



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

MÁRCIA FERNANDES SILVA

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM À MULHER COM DOR DO PARTO:
TRANSFORMAÇÕES A PARTIR DA PESQUISA-AÇÃO PARTICIPATIVA**

SALVADOR
2016

MÁRCIA FERNANDES SILVA

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM À MULHER COM DOR DO PARTO:
TRANSFORMAÇÕES A PARTIR DA PESQUISA-AÇÃO PARTICIPATIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, Linha de Pesquisa “Mulher, Gênero e Saúde”.

Orientadora: Dra. Enilda Rosendo do Nascimento

SALVADOR
2016

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA), com os dados fornecidos pela autora.

Silva, Márcia Fernandes

CUIDADOS DE ENFERMAGEM À MULHER COM DOR DO PARTO:
TRANSFORMAÇÕES A PARTIR DA PESQUISA-AÇÃO PARTICIPATIVA
/ Márcia Fernandes Silva. -- Salvador, 2016.
123 f.

Orientadora: Enilda Rosendo do Nascimento.
Dissertação (Mestrado - Pós-graduação em Enfermagem) -
- Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem,
2016.

1. Saúde da Mulher. 2. Saúde Reprodutiva. 3.
Enfermagem. 4. Dor do parto. 5. Pesquisa-ação
Participativa. I. do Nascimento, Enilda Rosendo.
II. Título.

MÁRCIA FERNANDES SILVA

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM À MULHER COM DOR DO PARTO:
TRANSFORMAÇÕES A PARTIR DA PESQUISA-AÇÃO PARTICIPATIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para a obtenção do grau de mestra, área de concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha de Pesquisa: Mulher, Gênero e Saúde.

Aprovada em 31 de Maio de 2016

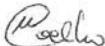
BANCA EXAMINADORA

Enilda Rosendo do Nascimento  _____

Doutora em Enfermagem e professora da Universidade Federal da Bahia

Vera Maria Sabóia _____

Doutora em Enfermagem e professora da Universidade Federal Fluminense

Edméia de Almeida Cardoso Coelho  _____

Doutora em Enfermagem e professora da Universidade Federal da Bahia

Silvia Lucia Ferreira  _____

Doutora em Enfermagem e professora da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Dedico essa dissertação às mulheres. Mulheres parturientes, mulheres mães, mulheres cuidadoras e mulheres profissionais de saúde. Tantas vezes todas em uma só.

AGRADECIMENTOS

A Deus e a toda e qualquer manifestação de espiritualidade que me protege e ilumina minha caminhada.

Às minhas filhas, Júlia e Lis Morena por serem para mim uma fonte de vida e busca contínua de crescimento. Obrigada por cada minuto que cederam do nosso tempo para que este projeto pudesse ser concluído. Quero ser para vocês o exemplo de mulher que desafia e vence com coragem e persistência. Os sonhos são sempre possíveis!

À minha mãe, por ter me ensinado a ser persistente, ética e humana. Obrigada pelo apoio incondicional durante toda a minha vida.

A Tadeu, por acreditar e me saber vencedora. Muitas vezes o silêncio foi a melhor saída.

À minha irmã Carla e minha comadre Denise pelo apoio logístico tão necessário.

Às minhas tias Luci e Heide, pelas orações, palavras de conforto e apoio sempre.

Aos familiares distantes em especial Mércia, Gabriela, Tibério e Márcio sempre me impulsionando com mensagens otimistas.

À minha querida Anna Beatriz pela especial contribuição para o desenvolvimento da pesquisa e a Ana Karolina pela disponibilidade em atender meus súbitos pedidos.

Às mulheres parturientes que fizeram parte da minha caminhada e tocaram o meu ser com sua dor, sofrimento e súplica no olhar.

Às mulheres profissionais de enfermagem que se doaram e se permitiram caminhar junto comigo acreditando numa mudança possível.

À Ana Paula Trindade, Terezinha Alcantara e Eliana Damasceno pela contribuição logística para o desenvolvimento da pesquisa.

As/aos colegas de caminhada na pós-graduação, em especial Quessia Paz, Flavia Lacerda e Tilson Nunes. Tantas vezes risos e lágrimas se alternaram nestes ombros amigos.

À professora Isa Nunes pela participação amorosa e dedicada na pesquisa. Seu conhecimento e experiência fizeram toda a diferença.

Às docentes Edméia Coelho, Silvia Ferreira e Vera Sabóia pelas primorosas contribuições para esta pesquisa.

À minha orientadora, Enilda Rosendo do Nascimento, para mim uma imensidão de conhecimento e competência. Obrigada pela confiança e por compartilhar comigo tanto conhecimento.

EPÍGRAFE

Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.

Paulo Freire

RESUMO

SILVA, Márcia Fernandes. **Cuidados de enfermagem à mulher com dor do parto: transformações a partir da pesquisa-ação participativa.** 2016, 123p. Dissertação. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

Evidências científicas apontam o excesso de intervenções prejudiciais na atenção às mulheres durante o parto, causando desconforto e dor. O uso de métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor do parto implica na participação efetiva da equipe de enfermagem. **Objetivo geral:** transformar o cuidado de enfermagem às mulheres durante o parto, por meio da utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor. **Objetivos específicos:** sensibilizar profissionais de enfermagem para o cuidado à mulher com dor do parto; analisar a percepção das profissionais de enfermagem sobre o parto; descrever o conhecimento sobre o cuidado às mulheres por meio do uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor e construir coletivamente uma proposta de estratégias para a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor do parto. **Metodologia:** estudo descritivo de natureza qualitativa utilizando a abordagem da pesquisa-ação participativa em saúde. Participaram do estudo 18 profissionais de enfermagem de um hospital na Bahia. Os dados foram organizados no software Atlas.ti, categorizados e analisados. **Resultados:** As participantes percebem o parto normal como experiência positiva; a dor do parto foi descrita como intensa, porém naturalizada; conhecem métodos não farmacológicos de alívio da dor e o definem como um cuidado qualificado. Bola, cavalinho, massagem, banho, deambulação, musicoterapia e aromaterapia foram os métodos mais citados e também utilizados pelas participantes. As dificuldades para realização do cuidado são insuficiência de pessoal; ambiente inadequado; despreparo de profissionais e de acompanhantes; e dificuldade na interação da equipe. As estratégias desenvolvidas foram: oficina de capacitação para o uso dos métodos não farmacológicos de alívio da dor, alocação de espaço destinado ao uso dos métodos pelas mulheres em trabalho de parto, elaboração e divulgação local de tecnologias educativas sobre estes métodos. Ao final da pesquisa, verificamos que o total de mulheres atendidas que utilizaram métodos não farmacológicos para alívio da dor dobrou, em relação à média dos seis meses anteriores, passando de 10% para 23%. **Conclusão:** A experiência evidencia a importância da utilização da abordagem participativa como mediadora de transformações nas práticas de cuidado em saúde, tanto do ponto de vista da melhoria da qualidade do cuidado prestado às mulheres, como na criação e fortalecimento de vínculos entre as profissionais. A pesquisa possibilitou, ainda, aprofundamento da integração ensino-serviço e maior inserção social do Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem; Saúde da Mulher; Dor do Parto; Métodos Não Farmacológicos; Pesquisa-ação Participativa.

ABSTRACT

SILVA, Márcia Fernandes. **Nursing care for women with pain in childbirth: changes from participatory action research.** 2016. 123p. Dissertation- Nursing School, Federal University of Bahia, Salvador, 2016.

Scientific evidence points to the excess of harmful interventions in the care of women during labor, causing discomfort and pain. Noninvasive, non-pharmacological labor pain relief methods are recommended by the Ministry of Health, especially in the last five years. To its use is necessary the adoption of a model of care for women with appreciation for natural labor and inclusion of nurses in care management services to normal delivery, resulting in the effective participation of the nursing team. However, research in Brazil show low use of non-pharmacological strategies to relieve labor pain, like the hospital study. So, it is configured as a study problem: how nursing professionals can change their practice in the care of women with pain in labor using non-pharmacological methods? **Overall objective:** to transform nursing care to women during labor, through the use of non-pharmacological methods of pain relief. **Specific objectives:** to sensitize the nursing professionals to care for women with pain in labor; describe the perception of nursing professionals on delivery; describe knowledge about care for women through the use of non-pharmacological methods of pain relief, and build collectively an strategy proposes for the use of non-pharmacological methods for pain relief in labor. **Methodology:** A descriptive qualitative study using the approach of participatory action research in health. Study participants were 18 nursing professionals from a hospital in Bahia. Data were organized in Atlas.ti software, categorized and analyzed using thematic content analysis. **Results:** The participants perceive normal labor as a positive experience; labor pain has been described as intense, but naturalized; They know non-pharmacological methods of pain relief and define it as a skilled care. Ball, horse, massage, bathing, walking, music therapy and aromatherapy were the most frequent methods, also used by participants. The difficulties for the realization of care are insufficient staff; inadequate environment; unpreparedness of professionals and companios; and difficulty in team interaction. The actions were: sensitization and training workshops to equip professionals to the use of non-pharmacological methods of pain relief, space allocation to meet women who wished to use these methods during labor, development of educational technologies on use these methods. At the end of the survey, we found that the total number of women attending who used non-pharmacological methods for relief of pain doubled, compared to the average of the preceding six months, from 10% to 23%. **Conclusion:** The experience highlights the importance of using participatory approach as a mediator of changes in health care practices, for both points of view of improving the quality of care provided to women, as in the creation and strengthening of links between professionals. The research also resulted in a deeper integration between teaching and service and greater social inclusion of the Post-Graduate Nursing.

Keywords: Nursing; Women's Health; Pain of Childbirth; Non Pharmacological Methods; Participatory Action-Research.

RESUMEN

SILVA, Márcia Fernandes. **Cuidados de enfermería para las mujeres con dolor en el parto: cambios con respecto a la investigación-acción participativa.** 2016. 123p. Disertación- Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Bahía, Salvador, 2016.

La evidencia científica apunta al exceso de intervenciones nocivas en el cuidado de las mujeres durante el parto, causando malestar y el dolor. Métodos no invasivos y no farmacológicos de alivio del dolor del parto son recomendados por el Ministerio de La Salud, especialmente en los últimos cinco años. Para utilizar es necesaria la adopción de un modelo de atención para las mujeres con reconocimiento del parto natural y la inclusión de las enfermeras en los servicios de gestión de la atención al parto normal, dando como resultado la participación efectiva del equipo de enfermería. Sin embargo, la investigación en Brasil muestra un bajo uso de estrategias no farmacológicas para aliviar el dolor del parto, como ejemplo el estudio del hospital. Por lo tanto, se configura como un problema de estudio: ¿cómo los profesionales de enfermería pueden transformar su práctica en el cuidado de las mujeres con dolor en el parto usando métodos no farmacológicos? **Objetivo general:** transformar los cuidados de enfermería a la mujer durante el parto, a través del uso de métodos no farmacológicos de alivio del dolor. **Objetivos específicos:** sensibilizar los profesionales de enfermería para el cuidado de las mujeres con dolor en el parto; describir la percepción de los profesionales de enfermería en la entrega; describir el conocimiento sobre el cuidado de las mujeres a través del uso de métodos no farmacológicos de alivio del dolor, y contruir de manera colectiva propuestas estrategicas para el uso de métodos no farmacológicos para aliviar el dolor en el parto. **Metodología:** Estudio cualitativo descriptivo, utilizando el enfoque de la investigación acción participativa en salud. Los participantes del estudio fueron 18 profesionales de enfermería de un hospital de Bahía. Los datos se organizaron en el software atlas.ti categorizados y analizados mediante análisis de contenido temático. **Resultados:** Los participantes perciben el parto normal como una experiencia positiva; el dolor del parto ha sido descrito como intenso, pero naturalizada; Ellos saben que los métodos no farmacológicos de alivio del dolor y la definen como una atención especializada. Pelota, caballo, masajes, bañarse, caminar, musicoterapia y aromaterapia eran los métodos más frecuentes y también es utilizado por los participantes. Las dificultades para la realización de la atención personal son insuficientes; ambiente inadecuado; falta de preparación de los profesionales y de escolta; y la dificultad en la interacción del equipo. Las acciones fueron: talleres de sensibilización y capacitación para equipar a los profesionales para el uso de métodos no farmacológicos de alivio del dolor, la asignación de espacio para conocer mujeres que desean utilizar estos métodos durante el parto, el desarrollo de tecnologías para la educación sobre el uso estos métodos. Al final del estudio, se encontró que el número total de mujeres que utilizaron métodos no farmacológicos para el alivio del dolor se duplicó, en comparación con el promedio de los seis meses anteriores, del 10% al 23%. **Conclusión:** La experiencia evidencia la importancia de utilizar el enfoque participativo como mediador de los cambios en las prácticas de atención de la salud, tanto desde el punto de vista de la mejora de la calidad de la atención prestada a las mujeres, como en la creación y el fortalecimiento de los vínculos entre los profesionales. La investigación también dio lugar a la profundización de la integración entre la enseñanza y el servicio y una mayor inclusión social de la enfermería de Post-Grado.

Palabras claves: Enfermería; Salud de la mujer; Dolor del parto; Métodos No Farmacológicos; Investigación-acción participativa.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1	A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA MATERNIDADE: QUESTÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM	20
2.2	DA MEDICALIZAÇÃO À RETOMADA DO PARTO COMO UM EVENTO NATURAL	24
2.3	A DOR DO PARTO: ASPECTOS BIOLÓGICOS E SOCIO-CULTURAIS	27
2.4	MÉTODOS TERAPÊUTICOS PARA ALÍVIO DA DOR DO PARTO	30
2.5	O CUIDADO DE ENFERMAGEM À MULHER DURANTE O PARTO	35
3	METODOLOGIA	36
3.1	LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO	38
3.2	PARTICIPANTES DO ESTUDO	39
3.3	ETAPAS DA PESQUISA	40
3.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS	42
3.5	FONTES, TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	44
3.6	ASPECTOS ÉTICOS	45
3.7	PRODUTOS DA DISSERTAÇÃO	46
4	RESULTADOS	47
4.1	PARIR NORMAL É UMA EXPERIÊNCIA!	49
4.2	CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR DO PARTO	65
4.3	PESQUISA-AÇÃO PARTICIPATIVA EM SAÚDE: TRANSFORMAÇÕES NO CUIDADO ÀS MULHERES COM DOR DO PARTO	85

5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
	REFERÊNCIAS	104
	APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	111
	APÊNDICE B- Questionário de avaliação da pesquisa	112
	APÊNDICE C- Banner: “Orientações para Acompanhantes”	113
	APÊNDICE D- Banner: “Cuidados que Aliviam a Dor no Trabalho de Parto”	114
	APÊNDICE E- Banner: “Protocolo para uso de Métodos Não Farmacológicos de Alívio da Dor do Parto”	115
	ANEXO A- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa(CEP)	116
	ANEXO B- Termo de autorização para realização da pesquisa	119
	ANEXO C- Comprovante de submissão ao periódico Interface	120
	ANEXO D- Comprovante de publicação de artigo em anais de evento científico: XIX REDOR	121

LISTA DE SIGLAS

CEP- Comitê de Ética e Pesquisa

CNS- Conselho Nacional de Saúde

CPN- Casa de Parto Normal

EAN- Escala Alfa Numérica

EAV- Escala Analógico Visual

IAPS- Investigação-ação Participativa em Saúde

IASP- Associação Internacional para o Estudo da Dor

ICPHR- International Collaboration on Participatory Health Research

MNFS- Métodos Não Farmacológicos

MS- Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

PAISM- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN- Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

PMI- Programa de Assistência Materno-Infantil

PNAISM- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFBA- Universidade Federal da Bahia

UNESP- Universidade Estadual Paulista

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, estudos sobre a dor do parto e seu controle tem ganhado espaço nos últimos anos, juntamente com as noções de direitos reprodutivos e o novo modelo de atenção ao parto que preza pelo respeito à fisiologia do parto, autonomia da mulher sobre seu corpo e sua parturição.

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define a dor como uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou relacionada a lesão real ou potencial de tecidos (SBED, 2006). Embora esta seja sempre ou na grande maioria das vezes, relatada como experiência desagradável e temida, em geral o seu aparecimento súbito mobiliza as pessoas acometidas, e as demais do seu entorno, na busca de cuidados. Devido a essa característica, a dor aguda pode ser considerada como benéfica e até necessária (SIQUEIRA, 2015). É o caso da dor do parto. Na sua ausência, talvez parcela considerável de mulheres estivesse vulnerável ao parto intempestivo, com pouco ou nenhum cuidado dispensado, dentre outros aspectos, já que é um dos mais importantes sinais de início do processo parturitivo.

O parto representa uma das condições de vida que podem causar dor aguda, compondo as estatísticas mundiais que apontam a maioria da população como acometida pela dor (SIQUEIRA, 2015).

Estudos afirmam que a dor que acomete a mulher em trabalho de parto é percebida de diferentes formas e influenciada por fatores como cultura, história familiar, ansiedade, medo e experiência anterior ou ainda grupo social a que pertencem (BARBIERI, 2013).

Entre indígenas de etnia Kambiwá o parto, considerado como um evento pertencente ao domínio feminino é vivenciado com liberdade e autonomia da mulher, auxiliada por mulheres mais experientes, parteiras e até sem ajuda, em ambientes domiciliares; utilizam práticas xamânicas, por meio do uso de rezas e ervas, principalmente, para auxiliar na evolução do trabalho de parto e aliviar a dor. Apesar da geração mais recente estar buscando o hospital para realização do parto, ainda assim mulheres Kambiwá procuram preservar características da sua cultura originando desta forma, um modelo híbrido de atenção ao parto onde o cuidado tradicional e o cuidado científico se entrelaçam (SILVA, 2014). Corroboram com estes achados, o estudo de Moliterno *et al.* (2013) evidenciando que para mulheres de etnia Kaingang a dor

do parto é percebida como algo inerente a este e para aliviar-la são utilizadas ervas preparadas por pessoas idosas que detém a sabedoria da comunidade.

Para mulheres ciganas de etnia Calon o parto representa mudança de status, sendo cercado de rituais e cuidados prestados pelas mulheres mais velhas e experientes da comunidade. A dor do parto é percebida como uma etapa a ser vivenciada pelas mulheres, caracterizando a feminilidade. Ao iniciar o trabalho de parto, um amuleto contendo uma oração é colocado sobre a barriga ou em volta do pescoço da parturiente de forma a aliviar a dor e acelerar o nascimento (GOLDFARB, LEANDRO, DIAS, 2012).

Além da cultura, fatores como idade, experiência anterior e nível de escolaridade devem ser considerados como determinantes na experiência da dor de parto vivenciada pelas mulheres. Estudo realizado com 300 mulheres em trabalho de parto ativo em um hospital universitário no Kathmandu, Nepal evidenciou que a dor do parto foi referida com maior intensidade pelas mulheres nulíparas, com ensino superior e quando em trabalho de parto avançado. Neste mesmo estudo 69% das mulheres descreveram a dor do parto como moderada ou grave e gostariam que a dor fosse aliviada (SHRESTHA, PRADHAN, SHARMA, 2013).

Contraditoriamente, profissionais de saúde, mulheres em sua grande maioria, tendem a naturalizar essa dor, minimizando as necessidades de atenção e cuidados, considerando-a como um evento intrínseco e necessário à condição materna.

Em estudos de mensuração clínica, a dor no trabalho de parto foi descrita com intensidade de 7 a 8 numa escala alfa numérica (EAN) graduada de 0 a 10, bem como descrita como dor *suportável a dificilmente suportável* em escala analógico visual (EAV), sendo esta última a maior intensidade de dor graduada na escala (NILSEN *et. al.*, 2011). Esses achados indicam necessidades de novos modos de abordar e considerar a dor do parto, exigindo a participação de profissionais sensíveis às demandas da mulher, de modo a eliminar ou diminuir o sofrimento.

A eliminação da dor do parto tem sido alcançada por meio de métodos farmacológicos cujos benefícios são alvo de controvérsias no meio científico, podendo afetar negativamente a saúde das mulheres, além de diminuir as suas chances de protagonismo no parto. Esse reconhecimento, aliado à crescente consciência de gênero, tem levado os movimentos de mulheres a pressionarem setores da sociedade no sentido de provocar mudanças nos paradigmas de atenção à saúde.

Nesse sentido, os métodos farmacológicos/intervencionistas devem ser utilizados como coadjuvantes na eliminação do processo doloroso e da condução do trabalho de parto, e não o contrário. Como referem Chaillet *et al* (2014), abordagens farmacológicas devem ser utilizadas de forma complementar às abordagens não farmacológicas, se estas forem insuficientes para ajudar as mulheres a lidar com a dor do parto.

Estudos baseados em evidências científicas apontam para a necessidade de eliminar as intervenções comprovadamente desnecessárias e prejudiciais durante o parto, e de adotar tecnologias não invasivas que interferem efetivamente na diminuição da sensação dolorosa. Recentemente, foram elaboradas por organismos internacionais e nacionais recomendações que promovessem boas práticas na atenção às mulheres durante o parto, transformando o paradigma intervencionista com a adoção de novas abordagens com base no respeito aos direitos reprodutivos e de escolhas das mulheres.

Dentre essas recomendações está a utilização de métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor do parto, e o reconhecimento da enfermagem e das enfermeiras em particular, como profissionais necessárias à implementação desse novo modelo não intervencionista, cujos benefícios estão respaldados em evidências científicas. A enfermagem obstétrica, ao incorporar estes valores desde o seu processo formativo tem papel preponderante neste modelo de cuidado preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Na prática de saúde no Brasil, observa-se baixa utilização de estratégias não farmacológicas para o cuidado às mulheres durante o parto, a exemplo do hospital deste estudo, em que pese o fato de o mesmo ter aderido à Estratégia Rede Cegonha que prevê, dentre outros aspectos, a utilização de boas práticas no cuidado às mulheres durante o parto. Nestas boas práticas se inserem os métodos não farmacológicos(MNFs) para alívio da dor do parto.

Com base em evidências científicas, os MNFs são preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) por serem seguros e menos invasivos proporcionando maior satisfação às mulheres, competência e empoderamento, e por reduzirem a necessidade de intervenções obstétricas. De fato, a ausência de efeitos secundários, em 80% dos casos; maior autonomia da mulher (89%) e baixo custo (58,0 %) foram benefícios encontrados em estudo que avaliou a eficácia das abordagens não farmacológicas no alívio da dor do parto (ALMUSHAIT, GHANI, 2014).

A enfermagem tem papel fundamental no cuidado à mulher com dor do parto. Estudos observaram maior prevalência no uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor (88,1%) e menor de analgesia medicamentosa nos partos conduzidos por enfermeiras obstetras ou obstetrizas quando comparados com demais agentes da saúde (VOGT *et al.*, 2014).

