</b>
4.1 Práticas de alívio da dor oferecidas ou solicitadas no parto .....	18
<b>4.1.1 O uso da hidroterapia</b> .....	<b>18</b>
<b>4.1.2 O uso da bola obstétrica</b> .....	<b>21</b>
<b>4.1.3 O uso da deambulação</b> .....	<b>22</b>
<b>4.1.4 Posições utilizadas para o trabalho de parto</b> .....	<b>24</b>
4.2 Grupo de gestantes: prática que alivia a dor e aproxima pessoas.....	26
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>30</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>33</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE</b> .....	<b>38</b>
<b>APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA</b> .....	<b>40</b>
<b>APÊNDICE C - APROVAÇÃO PELA COMPESQ/EENF</b> .....	<b>41</b>
<b>APÊNDICE D - PARECER CONSUBSTÂNCIADO CEP HCPA</b> .....	<b>42</b>
<b>APÊNDICE E - TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO CAMPO DE ESTUDO</b> .	<b>44</b>
<b>ANEXO A - TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA</b> .....	<b>45</b>
<b>ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS DADOS</b>	<b>46</b>
<b>ANEXO C - FORMULÁRIO DE SUBMISSÃO DE PROJETO DE PESQUISA</b> .....	<b>47</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo foi motivado por experiências e observações realizadas ao longo de minha vida acadêmica, em especial a participação no Programa de Educação Tutorial PET– Cegonha, parceria do Ministério da Saúde – MS - com a Prefeitura de Porto Alegre. Tal atividade deu-me a oportunidade de coordenar grupos de orientação de gestantes em Unidade de Saúde da Família onde discussões trouxeram a possibilidade de refletir sobre a forma como as orientações/informações sobre práticas específicas recomendadas para o parto e nascimento são oferecidas. Percebeu-se que os grupos da USF Nossa Senhora das Graças poderiam modificar atitudes das gestantes quando em trabalho de parto nas instituições hospitalares de atenção a este momento. Por isso, interessei-me em saber se e como estas mulheres conseguiram se beneficiar das recomendações abordadas em tais grupos uma vez que os questionamentos das participantes mostravam lacunas de informações sobre parto e nascimento, métodos de alívio da dor no trabalho de parto, condições que possibilitam escolhas convenientes para si e para seu filho entre outras.

O Manual de Assistência ao Pré-Natal (BRASIL, 2005) preconiza que sejam abordados temas como o desenvolvimento da gestação, sinais e sintomas do parto, aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido, entre outros. Se a abordagem dos assuntos ocorre em grupos, as mulheres tem a oportunidade de expor seus pensamentos, trocarem ideias com as demais participantes e esclarecerem suas dúvidas, em oportunidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação.

A participação das mulheres nos grupos traz grande mobilização de informações que, coordenados por profissional adequado, são compartilhadas e esclarecidas à luz de evidências científicas.

De acordo com Maldonado (1991), o parto marca uma situação irreversível e imprevista. A impossibilidade de controlar e saber como será esse evento pode gerar ansiedade em graus variados para a gestante. Por isso é recomendado que a gestante receba orientações que possibilitem saber quando chegar ao hospital, como ocorre o trabalho de parto e parto e o que pode ser realizado para aliviar suas dores.

E é a partir destas orientações e esclarecimentos que se esperam alguns efeitos direcionados ao encontro daquilo que a Organização Mundial da Saúde - OMS - descreve como um parto normal:

Definimos parto normal como de início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo, até o nascimento. O bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o nascimento, mãe e filho em boas condições. Entretanto, como o trabalho de parto e o parto de muitas gestantes de alto risco têm um curso normal, várias recomendações deste documento também se aplicam à assistência dessas mulheres (OMS,1996, p. 9).

A atenção ao parto é reconhecida como medida sanitária relevante para a redução da morte materna (GAY et al., 2003). Mas isso, não significa que os partos estejam sendo atendidos de modo adequado. Leal e Viacava (2002) observaram que a adoção de práticas efetivas para o manejo do parto, preconizadas pelo PHPN, como a presença de acompanhante e o controle não farmacológico da dor, são pouco incorporadas, enquanto outras, sabidamente prejudiciais, como a venoclise, a tricotomia e a episiotomia são frequentemente utilizadas (PARADA; CARVALHÃES, 2007). Resultados semelhantes já haviam sido apresentados por D'Orsi et al. (2005) que, ao avaliarem a qualidade da atenção durante o processo de trabalho de parto em duas maternidades, concluíram que a frequência de intervenções durante a assistência ao parto era elevada.

E, intervenções com práticas consideradas inadequadas, sem evidências suficientes para apoiar sua utilização (OMS,1996) podem ou levam a situações adversas como as cesarianas desnecessárias e a manutenção de elevados índices de mortalidade materna. A iniciativa mais incisiva para o enfrentamento da mortalidade materna foi o lançamento do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, aprovado em 2004, com a meta de reduzir em 15% os índices de mortalidade materna e neonatal até 2006 e, em 75%, até 2015 (BRASIL, 2004). Desde o início da década de 1990, Faundes e Cecatti (1991) apontavam que nenhum outro país apresentava uma curva de aumento da taxa de cesáreas tão acentuada, nem taxas em níveis tão altos, como o Brasil.

Criam-se estratégias para diminuir os índices de mortalidade materna no mundo por meio de políticas públicas, entre as quais o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (BRASIL, 2000) que tem como objetivo ampliar o acesso e a cobertura dos serviços de atenção ao pré-natal, parto e puerpério e melhorar sua qualidade. Dentre suas diretrizes, salienta-se a assistência prestada de forma humanizada e segura (BRASIL, 2002).

Em 1996 a OMS publicou um documento que identifica as práticas mais comuns e estabelece as Boas Práticas para a conduta no trabalho de parto sem complicações. Estes critérios deveriam ser observados na assistência ao parto normal, independentemente do local onde ocorra ou nível de complexidade da assistência. As recomendações sobre as intervenções que deveriam ser utilizadas para apoiar os processos relacionados ao parto normal não são específicas para um país ou região. Sabe-se que existem grandes variações relativas ao local e nível de assistência, a sofisticação dos serviços disponíveis e ao tipo de prestador de serviços no parto normal de acordo com a geografia mundial. O objetivo do documento foi examinar as evidências pró ou contra algumas das práticas mais comuns utilizadas para a atenção ao parto normal e recomendar, de acordo com as melhores evidências científicas disponíveis, práticas de acordo com a adequabilidade a que se propõem, em quatro categorias: A - Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; B - Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; C- Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão; D- Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (OMS, 1996).

Dentre as práticas demonstradamente úteis que devem ser estimuladas, constam o respeito à escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto; a utilização de métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor por profissionais habilitados; o estímulo à liberdade de posição e movimentação durante o trabalho do parto e às posições não supinas; a promoção do contato cutâneo direto e precoce entre mãe e filho; o apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno (BRASIL, 2001).

Nestas descrições destacam-se ações voltadas ao alívio da dor direta ou indiretamente a ela relacionadas. Para cada uma destas ações podem ser criados indicadores de avaliação tendo em vista a importância constatada pela vasta bibliografia indicada no guia prático para o parto normal (OMS, 1996). Nele, os métodos não farmacológicos de alívio da dor são descritos como eficazes no trabalho de parto e a abordagem do assunto deveria ser iniciada durante o pré-natal com o fornecimento de informações tranquilizadoras e objetivas à gestante, ao seu companheiro e também à sua família com vistas a trabalhos de parto e partos com menos temores. A partir do momento em que a OMS publica este guia destacando os cuidados não farmacológicos para o alívio da dor o MS brasileiro passa a incluí-los em seus programas (BRASIL, 2001) e os serviços passam a embasar suas ações em evidências científicas sobre boas práticas denominadas, também, de práticas humanizadoras da atenção do parto e nascimento.

Para o MS (BRASIL, 2001), o conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da mortalidade materna e perinatal. No PHPN estão descritas ações que possibilitam manter a fisiologia do parto e nascimento e, com isto, diminuir intervenções como tricotomia, enema, episiotomias, cesarianas, administração de fármacos que poderiam ser evitados com a implementação de ações que sinergizem a fisiologia da mulher e do feto nestes processos.

A promoção do alívio da dor pode ocorrer de maneira não medicamentosa, segura e com menos efeitos indesejados. Para isso a enfermagem assume importância central ao proporcionar à parturiente a oportunidade da experiência da chegada do filho de maneira menos tensa, mais fisiológica, acompanhada de quem deseja, com atenção individualizada e possibilidade de utilização de ações variadas conforme suas necessidades e, tudo isto voltado para o desejado alívio da dor (SILVA; OLIVEIRA, 2006).

Na gestante, as medidas não farmacológicas de alívio da dor atuam aumentando sua satisfação e melhorando os resultados obstétricos pela diminuição da percepção dolorosa em consequência das contrações uterinas. As mulheres tornam-se mais colaborativas e apreciam a sensação de controle que detém ao manejarem ativamente

a dor que sentem, o apoio que recebem do acompanhante e dos cuidadores, além de usufruir da liberdade de escolher como posicionar-se e movimentar-se (BRASIL, 2001).

Por essas razões pretendi saber se as mulheres que recebem orientações prévias sobre métodos de alívio da dor no trabalho de parto conseguem solicitá-los e utilizá-los neste período a partir das orientações fornecidas em grupos de orientação de gestantes. Para saber como algumas das ações recomendadas são abordadas e os efeitos que proporcionam nas parturientes elaborou-se a seguinte questão norteadora: Quais os efeitos das orientações sobre práticas para o alívio da dor oferecidas em grupos de gestantes no ambiente em que ocorre o trabalho de parto?

Um grupo é definido como dois ou mais indivíduos, interdependentes e interativos, que se reúnem visando à obtenção de um determinado objetivo (ROBBINS, 2008). Os grupos de gestantes em Unidades Básicas de Saúde são espaços dinâmicos onde um conjunto de saberes e práticas orientadas para a promoção da saúde e prevenção de agravos (COSTA, 1987) são mobilizados por profissionais da saúde por meio de escuta qualificada e mediado pelas interações que nele ocorrem.

A atenção pré-natal nos serviços de atenção primária deve incluir na sua rotina a formação de grupos de gestantes. Estes favorecem a troca de experiências e de conhecimentos entre profissionais e gestantes e entre elas próprias. Proporcionam um espaço educativo onde, além de ampliar o conhecimento da gestante sobre si mesma e do seu filho, oportunizam o aprofundamento de seus anseios, temores, dúvidas e certezas, nesta etapa do ciclo vital (BRASIL, 2006).

É recomendado que o profissional que coordena o grupo atue como facilitador evitando o estilo palestra, considerada pouco produtiva, pois questões subjacentes, na maioria das vezes são mais importantes para as pessoas presentes do que um roteiro preestabelecido (BRASIL, 2002).

Nos encontros promovidos na USF que deu origem a este estudo era perguntado às gestantes qual o assunto que gostariam de abordar naquele momento; era indagado sobre dúvidas, medos ou pudores que gostariam de esclarecer. A partir disso a conversa era desenvolvida com o auxílio de imagens, vídeos ou experiências de alguns participantes, promovendo então a efetiva compreensão do assunto abordado. Ao final de cada encontro era possível perceber, pelas mudanças nas fisionomias das

mulheres, agora mais descontraídas que seus medos e temores haviam sido minimizados e satisfeitas suas necessidades relativas àquele encontro.

## **2 OBJETIVOS**

Descrever as práticas para alívio da dor oferecidas no parto hospitalar de mulheres que participaram de orientação em grupos de gestantes e seus benefícios.

Conhecer a importância dos grupos de gestantes para mulheres que participaram de orientação sobre práticas de alívio da dor no trabalho de parto.

## **3 METODOLOGIA**

### **3.1 Tipo de estudo**

Trata-se de estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa do tipo análise de conteúdo segundo referencial de Minayo (2010). Neste referencial pode-se entender a construção do projeto como etapa da fase exploratória, um dos momentos mais importantes de uma pesquisa, podendo, em determinadas circunstâncias, ser considerada uma pesquisa exploratória.

A pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Este direcionamento é considerado como possibilidade de exploração de um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2007).

### **3.2 Campo ou contexto**

A amostra contou com mulheres adstritas à USF Nossa Senhora das Graças que participaram de grupos de gestantes, no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, pertencentes ao distrito docente assistencial Glória/Cruzeiro/Cristal, campo de atuação da UFRGS. As gestantes acompanhadas em pré-natal nesta USF têm o Hospital de Clínicas de Porto Alegre como local de referência para o parto.

### **3.3 População e amostra**

Foram realizados em torno de 30 encontros de gestantes para tratar sobre assuntos relacionados à gestação, parto e cuidados com recém-nascido. A captação das gestantes para integrar estes grupos se deu de diferentes maneiras: espontânea, por meio de convite realizado durante as consultas de pré-natal ou enquanto aguardam ou realizam consultas, por cartazes afixados na própria Unidade de Saúde da Família, por informação verbal de outras gestantes. Os encontros ocorreram nas sextas-feiras, em sala de espera ou em sala disponível. Aproximadamente 35 mulheres participaram

destes encontros, mas foram convidadas à participar do estudo apenas aquelas que participaram dos grupos em que foi tratado o tema “métodos de alívio da dor no trabalho de parto”. Assim, foram selecionadas previamente dez mulheres.

Foram excluídas das entrevistas, mulheres que não entraram em trabalho de parto e as que tiveram seus filhos nascidos por meio de cesariana, assim distribuídas: uma participante teve parto normal, mas sua filha veio a óbito no 33º dia de vida e, para evitar o risco de desestabilização emocional foi excluída da amostra. Outra participante preferiu a realização de cesárea eletiva e também foi excluída do estudo. Devido ao Programa Sócio-Ambiental de revitalização das áreas de risco, três destas dez mulheres receberam benefícios do governo e deixaram de morar na comunidade.

A amostra contou, então, com cinco mulheres que participaram de grupos de gestantes em que foram tratados assuntos referentes a trabalho de parto e parto e, mais especificamente métodos não farmacológicos para alívio da dor, que tiveram seus filhos entre agosto de 2013 a março de 2014, cujas idades fossem superior aos 18 anos.

### **3.4 Aspectos éticos**

A participação no presente estudo foi precedida de informações e da leitura e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). As mulheres foram alertadas para possíveis desconfortos oriundos do tempo de duração da entrevista ou do entendimento às questões formuladas. Não foram identificados efeitos adversos aos questionamentos realizados.

A entrevista foi guiada por um roteiro (APÊNDICE B) e realizada em local com condições de privacidade para que as mulheres pudessem expressar-se sem constrangimentos.

Foi garantida a possibilidade das mulheres em retirarem-se da pesquisa durante a fase de elaboração da mesma sem prejuízo de atendimento na USF Nossa Senhora das Graças.

As identidades das mulheres foram preservadas pelo anonimato de suas respostas escolhendo-se nomes fictícios conforme as princesas da Disney. Além disto,

as informações foram divulgadas de maneira agrupada para que as entrevistadas não fossem identificadas.

Conforme Resolução 466/12, o projeto foi submetido à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (COMPESQ/ENF), ao Comitê de Ética em Pesquisa da prefeitura de Porto Alegre (APENDICE C) bem como do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre-RS em 14 de abril de 2014, recebendo parecer de número 616.217, favorável a sua realização (APENDICE D).

Foram respeitadas regras de citação das publicações de forma a divulgar e conferir as devidas autorias conforme preconizado pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 1992).

### **3.5 Coleta dos dados**

A coleta de dados se deu por meio de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) aplicada individualmente pela pesquisadora em visita domiciliar acompanhada por uma Agente Comunitária de Saúde. Acredita-se que o número de entrevistadas corresponda, também, ao critério de saturação dos dados visto que ao final da terceira entrevista as informações começaram a, claramente, se repetir. O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição (DENZIN, 1994).

### **3.6 Análise dos dados**

Os dados foram analisados conforme seus conteúdos. Este tipo de análise visa o encontro de respostas para as questões formuladas. Com isto pode-se confirmar, ou não, afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação (MINAYO, 2007) em que se pretendia saber se são oferecidas, no momento do trabalho de parto e parto, práticas hospitalares para alívio da dor recomendadas pela OMS e MS às mulheres que tiveram conhecimento prévio das mesmas.