No Brasil, a inserção da enfermeira obstetra na liderança da assistência ao parto normal sem distócia foi utilizada como estratégia para diminuição das taxas de cesarianas e mudança de paradigma no modelo de atenção ao parto. Nesse sentido, a participação de toda a equipe de enfermagem, constituída por enfermeiras e técnicas é de fundamental importância para o acompanhamento do trabalho de parto e parto. As contribuições dessa categoria profissional são descritas como valorização do parto normal, respeito ao protagonismo da parturiente, cuidados que proporcionam dignidade, segurança, privacidade, medidas de conforto e alívio da dor, apoio e orientação como referem Versiani *et al.* (2014).

Em contrapartida, barreiras existentes nos serviços podem interferir na utilização de MNFs, como a escassez de profissionais de enfermagem por turno, dificultando a gestão mais eficaz da dor. Essas e outras dificuldades também são apontadas por Almushait, Ghani (2014), em estudo que cita a habilidade interpessoal de profissionais de enfermagem como mais importantes no cuidado às mulheres durante o parto.

Na nossa prática profissional, como docente e/ou enfermeira que trabalha no centro obstétrico de um hospital público, comumente nos deparamos com o sofrimento de outras mulheres em trabalho de parto, muitas vezes fragilizadas, submissas, amedrontadas e desconhecedoras de seus direitos reprodutivos de ter um parto com um mínimo de sofrimento possível. Ao tempo que observamos também as profissionais de enfermagem ora protagonizando um cuidado digno, proporcionando alívio da dor com o uso de métodos não farmacológicos ora protagonizando atitudes de descaso e banalização da dor referida pelas mulheres.

A unidade de saúde em que foi realizado este estudo aderiu à estratégia Rede Cegonha, em 2011 passando a dispor, desde então, dos seguintes MNFs na assistência às mulheres durante o parto: bola, cavalinho, banho quente, massagem, musicoterapia e aromaterapia. Destacamos que não foram realizadas medidas de preparação e capacitação da equipe de saúde para o manejo adequado desses métodos no sentido de imprimir a mudança na cultura intervencionista, resultando na baixa adesão de profissionais do serviço ao uso dessa

tecnologia para alívio da dor. A consulta aos registros de partos das mulheres, referentes ao semestre anterior ao início da pesquisa, revelou que do total de mulheres que pariram normal, 10% delas, utilizaram algum desses métodos.

No local do estudo a equipe de enfermagem, incluindo enfermeiras e técnicas, representa 70% do total de profissionais, sendo uma das razões que nos levou a optar por desenvolver esta pesquisa participativa com essa categoria profissional. Também pesou nessa decisão, evidentemente, o fato

de sermos mulheres, enfermeiras e, no período inicial da pesquisa, uma de nós atuava na coordenação do centro obstétrico.

Por outro lado, nossa familiaridade com o uso de métodos educativos participativos largamente utilizados durante a vida acadêmica ou iniciados durante o curso de mestrado, sedimenta nossa convicção na possibilidade de contribuir com a transformação social por meio de processos inclusivos, com participação ativa das pessoas mais diretamente envolvidas, levando-nos a uma aproximação com a pesquisa participativa em saúde. Elegemos, nesse momento, profissionais de enfermagem como participantes da pesquisa entendendo que a perspectiva dos estudos com mulheres aponta para novas possibilidades de mudanças e modos de ver a questão, como demonstra o estudo de Silva, Nascimento, Coelho (2015) desenvolvido em um centro de parto normal. Este estudo identifica práticas de enfermagem dignificantes que valorizam a integralidade das ações, com enfoque centrado na perspectiva das usuárias e aponta a necessidade de respeito à autonomia e protagonismo da mulher através da desconstrução de viés de gênero que sustenta as relações de subordinação entre profissionais de saúde e mulheres.

Assim, apresenta-se como **problema de estudo**: Como as profissionais de enfermagem podem transformar a sua prática no cuidado à mulher com dor do parto através da utilização dos métodos não farmacológicos?

O **objetivo geral** é transformar o cuidado de enfermagem às mulheres com dor do parto, por meio da utilização de MNFs para alívio da dor.

Os **objetivos específicos** são: sensibilizar as profissionais de enfermagem para o cuidado à mulher com dor do parto; analisar a percepção das profissionais de enfermagem sobre o parto; descrever o conhecimento sobre o cuidado às mulheres por meio do uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto e construir coletivamente uma proposta

de estratégias de cuidados de enfermagem às mulheres com dor do parto utilizando métodos não farmacológicos.

Essa investigação é relevante, pois apesar dos avanços na atenção à saúde sexual e reprodutiva de mulheres, ainda predomina o modelo de atenção biomédico intervencionista, bem como relações de gênero e poder nos serviços de saúde perpetuando o mito do sofrimento da mulher durante o parto como um evento natural e definidor da maternidade.

Assim, persiste a necessidade de estudos e ações que promovam mudanças neste cenário de cuidado à saúde das mulheres. Destaca-se também a contribuição para o hospital onde o estudo foi desenvolvido, uma vez que a pesquisa-ação participativa pretende uma transformação a nível local.

Finalmente, consideramos que os resultados do estudo contribuem para a emergência de um novo conhecimento, que se compromete com a formação crítica de pessoas envolvidas no cuidado às mulheres e com o desenvolvimento de ações transformadoras.

A pesquisa participativa como opção metodológica evidencia sua flexibilidade como método de investigação visto que permite a construção do conhecimento de forma coletiva, criando possibilidades para as pessoas envolvidas se compreenderem como em constante aprendizado e se assumirem como responsáveis pelas mudanças (BRANDÃO, 1986).

Considera ainda os pressupostos da pedagogia Freireana de que o aprendizado se dá através do diálogo, originando a reflexão e a ação transformadora. O diálogo se estabelece a partir dos significados e sentimentos que movimentam as pessoas para as ações. Toda pessoa pode contribuir de forma crítica e criativa no processo de reflexão, discussão e elaboração de instrumentos para transformar a realidade e/ou a prática social (FREIRE, 2001).

Este estudo contribuirá, ainda, para ampliação do conhecimento na Enfermagem, através do grupo de pesquisa “Saúde da Mulher, Enfermagem, Gênero, Raça e Etnia” (GEM – Raça Etnia), cadastrado no Diretório de Pesquisa do CNPQ.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA MATERNIDADE: QUESTÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Concepções sobre a maternidade apresentam variações ao longo do tempo e das diferentes culturas de acordo com seus contextos político, social e econômico, com reflexos na organização do cuidado em saúde, nas escolhas e vivências da sexualidade e da reprodução. Nesse sentido, entendemos a maternidade como uma construção social moldada nas relações de gênero e poder, estabelecidas na distinção entre homem e mulher nas diferentes sociedades, o que vêm configurando significados sobre feminilidade e maternidade, inclusive no seio de uma mesma cultura.

Podemos exemplificar a importância das concepções sobre feminilidade e seu impacto na formulação da política para saúde que pretendia desenvolver assistência às mulheres, na década de 1970: o Programa de Assistência Materno-infantil (PMI). De saída, a própria denominação do programa afirmava sem rodeios, por meio do conceito “materno-infantil”, a vinculação das mulheres à sua função procriativa. A ideia é ratificada ao longo do texto do documento que indica as ações programáticas restritas às mulheres grávidas, parturientes, no puerpério imediato, a recém-nascidas/os e às crianças.

A maternidade pensada como um evento biológico e interpretada como decorrência natural do ato sexual e da gravidez reflete as mesmas crenças que orientam as relações desiguais de gênero e os valores atribuídos a cada sexo (PORTO, 2011).

Esse modo de pensar está moldado nas relações de gênero e poder estabelecidas na distinção entre homem e mulher e vêm configurando significados sobre ser mulher e sobre maternidade, incidindo na forma de cuidado à saúde das mulheres neste período reprodutivo.

Importante fazer a distinção entre sexo e gênero para em seguida compreender como as relações de gênero e poder são estabelecidas. Para Scott (1990), gênero é um termo utilizado para nomear as relações sociais entre os sexos, enfatizando especialmente o aspecto relacional das definições normativas das feminilidades. Indica, portanto, uma rejeição ao determinismo biológico, subentendido na utilização de termos como “sexo” ou “diferença sexual”.

A fisiologia feminina destinada à reprodução da espécie, o papel doméstico, a função da criação de crianças e a psique moldada para a maternidade, subjetividade, são vistas, na maioria dos casos, como naturais (ORTNER, 1979). Essa percepção da feminilidade confere à mulher um status inferior dentro da sociedade, e as mulheres acolhem a maternidade como uma função significativa, omitindo sua subordinação.

A subordinação feminina é constituída ideologicamente e fundamentada pela associação da mulher à natureza, percebida como inferior à cultura, que está para o homem. Essa dicotomia socialmente estruturada separa o mundo em dois campos, reciprocamente exclusivos, para que o ente incluído em um não possa estar simultaneamente incluído no outro, e assim a pessoa que se insere no campo valorizado, que se põe como central, determina a posição da outra pessoa, a sua oposição subordinada (CORREIA, 2015)

Tal relação da mulher com a natureza está fundamentada em 3 aspectos da fisiologia feminina: o corpo da mulher e suas funções de perpetuação da espécie; o corpo e suas funções delimitando papéis sociais inferiores, já que ligados à natureza; e os papéis tradicionais constituindo a estrutura psíquica tida como mais próxima à natureza.

De acordo com Beauvoir (1980) “a mulher tem ovários, um útero; eis as condições singulares que a encerram na sua subjetividade; diz-se de bom grado que ela pensa com suas glândulas”. Sua biologia, função reprodutora, universo particular e doméstico constituiu base para a subordinação da mulher nas sociedades.

A autora afirma que aspectos biológicos do constructo mulher não podem ser negados, entretanto isoladamente estes não explicam a complexidade do ser, nem tão pouco explica a assimetria nas relações sociais e nos papéis estabelecidos para os sexos distintos.

Contrariando a crença de que o instinto materno é inerente à mulher busca-se compreender como historicamente corpos grávidos e maternos têm-se constituído como territórios de biopolíticas contemporâneas (MEYER, 2011). Nesse sentido têm-se a clareza de que a valoração emocional atribuída à reprodução produz os símbolos e valores que individual e coletivamente atribuímos à realidade e reproduzimos na vida social.

Para Foucault (1982) a necessidade de constituir corpos dóceis e aptos à reprodução biológica adequados à produção de bens constitui-se em agenciamento sobre pessoas e caracteriza a principal tecnologia de poder no século XIX, sendo a sexualidade um dos mais relevantes. A este agenciamento Foucault deu o nome de biopolítica caracterizada pela ênfase na proteção de vida e na regulação do corpo.

Entre os anos 60 e 80 a maternidade foi entendida como uma construção histórica, cultural e política resultante das relações de poder e dominação de um sexo sobre o outro. Ora compreendida como um símbolo de um ideal de realização feminina ora como símbolo da opressão das mulheres, ou símbolo de poder das mulheres (SCAVONE, 2001).

Considerando estas construções sociais mediadas por relações de poder a reprodução podem ser tanto uma expressão de empoderamento e realização, como de impotência e humilhação a depender do contexto em que ocorre (MATTAR, DINIZ; 2012).

A vida das mulheres e sua relação com a maternidade tem sofrido modificações ao longo do tempo determinadas pelas transformações sociais, econômicas e políticas que atuam sobre a sociedade de diversas formas, como nas configurações familiares, nas relações de gênero e nas expressão da sexualidade e afetividade.

A concepção cartesiana do corpo, como um conjunto de sistemas, com funções específicas e espacialmente definidas, contribui para que os valores dos papéis sexuais sejam transpostos para a atividade reprodutiva. Assim, a representação da mulher está resumida à função biológica projetada em seu corpo, que é visto como máquina, construída de partes isoladas que trabalham autônoma e mecanicamente (PORTO, 2011).

A despeito das lutas feministas e conquistas políticas logradas na área do direito sexual e reprodutivo de mulheres o protagonismo feminino sobre sua vida e, especificamente sobre a maternidade está longe do ideal. A gestação e o parto foram expropriados das mulheres pelo poder biomédico e intensa medicalização dos corpos. O poder sobre os corpos femininos é genuinamente androcêntrico, não existe autonomia nas escolhas das mulheres uma vez que as possibilidades são limitadas e cerceadas por tecnologias e assistência especializada no tratamento de corpos doentes.

As experiências das mulheres com o parto natural realizado em domicílio, prática utilizada antes da medicalização e institucionalização compulsória da reprodução, têm também o papel de resgatar suas individualidades e levá-las ao exercício de suas alianças de gênero constituindo o saber-poder feminino. Com o processo de medicalização do parto, este foi transformado em saber-poder masculino. A prática da assistência ao parto passou a ser vista como ato privativo do médico o que repercutiu negativamente sobre o processo de cuidar/assistir à mulher, visto que aí se inserem relações de gênero e poder entre profissionais de saúde, majoritariamente masculino, e as mulheres.

A despeito dos movimentos de luta pela qualidade da assistência ao parto e nascimento e pelo entendimento do parto enquanto um evento fisiológico protagonizado pela mulher persiste uma assistência permeada por relações de gênero e poder. A naturalização do sofrimento está presente no cotidiano da assistência ao parto através da naturalização da dor do parto como necessária ou como expiação feminina, da negação do direito à acompanhante da escolha da mulher, do desrespeito à autonomia, à sua integridade corporal e à sua condição de pessoa.

O significado cultural do sofrimento no parto é diretamente influenciado pelas relações de gênero, e expressam a punição da mulher pela própria experiência da sexualidade, da maternidade e da singularidade feminina.

A participação ativa das mulheres durante o parto é fator preponderante para o desenvolvimento da autonomia e dignificação da mulher no seu processo parturitivo (NASCIMENTO, 2000). Dignificar implica em proporcionar o desenvolvimento do amor-próprio, o respeito a si e aos outros e a elevação da autoestima das mulheres. Ações de enfermagem que contribuem para o atendimento das necessidades de saúde das mulheres são chamadas de ações dignificantes de enfermagem e podemos citar: dirigir-se à mulher pelo nome, vínculo, atendimento individualizado, presença de acompanhantes, competência técnica da enfermeira e ambiente adequado (NASCIMENTO; OLIVA, 2004).

O conjunto de medidas classificadas como “práticas humanizadas” visa desestimular o parto medicalizado, centrado no uso das tecnologias, o que o configura como artificial e muitas vezes, violento. Nessa perspectiva essas medidas promovem o incentivo das práticas e intervenções biomecânicas no trabalho de parto, consideradas como mais adequadas à fisiologia do parto, e, dessa maneira, menos agressivas e mais naturais (TORNQUIST, 2002).

Embora a mulher viva no seu corpo a experiência do trabalho de parto, é de profissionais de saúde a diretriz e pré-estabelecimento de como esse momento acontecerá, determinada por uma assistência essencialmente impessoal. Isto reflete a constituição de espaços simbólicos de poder onde a mulher em trabalho de parto é objetificada. Saberes de profissionais negam a subjetividade, a autonomia e saberes da mulher parturiente e esta se submete à tecnologia e à medicalização em nome da segurança no parto (PEREIRA, 2004).

Pensar o processo parturitivo vivenciado pela mulher passa, necessariamente, pela análise de como é partilhado o poder entre os sexos uma vez que a assimetria de gênero

presente nas relações sociais naturaliza e perpetua a condição da mulher na cena do parto e sustenta as relações institucionais de poder.

Assim, evidencia-se a importância em se pensar criticamente sobre a construção social da maternidade e o impacto desse pensamento sob o cuidado em saúde para as mulheres, visto que há relação direta entre o primeiro e o segundo. Tendo em vista os direitos reprodutivos serem também direitos sociais, intimamente relacionados às mudanças políticas, econômicas e da sociedade, entende-se que a emergência de novas discussões a respeito da prática profissional sob a luz das contribuições feministas gera possibilidade de mudanças tanto na estrutura social como no cuidado para a saúde das mulheres.

2.2 DA MEDICALIZAÇÃO À RETOMADA DO PARTO COMO UM EVENTO NATURAL

Ao analisarmos a história, podemos observar que a dor do parto é uma experiência antiga e que se modifica de acordo com a sociedade em que a mulher está inserida. Representações da dor do parto permeia o inconsciente de muitas mulheres em muitas civilizações ao longo do tempo fazendo com que haja uma aceitação da dor do parto como um evento inerente a este. Em contraponto, outras mulheres percebem esta dor como um sofrimento evitável e buscam estratégias para evitá-la ou minimizá-la através da utilização de métodos farmacológicos e não farmacológicos e até mesmo a busca pelo parto cirúrgico programado.

Em diversas culturas a dor do parto é entendida como mecanismo natural de concentração e mobilização da mulher para reunir um conjunto de energias e não necessariamente significa sofrimento. Dessa forma a dor do parto é vivida com maior naturalidade e o parto é reconhecido como momento de força e potência da mulher (LANSKY, 2015).

De acordo com a mesma autora, as relações de gênero influenciam diretamente o significado cultural do sofrimento no parto, expressão da punição da mulher pela própria experiência da sexualidade, da singularidade feminina e da maternidade. No Brasil e em vários países da América Latina em que a desigualdade de gênero é muito forte, a violência institucional no parto manifesta-se no momento do parto com a mulher em posição litotômica,

sozinha, submetida a intervenções desnecessárias e dolorosas ferindo sua integridade moral e corporal.

O atendimento à mulher durante a gestação e o parto reflete as relações sociais e políticas que dizem respeito à interação assimétrica e hierárquica entre desiguais, pois parte do princípio de que corpos de mulheres são defeituosos e dependente da tutela médico-cirúrgica. O entendimento sobre estas concepções de gênero nos permite compreender as relações que se estabelecem entre mulheres e profissionais de saúde, principalmente no momento do parto, onde a mulher apresenta pouco ou nenhum poder de decisão sobre o seu parto e corpo e muitas vezes vivência situações de submissão, dor e violência.

Do século XVI ao XIX as vivências do parto possuíam caráter íntimo e privado, sendo uma experiência compartilhada entre mulheres, e a participação masculina requerida somente quando havia complicações ou dificuldades. Havia uma grande variedade de talismãs, orações e receitas mágicas para aliviar a dor, e a parturiente era auxiliada por mulheres, geralmente idosas, que, junto com as parteiras, acompanhavam todo o trabalho de parto. Era o chamado parto social, expressão antiga utilizada para traduzir o parto que ocorria no contexto domiciliar caracterizado como um espaço feminino (SALIM *et al.*, 2012).

A partir do século XX o parto passou a ser executado dentro do hospital, num modelo masculino de cuidado, onde o maior objetivo era promover o controle e o domínio de práticas intervencionistas pelos médicos e não mais as necessidades de mulheres parturientes. Este processo de medicalização do parto sofreu forte resistência por parte das mulheres, mas a argumentação com bases científicas, instrumentalização e imagem de competência e superioridade do médico em relação às parteiras culminou com desqualificação e esquecimento destas no decorrer do século. Ainda a esta época, o uso de técnicas assépticas e as operações obstétricas em partos complicados e perigosos qualificavam a hospitalização do parto como um evento seguro (PONTES *et al.*, 2014).

A partir desta mudança no modelo de atenção ao parto, as mulheres foram perdendo autonomia de escolha quanto ao seu parto, o lugar onde desejam parir e, principalmente, o controle sobre o próprio corpo durante a parturição. As práticas utilizadas no modelo biomédico são intervencionistas e prescritivas e neste cenário a mulher tornou-se coadjuvante e o médico, ator principal (SALIM *et al.*, 2012; PONTES *et al.*, 2014).

Assim, a hospitalização e medicalização do parto apesar dos avanços importantes para a melhoria da assistência em situações de risco trouxe também a negligência, a imprudência,

intervenções desnecessárias e iatrogênicas, bem como a desumanização da assistência e transformação do papel da mulher de protagonista para objeto do processo de parto.

Buscando reverter este processo o movimento feminista, impulsionado pela percepção das desigualdades sociais existentes entre os sexos e pela fragmentação da assistência prestada à população feminina, iniciou a busca por mudanças deste cenário. As mulheres através de movimentos sociais organizados demonstraram sua insatisfação quanto à violência corporal sofrida em relação ao uso exagerado de cesarianas e esterilizações. Já nos anos 80, a insatisfação com o modelo obstétrico fundamentando no autoritarismo, desrespeito à autonomia das mulheres e a existência de práticas obstétricas intervencionistas fez surgir o movimento de humanização do parto e do nascimento. Este ligado ao movimento feminista defende a transformação do modelo assistencial, dando lugar a novos paradigmas que consideram e valorizam a mulher em sua totalidade (CHERNICHARO, 2014).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi implantado em 1984 pelo Ministério da Saúde (MS) para melhoria da atenção à saúde das mulheres, tendo como diretrizes a integralidade da atenção à saúde sexual e reprodutiva de mulheres, e a humanização da assistência durante todas as fases da vida das mulheres. Com o intuito de ampliar essa atenção foi instituído em 2004 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), este se configurou como um avanço em termos de direitos sexuais e reprodutivos ao promover princípios como autonomia e participação da mulher (MONTE, RODRIGUES, 2013).

Especificamente em relação ao parto, a humanização refere-se a uma multiplicidade de conceitos com propostas de modificação das práticas das instituições de saúde (DINIZ, 2005). Neste sentido o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), pioneiro em tratar da humanização na saúde, foi criado com o objetivo de garantir uma assistência humanizada e segura à mulher durante o período reprodutivo. Este enfatiza a participação da enfermeira obstetra, integrando uma equipe mínima de profissionais para a realização de parto dentro das instituições públicas de saúde assegurando a assistência à mulher gestante na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2000).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em avaliação científica das práticas de assistência ao parto evidenciou a efetividade e a segurança de uma atenção ao parto normal com o mínimo de intervenção e com procedimentos centrados nas necessidades da parturiente ao invés de organizados em função das necessidades das instituições (WHO, 1996). O

protocolo Care in normal birth: a practical guide elaborado pela OMS baseada em evidências científicas de pesquisas feitas no mundo todo categoriza abordagens na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser feito. Dentre as recomendações inclui o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, tecnologias acessíveis, não invasivas e de baixo custo, sendo possíveis de serem ofertadas por todos os serviços de saúde (LEAL *et al*, 2014).

Mais recentemente, em 2011, o MS preocupado em reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil, ainda elevadas no Brasil, institui a estratégia Rede Cegonha que tem entre seus objetivos promover uma atenção à gravidez, parto e puerpério de forma humanizada e qualificada. Dentre suas ações destacamos o incentivo à realização de boas práticas de atenção ao parto preconizadas pela OMS (CASSIANO *et al.*, 2014).

Diante da formulação dessas políticas públicas voltadas à assistência ao parto e nascimento com elemento da qualificação do cuidado, entra em cena a atuação da enfermagem obstétrica.

Em 1998, buscando a redução do índice de morbimortalidade materna e perinatal e considerando a necessidade de aprimoramento da assistência ao parto normal, o MS passa a reconhecer a importância da enfermeira obstetra para a melhoria na qualidade da assistência. O parto normal sem distócia realizado por enfermeira obstetra é institucionalizado através de portaria neste mesmo ano (BRASIL, 2001).