Procedeu-se a análise do conteúdo conforme as três etapas preconizadas por Minayo (2007). Na primeira, ou Pré-análise realizou-se uma sistematização inicial das ideias de maneira a obter um esquema de desenvolvimento da pesquisa (BARDIN, 2009) e reorganizar objetivos elaborados inicialmente, reformulando-os frente ao material coletado, de forma a elaborar indicadores que orientem a interpretação final (MINAYO, 2007). Para isso a transcrição das entrevistas sofreu um processo de leitura flutuante para constituição do corpus e reformulação de hipóteses e objetivos. A Leitura flutuante consiste em tomar contato exaustivo com o material para conhecer seu conteúdo (MINAYO, 2007). A constituição do corpus consiste na organização do material de forma que se possa responder a algumas normas de validade: exaustividade (todos os aspectos do roteiro devem ser contemplados); representatividade (que represente de forma fidedigna o universo estudado); homogeneidade (que obedeça aos temas) e pertinência (conteúdos devem ser adequados aos objetivos do trabalho), (BARDIN, 2009; MINAYO, 2007). Para a reformulação de hipóteses e objetivos determinam-se unidades de registro (palavra ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise (MINAYO, 2007).

O segundo passo refere-se a Exploração do material. Nele, analisa-se o texto sistematicamente em função das categorias formadas anteriormente (BARDIN, 2009; MINAYO, 2007).

Por último, procedem-se ao Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Neste passo, os resultados brutos, ou seja, as categorias que serão utilizadas como unidades de análise são submetidas a operações estatísticas simples ou complexas dependendo do caso, de maneira que permitam ressaltar as informações obtidas. Após isto são feitas inferências e as interpretações previstas no quadro teórico podem sugerir outras possibilidades teóricas (BARDIN, 2009; MINAYO, 2007).

As análises são apresentadas a seguir, contingenciando-as com autores diversos.

#### **4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Após leitura minuciosa das respostas ao questionamento sobre os efeitos das orientações sobre a utilização ou não de práticas para o alívio da dor no ambiente em que ocorre o trabalho de parto às mulheres que participaram de grupos de gestantes, categorizaram-se as falas em dois grandes grupos: Práticas de alívio da dor oferecidas ou solicitadas no parto e seus benefícios; Grupo de Gestantes: prática que alivia a dor e aproxima pessoas.

#### **4.1 Práticas de alívio da dor oferecidas ou solicitadas no parto**

A dor é conceituada pela *International Association for the Study of Pain* (IASP, 2007) como experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões. A dor, durante a parturição, é uma resposta fisiológica, complexa, subjetiva e multidimensional aos estímulos sensoriais gerados, principalmente, pela contração uterina. As outras causas fisiológicas da dor são a hipóxia da musculatura uterina, o estiramento cervical, vaginal e perineal durante o período expulsivo, o estresse (quando estão aumentados os níveis de glicocorticóides e catecolaminas) e o baixo limiar de tolerância à dor provocado pelos baixos níveis de endorfina, pela fadiga ou por doenças (BURROUGHS, 1995).

Há relação entre ansiedade, medo e dor na parturição. Quando a dor é abolida, a ansiedade também é aliviada (BROWNDIGE, 1995). A falta de suporte emocional e a utilização excessiva de tecnologias invasivas na assistência ao parto podem causar aumento da intensidade da dor, quando muito pouco é oferecido para o alívio da mesma (DIAS; DOMINGUES, 2005).

As práticas de alívio da dor oferecidas ou solicitadas no parto, emergidas das falas, foram: a hidroterapia, a deambulação, a bola obstétrica e alternância de posição durante o trabalho de parto.

##### **4.1.1 O uso da hidroterapia**

Das cinco mulheres que participaram do estudo, quatro buscaram alívio da dor na hidroterapia; três delas no ambiente hospitalar e uma em casa.

Nos últimos anos, os avanços direcionados à compreensão dos mecanismos subjacentes à dor e ao seu tratamento durante a fase ativa do trabalho de parto indicaram que o tipo de dor predominante no período é a visceral. Nela, o estímulo doloroso (nociceptivo) provém da distensão do segmento inferior uterino e da dilatação cervical. Já no período expulsivo, a dor tem característica somática e é decorrente, principalmente, da distensão e tração das estruturas pélvicas ao redor da cúpula vaginal e da distensão do assoalho pélvico e períneo (LOWE, 2002).

O uso do banho de chuveiro durante o trabalho de parto pode promover a sensação de relaxamento, aliviando a dor e minimizando riscos relacionados ao parto e às intervenções farmacológicas. Trata-se de uma técnica não invasiva de estimulação cutânea de calor que associada à intensidade e tempo de aplicação produz efeito local, regional e geral e dessa forma apresenta-se como tratamento complementar para a prática obstétrica (SOUZA; HORTENSE, 2004).

De acordo com o consenso publicado pela Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME, 2006), o uso de água morna durante o trabalho de parto relaxa, reduz a ansiedade e estimula a produção de endorfinas, melhora a perfusão uterina promovendo a dilatação e aumentando a satisfação e sensação de controle da dor.

Uma das entrevistadas permaneceu prolongadamente em hidroterapia durante o trabalho de parto. Ela manifestou não sentir dores fortes, atribuindo este fato aos efeitos da água sobre seu corpo:

Fiquei um tempão no banho e quando eles me examinaram eu já estava com 8 cm de dilatação. Eu nem senti tanto as dores! (Pocahontas).

Tal manifestação indica que o banho de chuveiro exerceu influência na dor e na evolução do trabalho de parto desta mulher. Sabe-se que o aquecimento corporal promovido pela água morna atua no sistema cardiovascular, promovendo a vasodilatação periférica e a redistribuição do fluxo sanguíneo. Na musculatura, o efeito de relaxamento promove o aumento da elasticidade do canal vaginal. O mecanismo de alívio da dor por este método é a redução da liberação de catecolaminas e elevação de

endorfinas, reduzindo a ansiedade e promovendo a satisfação da parturiente (GALLO; SANTANA; MARCOLIN, 2011).

Para Bela,

Só o banho já ajudou muito. Não precisou de mais nada. Depois que eu fui pro banho a dilatação aumentou e a dor diminuiu muito (Bela).

Segundo Cammu et al (1994), a importância da hidroterapia se evidencia ao favorecer a dilatação do colo uterino, diminuir a pressão arterial e a possibilidade de edemas além de reduzir a necessidade de aplicação de estratégias farmacológicas de analgesia.

O uso da hidroterapia para alívio da dor foi considerado efetivo pela entrevistada que utilizou tal método no domicílio e chegou ao hospital com 9 cm de dilatação. Ela diz:

Em casa coloquei uma cadeira embaixo do chuveiro e fiquei mais de uma hora ali. Aliviava bastante as dores (Branca de Neve).

O banho de chuveiro pode proporcionar movimentação ativa enquanto produz relaxamento como diz outra usuária:

Fui para o banho e relaxei. Saí e voltei umas três vezes. Foi muito bom (Pocahontas).

Apesar do respeito e dignidade serem atributos indispensáveis nas relações humanas, problemas em relação à falta destas qualidades fizeram com que o MS se visse instigado a introduzir tais atributos no manual de orientação do PHPN (BRASIL, 2002). Nesta situação, o MS enfatiza que o tratamento respeitoso e digno tem um peso tão grande no atendimento quanto a adoção de medidas e procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto e nascimento. Daí considerar que a humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais: “o dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e recém-nascido [ ... ] e a adoção de medidas que evitem práticas desnecessárias”. Entre tais ações está o dever do profissional de saúde em oferecer métodos não farmacológicos de alívio da dor à mulher (BRASIL, 2005).

Neste estudo, três mulheres puderam beneficiar-se do banho de chuveiro para alívio das dores no trabalho de parto sem que a prática tivesse sido oferecida por algum profissional.

Cheguei no Hospital quase ganhando o bebê..., então pedi para ficar um pouco no chuveiro (Pocahontas).

Mesmo não sendo oferecido, o banho de chuveiro contou com a ajuda de “uma pessoa”, possivelmente alguém da equipe de enfermagem conforme segue.

Apesar de não me oferecerem eu pedi pra ir pro banho. Uma pessoa me levou, me ajudou, mostrou como usar [o chuveiro] (Rapunzel).

[...] pedi pra ir pro banho. Uma pessoa me ajudou (Bela).

Pode-se observar que em grande parte das vezes a hidroterapia foi usada para alívio da dor juntamente com a bola obstétrica, assunto do próximo tópico.