Embora haja esse movimento em direção à humanização orientado por políticas públicas, práticas intervencionistas na assistência ao parto ainda persistem determinadas por fatores institucionais, culturais e referentes à gestão dos serviços de saúde bem como crenças e valores de profissionais de saúde diante da medicalização do parto.

O paradigma humanista na atenção ao parto e nascimento deve ser fortalecido, substituindo o paradigma hegemônico, centrado na medicalização e no uso de tecnologias. Para tanto, práticas de cuidado humanístico centradas na mulher e no respeito aos seus direitos devem ser implementadas.

2.3 A DOR DO PARTO: ASPECTOS BIOLÓGICOS E SOCIO-CULTURAIS

A compreensão sobre a natureza da dor do parto se faz importante para amparar o cuidado dedicado às mulheres. É preciso considerar a dor do parto e seus mecanismos na sua

dimensão biológica, aspectos neurofisiológicos, localização, intensidade, evolução. Para além da biologia é preciso considerá-la como uma experiência subjetiva, complexa e multidimensional que agrega aspectos comportamentais, emocionais e cognitivos, bem como aspectos relacionados ao cuidado.

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define a dor como uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou relacionada a lesão real ou potencial de tecidos (SBED, 2006).

A dor do parto é definida como uma experiência sensorial e emocional que varia de prazerosa a desagradável e resulta de interações complexas de aspectos clínicos, hormonais e mecânicos do parto e de estímulos nociceptivos provenientes do amadurecimento cervical, contrações uterinas, dilatação da cérvix e da descida fetal. Essa dor é ainda modulada por eventos cognitivos de origem física, cultural, emocional, psicológica e de percepção sensorial que varia de leve a intensa, com tendência a aumentar a intensidade e frequência do início do período de dilatação ao período de expulsão (MAZONI, 2013).

A dor durante o parto é um fenômeno fisiológico que na primeira fase do trabalho é associada com isquemia do útero durante as contrações, já no segundo estágio, a dor é causada pelo alongamento da compressão da vagina e períneo e de estruturas pélvicas (ALMUSHAIT; GHANI, 2014). Segundo outros estudos a dor comporta-se de forma diferente nas diversas etapas do trabalho de parto, tende a iniciar na fase de latência, também chamada de falso trabalho de parto, onde as contrações são curtas, irregulares e espaçadas (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2014).

No primeiro estágio do trabalho de parto, período de dilatação, a dor visceral avança com a dilatação do colo associado a fatores como: contração e distensão das fibras uterinas, distensão do canal de parto, tração de anexos e peritônio, pressão na uretra, bexiga e outras estruturas pélvicas, e pressão sobre as raízes do plexo lombo-sacro. A inervação uterina e anexial são autonômicas, mediada principalmente pelo Sistema Nervoso Simpático, que conduz estímulos de características viscerais, com aferências no Sistema Nervoso Central no nível de T10, T11, T12, L1 (BRASIL, 2001).

No segundo estágio, período de expulsão, a dor assume características somáticas em decorrência da distensão perineal exercida pela altura da apresentação fetal ao nível da pelve promovendo estiramento de fâscias e tecidos subcutâneos do canal do parto. O nervo podendo, formado por fibras de S2-S3-S4, inerva a maior parte da região perineal por fibras

A-8 e C, que penetram no corno dorsal da medula e fazem sinapses com neurônios que prosseguem para centros superiores e outros envolvidos em arcos reflexos medulares, sofrendo neste local um complexo processo de modulação (DAVIM *et. al*, 2009). Sendo assim as sensações dolorosas do trabalho de parto localizam-se principalmente no abdome, baixo ventre, virilha e costas.

A dor durante o trabalho de parto promove o aumento da secreção de catecolaminas e cortisol, e resulta em respostas fisiológicas como o aumento do débito cardíaco, da pressão arterial e da resistência vascular periférica, modificações na função gastrointestinal e acidose metabólica materna progressiva. O aumento de cortisol e catecolaminas promovido pela dor se intensifica se associado à ansiedade e medo podendo afetar a contractilidade e o fluxo sanguíneo uterino (BRASIL, 2001). A ocitocina é outro hormônio que exerce papel relevante no trabalho de parto, responsável pela contratilidade uterina, distensão do assoalho pélvico e vagina no segundo estágio do trabalho de parto, é considerado o hormônio central no comportamento reprodutivo. As endorfinas liberadas entre as contrações promovem sensação de bem-estar, satisfação, autoestima e segurança, bem como efeito amnésico sobre a memória da dor. A adrenalina liberada no organismo em resposta ao stress, medo, ansiedade, experiência prévia de dor compete com a liberação de endorfinas e ocitocina interferindo desta forma na evolução do trabalho de parto (MAZONI, 2013).

Estudo evidenciou que as manifestações de dor mais frequentes foram comportamento agressivo, relato verbal ou codificado, evidência observada de dor, diaforese, expressão facial de dor, gestos protetores/comportamento de defesa, posição antálgica, comportamento de distração, foco em si próprio. Além de indicadores clínicos peculiares como contração uterina e sensação de pressão no períneo, essa evidenciada por relato de vontade de evacuar (MAZONI, 2013).

Segundo a mesma autora, reações emocionais como agitação, gemer, chorar, suspirar, irritabilidade, desgaste, exaustão, sofrimento, nervosismo, tensão, descontrole, agressividade, raiva, preocupação, medo e, contraditoriamente prazer podem ser desencadeadas pela dor no trabalho de parto. Ainda neste estudo, essas reações foram observadas em 93,9% das parturientes na fase ativa inicial e 100% na fase ativa final.

Em pesquisa nacional o medo da dor do parto foi citado por 46,6% de mulheres como motivo pela escolha pela via de parto cesariana. Este foi referido por uma proporção significativamente maior de primíparas atendidas nos serviços públicos de saúde

(DOMINGUES, 2014). O medo ocorre por crenças existentes e falta de informação, porém o estímulo à autonomia e protagonismo da mulher no seu parto o torna menos doloroso e mais gratificante. A qualidade no atendimento prestado, relacionamento interpessoal com profissionais de saúde influenciam na formação de crenças sobre a parturição, interferindo deste modo nas escolhas destas mulheres seja ainda no pré-natal ou mesmo durante o trabalho de parto.

Portanto, a dor do trabalho de parto deve ser considerada em toda sua complexidade e individualidade almejando uma abordagem biopsicossocial e cultural no direcionamento do cuidado prestado à mulher com dor no trabalho de parto.

2.4 MÉTODOS TERAPÊUTICOS PARA ALIVIO DA DOR DO PARTO

Diversas práticas terapêuticas vêm sendo utilizadas no sentido de aliviar a dor no trabalho de parto. Dentre estes, os métodos farmacológicos sistêmicos ou regionais que pretendem eliminar a sensação física da dor (ALMUSHAIT; GHANI, 2014).

O controle da dor por métodos farmacológicos sistêmicos consiste na administração de fármacos, geralmente por via parenteral. Os opióides são os agentes mais eficientes para o controle da dor do trabalho de parto. Como benefícios são considerados a fácil administração e aceitação pelas parturientes. Os riscos estão associados a danos maternos como náuseas e vômitos e depressão respiratória, bem como estudos evidenciam danos ao neonato como depressão respiratória e escores mais baixos na avaliação neurocomportamental que podem perdurar por 48 horas. A analgesia por bloqueio regional é mais seguro que a via sistêmica e tem se mostrado efetiva em aliviar a dor em 80 a 90% das parturientes, porém tem como malefícios a hipotensão materna, relaxamento do assoalho pélvico e da parede abdominal, prolongamento do período expulsivo com consequente utilização de instrumental (BRASIL, 2001).

Por outro lado, métodos não convencionais vêm sendo utilizados há milênios em diversas sociedades no cuidado à mulher com dor no trabalho de parto convergindo, atualmente, com a proposta de humanização da assistência ao parto e nascimento. Dentre estas práticas, os métodos não farmacológicos (MNFs) são preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em suas recomendações para o atendimento ao parto normal e são classificados como “condutas claramente uteis e que devem ser encorajadas”. Massagens,

técnicas de relaxamento, liberdade de posição e movimentação durante o trabalho de parto são exemplos de tecnologias acessíveis, seguras, não invasivas e de baixo custo possíveis de serem ofertadas por todos os serviços de saúde (WHO, 1996).

Pesquisas têm evidenciado o aumento no conhecimento e utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto proporcionando o protagonismo da mulher, maior conforto e, portanto, uma experiência parturitiva mais positiva. Os benefícios citados na literatura vão desde distração, conforto, alívio para a parturiente, até mesmo redução no tempo do trabalho de parto e redução de danos e iatrogenias. Pesquisa evidenciou que o apoio contínuo durante o trabalho de parto favorece o parto vaginal espontâneo, reduz a necessidade de analgesia farmacológica e aumenta a satisfação das parturientes. Além disso, reduz o tempo de trabalho de parto, diminui o risco de cesariana e de parto vaginal instrumental. Configura-se como apoio contínuo a presença de uma pessoa experiente na prestação de apoio no parto, informação, orientação e medidas de conforto para alívio da dor do parto (HODNETT, GATES, SAKALA, 2012).

Estudo realizado em Casa de Parto Normal (CPN) evidenciou a utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto em 80% das parturientes, o que demonstra a preocupação de profissionais de saúde desta instituição em colaborar com o conforto e enfrentamento da dor do parto destas mulheres. As CPNs adotam o modelo de parto humanizado preconizado pelo OMS e MS e se caracterizam por favorecer o parto fisiológico seguro e qualificado, com o uso de tecnologias não invasivas e de cuidado de enfermagem obstétrica (OLIVEIRA *et. al.*, 2014).

Diversos métodos não farmacológicos estão disponíveis como estratégia para alívio da dor e melhor vivência do parto. Dentre os mais empregados durante o trabalho de parto, pesquisas citam a mudança de posição, deambulação, exercícios respiratórios, massagem lombossacral, banho de imersão e aspensão, técnicas de relaxamento muscular, método cavaleiro, bola suíça, aromaterapia, musicoterapia (GALLO, 2011; BORGES, 2011; WHO, 1996).

a) Deambulação e mudança de posição

Dentre as técnicas utilizadas, a deambulação e/ou posição verticalizada é uma das mais frequentes e mostrou ser uma estratégia importante para o alívio da dor nas parturientes

retirando o foco de atenção na dor ao possibilitar, por exemplo, sua ida ao chuveiro para o banho de ducha, melhorando a progressão do parto. Durante a fase ativa do TP, o uso associados da massagem lombossacral, exercício respiratório, relaxamento, crioterapia, banho de chuveiro e de imersão se mostraram eficazes (MAFETONI; SHIMO, 2014).

A deambulação é um recurso que reduz o tempo do trabalho de parto devido ao efeito favorável da gravidade e mobilidade pélvica. Atua na coordenação miometrial e aumenta a dilatação cervical e descida fetal (GALLO, 2011).

A mobilidade materna ou livre escolha de posição durante o trabalho de parto é eficaz visto que promove a dilatação cervical, promove o alívio da dor durante as contrações e facilita a descida fetal. As posturas mais citadas na literatura são sentada no leito, cadeira, banqueta, decúbito lateral, ajoelhada, agachada, quatro apoios, em pé com inclinação de tronco, dentre outras, sempre de acordo com as habilidades motoras de cada parturiente. A alternância contínua de posturas, priorizando as verticais (posições com o tronco a favor da linha da gravidade), deve ser estimulada durante o trabalho de parto, porém sob supervisão, para melhor adequação postural (GALLO, 2011).

b) Banho

O banho de aspensão tem como objetivo promover o relaxamento corporal visto que o contato com a água aquecida leva à vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo propiciando o relaxamento muscular. Esse método eleva as endorfinas e reduz as catecolaminas, diminuindo a ansiedade e propiciando o bem estar da parturiente. Para fins terapêuticos é necessário que a água seja morna ou quente e que a paciente permaneça por no mínimo 20 minutos com a região dolorosa sob a fonte de água (GALLO *et al.*, 2011; LEMOS 2014).

Revisão integrativa utilizando 13 artigos publicados no período de 2007 a 2011 identificou os métodos não farmacológicos utilizados e sua eficácia. Oito destes estudos concluíram que o banho de aspensão propiciou alívio da dor das parturientes durante o trabalho de parto, provocando relaxamento e conforto. Em alguns casos, descreveu-se ainda a diminuição de solicitação de analgesia farmacológica (LEMOS *et al.*, 2014).

Corroborando com estes achados, estudo de Barbieri e colaboradoras (2013) concluiu que a utilização de intervenções não farmacológicas para alívio da dor durante a fase ativa do

trabalho de parto, como o banho de aspersão de forma isolada e o uso deste com a bola suíça de forma combinada reduz o score de dor referido pelas parturientes, promovendo o relaxamento e a diminuição da ansiedade.

Outro estudo utilizando escala de dor antes e após uso do banho de chuveiro mostrou diferença significativa ($p < 0,01$) de 25 mm na mensuração da dor quando comparada o momento antes e após da intervenção com banho de chuveiro (SANTANA *et al.*, 2013).

Gayeski e Bruggemann (2010) identificaram que o banho de imersão apresentou resultados positivos para o alívio da dor nas pesquisas em que foi avaliado. Contudo, este método tem baixa aplicabilidade pois o uso de banheiras não faz parte da realidade da maioria das instituições hospitalares públicas.

c) Massagem

Com o uso da massagem corporal foi evidenciado o alívio da dor e potencialização no processo de relaxamento por meio do toque, diminuindo o estresse emocional e liberando o fluxo sanguíneo para melhor oxigenação dos tecidos, principalmente quando associada a outros métodos não farmacológicos (GALLO, 2011; LEMOS, 2104).

A massagem pode ser aplicada em qualquer região que a parturiente relatar desconforto e pode também ser combinada com outras terapias. Mais frequentemente é utilizada na região lombossacral e combinada com o uso de bola suíça ou cavalinho, por ser uma técnica simples a massagem pode ser realizada pela equipe de enfermagem ou pelo acompanhante, o importante para a parturiente é sentir a presença e o apoio alheio. A aplicação de massagem lombossacral aos 6, 8 e 9 cm de dilatação do colo uterino associada a exercícios respiratórios e relaxamento muscular mostrou-se efetiva no alívio da dor (DAVIM, TORRES, 2009).

d) Bola suíça

Em relação ao uso da bola suíça, afirma-se os benefícios da mobilidade da parturiente proporcionada pelo uso desta no trabalho de parto, como aumento da tolerância à dor, diminuição do uso de fármacos, melhora na evolução da dilatação e redução da duração da fase ativa do trabalho de parto (GALLO, 2014).

Este mesmo estudo demonstrou que a bola suíça foi um instrumento auxiliar efetivo na adoção de posturas verticais e no alívio da dor no início do trabalho de parto. A bola suíça desenvolvida em 1963 por Aquilino Cosani, fabricante italiano de plásticos recebeu este nome devido aos benefícios percebidos na Suíça. Recentemente, passou a ser utilizado na assistência à parturiente em centros de partos normais como um auxiliar na adoção das posturas verticais e no suporte para outras técnicas como massagem, banho de aspersão, alongamentos e mobilidade pélvica. Além disso, por ser um método lúdico, o uso da bola proporciona distração e tranquilidade diminuindo assim a tensão física e emocional da parturiente (GALLO *et al*, 2014; SILVA 2011).

e) Cavalinho

O “cavalinho” é um instrumento recomendado para utilização no trabalho de parto, assemelha-se a uma cadeira invertida, onde a gestante apoia-se com o peso do corpo voltado para frente, proporcionando alívio na região lombar. Nesta posição pode ainda receber massagem na lombar, com a finalidade de relaxar e aliviar a dor do trabalho de parto. Poucos estudos foram encontrados relacionando a utilização e benefícios deste método. O método cavalinho ou movimento pélvico proporciona a livre movimentação, diminuído a dor e auxiliando na progressão do trabalho de parto (LEMOS, 2014).

A despeito das evidências científicas que confirmam os benefícios do uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor do parto, a elaboração de políticas públicas de saúde e recomendações para a assistência humanizada à mulher no processo de parturição, observa-se ainda a permanência da banalização da dor do trabalho de parto em muitas maternidades. A pesquisa Nascido no Brasil, estudo de base hospitalar realizada evidenciou que somente 27% das gestantes utilizaram procedimentos não farmacológicos para alívio da dor. A analgesia raqui/epidural foi utilizada somente em 30% das parturientes (LEAL *et al.*, 2014).

As razões para a manutenção deste cenário vão desde questões de gestão, desconhecimento e despreparo de profissionais, desmotivação, crenças, perpetuação do modelo tecnocrático de assistência à saúde, entre outras. Estudo realizado com profissionais de saúde traz a falta de tempo, falta de gestão, desconhecimento, desmotivação das parturientes, forte crença na analgesia farmacológica como as barreiras mais frequentes para não utilização de MNFs para alívio da dor (ALMUSHAIT; GHANI, 2014). Com frequência é

citado o inadequado número de funcionárias de enfermagem e a falta de tempo como importante barreira. Também o comportamento tradicional de profissionais de saúde e a naturalização da dor do trabalho de parto foram relatados neste estudo (HODNETT *et al.*, 2013).

A criação e regulamentação de políticas hospitalares internas, estabelecimento de protocolos se faz necessária para adequar a realidade de atenção ao parto vigente ao modelo de atenção preconizado de acordo com os ideais de humanização. A atuação da enfermagem no cuidado à mulher com dor no trabalho de parto é de extrema relevância porém a sobrecarga de trabalho, atividades administrativas e troca de plantão durante o trabalho de parto das mulheres comprometem o cuidado prestado.

2.5 O CUIDADO DE ENFERMAGEM À MULHER DURANTE O PARTO

O cuidado constrói o mundo e as relações a partir de laços afetivos, é uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 1999).

O ser humano é um ser de cuidado. Todas as pessoas são capazes de cuidar e necessitam de serem cuidadas. A capacidade para o cuidado é variável de acordo com as circunstâncias e dependerá da forma como as pessoas foram cuidadas ao longo da vida, ambiente, cultura, economia, política e religião. O cuidado Humano não pode ser pré-estabelecido porquanto precisa ser sentido, vivido, experienciado. Para assumir o cuidado como um valor é necessária consciência do que ele significa para cada pessoa, o que só é possível a partir da interação entre pessoas cuidadoras e cuidadas (WALDOW, 1999).

Para cuidar é imprescindível compreender o significado do cuidado para si e para a pessoa cuidada. Este requer habilidades para reconhecer valores pessoais, cultivar a sensibilidade e estabelecer uma relação de confiança mútua. Pensar no cuidar implica pensar nos princípios da humanização, pois o cuidado de enfermagem está diretamente correlacionado ao cuidar do outro, ser humano em constante interação com o próximo e com seu meio ambiente (SALIM *et al.*, 2012).

A enfermagem se insere enquanto uma ciência do cuidado humano. Profissionais de enfermagem exercem um cuidado relacional uma vez que estão em constante interação com a pessoa cuidada, devendo apreendê-la e compreendê-la para prestar um cuidado integral. Ao

valorizar aspectos da cultura, história de vida, sentimentos e experiências, profissionais de enfermagem exercitam o cuidado em sua plenitude e ao cuidar se renova e se desenvolve ao lidar com as suas próprias qualidades e possibilidades.

Apesar das dificuldades impostas pelo modelo médico hegemônico, a enfermagem é a categoria da área de saúde que vem buscando superar a reprodução deste modelo biomédico.

A inserção da enfermeira obstetra na assistência ao parto normal sem distócia tem sido estimulado por políticas governamentais como estratégia para mudança de paradigma no modelo de atenção ao parto. As contribuições desta categoria profissional são descritas como valorização do parto normal, respeito ao protagonismo da parturiente, cuidados que proporcionam dignidade, segurança, privacidade, medidas de conforto e alívio da dor, apoio e orientação (VERSIANI *et al.*, 2014).

A relação de confiança que se estabelece com profissionais de saúde durante o parto é fator de satisfação das mulheres parturientes e está intimamente associada à capacidade de empatia destes profissionais (SALIM, 2012).

O modelo de atenção ao parto, atualmente hegemônico no Brasil tem sido denunciado por profissionais e movimentos sociais articulados em torno de um conjunto de valores e práticas identificadas pela noção de humanização da assistência ao parto e ao nascimento. Neste movimento, nasce o resgate do cuidado exercido pela enfermagem, em especial a enfermeira obstetra, por estar presente em todos os momentos da parturição.

Neste sentido a enfermagem tem sido pioneira em prestar um cuidado à mulher parturiente de forma diferenciada, em consonância com os princípios da integralidade. Para que este cuidado seja possível é necessário despojar-se de preconceitos, tabus, respeitar as diversidades culturais e religiosas, o modo de viver e sentir dessas mulheres, colocando-as em posição de protagonistas de sua história (BRASIL, 2014).

Resgatar os significados do processo parturitivo e reconhecer a importância do cuidado para com as mulheres neste período através da reflexão crítica e tomada de consciência proporciona um cuidado de enfermagem adequado, seguro e humanizado pensado a partir das necessidades individuais das mulheres e com respeito à sua autonomia e protagonismo.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa que utiliza a abordagem da pesquisa-ação participativa em saúde.

A escolha pela por este tipo de abordagem foi motivada pelo anseio em promover transformações no cuidado às mulheres durante o parto no ambiente hospitalar, sendo imprescindível a participação das pessoas envolvidas neste cuidado. Para Freire (1980) é imprescindível conhecer a realidade das pessoas antes de qualquer intervenção, só assim as pessoas ativas no processo de intervenção-transformação desenvolvem uma conscientização que se converte em mudança.

A abordagem participativa promove a interação entre as pessoas envolvidas na pesquisa, através do diálogo entre o conhecimento científico e o saber local possibilitando a compreensão da complexidade do problema, por meio da participação ativa das pessoas envolvidas, com vistas à produção do conhecimento e à ação transformadora da realidade.

A adoção deste aporte teórico-metodológico da pesquisa participante justifica-se na afirmação de Brandão (1986) de que os sentidos de pesquisar e educar estão entrelaçados como um movimento único e dialético que visa, ao fim, à transformação de uma situação.

A investigação-ação participativa em saúde (IAPS) é abordagem colaborativa de investigação e com foco na área de saúde que envolve ativamente as pessoas de um grupo em torno de problema tendo como objetivo conhecimento e ação para alcançar a transformação pretendida. Implica em desenvolver parcerias, reconhecendo e potencializando as qualidades e particularidades de participantes da pesquisa (MARTINS, 2013).