#### **4.1.2 O uso da bola obstétrica**

De acordo com o MS, o uso da bola obstétrica pode ser usado como método não farmacológico de alívio da dor (BRASIL, 2001). Tal uso está classificado, juntamente com outras recomendações da OMS, na categoria de condutas que são claramente úteis e que devem ser encorajadas no trabalho de parto e parto (OMS, 1996).

A hidroterapia no chuveiro pode ser usada em associação com a bola, assentando-se a parturiente sobre a mesma, deixando água em temperatura ambiente cair sobre os locais dolorosos durante as contrações (REBERT; HOGA, 2005). Apenas uma usuária referiu usar a bola em associação à hidroterapia. Segundo ela:

Ficar na bola e no chuveiro aliviou a dor (Rapunzel).

Os profissionais da área obstétrica referem-se à bola como *birth Ball*. É fabricada de material siliconado, e também é conhecida como bola suíça, *fitball*, *gymnastic ball* ou *gymball*. A bola tem seu uso reconhecido no processo gravídico para relaxamento e melhora da postura, além de proporcionar conforto quando o feto se movimenta com

frequência (PEREZ, 2000). Sentar na bola e movimentar-se como um bamboleio permite à mulher liberdade para mudar a posição de apoio do seu peso e obter alívio da dor durante o trabalho de parto. Além disso, a bola facilita a descida fetal nos casos em que o trabalho de parto não esteja progredindo satisfatoriamente (PEREZ, 2000).

Na prática da atenção obstétrica a bola é utilizada pela equipe que cuida da mulher durante o processo de parturição, porém não são claros os critérios de elegibilidade para seu uso e a influência de sua aplicação no trabalho de parto nos escassos relatos científicos sobre esse tema (OLIVEIRA, 2007). No entanto Perez, em 2000, afirma que a movimentação promovida pelo uso da bola traz muitos benefícios para o assoalho pélvico, entre eles o relaxamento dessa musculatura, o que facilitaria a passagem do bebê.

Quando eu quis usar a bola, senti a cabeça dela [do bebê] saindo (Pocahontas).

A entrevistada que pouco se beneficiou das orientações afirma que gostaria de ter usado outros os métodos, mas precisou ficar sendo monitorada por cardiocotografia durante seu trabalho de parto. Pediu para usar a bola, mas não pode ser atendida:

Eu pedi a bola, a via em cima da minha cabeça pendurada e eles não deram (Mulan).

A seguir, trazem-se os pensamentos das respondentes relacionados à outra prática considerada importante para o alívio da dor: a deambulação.

#### **4.1.3 O uso da deambulação**

Alguns dos principais efeitos da deambulação durante o trabalho de parto são: a descida da apresentação fetal, o balanceamento da pelve, a diminuição do tempo de trabalho de parto, melhor padrão respiratório e de relaxamento e alívio da dor (SABATINO; DUNN, CALDEIRO-BARCIA, 2000). Daí a importância dos profissionais da saúde conhecerem aspectos da fisiologia que embasam tal prática. Quanto menos tempo em trabalho de parto, menos tempo sob a ação das contrações uterinas que direcionam os esforços expulsivos e menos dor.

No depoimento que segue é percebido que tais métodos foram determinantes para o alívio da dor.

Quando eu cheguei a dor era muito forte, mas depois que eu comecei a caminhar, ficar na bola e no chuveiro, aliviou (Rapunzel).

Entre as inúmeras vantagens da deambulação no trabalho de parto incluem-se as seguintes: aumenta e regula a atividade uterina; tira o foco do desconforto do trabalho de parto; reforça o controle materno sobre o próprio trabalho de parto e é oportunizada melhor interação com o acompanhante e com os profissionais de saúde que ajudam nesta prática (PIOTROWSKI, 2000).

Três das cinco participantes do estudo deambularam durante o trabalho de parto sem que o método tenha sido oferecido por algum profissional. Uma delas associou tal prática ao banho.

Eu só pedi pra ir para o banho, pois a caminhada eu já estava fazendo, como a gente conversou (Bela).

A possibilidade de utilização de mais de uma prática/técnica durante o trabalho de parto possibilita o alívio de desconfortos variados. Quando aplicados durante o trabalho de parto, as medidas não farmacológicas de alívio da dor aumentam a satisfação da parturiente e melhoram os resultados obstétricos. As mulheres tornam-se colaborativas e apreciam a sensação de controle que detêm ao manejarem ativamente a dor que sentem. O apoio que recebem do acompanhante e dos cuidadores contribuem para a redução da dor e do uso de fármacos (BRASIL, 2001).

Uma das entrevistadas afirmou:

Falei que gostaria de usar a bola. Pediram para eu ficar um pouco no chuveiro enquanto eles preparavam a indução, mas saí do banho sentindo uma dor fraca e quis caminhar (Pocahontas).

Em revisão sistemática (LAWRENCE et al., 2009), que incluiu 21 ensaios clínicos randomizados e controlados com o total de 3.706 mulheres, relativa à prática da deambulação verificou-se a redução de aproximadamente uma hora na duração do trabalho de parto em parturientes que deambularam ou adotaram posições verticais.

Não foram observados efeitos negativos para a mãe ou para o recém-nascido. Houve forte incentivo para o uso da deambulação e adoção de posições mais confortáveis na primeira fase do trabalho de parto (LAWRENCE et al., 2009).

Os partos das participantes do estudo poderiam ter sido diferentes caso não tivessem participado dos grupos de orientação durante o pré-natal. Duas participantes deste estudo assim se manifestaram:

Eu acho que se não tivesse vindo aos grupos eu ia fazer como as outras: eu ia ficar deitada esperando [a dilatação completar], sentindo as dores (Pocahontas).

Durante a deambulação, a mulher coloca-se na posição considerada a melhor para a descida do bebê: verticalizada. Trataremos sobre posições para o trabalho de parto a seguir.

#### **4.1.4 Posições utilizadas para o trabalho de parto**

Na maioria das civilizações, o parto acontecia com a mulher na posição vertical. A partir do século XVI foi adotada a posição deitada, o que atualmente é descrito como posição antifisiológica e que contribuiu para o uso de tecnologias desnecessárias (SABATINO, 1997). Com a medicalização do parto foi adotada a posição de litotomia (ou ginecológica) no período expulsivo. Assim como outras intervenções obstétricas, essa posição foi adotada de maneira indiscriminada e sem a devida avaliação de sua efetividade ou segurança (DINIZ; CHACHAM, 2004).

Alternar a posição da parturiente durante o trabalho de parto tem se mostrado eficiente para aumentar a velocidade da dilatação da cérvix uterina, promover o alívio da dor durante as contrações e também facilitar a descida fetal. As mulheres são incentivadas a alternarem posições como sentada no leito, na cadeira, na banqueta, descansar em decúbito lateral, ficar ajoelhada ou agachada, em quatro apoios, em pé com inclinação de tronco para frente, dentre outras, sempre de acordo com as possibilidades motoras de cada parturiente (BRASIL, 2001).

Adachi et al. (2003), em estudo prospectivo randomizado sobre alívio da dor com 58 parturientes, sendo 39 primíparas e 19 multíparas, verificaram que os índices de dor

medidos pela Escala Visual de Avaliação (EVA) foram expressivamente menores na posição sentada do que na supina. No referido estudo, as parturientes alternavam entre ficar sentadas e deitadas, a cada 15 minutos, até os 8 cm de dilatação. Os autores consideraram que a postura sentada é muito eficaz no alívio da dor lombar durante a dilatação cervical entre 6 e 8 cm (ADACHI; SHIMADA; USUI, 2003).

Baseada em evidências científicas, a OMS considera a posição de litotomia prejudicial ou ineficaz e recomenda que a parturiente não seja colocada nesta posição durante o trabalho de parto e parto. Entretanto, salienta que cada mulher deve ter a liberdade de movimentar-se e escolher a posição que melhor lhe convier (OMS, 1996).

Nas entrevistas nenhuma mulher relatou o desejo ou a tentativa de realizar o parto em posição diferente da usual nos partos hospitalares no Rio Grande do Sul. Já em relação ao trabalho de parto, quatro mulheres permaneceram em posição verticalizada ou mudando de posição durante boa parte deste período, facilitando assim a descida do bebê e seu encaixe no canal de parto.