Diversas pesquisas caracterizam a investigação participativa no intuito de defini-las enquanto método de pesquisa, entretanto sua distinção fundamental é a participação democrática e a aprendizagem social de pessoas ou população envolvida na investigação. O International Collaboration on Participatory Health Research (ICPHR) estabelece alguns princípios que norteiam este tipo de pesquisa: é baseada na realidade das pessoas permitindo desta forma a transformação no local da pesquisa; é um processo coletivo onde o termo co-pesquisadora ou co-investigadora designa todos as pessoas do grupo de pesquisa e o papel da liderança é de facilitação no desenvolvimento da mesma; almeja a transformação social na vida/trabalho daquelas que são foco da pesquisa; estimula o desenvolvimento da consciência crítica permitindo novas associações entre teoria e prática, questionando seus papéis e seu conhecimento a partir de suas experiências; o conhecimento produzido é local, coletivo e dialógico; surge de uma situação insatisfatória que as pessoas envolvidas desejam melhorar (ICPHR, 2013).

Pretende-se que neste tipo de investigação haja uma participação equitativa entre todos os participantes da pesquisa, entretanto é possível que a participação seja variável ao longo do processo. Cornwall e Jewkes apud Martins (2013) definem os níveis de participação em contratual – onde as pessoas são contratadas como informantes em pesquisas; consultivo – as pessoas são consultadas por investigadores antes das intervenções serem feitas; colaborativo – participantes da pesquisa trabalham juntos em projetos dirigidos, implementados e geridos por investigadoras; e colegial – investigadoras e participantes da pesquisa trabalham coletiva e equitativamente, combinando suas diferentes competências num processo de aprendizagem mútua.

Sobre validade da pesquisa participativa existem diversos critérios na literatura. De acordo com Greenwood e Levin apud Martins (2013) a adequação da solução encontrada para o problema através da investigação, bem como a mudança operada a partir do desejo dos participantes durante a investigação validam a pesquisa participativa em saúde. Para o International Collaboration on Participatory Health Research (ICPHR) são critérios de validade: as partes interessadas serem ativas na pesquisa(participativa); significância da pesquisa para as partes envolvidas; relacionar-se com a situação local; o projeto e os seus resultados devem possibilitar a ação, conferindo a utilidade da pesquisa (ICPHR, 2013).

3.1 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em um hospital de ensino, pesquisa e assistência em saúde localizado na Bahia. Para a atenção em saúde reprodutiva das mulheres, a instituição dispõe de 77 leitos obstétricos, emergência, centro obstétrico e serviço de pré-natal para gestação de risco. Além destes, presta assistência ao parto de mulheres com gestação sem risco clínico, que chega ao hospital por demanda espontânea ou por vinculação com serviços de pré-natal. De acordo com dados estatísticos locais, em 2014, 48% dos partos ocorridos foram normais.

O cenário do hospital do estudo é de baixa utilização de recursos para alívio da dor do parto refletindo negativamente no cuidado às mulheres que utilizam o serviço. No período de janeiro a julho de 2015 apenas 10% das parturientes utilizaram algum MNFs para alívio da dor. Os métodos não farmacológicos disponíveis no serviço são banho de chuveiro, cavalinho, bola suíça, massagem, aromaterapia e musicoterapia.

Contribui para o cenário a ambiência inadequada à assistência ao parto normal. As mulheres seguem uma via-crúcis até o momento do parto, sendo admitidas na emergência obstétrica e transferidas ao setor de pré-parto e novamente à sala de parto quando na fase final do trabalho de parto. Durante o período são assistidas por vários profissionais de distintas categorias: enfermagem, medicina e estudantes. Invariavelmente, percebemos muitas mulheres com dor e desconforto demonstrando intenso sofrimento através de formas típicas de expressão da dor do parto: gritos, pedidos de ajuda, fâcies de dor, contorção conjugada à aposição de uma das mãos no baixo ventre.

Em 2011, o hospital foi inserido na estratégia Rede Cegonha/MS. Nesse mesmo ano foi constituído o colegiado gestor do serviço materno-infantil, espaço de discussão coletiva, de caráter deliberativo, com periodicidade semanal, composto por pessoal da gestão: diretoria médica, diretoria administrativa, diretoria de enfermagem, coordenadores de serviços e representantes da equipe multiprofissional. Na oportunidade, foram estabelecidas estratégias para promoção de boas práticas na assistência às mulheres durante o parto, dentre estas, a utilização de MNFs para alívio da dor com a aquisição da bola suíça, cavalinho, cama de parto e criação de espaço para deambulação durante o trabalho de parto. Projetaram-se, também, outras adequações físicas e aquisição de insumos necessários ao pleno atendimento destas diretrizes.

Apesar da disponibilidade de recursos que poderiam aliviar a dor e proporcionar maior conforto para as mulheres, estes não eram utilizados rotineiramente. O serviço não dispõe de norma ou rotina relacionada ao manejo da dor do parto, tão pouco foi ofertado capacitação para utilização dos métodos não farmacológicos.

3.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

De acordo com a abordagem de pesquisa adotada, entendemos serem participantes da pesquisa todas as pessoas envolvidas no estudo com ações diferenciadas. Assim são participantes: as pesquisadoras - mestrandas que propôs a pesquisa e sua orientadora, estudantes de enfermagem, docente com expertise no uso de MNFs e as profissionais que aceitaram o convite para incluir-se na pesquisa.

Entretanto, para fins de coleta de dados e considerando os critérios de inclusão, participaram da pesquisa 18 mulheres profissionais de enfermagem, sendo 5 enfermeiras e 13

técnicas de enfermagem com idade entre 30 e 55 anos. Quanto ao estado conjugal, 12 vivem em união conjugal. Dezesesseis já pariram e têm um ou dois filhos/filhas, sendo a cesárea a via de parto predominante. Sobre o tempo de serviço no centro obstétrico nove trabalham há menos de 5 anos, seis entre 5 a 9 anos e três trabalham há 10 anos ou mais.

A representatividade destas não atendeu a critérios de amostragem. Vale salientar que o aceite imediato de todas ou quase todas para participar da pesquisa, nos deixou bastante animadas e interpretamos o fato como indícios positivos de disposição para mudanças.

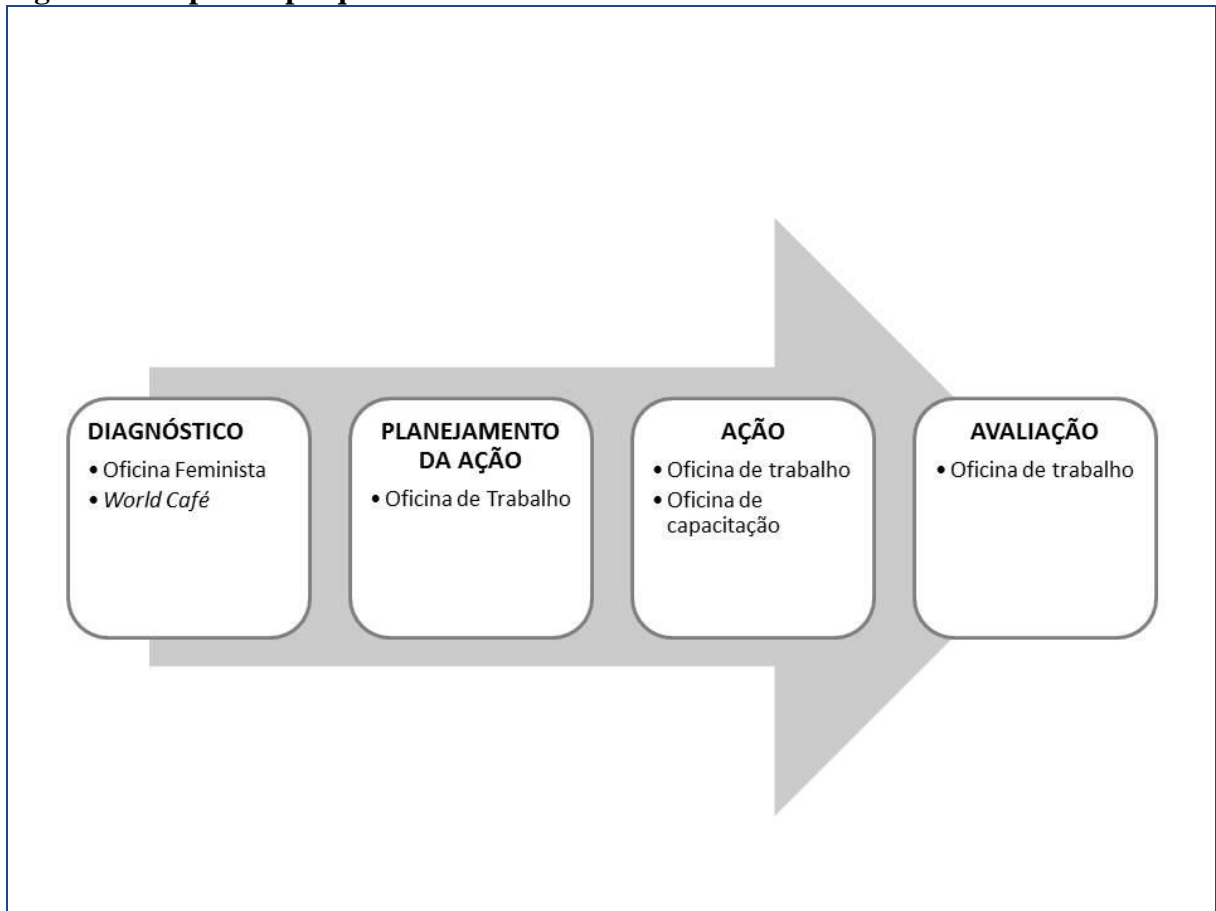
Considerando a importância da enfermagem no cuidado à mulher parturiente adotou-se como critério de inclusão ser profissional de enfermagem e trabalhar no centro obstétrico há mais de um ano.

A aproximação das profissionais de enfermagem com o objeto de estudo deu-se na comunicação estabelecida com uma das pesquisadoras e também enfermeira do serviço, observando, dialogando e sensibilizando no momento em que as situações de dor do parto se apresentavam no cotidiano do serviço. Em seguida, o chamado formal para participar da pesquisa foi feito através de convite entregue pessoalmente a cada com posterior divulgação em mural, livros de ocorrência e comunicação por meio de rede social já existente no serviço. As demais reuniões foram agendadas com o grupo e em seguida divulgadas conforme descrito anteriormente.

3.3 ETAPAS DA PESQUISA

A pesquisa-ação participativa pode ser estruturada de diversas maneiras em função do que se pretende investigar. De acordo com Thiollent (2011), quando se trata da análise de uma situação-problema, podemos estruturar a pesquisa de modo a privilegiar os seguintes aspectos: identificação de problemas relevantes dentro da situação investigada; estruturação e explicação dos problemas; definição de estratégia de ação para a resolução de problemas prioritários; acompanhamento dos resultados da ação e apresentação de uma síntese dos resultados obtidos em todas as fases. Cornwall e Jewkes, (1995) definem etapas denominadas diagnóstico, planejamento, ação e reflexão conduzida com e pelas participantes da pesquisa. Utilizando este referencial para nortear o processo investigativo organizamos esta pesquisa em etapas denominadas: diagnóstico, planejamento da ação, ação e avaliação (FIGURA 1).

Figura 1- Etapas da pesquisa e técnicas de coleta de dados



A etapa denominada de **diagnóstico** compreende a fase exploratória com a identificação de expectativas, objetivos, os problemas da situação e as características do grupo, bem como as possibilidades de apoio, convergências e divergências, posições otimistas ou não quanto ao desenvolvimento da pesquisa. Nesta pesquisa consideramos também a identificação e reflexão sobre os problemas prioritários na situação investigada (BRANDÃO, 1986; THIOLENT, 2011; LE BOTERF, 1984).

O **planejamento** consiste em definir estratégias de ação para a resolução de problemas prioritários, devendo ser elaborado e implementado coletivamente pelas participantes da pesquisa a partir da sua realidade. Nesta etapa o grupo de pesquisa estabeleceu as ações necessárias a partir dos problemas identificados, definiu prioridades, responsáveis, recursos e prazos (BRANDÃO, 1986; THIOLENT, 2011; LE BOTERF, 1984).

A etapa denominada **ação** compreende o que precisa ser feito ou transformado para solucionar um problema, podendo ser ela educativa, técnica, política, cultural ou

comunicativa. A concretização da ação deve contemplar uma avaliação permanente de sua orientação, conteúdo e efetivação (BRANDÃO, 1986; THIOLENT, 2011; LE BOTERF, 1984).

A **avaliação** compreende a confrontação crítica com os resultados e devolução da pesquisa ao grupo- retroalimentação, devendo esta ser realizada ciclicamente entre as etapas (BRANDÃO, 1986; THIOLENT, 2011; LE BOTERF, 1984). A avaliação nesta pesquisa ocorreu em todas as etapas, ao final de cada encontro. Após o desenvolvimento das ações estabelecidas como prioritárias foi realizada uma avaliação final através de questionário de pesquisa.

O detalhamento das etapas da pesquisa consta no manuscrito intitulado “Pesquisa-ação participativa em saúde no cuidado às mulheres”

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados ocorreu no período compreendido entre Julho de 2015 e abril de 2016.

Para o desenvolvimento da pesquisa ação participativa é necessário criar um ambiente que permita a livre expressão, sem coerção ou julgamentos, no qual participantes sintam-se seguras em expressarem opiniões divergentes ou críticas (BERGOLD; THOMAS, 2012). Desse modo, utilizamos técnicas de coleta de dados que estimulam a participação ativa das participantes; sensibilização para o tema, a partir da socialização das experiências pessoais de parto; reflexão coletiva, a partir da problematização do cotidiano de forma crítica, levando à tomada de consciência e motivação para transformação da realidade, de acordo com os princípios da pedagogia freireana (FREIRE, 2001).

A escolha das técnicas e instrumentos de coleta de dados deve estar de acordo com os objetivos, recursos e sua disponibilidade. Técnicas baseadas na conversação e, por isso centrada na perspectiva das participantes e com maior nível de interação são as mais adequadas à abordagem participativa (BRITO; MENDES, 2010). Nesse sentido, foram privilegiadas atividades grupais, conversação e a experimentação dos MNFs por meio de oficinas. Ainda dentro desta perspectiva, utilizamos as técnicas oficinas (feminista, de trabalho, de capacitação) e *World Café*. Complementarmente, utilizamos o questionário para avaliação da pesquisa.

A técnica **oficina feminista** foi utilizada no primeiro encontro do grupo, cujos principais objetivos foram sensibilizar as participantes da pesquisa e fomentar a confiança e coesão grupal. Durante a oficina foram abordadas vivências e experiências pessoais das participantes sobre o parto fomentando a reflexão e discussão sobre a construção social sobre a maternidade, ressignificando estas experiências a partir da perspectiva das construções de gênero.

A oficina feminista, também denominada de oficina de autoconsciência, constitui espaço privilegiado de troca de vivências e experiências, mas, também, de construção coletiva do pensamento e elaboração de estratégias e ações para promover transformações sociais, a partir da reflexão coletiva sobre os condicionamentos e hierarquias de gênero (SARDENBERG, 2011).

A técnica de conversação *World Café* foi utilizada na etapa diagnóstico da pesquisa e teve como finalidade promover debate sobre o tema de pesquisa envolvendo o grupo na identificação de problemas ou dificuldades que envolvem a prestação do cuidado de qualidade às mulheres, por meio do uso de MNFs. Esta técnica foi escolhida por promover a produção e compartilhamento de conhecimentos e pela possibilidade de aprendizagem real. Permite conversações organizadas, focadas, importante, decisivas com envolvimento e compromisso das pessoas. Consiste na disposição de participantes em grupos num ambiente descontraído e integrador onde as pessoas debaterão sobre determinado tema em busca de hipóteses e soluções (REPETTO *et al.*, 2009).

Já a **oficina de trabalho** foi utilizada na etapa de planejamento, ação e avaliação para definição de estratégias, elaboração de tecnologias educativas e avaliação dos resultados. Está pautada numa ética de intervenção que propõe uma construção compartilhada de conhecimento onde participantes da ação transformam e estão sendo transformadas durante o processo investigativo. O que se pretende é a construção de um produto que possa ser apropriado por participantes, dado que contém conhecimentos e experiências vivenciadas pelo grupo (FONSECA *et al.*, 2012).

As oficinas de trabalho foram planejadas e agendadas sempre em encontro anterior e de acordo com a disponibilidade das participantes. Ademais foi realizada divulgação em rede social do grupo para que mais participantes pudessem estar presentes às reuniões. Ao todo realizamos 6 oficinas de trabalho.

A primeira oficina de trabalho ocorreu na etapa planejamento culminando com a elaboração de um plano de ação a partir dos problemas identificados durante fase anterior da pesquisa.

A segunda oficina de trabalho teve com finalidade realizar a ação de elaboração de banners educativos destinados à equipe multiprofissional de saúde do serviço, mulheres e acompanhantes destas.

A terceira oficina de trabalho tratou da definição do protocolo a ser utilizado no serviço bem como do espaço físico escolhido para a utilização dos MNFs de alívio da dor do parto. Além disso realizou-se avaliação das ações e dos resultados alcançados.

A **oficina de capacitação** foi planejada a partir das demandas do grupo de pesquisa como uma intervenção necessária para socialização de conhecimento teórico-prático sobre os métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto. Foram realizadas três oficinas de capacitação utilizando a metodologia problematizadora. A partir da exposição de pequenos filmes sem o áudio retratando mulheres em trabalho de parto expressando dor e sofrimento no trabalho de parto as participantes expressaram ideias, sentimentos e opiniões. Em seguida sugeriram estratégias para aliviar a dor e o sofrimento apresentados. A oficina foi mediada por uma profissional especialista no tema e na utilização de oficina como estratégia educativa.

A descrição minuciosa das técnicas de coleta de dados e dos instrumentos correspondentes consta do capítulo Resultados, apresentado por meio de manuscritos.

3.5 FONTES, TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados da pesquisa são oriundos dos relatos das participantes nas oficinas, *World Café*, documentos escritos (listagem de problemas, plano de ação, questionário de avaliação) e consulta a documentos do serviço.

Os dados de fontes orais foram gravados. Em seguida foram transcritos, armazenados em um banco de arquivos do *Microsoft Word* e inseridos no software Atlas.ti versão 7.5.11, cuja licença anual foi adquirida pelo Grupo de Pesquisa ao qual o trabalho está vinculado – GEM Raça Etnia. O software Atlas.ti permite organizar dados obtidos através de instrumentos diversos tais como: respostas às questões abertas de questionários, relatórios de observação, áudios transcritos, imagens e vídeos. Tem como principal objetivo auxiliar na organização

dos registros efetuados, contribuindo para a confiabilidade do estudo (QUEIROZ; CAVALCANTE, 2011) e categorização das informações.

O uso desse software na pesquisa ampliou as possibilidades de visualização dos conteúdos existentes em cada categoria os quais possivelmente, não seriam facilmente detectáveis utilizando a técnica tradicional de leitura e organização manual de dados qualitativos de pesquisa.

A análise foi organizada nas fases: preparação dos dados, codificação das ideias centrais e interpretação (GIBBS, 2009).

As transcrições na íntegra foram organizadas cronologicamente permitindo seu acesso e nova escuta caso necessário de modo a facilitar a análise. A edição constituiu em seleção de trechos das falas que caracterizassem as codificações. Estas são uma forma de categorizar um texto ou parte dele estabelecendo ideias temáticas ou centrais (GIBBS, 2009).

A codificação foi baseada nos dados emergidos na pesquisa, ou seja, os significados foram extraídos dos dados sem considerar teorias preexistentes e posteriormente foram discutidos com o referencial teórico utilizado.

A codificação foi realizada após a transferência dos documentos de texto para o software Atlas.ti. sendo então denominados documentos primários. Após exaustiva leitura os trechos das falas foram denominados citações e agrupados em códigos por similaridade refletindo as ideias centrais nos relatos. Após este processo ocorreu a fase da interpretação onde as transcrições foram lidas repetidas vezes e correlacionadas com os códigos buscando desenvolver explicações analíticas a partir de estudos sobre o tema.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Foram respeitados os aspectos éticos regulamentados pelo Conselho Nacional de Saúde com base na Resolução 466/2012. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Bahia com parecer nº 1.172.330 de 01/07/2015 (ANEXO A), bem como houve autorização para o desenvolvimento da pesquisa no hospital do estudo (ANEXO B).

Todas as participantes tiveram conhecimento sobre a pesquisa e participaram livremente após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Respeitando os princípios éticos que regem esta pesquisa, foi assegurado às participantes a

livre expressão, anonimato e privacidade, bem como a possibilidade de desistência a qualquer tempo da pesquisa. Para preservar o anonimato as participantes foram identificadas pela letra P seguida de algarismo arábico.

Não houve custos ou quaisquer compensações financeiras para as participantes da pesquisa. Além disso, foram esclarecidos às participantes que os riscos possíveis da pesquisa estavam relacionados ao desconforto ao compartilhar vivências e sentimentos pessoais, bem como foram informadas sobre os benefícios pessoais e para o serviço. Foi informado ainda que os dados da pesquisa permanecerão arquivados por cinco anos na instituição de ensino a qual a pesquisa encontra-se vinculada.

3.7 PRODUTOS DA DISSERTAÇÃO

Por meio desta pesquisa, o Programa de Pós-graduação em Enfermagem/UFBA contribui com a formação qualificada de recursos humanos para a sociedade brasileira, e no particular, para a enfermagem, e contribui, ainda, para o crescimento pessoal e profissional da mestranda e das demais pessoas envolvidas.

A dissertação de mestrado foi apresentada na forma de 4 manuscritos, dois destes submetidos ou a serem submetidos a periódicos indexados, um manuscrito como capítulo de livro e um aceito e publicado em anais de Evento Científico.

a) Manuscrito 1- “Parir normal é uma experiência!”

b) Manuscrito 2- “Conhecimento de profissionais de enfermagem sobre métodos não farmacológicos para alívio da dor do parto”

c) Manuscrito 3- “Pesquisa-ação participativa em saúde: transformações no cuidado às mulheres com dor do parto”.

d) Manuscrito 4- “A construção social da maternidade: questões para o cuidado de enfermagem” publicado nos anais do XIX Encontro Internacional da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisas sobre Mulher e Relações de Gênero - A transversalidade de gênero na produção do conhecimento e nas políticas públicas (ANEXO D).

Como produtos locais foram realizados: capacitação para profissionais de enfermagem do local da pesquisa; criação e divulgação de recurso educativo relativo ao tema da pesquisa.

e) Curso de capacitação para o uso de MNFs de alívio da dor destinado às participantes da pesquisa e aberto às demais profissionais de enfermagem do centro obstétrico do hospital do estudo.

f) Elaboração e disponibilização no setor obstétrico de banners como uma tecnologia educativa sobre MNFs, destinada a profissionais, mulheres atendidas e acompanhantes: “Orientações para Acompanhantes” (APÊNDICE C); “Cuidados que Aliviam a Dor no Trabalho de Parto” (APÊNDICE D); Protocolo para uso de Métodos Não Farmacológicos de Alívio da Dor do Parto (APÊNDICE E).

g) Criação de um grupo de comunicação virtual (whatsapp) entre participantes da pesquisa: “CO em movimento”. A finalidade do grupo foi estabelecer comunicação rápida e efetiva entre as participantes. No decorrer da investigação esta ferramenta possibilitou melhora no relacionamento interpessoal e identidade de grupo, sendo mantida mesmo após o término da pesquisa.