A OMS preconiza algumas atitudes por parte dos profissionais na assistência obstétrica, e ressalta os direitos da mulher para um parto humanizado com base nesses direitos. Entre as atitudes estão: estimular a participação ativa da mulher e seu acompanhante durante o TP; estimular utilização de recursos alternativos para a condução do TP como: as bolas de fisioterapia, massagens, banho de chuveiro ou banheira; encorajar a mulher a adotar a posição vertical, mudar de posição e ficar de cócoras; permitir a deambulação; ensinar ou realizar os métodos para alívio da dor; permitir banho de imersão ou de aspersão (OMS, 1996).

No presente estudo, quatro mulheres afirmam que durante seus trabalhos de parto nenhum método de alívio da dor foi oferecido, conforme proposição da OMS, apesar de solicitado:

Na sala de pré-parto eu pedi a bola, eu a via em cima da minha cabeça pendurada e eles não deram (Mulan).

No hospital não me ofereceram bola ou banho, mas eu pedi (Rapunzel).

Eu cheguei ao hospital pedindo para ir para o banho (Pocahontas).

Uma das entrevistadas solicitou várias vezes os métodos orientados nos grupos, no entanto foram-lhe negadas todas as suas solicitações.

Não usei nada do que conversamos, não me deram essa opção. Mesmo eu pedindo eles não deixavam. (Mulan).

Apesar da grande dificuldade percebida na disseminação da utilização de práticas não farmacológicas para alívio da dor nota-se a receptividade das mulheres e dos profissionais da enfermagem para sua adoção.

No tópico que segue será abordada a importância atribuída aos grupos de orientação sobre os métodos de alívio da dor pelas entrevistadas.

#### **4.2 Grupo de gestantes: prática que alivia a dor e aproxima pessoas**

A atenção pré-natal nos serviços de atenção primária deve incluir na sua rotina a formação de grupos de gestantes. Estes favorecem a troca de experiências e de conhecimentos entre profissionais e gestantes e entre elas próprias. Proporcionam um espaço educativo onde, além de ampliar o conhecimento da gestante sobre si mesma e seu filho, oportunizam o aprofundamento de seus anseios, o esclarecimento de seus temores, dúvidas e certezas, nesta etapa do ciclo vital (BRASIL, 2006).

Um grupo é definido como dois ou mais indivíduos, interdependentes e interativos, que se reúnem visando à obtenção de um determinado objetivo, podendo ser categorizados em grupos formais e informais. Os grupos formais são determinados pelas organizações de acordo com atribuições e tarefas definidas. Por outro lado, os grupos informais se caracterizam como alianças de formação natural dentro do ambiente (ROBBINS, 2008).

Os grupos podem ser utilizados como uma estratégia para educação em saúde, visto que sua construção acontece a partir das interações entre seres humanos de forma dinâmica e reflexiva. A técnica de trabalho com grupos promove o fortalecimento das potencialidades individuais e grupais, a valorização da saúde, a utilização dos recursos disponíveis e o exercício da cidadania (ALONSO, 1999).

Entre outras atribuições é preconizado pela Lei de regulamentação do exercício de Enfermagem (BRASIL, 1986) que a enfermeira preste assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera além de desenvolver atividades de educação em saúde.

Em 2000, o MS instituiu o Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento – PHPN -, reordenando a normatização da assistência às gestantes no Brasil. Esse programa estabelece não apenas o número de consultas e a idade gestacional de ingresso à atenção pré-natal, mas definiu os exames a serem solicitados, estabelece ações de educação em saúde direcionadas à gestante e traz a possibilidade de discussão das práticas em saúde em bases conceituais, de acordo com as melhores evidências científicas disponíveis. O PHPN preconiza que o acesso e a qualidade do pré-natal sejam garantidos; que a integralidade da assistência obstétrica e o cumprimento dos direitos da mulher sejam parte da política de reorganização da assistência que interliga pré-natal, parto e puerpério, na perspectiva de melhorar o acesso das mulheres aos serviços e procedimentos específicos nestes períodos (BRASIL, 2000).

A adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde, o que, em última análise, será essencial para redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal verificados no Brasil (BRASIL, 2002).

O principal objetivo da assistência pré-natal, a partir do PHPN, é acolher a mulher desde o início de sua gravidez, para que as mudanças físicas e emocionais de cada gestante sejam assistidas de acordo com seus medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente pela curiosidade de saber o que acontece ou vai acontecer com seu corpo (BRASIL, 2006). Nos grupos, há maior possibilidade das gestantes sentirem-se acolhidas e com menos receios para sanar suas dúvidas.

Uma das entrevistadas deste estudo declarou que o esclarecimento de suas dúvidas dava-se mais facilmente durante a participação nos grupos, situação em que considerava difícil de resolver na consulta médica. Diz ela:

Eu gostei dos grupos porque algumas coisas eu não sabia e tinha vergonha de perguntar pro médico. Nos grupos, vocês tiram muitas dúvidas (Branca de Neve).

A dor começou a ficar muito forte, mas a dilatação não aumentava. Lembrei das nossas conversas e pedi pra ir pro banho. Uma pessoa me ajudou (Bela).

A experiência prévia de um parto induzido e as orientações recebidas nos grupos de gestante fizeram com que uma das entrevistadas entendesse que poderia aguardar em casa a fase inicial de seu parto: chegou ao hospital com 9 cm de dilatação.

Fiquei em casa até as dores ficarem bem fortes. Fiquei no banho e a bolsa estourou [...] Nem deu tempo de pedir para usar o chuveiro ou a bola, mas, como tínhamos conversado, esperei bastante para ir pro hospital (Branca de Neve).

Ressalta-se a importância dos grupos e das informações obtidas neles para a vida dessas mulheres. Todas elas reforçaram a diferença que tais informações fizeram em seus partos, modificando seus pensamentos e ações para viver de maneira mais plena tal situação. Referem que sem a experiência dos grupos não teriam pedido para usar os métodos não-farmacológicos para alívio da dor, não teriam conhecimento sobre seus direitos, ficariam deitadas nos leitos esperando a chegada do bebê. Cada uma a seu modo demonstra a felicidade por ter conseguido parir de forma mais tranquila, aliviando suas dores. Percebemos em suas falas que durante as dores as informações sobre alívio da dor vinham à tona:

Foi participando dos grupos que eu soube do banho no trabalho de parto. Foi por isso que eu pedi pra ir pro banho (Rapunzel ).

A experiência prévia de um parto induzido e as orientações recebidas nos grupos de gestante fizeram com que uma das entrevistadas entendesse que poderia aguardar em casa a fase inicial de seu parto: chegou ao hospital com 9 cm de dilatação.

Fiquei em casa até as dores ficarem bem fortes. Fiquei no banho e a bolsa estourou [...] Nem deu tempo de pedir para usar o chuveiro ou a

bola, mas, como tínhamos conversado, esperei bastante para ir pro hospital (Branca de Neve).

Durante os grupos de gestantes foram abordadas muitas vezes sobre o parir em posição diferente da de rotina utilizada na maternidade onde as respondentes tiveram seus partos, de preferência verticalizada para facilitar a saída do bebê.

Anhaia (2011) considera o grupo de gestantes como uma boa oportunidade para trabalhar a educação em saúde, compartilhando saberes científicos, culturais para construir conhecimentos que podem auxiliar futuras mães. A atividade em grupo de gestantes poderá proporcionar uma abordagem integral e, ao mesmo tempo, específica à assistência no período gestacional (BRASIL, 2001). Bela, participante assídua dos grupos, achou importante a troca de saberes e o aprendizado sobre os métodos de alívio da dor e sobre seus direitos enquanto gestante:

Foram muito importantes as nossas conversas por que se eu não tivesse esse conhecimento eu não ia saber da bola, eu não ia saber que eu tinha direito de tomar um banho, não ia saber que ia aliviar mais, que isso ia me ajudar mais, eu não ia saber de nada, achei bem legal, bem importante (Bela).

Delfino *et al.* (2004) constataram que as gestantes passaram a compreender a gravidez de maneira diferente a partir das vivências grupais nas quais participaram, sentindo-se mais próximas do bebê. As participantes deste estudo utilizavam-se de mecanismos pessoais, antecipando mentalmente suas experiências à medida que iam entendendo a fisiologia do parto.