4 RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão apresentados, a seguir, sob a forma de três manuscritos. Os artigos já submetidos ou a serem submetidos foram preparados de acordo com as normas dos periódicos escolhidos.

Manuscrito 1: “Parir normal é uma experiência!”

O manuscrito “Parir normal é uma experiência!” contempla o primeiro objetivo da pesquisa e foi elaborado de acordo com as instruções do periódico Interface – Comunicação, Saúde, Educação, órgão oficial de publicação da Universidade Estadual Paulista – UNESP, a qual o manuscrito encontra-se em processo de avaliação (ANEXO C). <http://www.scielo.br/revistas/icse/pinstruc.htm>. Acessado em novembro de 2015

Manuscrito 2: Conhecimento de profissionais de enfermagem sobre métodos não farmacológicos para alívio da dor do parto.

O manuscrito “Conhecimento de profissionais de enfermagem sobre métodos não farmacológicos para alívio da dor do parto” apresenta o segundo objetivo da pesquisa e foi elaborado baseando-se nas instruções às autoras para publicação do periódico Revista Gaúcha de Enfermagem, órgão oficial de publicação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

<<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/about/submissions#authorGuidelines>> Acessado em dezembro de 2015

Manuscrito 3: Pesquisa-ação participativa em saúde: transformações no cuidado às mulheres com dor do parto.

O terceiro manuscrito intitulado “Pesquisa-ação participativa em saúde: transformações no cuidado às mulheres com dor do parto” evidencia a utilização da pesquisa-ação participativa em saúde, e constituirá um capítulo do livro provisoriamente intitulado METODOLOGIAS PARTICIPATIVAS, a ser lançado durante o ano em curso.

4.1 **Parir normal é uma experiência!**
Normal Labor is an experience!
El parto normal es una experiencia!

Márcia Fernandes Silva. Mestranda em Enfermagem pela Universidade do Estado da Bahia (UFBA). Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher, Enfermagem, Gênero, Raça e Etnia - UFBA (GEM - raça e etnia).

Enilda Rosendo do Nascimento. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da UFBA. Pesquisadora e líder do Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher, Enfermagem, Gênero, Raça e Etnia - UFBA (GEM - raça e etnia).

Objetivo: Analisar a percepção de profissionais de enfermagem sobre o parto. Estudo qualitativo realizado na Bahia com a participação de nove profissionais de enfermagem. Os dados coletados foram submetidos à análise resultando os núcleos temáticos: parir normal é lindo, emocionante, é uma experiência! A dor que passa; o cuidado que alivia a dor; eu sonhava em parir normal, mas tive cesárea; medo, terror e trauma: a violência no parto. Concluiu-se que o parto normal foi valorizado como experiência positiva enquanto o parto cesáreo foi desagradável. A dor do parto foi intensa, contudo naturalizada. Os cuidados recebidos refletem recomendações da Organização Mundial de Saúde enquanto a ausência de protagonismo das mulheres caracteriza violência de gênero. A socialização das experiências fomentou transformações na prática profissional.

Descritores: Enfermagem; Parto; Mulheres; Compreensão

Objective: To analyze the perception of nursing professionals on delivery. Qualitative study in Bahia with the participation of nine nurses. Data were submitted to analysis resulting the themes: Labor is beautiful, exciting, it's an experience! The pain goes away; care relieves pain; I dreamed of the normal labor, but had cesarean section; fear, terror and trauma: violence in childbirth; sharing experience is transformative. It was concluded that vaginal delivery was valued as positive experience as cesarean delivery was unpleasant. The labor pain was intense, yet naturalized. The care received reflect recommendations of the World Health Organization as the lack of women role characterizes gender violence. The socialization of experiences fostered changes in professional practice.

Descriptor: Nursing; Parturition; Women; Comprehension

Objetivo: Analizar la percepción de los profesionales de enfermería acerca del parto. Estudió cualitativo en Bahía con la participación de nueve enfermeras. Los datos fueron sometidos a análisis resultante de los temas: El parto es hermoso, emocionante, es una experiencia! El dolor pasa; cuidado alivia el dolor; Yo soñaba con el dar a luz normal, pero tuvo una cesárea; el miedo, el terror y el trauma: la violencia en el parto. Se concluyó que el parto vaginal se valoró como una experiencia positiva mientras el parto por cesárea fue desagradable. El dolor

era intenso, pero naturalizado. La atención recibida reflejen las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud como la falta de papel de las mujeres caracteriza a la violencia de género. La socialización de experiencias promovió cambios en la práctica profesional.

Descriptores: Enfermería; el Parto; las Mujeres; Comprensión

Introdução

O parto é uma experiência singular para as mulheres e a forma como é vivenciado determina a constituição de crenças e valores que ao serem perpetuados faz criar e recriar representações do parto na sociedade.

Do século XVI ao XIX o parto possuía caráter íntimo e privado, sendo uma experiência compartilhada no contexto domiciliar entre mulheres¹. A partir do século XX o parto passou a ser executado em ambiente hospitalar, num modelo masculino de cuidado. O uso de técnicas assépticas e as operações obstétricas em partos complicados contribuíram para qualificar a hospitalização do parto como um evento seguro².

Apesar dos inegáveis avanços na assistência em situações de risco, o modelo biomédico, de assistência ao parto levou à perda de autonomia e protagonismo das mulheres sobre o seu corpo. A mulher passou de protagonista para objeto do seu próprio parto.

As iniciativas para modificar esse panorama refletem lutas políticas e ideológicas no campo da saúde desde a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), resultante da convergência de propostas do movimento sanitário e do feminismo³. Nos anos 80 contrapondo-se ao modelo biomédico obstétrico surgiu o movimento de humanização do parto e do nascimento, dando lugar a um novo paradigma que considerasse e valorizasse a mulher em sua totalidade⁴.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica práticas de assistência ao parto e nascimento com base em evidências científicas e recomenda uma atenção ao parto normal com o mínimo de intervenção e com procedimentos centrados nas necessidades da mulher parturiente⁵.

Em 2011, a estratégia Rede Cegonha⁶, iniciativa do Ministério da Saúde, ratifica a recomendação da OMS promovendo a humanização e qualificação da atenção à gravidez,

parto e puerpério. Dentre suas ações destacamos o incentivo à realização de boas práticas de atenção ao parto e nascimento⁷.

As experiências de parto são permeadas por fatores culturais, emocionais e psicológicos que marcam profundamente as histórias parturitivas de mulheres. O mesmo ocorre com profissionais de saúde, pois também vivenciam ou experimentam partos no contexto pessoal ou profissional. É importante considerar as experiências e cultura sobrepostas às ações de profissionais nas suas práticas de cuidado. Ao partilhar experiências e vivências de parto de mulheres profissionais de enfermagem é possível promover reflexão sobre o parto numa perspectiva de gênero motivando para o olhar sobre sua prática profissional.

Diante do exposto, este estudo tem por objetivo analisar a percepção das profissionais de enfermagem sobre o parto.

Metodologia

Estudo descritivo de natureza qualitativa realizado em hospital de ensino, pesquisa e assistência em saúde localizado em Salvador, Bahia. Para a atenção em saúde reprodutiva das mulheres, a instituição dispõe de 77 leitos obstétricos, emergência e serviço de pré-natal para gestação de alto risco, atendendo, também, mulheres com gestação de risco habitual para o parto. Assim, de acordo com dados estatísticos do serviço, em 2014, 48% dos partos ocorridos foram normais.

Desde 2011, o hospital está inserido na estratégia Rede Cegonha, encontrando-se em fase de implantação das adequações físicas e materiais, necessárias ao pleno atendimento das diretrizes da Estratégia.

Este estudo constitui-se como recorte da dissertação intitulada cuidados de enfermagem à mulher com dor do parto: transformações a partir da pesquisa ação participativa. Representa a primeira fase da pesquisa, promovendo uma aproximação com o objeto de estudo- o cuidado às mulheres com dor do parto. A partir da socialização e discussão coletiva das experiências, significados, crenças e simbologias sobre o parto foi possível dar voz às próprias profissionais envolvidas no cuidado às mulheres e na pesquisa, onde nos incluímos como profissional do serviço e/ou pesquisadora.

Participaram deste estudo nove profissionais de enfermagem, sendo três enfermeiras e seis técnicas de enfermagem que atuam há mais de um ano no cuidado às mulheres no centro

obstétrico desta instituição. O convite para participar da pesquisa foi individual, com posterior divulgação em mural, livros de ocorrência e comunicação por meio de rede social já existente no serviço.

A coleta de dados, realizada em setembro de 2015, utilizou uma abordagem feminista, tendo como técnica, a Oficina Feminista, norteada pela questão: como foi sua experiência ou vivência de parto, tendo como moderadora uma das autoras deste artigo com vasta experiência na utilização da metodologia feminista.

No Brasil, a abordagem feminista para o trabalho educativo com mulheres, inspira-se no arcabouço teórico-metodológico de Paulo Freire. Surgida no bojo dos movimentos de educação popular e da emergência do feminismo na década de 1970, tem sido útil para desenvolvimento de técnicas de pesquisa que favoreçam a conexão ser-objeto, em contraposição ao distanciamento/objetividade propalado pela ciência moderna, como as oficinas feministas⁸.

A abordagem feminista tem como pressupostos: as experiências prévias com os conteúdos trabalhados são o ponto de partida do processo ensino/aprendizagem e de produção de novos conhecimentos; as pessoas envolvidas em processos educativos são sujeitas ativas da aprendizagem, portanto, também compartilham suas experiências; a aprendizagem é entendida como um processo conjunto, integral: corpo, mente e emoção⁹.

A oficina feminista, também denominada de oficina de autoconsciência é um espaço privilegiado de troca de vivências e experiências de vida e de trabalho, mas, também, de construção coletiva do pensamento e elaboração de estratégias e ações para promover transformações sociais, a partir da reflexão coletiva sobre os condicionamentos e hierarquias de gênero¹⁰.

Desse modo, a viabilidade da abordagem feminista, por meio da Oficina implica no desenvolvimento de trabalhos em grupo, criação de laços de confiança grupal, compartilhamento de experiências, desenvolvimento da consciência crítica e do desejo de transformações pessoais e sociais; criação e busca dos meios para efetivação das transformações desejadas.

Neste estudo a oficina feminista foi constituída das seguintes etapas: **A - acolhimento e integração:** recepção das participantes em ambiente acolhedor, seguida de dinâmica de integração e apresentação **B- rememoração:** ao som de música suave e luz baixa foi solicitado que as participantes relembassem experiências parturitivas. Utilizou-se a seguinte

questão norteadora: como foi a sua experiência/vivência de parto? Na etapa **C-socialização**: as participantes apresentaram uma ou mais memórias de parto; A etapa **D- Reflexão**: consistiu na livre expressão das participantes com perguntas e considerações sobre as experiências socializadas e as emoções vivenciadas; Em seguida a etapa **E-síntese**: a moderadora apresentou um resumo através da história única construída a partir das falas das participantes. Finalmente a etapa **F- Avaliação**: após formação de um círculo, as participantes em pé e de mãos dadas, discorreram sobre o significado pessoal em ter participado desta oficina feminista.

Para melhor apreensão do conteúdo foi realizada gravação das falas das participantes.

No tratamento destes dados realizou-se escuta, transcrição das falas e organização no software Atlas.ti, recurso que possibilita organizar e registrar os documentos nele inseridos. Os documentos inseridos no software são denominados documentos primários; Trechos das falas, denominados de citações, foram agrupados em códigos por similaridade. Estes foram então interpretados e discutidos a partir de estudos sobre o tema.

Por tratar-se de pesquisa envolvendo seres humanos, o protocolo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), seguindo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/12 obtendo aprovação sob o nº 1.172.330.

Seguindo os princípios éticos da pesquisa as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram identificadas pela letra P seguida de números arábicos garantindo assim o anonimato na pesquisa.

Resultados

Participaram do estudo nove mulheres profissionais de enfermagem, seis técnicas de enfermagem e três enfermeiras com idade entre 33 e 53 anos, quanto ao estado conjugal, 6 vivem em união conjugal. Oito delas já pariram e têm um ou dois filhos/filhas, sendo a cesárea a via de parto predominante. Sobre o tempo de serviço no centro obstétrico quatro trabalhavam há menos de 5 anos, três entre 5 a 10 anos e duas trabalhavam há mais de 10 anos.

A partir dos relatos das participantes foram obtidos 5 núcleos temáticos: parir normal é lindo, emocionante, é uma experiência! A dor que passa; o cuidado que alivia a dor; eu sonhava em parir normal, mas tive cesárea; medo, terror e trauma: a violência no parto.

Parir normal é lindo, emocionante, é uma experiência!

A emoção relacionada ao parto normal esteve presente em relação ao próprio parto como também, em relação ao parto assistido por essas profissionais. Esse foi descrito como uma experiência emocional satisfatória traduzida em expressões como: lindo, adorei a experiência, saudável, foi rápido, parto tranquilo, quase não tive dor, parto muito bom, maravilhoso.

Foi ótimo, ótimo o meu parto! Mas olha digo a vocês, viu quem puder parir normal, é uma experiência! Dói, é uma dor! Mas aquela dor que passa, aquela dor, você acha que vai morrer, mas se você andar, olha se a gente andar, ficar andando é muito bom [...] Eu gostei, eu gostei de parir normal (P2, Téc. de Enfermagem).

Porque ali foi a coisa mais linda gente, aquilo ali que eu vi, queria um parto daquele jeito, botou em cima, ele, o bebê foi indo, foi indo e foi pro seio, gente a coisa mais linda e ela (a mãe) ali tranquila, marido feliz da vida, foi lindo o parto! (P6, Enfermeira).

Incrível, que mesmo naquela maca, naquela posição, ela pariu normal, ela ficou tão emocionada quando a filha saiu, ela abraçou a menina imediatamente nos seus braços, a gente botou pele a pele, ai foi logo amamentando, aquela felicidade, ela chorava, a mãe que estava assistindo também chorava, né (P7, Enfermeira)

As emoções não são respostas instintivas determinadas biologicamente, são socialmente construídas. A fisiologia da gestação e do parto é semelhante para as mulheres, porém cada uma vivencia e interpreta de forma diferente a partir da sua realidade. As mesmas sensações ou as mesmas respostas fisiológicas podem ser interpretadas como emoções muito diferentes, dependendo do contexto em que são experimentadas, dependendo da disposição das pessoas¹¹, conforme ilustra as falas seguintes.

Ai eu sei que eu gostei, eu tive muito apoio, foi um PN!(referindo-se à sigla do parto normal). Eu dizia assim, eu quero parir normal[...] eu tive muito apoio, na hora do trabalho de parto, tive família minha que teve acesso, ficou comigo, né e tudo, mas é bom, assim que eu pari, botei meu bebê na minha barriguinha [...] (P2, Téc. de Enfermagem).

Foi normal né, eu tava com 21 aninhos, novinha [...]marinheira de primeira viagem [...] eu entrei 18 horas e pouco e eu fiquei a madrugada toda com dor e xingava [...] eu fiz coco, eu fiz xixi[...] eu digo: meu Deus, meu parto não era pra ser normal, botaram ocitocina pra eu parir, o médico me cortou até a musculatura do ânus [...] ficou gravado, fiquei traumatizada, a minha experiência foi muito sofrida (P5, Tec. de Enfermagem).

Ainda que a gravidez e o parto sejam permeados por construções simbólicas impostas culturalmente, algumas podem ser percebidas como meramente naturais, a exemplo da dor do parto, compreendida como própria e necessária ao evento do parto. Fenômenos são

considerados naturais devido ao fato de estarem presentes de uma forma objetiva no mundo social e por terem sido incorporados à própria estrutura cognitiva da pessoa¹².

Assim, diversos significados são atribuídos ao parto e espera-se que a mulher vivencie este momento suportando as adversidades. Percebemos nos relatos a ambivalência de sentimentos atribuídos ao parto, ora como uma experiência difícil, mas necessária e que ao final assume uma dimensão positiva com sentimentos de satisfação, alegria, alívio e felicidade após nascimento da criança.

Autonomia na decisão pela via de parto, experiências anteriores, apoio emocional, e conhecimento intergeracional são fatores que influenciam na vivência de parto das mulheres.

É difícil de tomar algumas decisões, mas eu me arrependo muito de ter tido parto cesáreo. Fiz uma cesárea marcada mesmo, dia e hora [...] o que aconteceu comigo, eu tive medo, meu marido não me encorajou, minha médica não me encorajou (P3, Téc. de Enfermagem).

Porque cada um tem seu limiar de dor, não sei se foi porque eu estava com minha avó aquela pessoa antiga, falava: mulher não fica gritando não, é feio, fique tranquila, o parto é isso mesmo! [...] e aí eu fiquei naquilo de que não senti realmente aquela dor desesperadora, a dor que eu senti foi uma cólica que eu consegui suportar (P8, Téc. de Enfermagem).

Significados positivos transmitidos por gerações de mulheres auxiliaram numa melhor experiência de parto, enquanto mulheres que receberam mensagens de teor negativo sentiram medo, ansiedade e insegurança no seu parto¹³.

A dor que passa

A dor esteve presente em todos os relatos de parto, ora como um sofrimento, dor forte, que acha que vai morrer, dor horrível associada ao grito; ora uma dor natural, leve, cólica leve, sinônimo de contração.

A dor é um mecanismo de resposta frente a uma agressão real ou potencial, é subjetiva, mas é também social, cultural, relacional e fruto de uma educação, assim a dor está estreitamente implicada no vínculo social¹⁴.

É possível mudar nossa resposta a uma situação perturbadora, pensando sobre a mesma de uma maneira que desviará nossa atenção de seus aspectos mais dolorosos ou a apresentará como necessária para um bem maior¹¹.

Nos relatos a dor foi manifestada como um elemento essencial ao ato de parir, transitória, suportável e até desejável, tal qual, um rito de passagem, que dá sentido à experiência materna.

Eu to grávida hoje [...] e eu quero parir normal pra passar por esta experiência [...] hoje eu entraria pelo menos em trabalho de parto, pra sentir a dor, é o que a gente fala assim, é a visão que a gente tem, do grito, da dor [...] Essa coisa que dá força pra colocar o bebe pra fora (P3, Téc. de Enfermagem).

Neste estudo, percebemos que a dor associada a aspectos negativos como ausência de cuidado e apoio, desconhecimento ou intercorrências durante o parto foi manifestada como sofrimento marcando negativamente esta experiência.

Eu lembro, o que me marcou nesse parto foi quando eu senti a contração, a dor vinha forte, [...]. A minha sensação era de que eu estava matando a criança, então isso me marcou muito porque eu não conseguia sentir mexendo [...] eu queria só essa tranquilidade de saber se ela estava viva ou não [...] Então foi horrível essa experiência pra mim, foi marcante (P7, Enfermeira).

Estudos que analisaram a construção cultural do parto evidenciaram que discursos familiares com significados negativos, como dor, sofrimento, angústia, medo e solidão influenciaram negativamente em relação a vivência de parto normal^{1,13}.

Entretanto quando a dor foi contextualizada de forma positiva a percepção sobre o parto foi elaborada satisfatoriamente.

O meu nascimento, minha mãe me conta, nasci no apartamento do hospital, esperando para levar para o centro obstétrico, foi um parto normal, sozinha, mainha fez assim: perai viu (falou para a profissional aguardar), não teve muita dor, não sofreu, ai eu saí, simplesmente saí [...] então foi assim adorei esta experiência, foi um parâmetro pra falar que eu gostaria assim (P6, Enfermeira).

Como vimos, a dor enquanto um elemento significativo na história reprodutiva, pode ser percebida com maior ou menor intensidade de acordo com o contexto em que é vivenciada. Nos discursos das participantes foi possível identificar elementos que se relacionavam com uma melhor percepção da dor do parto, o que deu origem a outra categoria temática neste estudo.

O cuidado que alivia a dor

As profissionais de enfermagem reconhecem cuidados que aliviam a dor do parto e proporcionam conforto e segurança à mulher. Foram relatados: presença de acompanhante, apoio emocional, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, livre movimentação e escolha da posição de parir.

Considerando que o parto pode estar acompanhado de ansiedade, desconforto físico, dor, dúvidas e anseios que poderão repercutir negativamente no desfecho do parto, se faz necessário que a mulher seja cuidada para além da sua fisiologia, considerando os aspectos emocionais, psicológicos e culturais.

A presença de familiar apoiando e confortando a mulher foi citado nos diversos relatos.

Eu tive muito apoio, na hora do trabalho de parto, tive, teve família minha que teve acesso, ficou comigo, né e tudo (P2, Técnica de Enfermagem).

O meu foi o casal da tecnologia, ele acompanhou o parto todinho com ela, ele participou né [...] achei bonito né, pelo menos não ficou lá (expressando estar largada, em sofrimento), na hora do parto ele deu suporte a ela: oh minha filha, faz força! (P1, Técnica de Enfermagem).

A presença de acompanhante contribui para a mudança de percepção do parto de mulheres que o vivenciam. Pesquisa demonstra que mulheres que tiveram acompanhante de livre escolha apresentaram maior propensão a ter parto natural, menor uso de analgesia intraparto, menor duração do trabalho de parto, menor propensão à cesariana e ao parto vaginal instrumental¹⁵.

O apoio promovido por acompanhantes proporciona apoio, segurança e tranquilidade durante a assistência ao parto, tornando as mais ativas no seu processo parturitivo.

Os dois, sentados na cama, ele lendo a bíblia pra ela e ela com a cabeça apoiada no ombro do marido, [...] mordida ele no ombro quando vinha a dor. E outro também, uma gestante em trabalho de parto, dores horríveis e estava ela abraçada com o esposo, lindo! [...] ele pegava na cintura dela na hora da contração, alisando o cabelo dela, fazendo carinho [...] todo mundo que passava eu falava: gente olha que cena linda! Porque eu ficava, essas coisas eu fico emocionada (P4, Tec. de Enfermagem).

Embora o/a acompanhante no parto seja uma recomendação do Ministério da Saúde assegurada por legislação desde 2005, muitos serviços ainda apresentam diversas barreiras para que esta lei seja respeitada. A existência de acompanhante durante o processo parturitivo é um indicador de segurança, de qualidade de atendimento e de respeito às mulheres na assistência ao parto¹⁶.

Neste mesmo relato percebemos a reação da profissional de enfermagem diante da cena do casal, evidenciando sensibilidade e empatia para com as necessidades da mulher sob seus cuidados.

O cuidado adequado ao parto caracteriza-se pelo respeito e incentivo ao protagonismo da mulher, redução de intervenções desnecessárias e iatrogênicas, oferta de apoio emocional,

orientação adequada, além da oferta de medidas de conforto e alívio da dor no trabalho de parto, tais como: liberdade de movimentação e posição para o parto e uso de recursos não invasivos e não farmacológicos.

Relacionamento e comunicação eficazes entre profissional de saúde e parturiente traduz o cuidado através do apoio emocional, empatia, solidariedade e respeito ao protagonismo da mulher durante o seu parto.

E a gente também emocionada com aquele momento e ela não teve uma laceração. A gente ficou a todo o momento dando força [...] a força, a condução, a gente insistiu com ela: espera calma, só vai empurrar na hora certa, quando você sentir vontade, tenha paciência (P7, Enfermeira).

A parturiente chegou já com conhecimento prévio, solicitou a anestesia [...]. A gente chamou o anestesista, fez a anestesia e ela pariu sem dor, né, então foi lindo o parto dela. Tudo o que ela queria era isso, continuar o trabalho de parto sem dor (P7, Enfermeira).

A atuação de profissionais no atendimento à parturiente deve contemplar valores humanísticos, propiciando o desenvolvimento de potencialidades humanas, da autonomia do cuidado e a transformação pessoal e social das pessoas envolvidas neste cuidado¹⁷. Proporcionar apoio emocional, conforto e promover o protagonismo da mulher no seu parto caracterizam-se como um cuidado ao parto e nascimento preconizado pelas políticas públicas e movimentos sociais de apoio ao parto natural na atualidade. Para este cuidado é necessário que profissionais de saúde respeitem a fisiologia do parto, a autonomia e protagonismo da mulher considerando os aspectos sociais e culturais que envolvem o momento do parto e nascimento.

As participantes referiram a utilização de estratégias para aliviar a dor do parto como um cuidado na maioria das vezes técnico, mas também como um cuidado tradicional realizado por familiar.

Minha vó que eu chamava de mãe, quando eu comecei a sentir dor, falei: mãe to sentindo uma dor. Ela disse levante, ande um pouquinho, venha tomar um banho, aí eu levantei tomei um banho. Fique andando (falou a vó), aí eu ia pra lá e voltava, “mas a dor tá aumentando”, ela disse: tome um banho (P8, Tec. de Enfermagem).

A referência a alguns cuidados nas histórias de parto evidenciou o conhecimento sobre métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto recomendadas pela OMS e embora nem sempre coloquem em prática reconhecem e valorizam a importância deste cuidado.

Se você andar, ficar andando é muito bom, melhor do que ficar deitada, você andar, quando vem a dor, pode tentar fazer uma força assim como quem fica de cócoras que ajuda muito o parto, vários banhos, quanto mais tomar banho ajuda no trabalho de parto e ajuda o ânimo no trabalho de parto da mãe; ela chegou com 7 cm, evoluiu num instante porque andou, sem fármaco nenhum[...] teve banho de chuveiro, massagem feita pelo esposo (P2, Téc. de Enfermagem e P6, Enfermeira).

Eu espero não ter que passar por outro processo de cirurgia, de anestesia, de tudo: eu quero parir normal mesmo, parir com banho, deambular, ter alguém pra me ajudar (P3, Téc. de Enfermagem).

Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor do parto são cuidados à mulher com dor do parto que proporcionam conforto e alívio da dor favorecendo a evolução do processo parturitivo. Os métodos mais citados na literatura são: presença de acompanhante, massagem, banhos, liberdade de movimentos e de posição, bola suíça e cavalinho de balanço pélvico. Por serem tecnologias leves, acessíveis, não invasivas e de baixo custo, podem ser ofertadas por todos os serviços de saúde, trazendo benefícios como auxílio na descida da apresentação fetal, no relaxamento, alívio da dor, do stress e da ansiedade e na promoção de conforto^{18,19}.

É importante resgatar a tradição da enfermeira como profissional do cuidar, principalmente na cena do parto, uma vez que, historicamente, mulheres cuidavam de outras mulheres durante o parto. Assim, esta profissional deve embasar suas práticas cientificamente, promovendo a autonomia e participação ativa da parturiente e ofertando cuidados que proporcionem conforto e alívio da dor, tais como: apoio físico e emocional e uso de recursos não farmacológicos para alívio da dor do parto.

Eu sonhava em parir normal, mas tive cesárea

Cinco participantes tiveram ao menos um parto cesáreo e apenas uma delas o fez por opção. A maioria relata indicações médicas para a definição pela via de parto, ainda que ao descrevê-las questionem a veracidade nestas indicações e demonstre ausência de autonomia e empoderamento diante desta decisão.

Na verdade eu sonhava em parir normal, agora o que aconteceu comigo, eu tive medo [...] quando eu vim trabalhar aqui, logo engravidei [...] não se falava muito ainda em parto humanizado [...], então a gente via aqueles horrores que aconteciam, então assim, isso tudo foi me desencorajando [...] na verdade eu me arrependi muito de ter tido uma cesárea [...] (P3, Téc. de Enfermagem).

Aí você chega à maternidade [...] põe na cama, cardiotocografia, toque, e não fiz essas boas práticas de estimular o parto, não tinha dilatação. E aí a velha história né: não tem

dilatação, cesárea, pré-cesareada, sem dilatação, 8 horas de bolsa rota, todos aqueles diagnósticos falsos para uma cesárea. Só que você só processa isso muito depois, a ficha só vai caindo bem depois aos poucos (P9, Enfermeira).

A ausência de autonomia das mulheres no processo de parturição é um dos aspectos mais impressionantes da prática obstétrica brasileira. O índice excessivo de cesarianas demonstra que a assistência ao parto no Brasil é focada na decisão do médico e não na dinâmica do corpo da mulher. Esse processo inicia durante a atenção pré-natal quando as mulheres não são informadas sobre as boas práticas e cuidados obstétricos adequados, sobre os benefícios do parto vaginal, e não são preparadas para conduzirem o seu parto¹⁸.

Ainda que as participantes tenham desejado o parto normal houve uma predominância de parto cesáreo demonstrando que a expectativa do parto normal não foi atendida. Nas últimas décadas o nascimento por cesariana tornou-se tão comum e disseminado que a possibilidade de ter um parto normal deixou de ser prática corrente em muitas maternidades, mesmo quando essa é a expectativa da mulher²⁰.

As mulheres que preferem a cesariana são influenciadas por fatores culturais, sendo mais frequentes percepções negativas sobre o parto vaginal, a temida dor do parto, referências negativas recebidas no convívio familiar social¹³. A conveniência médica e indicação inadequada têm sido apontadas como causa das altas taxas de cesariana. Estudo avaliando a indicação da cesariana, encontrou que os motivos mais frequentes foram a desproporção cefalopélvica e a cesárea prévia (14,3% cada), sofrimento fetal (13,3%), pré-eclâmpsia (6,7%) e amniorrexe prematura (5,7%)²¹.

O descontentamento em relação à vivência de parto cesáreo foi percebido no relato das participantes. O desejo pelo parto normal e a frustração por este não ter ocorrido foi marcante nas falas.

Vou falar da minha experiência de dois partos, também foram partos cesáreos, muito triste também, eu me sinto por conta disso, queria que tivesse sido normal desde o primeiro (P9, Enfermeira).

Quando eu engravidei, sempre pensei em ter filho normal, porque na verdade na minha família eu fui a única cesareada, eu fui a única que fui para cirurgia (P3, Téc. de Enfermagem).

Sou frustrada porque não pari normal, nenhuma das duas meninas [...] quando eu fui para a maternidade, [...] entrando em trabalho de parto, o médico falou: ou você fica e a gente faz a cesárea [...] já foi me botando medo, ou você vai ficar aí aguardando para ver se

entra realmente em trabalho de parto franco e depois tente outra maternidade, acho que isso também me inibiu para poder esperar mais um pouco (P7, Enfermeira).

Importante ressaltar que não houve qualquer referência à utilização de boas práticas na atenção ao parto e nascimento no parto cesáreo, conforme recomendação da OMS. Isto reflete a característica do parto cesáreo, ato médico onde a mulher torna-se objeto, desprovida de autonomia e protagonismo sobre seu parto.

Medo e trauma: a violência no parto

Nos depoimentos encontramos falas que remetem a situações de desrespeito à autonomia e protagonismo da mulher nas decisões sobre seu parto, uso de intervenções desnecessárias, bem como ausência de condições adequadas ao parto e nascimento saudáveis conforme recomendação da OMS.

Eu entrei 18 horas e pouco e eu fiquei a madrugada toda com dor [...] botaram ocitocina pra eu parir [...] o médico me cortou até a musculatura do ânus, depois eu tive que fazer uma cirurgia (P5, Técnica de enfermagem).

Um parto no consultório, não tinha vaga, como sempre, aquele tumulto [...] mesmo naquela maca, deitada, ela pariu normal [...] era uma adolescente primigesta [...] o médico começou a desdenhar do trabalho de parto, dizendo aquelas frases chulas que a gente já conhece “ah você sentiu dor na hora de fazer?” (P7, Enfermeira).

Aquela coisa da separação, você só vê a carinha da criança naquele charutinho azul, e você não podem pegar, suas mãos estão contidas, é uma sensação de impotência muito grande [...] você fica ali amarrada e não poder fazer nada, não pode pegar na sua filha, e as pessoas pegam e manipulam e você fica assim com a cara pro lado olhando, aí depois saem e levam sua filha (P9, Enfermeira).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) violência é o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação²².

No Brasil, a negligência na assistência ao período reprodutivo, imposição de intervenções desnecessárias e prejudiciais, desrespeito a autonomia, violência verbal, física, sexual, discriminação e preconceito configuram violência de gênero na saúde reprodutiva e se constitui um problema de saúde pública.

Relações de gênero influenciam diretamente o significado cultural do sofrimento no parto, expressão da punição da mulher pela própria experiência da sexualidade, da singularidade feminina e da maternidade. No Brasil, onde a desigualdade de gênero é muito

forte, a violência de gênero esta presente em diversas situações, como a mulher em posição litotômica, o toque vaginal frequente e não recomendado, a manipulação do períneo e a episiotomia ferindo sua integridade moral e corporal²³.

Práticas relatadas neste estudo: uso indiscriminado de ocitocina, episiotomia, posição de parto deitada, restrição ao leito são definidas pela OMS como claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas⁵.

Pesquisa nacional evidenciou que as práticas mencionadas acima são rotineiras. Entre as entrevistadas, 40% receberam ocitocina, 92% pariram em posição de litotomia (deitadas), 56% foram submetidas à episiotomia, 55% não puderam se movimentar durante o trabalho de parto, apenas 26% utilizaram métodos não farmacológicos para alívio da dor e somente 5% tiveram partos sem nenhuma intervenção¹⁸.

Estes estudos evidenciam a violência de gênero na atenção à saúde reprodutiva de mulheres. Para mudar essa assistência é necessário assegurar o cuidado baseado em evidências científicas e nos direitos das mulheres, reduzindo as desigualdades de gênero historicamente concebidas.

Considerações finais

O parto normal, o cuidado adequado, apoio emocional prestado por acompanhante ou profissional de saúde, autonomia e protagonismo caracterizaram as experiências de parto como satisfatórias e prazerosas. O parto cesáreo, o uso de intervenções, ausência de autonomia na decisão pela via de parto, abandono, medo, dor, sofrimento e violência de gênero caracterizaram negativamente as experiências de parto. A utilização da abordagem feminista possibilitou novos aprendizados através da livre expressão, compartilhamento e identificação mútua onde emergiram sentimentos, emoções, conhecimentos e atitudes nas mulheres que dela participaram. Após contar suas histórias e ouvir as de outras, produzir cumplicidade, solidariedade, pertencimento e empoderamento, as participantes avaliaram a oficina feminista como uma experiência que aproximou o grupo e que promoverá a construção coletiva e transformação da prática profissional. Assim, foi exitosa a aplicação da oficina com abordagem feminista fomentando a transformação das práticas de cuidado à mulher, no seu parto, pensadas a partir da mulher e para a mulher.

As limitações do estudo referem-se à peculiaridade do grupo pesquisado que demonstra identificação com o movimento de humanização do parto e nascimento, não podendo estes achados serem generalizados.

Referências

1. Salim NT, Soares GCF, Brigagão JIM, Gualda DMR. Os sentidos do cuidado no parto: um estudo intergeracional. *Cogitare Enfermagem*. 2012; 17(4).
2. Pontes MGA, Lima GMB, Feitosa IP, Trigueiro JVS. Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. *Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança*. 2014; 12(1): p. 69-78.
3. Aquino, EML. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. *Cad. saúde pública*. 2014; 30 supl. 1: S8-10.
4. Chernicharo IM, Silva FD, Ferreira MA. Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem. *Esc. Anna Nery*. Rio de Janeiro. 2014; 18(1).
5. Organização Mundial da Saúde(OMS) . Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: guia prático. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1996.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
7. Cassiano ACM, Carlucci EMDS, Gomes CF, Bennemann RM. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. 2014.
8. Nascimento ER. Memorial acadêmico. Universidade Federal da Bahia, 2016. 93p.
9. Grupo Transas do Corpo. Metodologias feministas no trabalho com jovens: a experiência com o Grupo de Informação e Ação em Sexualidade (GIAS). [Internet]. 2010. [citado 2014 dez 18]. 16 p. Disponível em: <http://www.transasdocorpo.org.br/oferecemos/publicacoes/metodologiasfeministas-no-trabalho-com-jovens-a-experiencia-com-o-grupo-de-informacao-e-acao-em-sex>
10. Sardenberg CMB. Relações de gênero: uma breve introdução ao tema. In: Costa AA, Teixeira A, Vanin IM. *Ensino e Gênero: Perspectivas Transversais* - Salvador: UFBA - NEIM, 2011: p.17-32.
11. Jaggar AM, Bordo SR, Freitas BL. *Gênero, corpo, conhecimento*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.1997.

12. Bourdieu P. A dominação masculina. Actes de la recherche en sciences sociales -tradução de Guacira Lopes Louro - Faculdade de Educação/ UFRGS. 1990.
13. Pimenta LF, Ressel LB, Stumm KE. A construção cultural do processo de parto. Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online. 2013; 5(4): p.591-598.
14. Sociedade Brasileira para Estudo da Dor [Internet]. São Paulo: SBED/IASP; Disponível em <http://www.dor.org.br/publico/o-que-e-dor>. Acesso em 02 de janeiro de 2016.
15. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. Nº: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub5.
16. Diniz CSG *et al.* Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. 2014.
17. Pieszak GM, Terra MG, Rodrigues AP, Pimenta LF, Neves ET, Ebling SBD. Percepção da equipe de enfermagem quanto à dor da parturiente: perspectivas para o cuidado. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. 2015; 16(6): p.881-889.
18. Leal MC *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. 2014.
19. Mafetoni RR, Shimo ACKK. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. Revista Mineira de Enfermagem. 2014; 18(2): p.505-520.
20. Leguizamon Junior T, Steffani JA, Bonamigo EL. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. Revista Bioética. 2013; 21(3): p.509-517.
21. Ribeiro LL *et al.* Profile of women under the cesarean delivery. Journal of Nursing UFPE online. 2015; 9(12): p.1198-1205.
22. World Health Organization (WHO). Violence: a public health priority. WHO global consultation on violence and health. Geneva: World Health Organization. 1996. Acesso em 27 de março de 2016. Disponível na internet: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf
23. Lansky S. Por um novo modo de nascer no Brasil. Acesso em 27 de março de 2016. Disponível na Internet: http://amapsicologia.com.br/links/novo_modo_nascer.pdf.

4.2 CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALIVIO DA DOR DO PARTO

Márcia Fernandes Silva⁽¹⁾
Enilda Rosendo do Nascimento⁽²⁾

¹ Mestranda. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. marciafernandesmf@gmail.com

² Doutora. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. enildarosendo@hotmail.com

RESUMO

Objetivos: descrever o conhecimento de profissionais de enfermagem sobre métodos não farmacológicos para alívio da dor do parto e discutir implicações para utilização desses métodos pela equipe de enfermagem.

Método: estudo qualitativo realizado em hospital na Bahia. Participaram 15 profissionais de enfermagem que atuam há mais de um ano no serviço. Os dados obtidos através da técnica “World Café” foram submetidos à análise temática de conteúdo.

Resultados: as participantes conhecem métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto e o reconhecem como um cuidado qualificado. Bola, cavalinho, massagem, banho, deambulação, musicoterapia e aromaterapia foram métodos mais citados e utilizados pelas participantes. Insuficiência de pessoal, ambiente inadequado, despreparo profissional e de acompanhantes, dificuldade na interação da equipe são aspectos que dificultam a utilização desses recursos.

Conclusão: profissionais de enfermagem devem incorporar valores humanísticos enquanto as instituições de saúde devem assegurar condições que garantam o cuidado adequado à mulher parturiente.

Descritores: Dor do Parto; Cuidados de Enfermagem; Parto; Saúde da Mulher.

Abstract

Objectives: To describe the knowledge of nursing professionals about non-pharmacological methods for relief of labor pain and discuss implications for use of such methods by the nursing staff.

Method: Qualitative study in hospital in Bahia. Participants were 15 nursing professionals who work for more than a year in service. The data obtained through technical "World Café" were submitted to thematic content analysis.

Results: The participants know nonpharmacological methods of labor pain relief and recognize as a qualified care. Ball, horse, massage, bathing, walking, music therapy and aromatherapy were most cited and methods used by participants. insufficient staffing, inadequate environment, professional unpreparedness and escort, difficulty in team interaction are aspects that hinder the use of these resources.

Conclusion: Nursing professionals should incorporate humanistic values while health institutions should ensure conditions to ensure proper care for woman in labor.

Descriptors: Labor Pain; Nursing care; Delivery; Women's Health.

Resumen

Objetivos: Describir el conocimiento de los profesionales de enfermería acerca de los métodos no farmacológicos para el alivio del dolor del parto y discuten implicaciones para el uso de tales métodos por el personal de enfermería.

Método: Estudio cualitativo en un hospital de Bahía. Los participantes fueron 15 profesionales de enfermería que trabajan desde hace más de un año en el servicio. Los datos obtenidos a través de técnicas de "World Café" fueron sometidos a análisis de contenido temático.

Resultados: Los participantes conocen métodos no farmacológicos de alivio del dolor del parto y reconocen como un cuidado cualificado. Ball, caballo, masajes, bañarse, caminar, musicoterapia y aromaterapia fueron más citados y los métodos utilizados por los participantes. la falta de personal, ambiente inadecuado, falta de preparación profesional y escolta, dificultad en la interacción del equipo son aspectos que dificultan el uso de estos recursos.

Conclusión: los profesionales de enfermería deben incorporar valores humanísticos mientras que las instituciones de salud deben garantizar las condiciones para garantizar una atención adecuada para la mujer en trabajo de parto.

Descriptores: Dolor de parto; Los cuidados de enfermería; Parto; Salud de la Mujer.

INTRODUÇÃO

Na cultura ocidental o parto natural está fortemente associado à dor, ao desamparo e ao medo como consequência de sua institucionalização sob precárias condições, de forma que sentimentos e sensações diversas habitam o imaginário de mulheres fazendo com que estas signifiquem e vivenciem a dor do parto das mais diversas formas. Crenças fundamentadas no cristianismo reproduzem a concepção de que a mulher deve sofrer as dores do parto como forma de punição pela experimentação da sexualidade⁽¹⁾.

Experiências positivas sobre o parto normal repercutem positivamente sobre o trabalho de parto de mulheres enquanto experiência anterior pessoal ou familiar negativa contribui para uma vivência insatisfatória. Desta forma crenças negativas sobre o parto manifestam-se através do medo, ansiedade, sofrimento e insegurança, bem como numa maior percepção da dor repercutindo na evolução do parto e na forma como a mulher significa para si este momento.

Diferente de outras dores, a dor do parto não está relacionada com doença, mas com um processo fisiológico de dar a vida. Entretanto, sentimentos e sensações diversas modulam a dor do parto gerando conflitos de natureza afetiva, emocional e metabólica favorecendo as representações do parto natural com base no medo e sofrimento⁽²⁾.

Historicamente a dor do parto tem sido compreendida como um evento natural e necessário ao parto, devendo ser suportada pelas mulheres como uma demonstração de força e amor recompensada com o nascimento da criança. Esse tipo de abordagem está ancorada no maternalismo, ideologia fundada em concepções essencialistas sobre feminilidade, que considera a maternidade como a função ou o destino da mulher na sociedade. Por outro lado, concepções pautadas muitas vezes essa dor esteve associada também à punição, castigo, expiação das mulheres pelos seus pecados.

O alívio da dor além de ser um direito humano básico é também um princípio ético e de dignificação do cuidado. É necessário que profissionais de saúde percebam a dor e identifiquem intervenções adequadas para seu alívio, contribuindo desta forma para o melhor desfecho clínico e assistência qualificada.

Buscando promover uma assistência de qualidade com respeito à autonomia e protagonismos da mulher, diversas políticas têm sido implementadas. Dentre elas destaca-se o

Programa de Humanização do Parto e Nascimento⁽³⁾ e a estratégia Rede Cegonha⁽⁴⁾. Para tanto, o Ministério da Saúde adotou a recomendação da Organização Mundial de Saúde(OMS) para o manejo da dor do parto. Lançado em 1996, o documento Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento traz recomendações científicas sobre práticas seguras e recomendadas bem como sobre práticas ineficazes que não devem ser utilizadas no trabalho de parto e parto. Dentre as práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas está o uso de métodos não farmacológicos(MNFs) de alívio da dor, uma vez que estes são seguros e reduzem a necessidade de intervenções no parto. Além disso, recomenda o respeito à privacidade, apoio empático de profissional de saúde, direito a acompanhante e liberdade de movimentação, entre outros⁽⁵⁾.

A equipe de enfermagem desempenha um papel fundamental na prestação de cuidados à mulher durante o parto, proporcionando alívio da dor e conforto tornando o parto uma experiência prazerosa e significativa para a mulher. A inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto normal sem distócia tem sido estimulada por políticas governamentais como estratégia para mudança de paradigma no modelo de atenção ao parto. As contribuições desta categoria profissional são descritas como valorização do parto normal, respeito ao protagonismo da parturiente, cuidados que proporcionam dignidade, segurança, privacidade, medidas de conforto e alívio da dor, apoio e orientação⁽⁶⁾.

O cuidado adequado à mulher parturiente requer de profissionais da saúde, competência para identificar o significado do parto para cada mulher, além de conhecimento científico e capacitação técnica.

Apesar das recomendações para a atenção qualificada ao parto e nascimento, estudo de base nacional aponta a dor do parto como um dos eventos mais significativos na história reprodutiva de mulheres no Brasil⁽⁷⁾.

Este estudo justifica-se pela relevância em investigar a prática de utilização dos métodos não farmacológicos de alívio da dor como uma estratégia de cuidado adequado na perspectiva de profissionais de enfermagem.

Os objetivos deste estudo são descrever o conhecimento de profissionais de enfermagem sobre os métodos não farmacológicos para alívio da dor do parto e discutir as implicações para sua utilização no local do estudo.