O que eu aprendi fez muita diferença pro meu parto: eu ia ouvindo e parecia q eu já tinha ela nos meus braços. Meu parto foi muito emocionante! (Pocahontas).

Aprender tudo isso me ajudou a ter maior vínculo com o bebê, por que apesar da dor forte, eu lembrava das nossas conversas, falava com o Lucas “nasce pra mamãe filho” e assim ele empurrava mais (Bela).

Eu pedi para ir para o banho porque eu me lembrei das nossas conversas (Bela).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das entrevistas mostra que informações sobre métodos de alívio da dor, discutidos em grupos de orientação de gestantes, à luz das melhores evidências científicas divulgadas pela OMS e MS, são absorvidas e utilizadas por estas mulheres em seus trabalhos de parto, seja no domicílio ou ambiente hospitalar.

Sabedoras de seus direitos e de posse de informações pertinentes quanto ao uso e disponibilidade de tais métodos, elas puderam decidir e escolher qual usar a cada momento experienciado.

A oportunidade de realizar meu último estágio no Centro Obstétrico onde as mulheres que orientei durante o pré-natal tiveram seus filhos, fez-me ver a diferença nos desfechos de mulheres bem informadas sobre métodos não-farmacológicos para alívio da dor e as que não tiveram informações.

Nesta instituição (HCPA) que recebe gestantes oriundas de 19 Unidades de saúde da Cidade de Porto Alegre, além de gestantes de alto risco de toda a cidade e estado do RS, presenciei a falta de informação em todas as mulheres que atendi. Nenhuma mulher conhecia a Bola Obstétrica, o Banho de Chuveiro para aliviar a dor e também não sabiam que podiam parir em outras posições. A única informação que alguma tinham era sobre deambulação, diziam que alguém havia comentado sobre caminhar durante as contrações, mas não sabiam o motivo.

A falta de informação e de preparo torna-se um obstáculo para que a mulher consiga parir com dignidade e respeito. O pré-natal é chave fundamental para trabalhar dúvidas, medos e troca de saberes e nos grupos as mulheres sentem-se acolhidas e importantes. Em todas as entrevistas foi referido pelas mulheres que os Grupos não podiam acabar, pois outras gestantes precisavam aprender a aliviar suas dores, cuidar de seus bebês e sanar suas dúvidas.

Apesar desta constatação, não quero com isso apenas apontar uma falha na rede de atenção. Durante meu estágio obrigatório na USF Nossa Senhora das Graças, pude perceber que a demanda de pacientes é grande. Há sobrecarga do trabalho dos enfermeiros, e observo a necessidade e o desejo da comunidade em participar dos grupos. Acredito que a Prefeitura de Porto Alegre deve incentivar seus enfermeiros a

realizar Grupos de Gestantes através da capacitação dos profissionais, pois somente sensibilizados podem ter compreensão da importância da realização dos grupos e da troca de saberes com as gestantes.

Este trabalho oportunizou também identificar a necessidade de maior incentivo ao uso dos métodos não-farmacológicos de alívio da dor por parte dos profissionais do Centro Obstétrico, situação percebida e referida por todas as entrevistadas visto que nenhum deles foi-lhes oferecido: foram atendidos os pedidos solicitado.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 7.498, de 25 de Junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm). Acesso em: 14 abr. 2014.

ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. **Informação e documentação - Citações em documentos - Apresentação.** Disponível em: <http://www.abntcolegao.com.br/ufrs/java/viewnormajava.aspx?Q=733E64B4C68F439C5D767487D8D150AD074F13509F0451A9>. Acesso em: 25 maio 2014.

ADACHI, K.; SHIMADA, M.; USUI, A. The relationship between the parturient's and perceptions of labor pain intensity. **Nursing Research and Practice.** v.52, 2003. 47-51 p.

AGUIAR, J. M. de. **Violência institucional em maternidades públicas:** hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. São Paulo, 2010. Tese (doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. 2010.

ALFIREVIC, Z.; DEVANE, D.; GYTE, G. M. L. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour Cochrane review. **Cochrane Library**, Oxford; Update software, v.1,n. 3, 2013.

ALONSO, I. L. K. O processo educativo em saúde – na dimensão grupal. **Texto Contexto Enfermagem** 1999 Jan-Abr; 8(1):122.

AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. **Femina.** V. 38, n.11, nov. 2010.

AMORIM, M. M. R; KATZ, L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. **Femina.** 2008;36(1):47–54.

ANHAIA, L. M. **Grupo de gestantes como espaço de construção de saberes:** um relato de experiência. Anais do III SIEPE – Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão UNIPAMPA – Universidade Federal do Pampa, p. 575, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edição 70, 2009.

BOWLBY, J. **Apego e perda.** São Paulo: Martins Fontes, 1988.

BRASIL. MS. **Assistência Pré-Natal:** manual técnico. Brasília: MS. 2005.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.** Brasília, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2013.

BRASIL. MS. **Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal.** Brasília: MS, 2004. Disponível em: [http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Arquivos\\_pdf\\_word/pdf/Pacto%20Aprovado%20na%20Tripartite.pdf](http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Arquivos_pdf_word/pdf/Pacto%20Aprovado%20na%20Tripartite.pdf). Acesso em: 18 maio 2014

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

BRASIL. MS. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico.** 3. ed. Brasília: MS, 2006.

BRASIL. MS. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento.** Brasília: MS, 2002.

BROWNDIGE, P. The nature and consequences of childbirth pain. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 59, 9-15 p., 1995.

BURROUGHS, A. **Uma introdução à enfermagem materna.** 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CAMMU H. et al. 'To bathe or not to bathe' during the first stage of labor. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 73, 468-472 p., 1994.

CHANG S. R. et al. Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: a prospective follow-up study. **International journal of nursing studie**, v. 48, p. 409-18, 2011.

COSTA, N. R. Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana. **Cad. Cedes**, n. 4, p.5-27, 1987.

D'ORSI et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, v.39, p. 645-654, 2005.

DELFINO, M. R. R. et al. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p.1057-1066, 2004.

DENZIN, L. K, LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research.** London: Sage, 1994.

- DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, set. 2005.
- DINIZ, S. G.; CHACHAM, A. S. The cut above and the cut below: the abuse of cesareans and episiotomy in São Paulo, Brazil. **Reproductive Health Matters**, v.12, p. 100-110, 2004.
- FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. **Morte materna uma tragédia evitável**. Campinas: UNICAMP, 1991.
- FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, p. 17-27, 2008.
- GALLO, R. B. S.; SANTANA, L. S.; MARCOLIN, A. C. et al. Recursos não farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **Femina**, v. 39, p. 41-48, 2011.
- GAY, J. et al. **What works**: a policy and program guide to the evidence on family planning, safe motherhood and STI/HIV/AIDS interventions. Module 1. Safe Motherhood. Washington: Columbia University, 2003.
- GUERRA, G. B. Violencia Obstétrica (Editorial). **Revista de la Facultad de Medicina**, v. 31, v. 1, p. 5-6, 2008.
- FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MATRONAS DE ESPAÑA. Iniciativa parto normal. **El alivio del dolor en el parto**. Barcelona. 2006, Disponível em: <http://www.federacion-matronas.org/madres-y-padres/el-alivio-del-dolor-en-el-parto>. Acesso em: 10 jun. 2014.
- KITZINGER, S. **Mães**: um estudo antropológico da maternidade. São Paulo: Editorial Presença, 1978.
- LAWRENCE, A. et al. Maternal positions and mobility during first stage labour. **The Cochrane Library**, v.2, Issue 4, 2009.
- LEAL; VIACAVA. Maternidades do Brasil. **Radis - Comunic Saúde**, v. 2, p. 8-26, 2006.
- LOWE, N. K. The nature of labor pain. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 186, p. 16-24, 2002.
- MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério**. Petrópolis: Vozes, 1991.
- MANUAL DO PARTO HUMANIZADO. Projeto Luz. JICA. Agência de Cooperação Internacional do Japão/ Governo Estado Ceará. Fortaleza: Tipogresso, 2000.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 2010.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

OLIVEIRA, L. L. O uso de métodos não farmacológicos no trabalho de parto: as ações das enfermeiras [monografia]. **Escola de enfermagem:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Assistência ao parto normal: um guia prático.** Genebra/Brasil: OMS/ MS, 1996. Disponível em: [http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56\\_a.pdf](http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf). Acesso em: 10 nov. 2013.