Desta forma a contribuição esperada para este estudo é fomentar a reflexão sobre a utilização dos métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto como uma estratégia de

cuidado de modo a contribuir para a qualificação do cuidado de enfermagem à mulher parturiente.

METODOLOGIA

Pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, realizada com profissionais de enfermagem do centro obstétrico de um hospital de ensino, pesquisa e assistência em saúde na Bahia, referência no atendimento a mulheres com gestação de risco; e atende também a mulheres com gestação sem risco clínico durante o parto.

Trata-se de um recorte do projeto de dissertação intitulado “Métodos não farmacológicos como estratégia de cuidado à mulher com dor do parto” que utilizou a abordagem da pesquisa ação participativa em saúde, com o objetivo de construir uma proposta de cuidado à mulher durante o parto, utilizando MNFs de alívio da dor. Representa uma das etapas do projeto acima referido e consiste de um diagnóstico a respeito do conhecimento das participantes da pesquisa sobre os MNFs, e da discussão das possibilidades de seu uso na instituição do estudo, questões estas levantadas na primeira etapa da pesquisa e indicadas como prioritárias pelas participantes. Participaram deste estudo 15 profissionais de enfermagem que atuam há mais de um ano no cuidado às mulheres parturientes no centro obstétrico da instituição do estudo. A data da realização dessa fase da pesquisa foi acordada entre as participantes no encontro anterior. Posteriormente, formalizamos o convite e o divulgamos em mural, livros de ocorrência e comunicação por meio de rede social já existente no serviço.

Para a coleta de dados, utilizamos a conversação inspirada na técnica grupal denominada *World Café*, um método de diálogo e criação coletiva com o objetivo de promover conversas significativas e investigação apreciativa, sendo necessária a participação ativa das pessoas envolvidas⁽⁸⁾. A conversação foi guiada por três questões: de que forma esta dor pode ser eliminada ou aliviada? O que você entende por métodos não farmacológicos (MNFs) para alívio da dor das mulheres no parto? Você já utilizou algum destes MNFs para alívio da dor das mulheres no parto no seu serviço? Fale a respeito.

O *World Café* é flexível e se adapta a diversas circunstâncias. Alguns princípios norteiam a técnica: definir o contexto, criar ambiente hospitaleiro, explorar questões importantes, incentivar a participação das pessoas, conectar perspectivas diferentes, saber

ouvir, compartilhar conhecimentos. Consiste em assentar de 4 a 5 pessoas em grupos de conversação com ao menos 3 rodadas de aproximadamente 20 minutos cada. As pessoas são incentivadas a escrever ou desenhar ideias centrais em suas toalhas de mesa. Ao final de cada rodada, uma pessoa pode permanecer na mesa como uma anfitriã, enquanto as demais servem como "embaixadores de significado" polinizando ideias, temas e questões em suas novas conversas, sendo acolhidas pelas anfitriãs nos novos grupos. Na última rodada de conversa, as pessoas podem voltar à sua primeira mesa. Ao final do ciclo de conversas há o compartilhamento de descobertas permitindo a construção de um conhecimento coletivo com possibilidades de ação⁽⁸⁾.

A ambientação para desenvolvimento do *World Café* foi composta por três mesas e cadeiras dispostas numa sala de reuniões. Duas mesas foram cobertas com toalha de papel e sobre elas foram colocados recipientes contendo canetas hidrográficas coloridas. Na terceira mesa, foi servido um pequeno lanche, que seria consumido durante a atividade.

A dinâmica do *World Café*, ocorreu na seguinte ordem: recepção das participantes, momento no qual foram orientadas a ocupar os lugares às mesas, formando dois grupos; distribuição das perguntas norteadoras da conversação impressas em folha de papel e solicitação para que cada participante as respondesse individualmente; em seguida, as respostas individuais foram socializadas e discutidas em cada grupo. Após a primeira rodada, foi eleita uma anfitriã que permaneceu em cada grupo, enquanto duas participantes trocaram de mesa de conversação ao final de cada rodada. A anfitriã acolhia as participantes com suas contribuições para a discussão. A síntese da conversação em cada grupo foi registrada na toalha de papel sobre a mesa. Após as três rodadas de discussão as respostas impressas nas toalhas foram apresentadas em flipchart e discutidas pelo grande grupo. Ao término da discussão, foi realizada avaliação da atividade e agendamento do encontro seguinte com a finalidade de discutir estratégias de resolução de problemas/dificuldades identificadas. Buscando maior apreensão do conteúdo das discussões, foi realizada gravação das falas das participantes.

No tratamento dos dados realizamos escuta e transcrição das falas, leitura e armazenamento das respostas individuais e da síntese redigida na toalha de papel em arquivos de texto. Estes foram transferidos para o software Atlas.ti sendo denominados de *documentos primários*; as informações foram organizadas por similaridade e agrupadas em *códigos* que reúnem as citações relacionadas a cada um. Estes códigos deram origem às categorias

definição e finalidade dos MNFs de alívio da dor do parto; MNFs citados pelas participantes; problemas e dificuldades para utilização dos MNFs no serviço. Na análise final, os dados foram interpretados e discutidos a partir de estudos sobre o tema.

Por tratar-se de pesquisa envolvendo seres humanos, o protocolo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), seguindo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/12 obtendo aprovação sob o nº 1.172.330.

Seguindo os princípios éticos da pesquisa as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram identificadas pela letra P seguida de número arábico garantindo assim o anonimato na pesquisa.

RESULTADOS

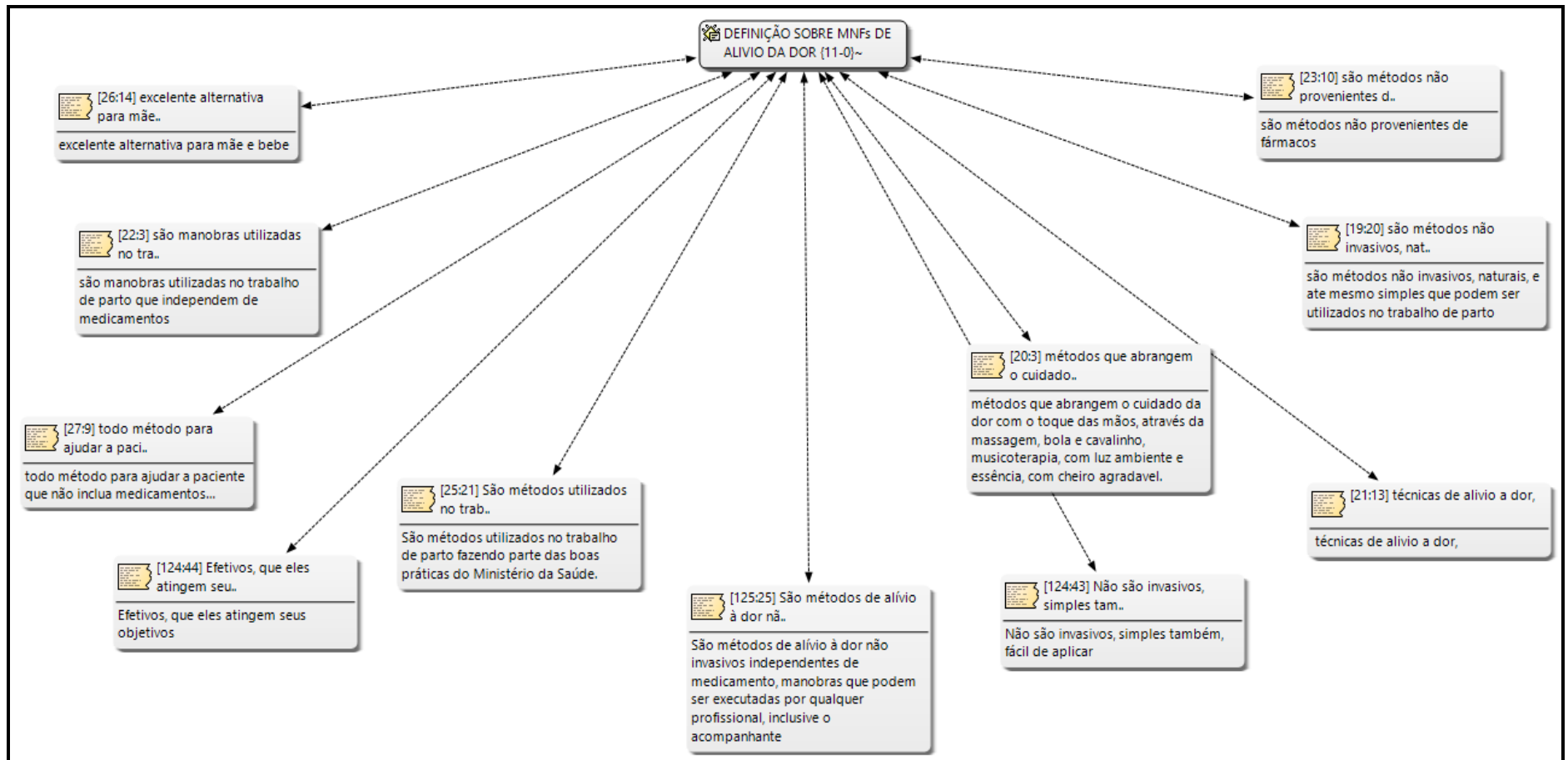
Participaram do estudo 15 profissionais de enfermagem, sendo 12 técnicas de enfermagem e 3 enfermeiras. Onze delas vivem em união conjugal, 6 têm idade entre 30 e 40 anos e 9 entre 40 e 55 anos. Quatorze delas já pariram e têm um ou dois filhos/filhas, sendo a cesárea a via de parto predominante. Sobre o tempo de serviço no centro obstétrico seis trabalham há menos de 5 anos, seis entre 5 a 9 anos e três trabalham há mais de 10 anos. Somente uma das enfermeiras possui titulação de Enfermeira obstetra.

A partir da análise das respostas das participantes identificou-se o conhecimento sobre os MNFs de alívio da dor do parto e as dificuldades para a utilização destes no serviço.

Conhecimento sobre os MNFs de alívio da dor do parto

As participantes demonstram conhecimento sobre métodos não farmacológicos de alívio da dor. Este pode ter sido adquirido através da divulgação em meios de comunicação ou na prática do serviço, uma vez que o serviço dispõe de alguns destes recursos e estes são utilizados esporadicamente sob supervisão das enfermeiras obstetras. Apenas a enfermeira obstetra presente a este encontro teve treinamento sobre MNFs de alívio da dor do parto. Conceituaram e qualificaram os métodos não farmacológicos como um método não invasivo, simples e fácil de aplicar, podendo ser usado por qualquer profissional e acompanhante. Estimulam a naturalidade do trabalho de parto, alivia a dor, proporciona conforto e tranquilidade, melhora o estado emocional e psicológico da mulher, incentiva o trabalho de parto e torna a parturiente mais colaborativa (FIGURA 1).

Figura 1- Definição e finalidade dos MNFs de alívio da dor do parto



Fonte: Elaborado com auxílio do software Atlas.ti

Ao falarem sobre como a dor do parto pode ser aliviada, as participantes citaram os seguintes recursos: banho de chuveiro, bola, cavalinho, musicoterapia, aromaterapia, lençol(rebozo), rebolar, agachar, dançar, respiração correta, escalda pés, massagem, caminhar.

As participantes citaram ainda o uso do rebozo, técnica pouco utilizada e difundida em nosso meio. Além do cuidado técnico, estas profissionais referiram o apoio emocional, a presença de acompanhante, o ambiente acolhedor e a conversa com a parturiente como cuidados que possibilitam o alívio da dor do parto (FIGURA 2).

Dentre os métodos citados as participantes referiram já terem utilizado no serviço: cavalinho, bola, massagem, esticar o lençol no quadril, deambulação, conversa, orientação, dançar, rebolar, agachar, respiração correta, musicoterapia e aromaterapia.

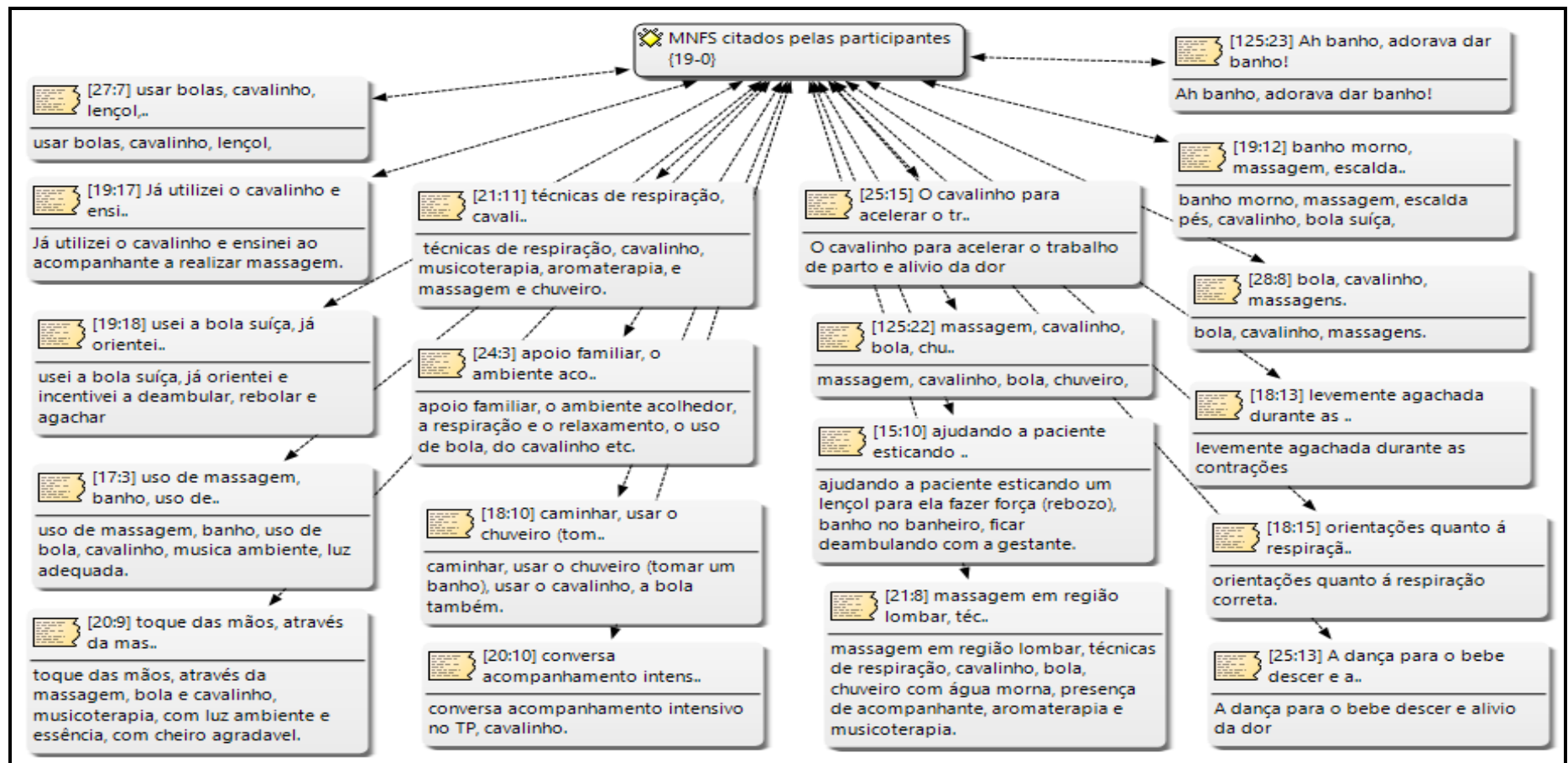
Problemas e dificuldades para a utilização dos métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto

Quando perguntadas se já utilizaram algum MNF no serviço, 13 participantes informaram utiliza-los esporadicamente. No serviço não existe protocolo assistencial de assistência ao parto sem risco clínico, usualmente denominado de parto de risco habitual. O cuidado à mulher com dor do parto, com uso de MNFs, acontece de acordo com a disponibilidade e interesse de cada profissional de saúde. Observa-se que a utilização de recursos de alívio da dor está diretamente relacionada à presença da enfermeira obstetra seja na assistência direta ao parto ou assistindo parturientes na unidade de pré-parto.

Sim. Infelizmente não todos por conta da realidade do setor, mas procuro orienta-las diante do trabalho de parto, em manter a calma, estar aberta a orientações, caminhar quando solicitado e principalmente ela saber que sua dor é passageira e logo será recompensada (P15).

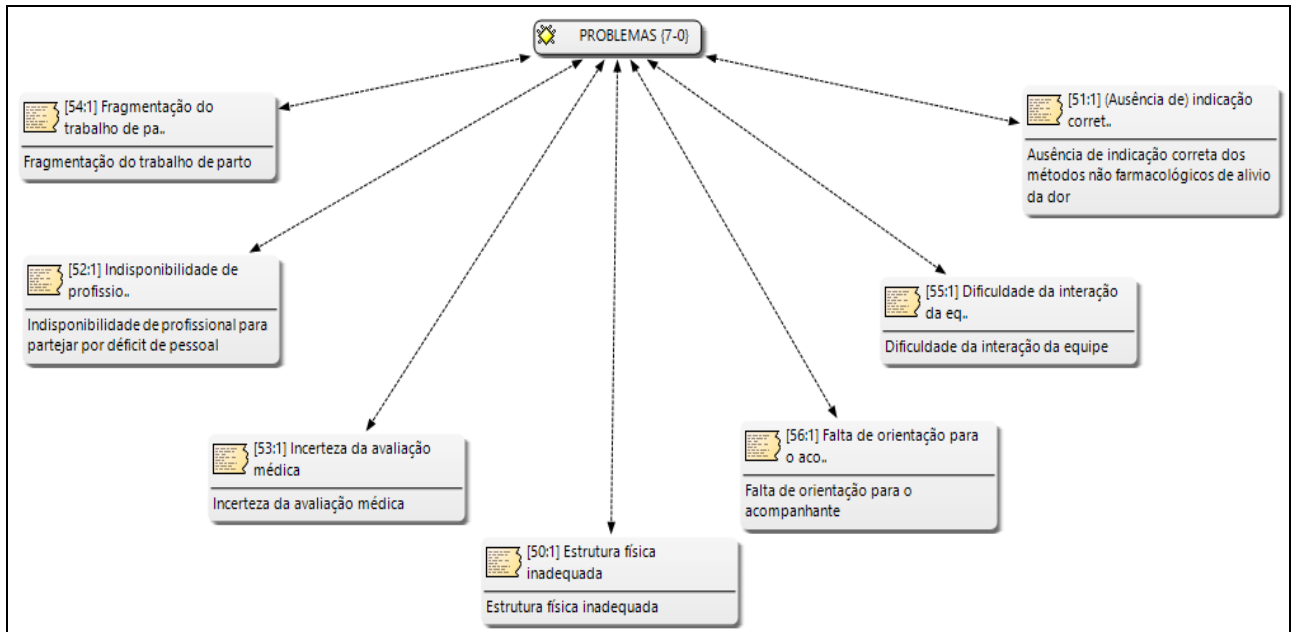
A discussão e a reflexão crítica sobre a utilização destes recursos de alívio da dor no serviço culminou com a identificação de barreiras para a utilização efetiva e rotineira de recursos de alívio da dor do parto. As participantes da pesquisa citaram diversos fatores que contribuem para a ausência de cuidado adequado à mulher com dor do parto no hospital do estudo (FIGURA 3).

Figura 2- Métodos não farmacológicos para alívio da dor citados pelas participantes



Fonte: Elaborado com auxílio do software Atlas.ti

Figura 3- Problemas e dificuldades para utilização dos MNFs no serviço



Fonte: Elaborado com auxílio do software Atlas.ti

Houve ampla discussão no grupo de pesquisa e de forma consensual chegou-se ao agrupamento em sete categorias de problemas: fragmentação do trabalho de parto, indisponibilidade de profissionais para partear por déficit de pessoal, incerteza na avaliação médica, estrutura física inadequada, falta de orientação para acompanhante, dificuldade na interação da equipe, ausência de indicação correta dos MNFs de alívio da dor.

Para as participantes a fragmentação do trabalho de parto dificulta a continuidade do cuidado à parturiente uma vez que ao ser admitida na emergência obstétrica, esta permanece aguardando vaga até ser transferida ao pré-parto e em seguida à sala de parto. Durante esse período a parturiente é assistida por diversos profissionais médicos e de enfermagem, de forma rápida e tecnicista.

Ao citar a insuficiência de profissional para partear as participantes justificaram com a excessiva demanda de trabalho para o quantitativo de profissionais de enfermagem. Além disso, argumentaram sobre a complexidade das pacientes uma vez que o serviço é referência para gestação de alto risco. Entretanto, de acordo com dados estatísticos do serviço, em 2015, 46% dos partos foram normais e de risco habitual. Isto demonstra a existência de uma parcela importante de mulheres com demanda por uma assistência ao parto mais simples e menos intervencionista. A ausência de recursos materiais e equipamentos e de processo de trabalho também foram lembrado como contribuição para a sobrecarga de trabalho fazendo com que as

profissionais de enfermagem tenham pouco tempo disponível para partejar ou prestar um cuidado individualizado à parturiente.

A incerteza na avaliação médica e ausência de indicação correta dos MNFs foram referidas no sentido da lacuna existente entre o momento da avaliação e a indicação e utilização de recursos como a bola suíça, cavalinho e posições verticalizadas. As participantes demonstraram temor em utilizar tais recursos por não sentirem segurança em relação ao real estágio de evolução do trabalho de parto, particularmente sobre a vitalidade fetal, presença de mecônio e dilatação cervical. Este temor foi referido como um aspecto que as fazem recuar na intenção de utilizar algum destes recursos. A indicação do uso de MNFs de alívio da dor muitas vezes ocorre de forma não sistematizada, por comunicação verbal entre profissionais médicos e de enfermagem. Eventualmente o cuidado é indicado e realizado pela enfermeira obstetra com a ajuda de técnicas de enfermagem.

Outra barreira citada é a estrutura física inadequada. De acordo com os relatos das participantes, o pré-parto e as salas de parto são pequenos e não oferece privacidade para as mulheres parturientes, bem como dificulta a acomodação de acompanhantes.

Em relação à presença de acompanhante, foi relatado pelo grupo que a falta de orientação, de conhecimento destes sobre seu papel na cena do parto e sobre as normas da instituição prejudicam, ao invés de contribuir para o cuidado à mulher durante sua parturição.

Por fim as participantes relataram que a dificuldade na interação da equipe multiprofissional contribui para a fragmentação do cuidado e ausência de uma comunicação efetiva. Entretanto ao citar este problema enfatizaram as ações que já vinha sendo realizadas por gestores locais do serviço, tais como reunião multiprofissional, café da manhã e aniversariante do mês, com alguns resultados já alcançados.

DISCUSSÃO

Os resultados demonstram que as profissionais de saúde investigadas conhecem os métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto e o entendem como um aspecto próprio do cuidado que proporciona conforto e alívio da dor.