PARADA, C. M. G. L.; CARVALHÃES, M. A. B. L. Avaliação da estrutura e processo da atenção ao parto: contribuição ao debate sobre desenvolvimento humano. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.15, p. 792 – 798, 2007.

PEREZ, P. G. **Birth Balls: use of physical therapy balls in maternity care.** Vermont: Cutting Edge Press; 2000.

PIOTROWISKI, K. A. **Nursing care during labor.** In: LOWDERMILK, D.L. et al. *Maternity & Women's health care.* 17. ed. Mosby: Elsevier, 2000, cap. 22, p. 510-580.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K. O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal. **Texto & contexto enfermagem** [Internet]. 2005

RIOS, C. T. F; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, Mar./Apr. 2007.

ROBBINS, S. P. **Comportamento Organizacional.** São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2008.

SABATINO, H. Parto na vertical. **RBM-GO**, abr., v.8, p. 51-64, 1997.

SABATINO, H.; DUNN, P. M.; CALDEYRO-BARCIA R. **Parto humanizado: formas alternativas.** Campinas: Unicamp, 2000.

SILVA, F. M. B.; OLIVEIRA, S. M. J.V. O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v.40, p. 57-63, 2006.

SOUZA, F. A. E. F.; HORTENSE, P. **Mensuração da dor.** In: CHAVES, L. D.; LEÃO, E. R. MARQUES, J. O. (Orgs.). *Dor: 5º sinal vital: reflexões intervenções e intervenções de enfermagem.* Curitiba: 2004. p. 75 – 84.

**Internacional Association for the Study of Pain. [citado 2007 abr 02]. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org>.**

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidada para participar do projeto de pesquisa “**PRÁTICAS PARA ALÍVIO DA DOR OFERECIDAS NO PARTO HOSPITALAR DE MULHERES QUE PARTICIPARAM DE ORIENTAÇÃO EM GRUPOS DE GESTANTES**”.

O estudo procura saber se as gestantes usaram os métodos para aliviar a dor no trabalho de parto que foram ensinados nos grupos de gestantes dos quais participaram. As participantes irão relatar se puderam usar esses recursos e se os mesmos foram oferecidos a elas em seus trabalhos de parto. Saber se esses métodos foram usados é importante, pois essas práticas são recomendadas pela Organização Mundial da Saúde e MS.

Se você aceitar participar, será convidada a responder a uma entrevista. Para responder à entrevista, você deve ter mais de 18 anos de idade e ter participado do encontro em que conversamos sobre **métodos de alívio da dor no trabalho de parto**.

As perguntas serão realizadas na residência das participantes, em condições de privacidade para que possam respondê-la sem constrangimentos. Sua resposta será gravada e após, transcrita e analisada. As pesquisadoras manterão as gravações por 5 anos, e, após, o material será desgravado. O período de tempo necessário para responder às perguntas da entrevista e para outros esclarecimentos é de no máximo de 30 minutos.

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária. Você não receberá pagamento por sua participação e também não terá custos por participar.

Você poderá complementar ou modificar suas informações após a entrevista, assim como retirar-se como participante da pesquisa durante a fase de execução da mesma, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu atendimento na USF Nossa Senhora das Graças e no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, tanto nesta visita quanto em outro momento que necessitar atendimento nestas instituições.

Sua identidade, assim como a identidade de todas as pessoas por você referidas será preservada. Os resultados serão divulgados de maneira agrupada, sem que os indivíduos que participam do estudo sejam identificados. Sua participação não lhe trará benefícios de forma direta, porém contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado e os resultados poderão auxiliar na realização de estudos futuros.

Não são conhecidos riscos associados a sua resposta à pergunta realizada. No entanto alerta-se para possíveis desconfortos que possam ocorrer em função da resposta às perguntas ou pelo fato de receber a pesquisadora em sua casa.

Suas dúvidas poderão ser esclarecidas antes e durante o andamento da pesquisa com a acadêmica Caroline de Oliveira Velloso e a professora Mariene Jaeger Riffel, pesquisadora responsável, que podem ser localizadas no telefone: (51) 33085226, das 8h às 17h. O Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre poderá ser contatado para esclarecimentos de dúvidas através do telefone (51) 33597640, das 8h às 17h, de segunda à sexta-feira, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227. Este documento é assinado em duas vias, sendo uma via para você e outra das pesquisadoras.

Assim, pedimos a gentileza que assine este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido se considerar ter sido suficientemente informada a respeito dos termos deste documento ou do que foi lido para você no que se refere ao estudo “Práticas hospitalares recomendadas para o parto e oferecidas à mulheres que participavam de grupo de gestantes em USF”, conforme segue.

Eu, \_\_\_\_\_, concordo de maneira voluntária em participar do estudo **Práticas para alívio da dor oferecidas no parto hospitalar de mulheres que participaram de orientação em grupos de gestantes.**

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

---

Nome da pesquisadora

Assinatura da pesquisadora

Assinatura da participante.

**APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA****FICHA N.....****DADOS DE IDENTIFICAÇÃO****Local do parto:****Data do parto:****Tempo de duração do trabalho de parto:****Questões:**

O que foi oferecido (que práticas / que situações / quais métodos) para alívio da dor em seu trabalho de parto?

Você pediu para usar algum método de alívio da dor em seu trabalho de parto? O que você pediu foi atendido?

O que você achou de usar esses métodos de alívio da dor?

**DATA DA ENTREVISTA:     /     /****Tempo de duração da entrevista:****Pesquisadora**

## **APÊNDICE C - APROVAÇÃO PELA COMPESQ/EENF**

Consulta à situação de projeto na Comissão de Pesquisa de Enfermagem

**Projeto:** 26207 - PRÁTICAS PARA ALÍVIO DA DOR OFERECIDAS NO PARTO HOSPITALAR DE MULHERES QUE PARTICIPARAM DE ORIENTAÇÃO EM GRUPOS DE GESTANTES

**Área:** Enfermagem Obstétrica  
Ciências da Saúde

**Projeto de pesquisa** desativado , iniciado em 02/02/2014 e encerrado em 16/06/2014

**Equipe UFRGS:**

MARIENE JAEGER RIFFEL - Coordenador - de 02/02/2014 até 16/06/2014 - Atuação confirmada

CAROLINE DE OLIVEIRA VELLOSO - Pesquisador - de 02/02/2014 até 16/06/2014 - Atuação confirmada

**Responsável pelo encaminhamento:**

MARIENE JAEGER RIFFEL - coordenador do projeto  
Finalidade do encaminhamento: Projeto de TCC

**Projeto aprovado em 05/03/2014**

**Parecer:** Foram atendidas as solicitações feitas por esta Comissão. Considera-se o projeto em condições de execução.

**APÊNDICE D - PARECER CONSUBSTÂNCIADO CEP HCPA**

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS

**PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PRÁTICAS PARA ALÍVIO DA DOR OFERECIDAS NO PARTO HOSPITALAR DE MULHERES QUE PARTICIPARAM DE ORIENTAÇÃO EM GRUPOS DE GESTANTES

**Pesquisador:** Marlene Jaeger Riffel

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 28776814.6.0000.5327

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

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 616.217

**Data da Relatoria:** 14/04/2014

**Apresentação do Projeto:**

Estudo qualitativo exploratório descritivo que propõe estudar a utilização das práticas para o alívio da dor em mulheres orientadas em grupos de gestantes, bem como os benefícios referidos por elas. Serão aplicados questionários a mulheres que participaram de grupos de gestantes na Unidade de Saúde da Família Nossa Senhora das Graças de Porto Alegre e que tem seus filhos geralmente no HCPA.

**Objetivo da Pesquisa:**

Conhecer as práticas para alívio da dor oferecidas no parto hospitalar de mulheres que participaram de orientação em grupos de gestantes.

Descrever os benefícios referidos pelas mulheres que participaram de orientação prévia relacionados à utilização das práticas de alívio da dor no trabalho de parto.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não são conhecidos riscos associados à participação no projeto, apenas o desconforto e dispêndio de tempo para responder às perguntas.

A participação poderá não trazer benefícios de forma direta às participantes do estudo, porém poderá contribuir para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado e os resultados.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefons: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 616.217

poderão auxiliar a realização de estudos futuros.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa interessante, bem estruturada, que propõe ouvir gestantes sobre o uso e benefícios das práticas de alívio da dor orientadas no pré-natal. As gestantes serão ouvidas pela pesquisadora até que ocorra saturação dos dados, em suas residências, após o parto, durante visita domiciliar preconizada no Programa do MS. Não consta do projeto o instrumento com as perguntas que serão feitas às gestantes. Os dados serão analisados conforme seus conteúdos (Bardin).

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

O TCLE aborda os principais itens necessários mas utiliza termos de difícil compreensão e apresenta problemas de forma e conteúdo. Portanto, convidamos as pesquisadoras a agendar consultoria na UARP/GPPG para reelaboração do TCLE.

RESPOSTA PESQUISADORES: Agendada consultoria na UARP/GPPG para reelaboração do TCLE e reelaborado o texto conforme orientações.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

**Recomendações:**

Nada a recomendar.

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

1) Apresentar o instrumento de coleta de dados que será utilizado na pesquisa.

RESPOSTA PESQUISADORES: Incluído o Roteiro de entrevista - APÊNDICE A.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

2) Revisar TCLE em consultoria com a UARP/GPPG conforme descrito no campo Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória, deste parecer.

RESPOSTA PESQUISADORES: Revisado TCLE conforme informado em Comentários e Considerações sobre a Pesquisa.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)359-7640 Fax: (51)359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br

## APÊNDICE E - TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO CAMPO DE ESTUDO

APÊNDICE C – TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO CAMPO DE ESTUDO

**Título do projeto:** PRÁTICAS OFERECIDAS NO PARTO HOSPITALAR DE MULHERES QUE PARTICIPARAM DE ORIENTAÇÃO EM GRUPOS DE GESTANTES EM USF

**Pesquisadores:** Caroline Velloso e Mariene Riffel

**Local da pesquisa:** USF Nossa Senhora das Graças

**Responsável pelo local de realização da pesquisa:** Enfermeira Sílvia Casimiro

As pesquisadoras acima identificadas estão autorizadas a coletar dados, preservando as informações referentes aos sujeitos de pesquisa, divulgando-as exclusivamente para fins científicos de maneira anônima, respeitando as normas da Resolução 466/12 e suas complementares.



---

Assinatura do Responsável

## ANEXO A - TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA



**Prefeitura Municipal de Porto Alegre**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Comitê de Ética em Pesquisa**

TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO  
 ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA

Eu Rosane Terezinha Baltazar, matrícula 536675

Coordenador do/a  Coordenadoria da Rede de Atenção Primária em Saúde e Especializados Ambulatoriais e Substitutivos (CGAPSES)

- Coordenadoria da Rede de Urgências e Emergências  
 Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS)  
 Coordenadoria de Regulação de Serviços em Saúde (GRSS)  
 Comissão Multiprofissional de Ensino-Serviço e Pesquisa (COMESP) do Hospital de Pronto Socorro  
 Assessoria de Planejamento (ASSEPLA)  
 Outra área/secretaria: \_\_\_\_\_

conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado Práticas oferecidas no Porto  
Hospitais de mulheres que participaram em grupos  
 tendo como Pesquisador Responsável Caroline Vellozo

Declaro estar ciente do projeto e autorizo, após o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, a realização desta pesquisa.

Porto Alegre, 11, 12, 13.

**Rosane Terezinha Baltazar**  
 Matr. 536675.1  
 Coordenadora CGAPES/SMS

Assinatura e carimbo

Obs.: Este documento não autoriza o início da pesquisa, sendo apenas um requisito exigido pelo Comitê de Ética da SMSPA para análise do projeto de pesquisa. Sua finalidade é atestar que a Coordenação da área tem ciência e autoriza a realiza do projeto de pesquisa, quando forem cumpridas as instâncias de avaliação ética.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – CEP SMSPA  
 Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar – CEP 90.010-040  
 ☎ 3289.5517 ✉ cep-sms@sms.prefpoa.com.br; cep\_sms@hotmail.com

TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO – CEP SMSPA

## ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS DADOS



Prefeitura Municipal de Porto Alegre  
Secretaria Municipal de Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa

### TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS DADOS

**Título da Pesquisa:**

Práticas Ofuscadas no Parto Hospitalar de mulheres  
que participaram de Orientações em Grupos de Gestantes  
em USF

**Pesquisador (a) Responsável:** Caroline Vellozo

**Instituição:** UFRRGS

**Telefone e e-mail de contato:** 97531960 carolinevellozo@hotmail.com

Eu, pesquisador responsável pela pesquisa acima identificada, declaro que conheço e cumprirei as normas vigentes expressas na **Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde** e em suas complementares.

Assumo o compromisso de, ao utilizar dados do serviço e/ou informações coletados no(s) prontuário(s) do(s) sujeito(s) da pesquisa, assegurar a confidencialidade e a privacidade dos mesmos.

Assumo ainda neste termo o compromisso de destinar os dados coletados somente para o projeto ao qual se vinculam.

Todo e qualquer outro uso deverá ser objeto de um novo projeto de pesquisa que deverá ser submetido à apreciação do **Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CEP SMSPA)**, pelo que assino o presente termo.

Porto Alegre, 11 / 12 / 13.

Caroline Vellozo

Pesquisador responsável

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – CEP SMSPA

Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar – CEP 90.010-040

☎ 3289.5517 ✉ cep-sms@sms.prefpoa.com.br; cep\_sms@hotmail.com

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS – CEP SMSPA

## ANEXO C - FORMULÁRIO DE SUBMISSÃO DE PROJETO DE PESQUISA



Prefeitura Municipal de Porto Alegre  
Secretaria Municipal de Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa

### FORMULÁRIO DE SUBMISSÃO DE PROJETO DE PESQUISA

#### 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Pesquisador responsável: Cassini de Oliveira Velloso  
 Instituição proponente: VERGAS - escola de enfermagem  
 Contato do pesquisador (telefone, e-mail): 9753 1960 cassinaveloso@hotmail.com  
 Existe servidor da SMS/PMPA na equipe? (caso positivo, informar nome e lotação) \_\_\_\_\_  
 Local(is) de realização do estudo: USF Nossa Senhora dos Graços  
 Cronograma: início da coleta: 03.08.14 término da coleta: 12.10.14  
 Número de participantes incluídos na pesquisa: 10

Tipo de atividade a ser desenvolvida com os participantes:

- entrevista  
 análise de prontuário  
 dados da SMS  
 dados de vigilância em saúde  
 intervenção  
 outra .....

Nível acadêmico da pesquisa:

- Trabalho de conclusão de curso  
 Residência  
 Especialização  
 Mestrado  
 Doutorado  
 Pesquisa institucional  
 Outro: .....

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – CEP SMSPA  
 Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar – CEP 90.010-040  
 ☎ 3289.5517 ✉ cep-sms@sms.prefpoa.com.br; cep\_sms@hotmail.com

FORMULÁRIO PROJETO DE PESQUISA – CEP SMSPA



Prefeitura Municipal de Porto Alegre  
Secretaria Municipal de Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa

**2. DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título:

Práticas oferecidas no parto hospitalar de mulheres  
que participaram de eventos em grupos de gestantes em USF.

Objetivos:

Conhecer a magnitude das práticas para alívio  
da dor para mulheres que se inscreveram  
no trabalho de parto após eventos nos grupos  
de gestantes em USF.

Resumo:

A partir dos eventos oferecidos nos grupos  
de gestantes as mulheres que têm seus partos  
em hospitais de Porto Alegre, podem conhecer  
a vivência dessas mulheres em seus trabalhos  
de parto, saber se elas usam tais informa-  
ções e se fazem uso para o alívio da dor  
em seus trabalhos de parto.

Assinatura do pesquisador: *Dorlene Velloso*

Há décadas a OMS, juntamente com a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS), cria estratégias para diminuir os índices de mortalidade materna no mundo. Desde a década de 1980, as questões ligadas à Saúde da Mulher tem ganhado espaço nas políticas públicas do país. O MS lançou, em 2000, o PHPN (BRASIL, 2000) que tem como objetivo ampliar o acesso e a cobertura dos serviços de atenção ao pré-natal, parto e puerpério e melhorar sua qualidade. Dentre suas diretrizes, salienta-se ter uma assistência prestada de forma humanizada e segura (BRASIL, 2002).

Minayo não está arrumado.