A percepção da dor do parto tem relação direta com a assistência prestada e pode ser minimizada com métodos não invasivos e não farmacológicos. O uso desses contribui para a qualidade do cuidado, controle da dor e das emoções durante o trabalho de parto^(9,10). O

grande benefício é o estímulo à autonomia da mulher, proporcionando sua participação ativa durante o parto e nascimento, com pouca ou nenhuma contraindicação ou efeitos colateral⁽¹¹⁾. Cabe ressaltar que a autonomia da mulher sobre seu corpo e seu evento parturitivo não foi abordado nas discussões do grupo, o que pode refletir a visão intervencionista mesmo nessa prática de cuidado. Demonstra ainda a necessidade de mudanças nas práticas de cuidado numa perspectiva de empoderamento da mulher parturiente e em práticas profissionais que respeitem a autonomia da mulher nas suas escolhas, inclusive da forma de ser cuidada.

A dor do parto ora se apresenta como um fenômeno natural ora como intenso sofrimento de acordo com a forma como as mulheres significam e vivenciam esse momento. Além do fator fisiológico de contratilidade uterina e dilatação cervical, fatores psicológicos, como estresse, ansiedade, medo, sensação de perda de controle e sensação de abandono também contribuir para a percepção maior ou menor da dor do parto⁽¹²⁾.

Profissionais que assistem à mulher em trabalho de parto precisam compreender as diferentes situações de dor, atendendo à mulher de acordo com suas necessidades individuais. O diálogo estabelecido entre profissional e parturiente deve permitir que seja identificada a dor e proporcionado à mulher cuidados para o alívio, considerando sua autonomia de escolha dos métodos que lhe forem mais aprazíveis. Para tanto é necessário que profissionais de saúde repensem sua prática, modificando posturas e paradigmas em relação ao parto^(13,1).

O paradigma da assistência ao parto é justamente em se opor ao modelo tradicional, em que o saber científico e técnico moldam uma assistência ao parto intervencionista, de pouco diálogo, adequado às rotinas do serviço ao invés de atender às necessidades de cada mulher parturiente⁽²⁾.

Outros aspectos valorizados pelas profissionais como recursos que aliviam a dor do parto foi o uso do toque, o apoio de profissionais ou acompanhantes, a orientação, a conversa, sendo estes entendidos como um cuidado que alivia a dor da paciente, dá tranquilidade e conforto.

O suporte contínuo é um cuidado que pode ser oferecido por profissional de saúde ou pessoa leiga, familiar amiga ou doula. Consiste em estar ao lado encorajando a parturiente, ofertando conforto físico, emocional, orientações e informações⁽¹⁴⁾.

A presença de acompanhante de livre escolha da mulher é garantida por lei desde 2005 e preconizado pelo Ministério da Saúde como uma ferramenta de humanização da assistência à mulher. Os benefícios vão desde redução da percepção dolorosa do trabalho de parto

favorecendo sua evolução, reduzindo a utilização de analgesia medicamentosa e o índice de cesariana. O acompanhante proporciona segurança, suporte emocional e físico, auxilia em medidas de conforto e fornece conselhos trazendo maior satisfação da mulher com a experiência do nascimento e redução no baixo índice de Apgar no 5º minuto de vida^(11 15,16).

Alguns depoimentos reconhecem e valorizam a utilização de recursos não farmacológicos de alívio da dor como um aspecto do cuidado. Este pautado no respeito aos direitos da pessoa vai ao encontro do objetivo do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) de assegurar qualidade da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania⁽³⁾. A utilização de recursos farmacológicos e não farmacológicos para alívio de dor no trabalho de parto com base em evidências científicas promove uma assistência obstétrica digna com respeito aos direitos da mulher⁽¹¹⁾.

Para dignificar a assistência é necessário que profissionais de saúde estejam disponíveis para ouvir a parturiente, orientar, informar, ter dedicação e amor pela profissão e respeito pela mulher parturiente que vivencia um momento singular em sua vida. Essas são atitudes humanas que exigem apenas um pouco de doação de profissionais e que refletem o cuidado com o humano. O cuidado constrói o mundo e as relações a partir de laços afetivos, é uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro⁽¹⁷⁾.

A gestação, o parto e o puerpério são períodos de transformações para a mulher o que faz com que essa necessite sentir-se cuidada. A relação de confiança que se estabelece com profissionais de saúde durante o parto é fator de satisfação das mulheres parturientes e está intimamente associada à capacidade de empatia de profissionais⁽¹⁸⁾.

Resgatar o humano na atenção ao parto implica em compreender o processo de nascimento como algo inerente à natureza humana, permeado por sentimentos, expectativas e medos. Não é possível assistir à mulher e ao seu bebê de forma mecanizada e desprovida de sensibilidade⁽¹⁹⁾.

Para aliviar a dor no trabalho de parto e parto diversos métodos não farmacológicos estão indicados na literatura científica. A OMS recomenda o uso de métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento durante o trabalho de parto⁽⁵⁾.

Neste estudo as participantes identificaram diversos métodos recomendados na literatura, sendo alguns deles utilizados na sua prática. Os métodos mais citados bola, cavalinho, massagem, banho de chuveiro, deambulação, musicoterapia e aromaterapia encontram respaldo na literatura como métodos eficazes no alívio da dor e no conforto da parturiente, favorecendo a evolução do trabalho.

Banho de aspersão e imersão, massagem, relaxamento muscular, técnicas de respiração, mudança de posição, uso da bola no parto, deambulação, cavalinho, aromaterapia e musicoterapia contribuem efetivamente para diminuição da dor durante o trabalho de parto. Além disso, promovem relaxamento, conforto e baixo nível de estresse e ansiedade, bem como auxiliam na descida da apresentação fetal, acelerando o trabalho de parto^(9,20).

A promoção de um bom relaxamento vai desde a adoção de posturas confortáveis a ambientes tranquilos, os quais possuam música ambiente, iluminação adequada e principalmente pensamentos direcionados, utilizando a imaginação para desmistificar o trauma da dor no trabalho de parto.

A massagem lombossacral, exercício respiratório, relaxamento, crioterapia, banho de chuveiro e imersão quando utilizados na fase ativa do trabalho de parto são eficazes no alívio da dor do parto. O apoio contínuo, neste estudo realizado por doula, demonstrou ser importante no conforto físico e psicoemocional da mulher parturiente⁽²¹⁾.

Conforme referido pelas participantes e na literatura a utilização de recursos não farmacológicos para o alívio da dor do parto confere um cuidado adequado e digno à mulher em trabalho de parto, devendo ser implantado e utilizado rotineiramente nos serviços de atenção ao parto e nascimento. Profissionais de saúde devem ter conhecimento e capacidade para compreender a dor do parto e cuidar da parturiente numa perspectiva de integralidade.

Neste estudo as participantes relataram utilizarem os MNFs de alívio da dor de forma não rotineira motivado por diversos fatores relacionado às condições de trabalho. Enfatizam a necessidade de mais profissionais para que possa prestar um cuidado individualizado, o que requer, segundo as mesmas, tempo e dedicação à mulher que se encontra em trabalho de parto.

Indisponibilidade de profissionais para partejar, estrutura física inadequada, despreparo para a correta utilização dos recursos não farmacológicos, dificuldade na interação da equipe, fragmentação do trabalho de parto bem como o despreparo do acompanhante são dificuldades citadas pelas participantes que encontra respaldo na literatura.

Estudos evidenciam que fatores relacionados à gestão, a falta de tempo, conhecimento, orientação e preparo por parte das parturientes e acompanhantes, o pouco vínculo estabelecido entre a parturiente e o profissional, a negação da informação, crença na analgesia como necessária foram barreiras mais frequentes para o uso de recursos não farmacológicos. Há ainda a necessidade da presença do acompanhante ou de profissional durante todo período de exposição ao MNFs garantindo segurança para a parturiente uma vez que pode ocorrer a rápida a evolução do trabalho de parto^(9,22).

Em outro estudo foi citada a excessiva demanda de pacientes sobrecarga e sobreposição de tarefas e a falta de capacitação de profissionais de enfermagem. Além disso, a lógica da produção quantitativa e não qualitativa do trabalho determina a invisibilidade e a desvalorização profissional destas profissionais⁽²³⁾.

Os diversos fatores citados repercutem dificultando a adequada prestação de cuidados à mulher parturiente. Entretanto o mais importante é que profissionais de saúde reconheçam e respeitem a fisiologia do parto e seus aspectos sociais e culturais, não intervenham desnecessariamente e ofereçam o necessário suporte emocional à mulher e sua família⁽²⁰⁾.

Considerando que o cuidado adequado à mulher durante o seu parto requer respeito à individualidade e à autonomia, é preciso que a equipe de enfermagem revise seus conceitos e crenças acerca do parto, busque conhecimentos e envolvimento com o modelo de atenção adequado e preconizado atualmente. As instituições devem estar administrativa e estruturalmente adequadas a atender à mulher parturiente de forma segura, disponibilizando recursos apropriados e proporcionando atendimento digno com respeito à sua autonomia.

A utilização de recursos não farmacológicos de alívio da dor é de baixo custo e de fácil utilização, porém requer de profissionais de saúde conhecimento, preparo e mais que isso, sensibilidade e vínculo para estarem ao lado da mulher durante sua parturição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apontam que as profissionais de enfermagem conhecem os métodos não farmacológicos de alívio da dor e os reconhecem como um aspecto do cuidado adequado ao parto. Entretanto justifica não utilizarem estes recursos de forma frequente devido à insuficiência de pessoal e materiais, inadequação do espaço físico e despreparo da equipe para a correta utilização dos recursos disponíveis no serviço.

Diante disso, infere-se ser necessária a reflexão de profissionais de saúde sobre sua atuação no cuidado à mulher com dor do parto utilizando recursos não farmacológicos.

Acredita-se que a despeito das dificuldades apresentadas na realidade de cada serviço há aspectos do cuidado que alivia a dor e que não podem e não devem ser negados: o respeito à singularidade da vivência parturitiva de cada mulher, saber ouvir, orientar, dialogar, acalmar com palavras de conforto e segurança são atitudes humanas possíveis.

Com isso não se nega a importância das instituições em fornecerem estrutura física adequada com privacidade, segurança e recursos materiais para a adequada prestação do cuidado. Profissionais de saúde devem ser sensibilizados, capacitados e responsabilizados a assumirem um modelo de atenção que respeita a fisiologia do parto e a autonomia da mulher, abandonado de vez a lógica da assistência intervencionista e prescritiva onde a mulher é passiva diante do seu parto. Somente com a quebra do paradigma do modelo de atenção ao parto será possível uma transformação significativa no cuidado à mulher parturiente.

REFERÊNCIAS

1. Pérez BAG, Oliveira EV, Lago MS. Percepções de puérperas vítimas de violência institucional durante o trabalho de parto e parto: revisão integrativa. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 2015;4(1).
2. Pereira RR, Franco SC, Baldin N. A dor e o protagonismo da mulher na parturição. *Rev. bras. Anesthesiol.* 2011; 61(3): 382-388.
3. Ministério da Saúde(BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de humanização do pré-natal e nascimento. Brasília (DF), 22 p.; 2000.
4. Ministério da Saúde(BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília; 2011.
5. Organização Mundial de Saúde (OMS). Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra; 1996.
6. Versiani CC, Ramos, RA, Antunes VIVF, Fernandes LL, Aguiar LS, Paulino KPD. Assistência ao parto no âmbito da enfermagem obstétrica: uma revisão integrativa. *Renome*.2015;3(1):77-85.
7. Leal M, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30 Suppl:S17-47

8. Café to Go: a Quick Reference Guide for Hosting World Café. Disponível em Café World Community Foundation[internet]. Acessado 30 de agosto de 2015. Disponível em: <http://www.theworldcafe.com/wp-content/uploads/2015/07/Cafe-To-Go-Revised.pdf>
9. Frigo J, Basso RB, Erdtmann BK, Marin SM. A enfermagem e o cuidado humanístico na parturição. *Rev Uningá Review*. [Internet] 2013; 15(2)
10. Borges MR, Madeira LM, Azevedo VMGO. As práticas integrativas e complementares na atenção à saúde da mulher: uma estratégia de humanização da assistência no Hospital Sofia Feldman. *Rev. Min. Enferm*. 2011; 15(1): 105-13.
11. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. N°: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub5
12. Shrestha I, Pradhan N, Sharma J. Factors influencing perception of labor pain among parturient women at Tribhuvan University teaching hospital. *Nepal Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2013; 8(1): 26-30.
13. Silva LM, Barbieri M, Fustinoni SM. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(1): 60-5.
14. Gallo RBS, Santana LS, Marcolin AC, Ferreira CHJ, Duarte G, Quintana SM. Recursos não farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. *Femina*. 2011;39(1):41-48.
15. Vargas PB, Vieira BDG, Alves VH, Rodrigues DP, Leão, DCMR, Silva LA. A assistência humanizada no trabalho de parto: percepção das adolescentes. *Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental*. 2014; 6(3).
16. Brüggemann OM, Ebele RR, Ebsen ES, Batista, BD. No parto vaginal e na cesariana acompanhante não entra: discursos de enfermeiras e diretores técnicos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2015; 36(spe): 152-158.
17. BOFF L. Saber cuidar: ética do humano. Rio de Janeiro: Vozes. 1999. p199.
18. Salim NR, Soares GCF, Brigagão JIM, Gualda DMR. Os sentidos do cuidado no parto: um estudo intergeracional. *Cogitare Enfermagem*. 2012; 17(4).
19. Ministério da Saúde (BR). Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. (Cadernos HumanizaSUS; v. 4) Brasília. 2014.p 465.
20. De Souza AC, De Oliveira DCC, De Carvalho FC. Produção científica nacional sobre práticas interativas não farmacológicas no trabalho de parto: uma revisão integrativa da literatura. *Enfermagem Obstétrica*. 2014; 1(1): 25-30.
21. Mafetoni RR, Shimo AKK. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. *Revista Mineira de Enfermagem*. 2014; 18(2):505-520.

22. Almushait M, Ghani RA. Perception toward non-pharmacological strategies in relieving labor pain: an analytical descriptive study. *J. Nat. Sci. Res.* 2014; 4(2): 5-12.
23. Nascimento JJM, Santos AAP, Silva FCL, Silva RC, Laurindo JAC, Cerqueira GS. Os desafios encontrados pelo profissional de enfermagem durante a assistência prestada numa maternidade pública. *Lecturas Educación Física y Deportes.* Buenos Aires. 2014; 19(195):1-9.

4.3 PESQUISA-AÇÃO PARTICIPATIVA EM SAÚDE: TRANSFORMAÇÕES NO CUIDADO ÀS MULHERES COM DOR DO PARTO.

Resumo

O cuidado à mulher com dor do parto vem sofrendo transformações buscando resgatar a naturalidade do parto e autonomia da mulher. Métodos não farmacológicos aliviam a dor e proporcionam conforto à mulher resultando numa melhor experiência parturitiva. A enfermagem tem sido pioneira em modificar o modelo de atenção ao parto. O artigo apresenta os resultados alcançados a partir da pesquisa ação participativa em saúde na transformação da prática de cuidados de enfermagem às mulheres com dor do parto utilizando métodos não farmacológicos. Pesquisa qualitativa com abordagem participativa realizada em um hospital na Bahia com a participação de 18 profissionais de enfermagem. A reflexão-ação possibilitou a construção coletiva de conhecimentos aplicáveis no serviço. Foram realizadas oficinas de capacitação e elaboração de recursos educativos para a adequada utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor. A experiência evidencia a importância da abordagem participativa como mediadora de transformações nas práticas de cuidado em saúde e sugere o uso destas na perspectiva das mulheres parturientes e demais profissionais de saúde.

Palavras-chave: Pesquisa em Enfermagem; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Dor do Parto; Saúde da Mulher; Cuidados de Enfermagem

Abstract

The care of women with childbirth pain is undergoing transformations sought to recover the naturalness of childbirth and women's empowerment. Nonpharmacological methods to relieve pain and provide comfort to women resulting in better parturitiva experience. Nursing has been a pioneer in changing the delivery care model. The article presents the results obtained from the participatory action research in health in the transformation of the practice of nursing care for women with labor pain using nonpharmacological methods. Qualitative research with participatory approach performed in a hospital in Bahia with the participation of 18 nursing professionals. The reflection-action possible the collective construction of knowledge applicable to the service. Training and development of educational resources workshops were held for the appropriate use of non-pharmacological methods of pain relief. Experience shows the importance of the participatory approach as a mediator of changes in health care practices and suggests the use of these from the perspective of women mothers and other health professionals.

Descriptor: Nursing Research; Health Knowledge, Attitudes, Practice; Labor Pain; Women's Health; Nursing care

Resumen

El cuidado de las mujeres con dolor de parto está experimentando transformaciones buscadas para recuperar la naturalidad del parto y la potenciación de la mujer. Métodos no farmacológicos para aliviar el dolor y proporcionar comodidad a las mujeres como resultado una mejor experiencia parturitiva. La enfermería ha sido pionero en el cambio del modelo de atención del parto. El artículo presenta los resultados obtenidos de la investigación-acción participativa en salud en la transformación de la práctica de los cuidados de enfermería para las mujeres con dolor de parto usando métodos no farmacológicos. La investigación cualitativa con enfoque participativo realizado en un hospital de Bahía, con la participación de 18 profesionales de enfermería. La reflexión-acción posible la construcción colectiva de conocimientos aplicables al servicio. Formación y desarrollo de talleres educativos recursos se llevaron a cabo para el uso apropiado de los métodos no farmacológicos de alivio del dolor. La experiencia demuestra la importancia del enfoque participativo como mediador de los cambios en las prácticas de atención de salud y sugiere el uso de éstas desde la perspectiva de las mujeres madres y otros profesionales de la salud.

Descriptor: Investigación en Enfermería; Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud; Dolor de parto; Salud de la Mujer; Cuidados de enfermería

INTRODUÇÃO

Historicamente, o cuidado à mulher no momento do parto era caracterizado por práticas de uma cultura feminina. Por meio dessa cultura as mulheres resgatavam sua individualidade e exercitavam suas alianças de gênero constituindo o saber-poder feminino. Com o processo de medicalização do parto, este foi transformado em saber-poder masculino. A prática da assistência ao parto passou a ser vista como ato privativo do médico o que repercutiu negativamente sobre o processo de cuidar/assistir à mulher, visto que aí se inserem relações de gênero e poder entre profissionais de saúde, majoritariamente masculino, e mulheres parturientes.

Ações governamentais e de movimentos sociais têm buscado modificações na atenção à saúde da mulher numa perspectiva de direitos e de integralidade da assistência. Assim, a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (BRASIL, 2004), a Política Nacional de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000), e mais recentemente a estratégia Rede Cegonha (BRASIL, 2011) propõem a qualificação do cuidado com respeito aos princípios de integralidade e equidade em saúde. O movimento feminista

vem buscando superar a especificidade reprodutiva incorporando a noção de mulher como pessoa e uma abordagem ampliada de saúde.

Embora haja esse movimento em direção à qualificação do cuidado à mulher orientado por políticas públicas, práticas intervencionistas na assistência ao parto ainda persistem, determinadas por fatores institucionais, culturais e referentes à gestão dos serviços de saúde bem como crenças e valores de profissionais de saúde diante da medicalização do parto.

É imperativo que seja assegurado um cuidado em saúde baseado em evidências científicas, mas também em direitos das mulheres, redefinindo práticas e relações interpessoais (DINIZ, 2005).

A enfermagem é a princípio, uma profissão que se volta para o cuidado centrado numa abordagem humanística, caracterizada pela interação entre a profissional que cuida e a pessoa que recebe o cuidado. Neste sentido, tem papel fundamental no cuidado à mulher com dor do parto ao reconhecer e valorizar o parto normal, respeitar o protagonismo da parturiente, promover cuidados que proporcionam dignidade, segurança, privacidade, medidas de conforto e alívio da dor, apoio e orientação.

Especificamente em relação ao cuidado à mulher com dor do parto, práticas milenares vêm sendo incorporadas à proposta de humanização da assistência ao parto. Dentre elas, o uso de métodos não farmacológicos (MNFs) de alívio da dor é preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em suas recomendações para o atendimento ao parto normal e são classificados como “condutas claramente úteis e que devem ser encorajadas”: massagens, técnicas de relaxamento, liberdade de posição e movimentação durante o trabalho de parto são exemplos de tecnologias acessíveis, seguras, não invasivas e de baixo custo possíveis de serem ofertadas por todos os serviços de saúde (WHO, 1996). Dentre os benefícios, o alívio da dor, maior satisfação das mulheres, competência e empoderamento no seu processo parturitivo, reduzindo a necessidade de intervenções obstétricas (ALMUSHAIT, GHANI, 2014).

Estudos observaram maior prevalência no uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor e menor de analgesia medicamentosa nos partos conduzidos por enfermeiras obstétricas ou obstetrizas quando comparados com profissionais médicos (VOGT *et al*, 2014).

Em 2011 o hospital do estudo aderiu à estratégia Rede Cegonha e desde então vem desenvolvendo ações para adequação às diretrizes propostas na estratégia, entretanto a

utilização das boas práticas na assistência ao parto recomendadas pela OMS, dentre elas a utilização de cuidados não farmacológicos para alívio da dor ainda é inadequada.

Decorre desta vivência a motivação desta pesquisadora para escolha do objeto de pesquisa- o cuidado de enfermagem à mulher com dor do parto. Atuando há 4 anos no serviço a inquietação, enquanto mulher e enfermeira surge ao vivenciar situações de mulheres em trabalho de parto transparecendo sofrimento, fragilidade, passividade, medo, desconhecimento e despreparo. Em resposta, profissionais de enfermagem ora tendo uma atitude solidária, sensível e protagonizando um cuidado digno, ofertando recursos que dão conforto, segurança e aliviam a dor; ora demonstrando indiferença, naturalização, distanciamento da situação de dor nas mulheres no seu processo parturitivo. Compreender e refletir sobre como as profissionais de enfermagem significam e lidam com a dor do parto é significativo para transformar a sua prática profissional. Apesar de outros fatores como estrutura física, recursos materiais e humanos, o cuidado profissional está intrinsecamente relacionado aos significados atribuídos às experiências de vida e trabalho destas pessoas.

Desta forma a questão que se apresenta é como profissionais de enfermagem podem transformar a sua prática de cuidado às mulheres com dor do parto?

Buscando responder a esta indagação optamos pela abordagem da pesquisa participativa visto que esta permite que pessoas pesquisadas atuem de forma coletiva na construção do conhecimento crítico ao problematizar seu cotidiano e refletir sobre uma práxis transformadora da realidade (BERGER *et al*, 2014).

A escolha de uma abordagem participativa justifica-se na relevância em conhecer o contexto cultural em que as pessoas do estudo estão inseridas. Ao tornar-se parte ativa no processo de ação-transformação estas poderão desenvolver uma consciência crítica, transfigurar-se em educadoras e, num processo dual e equilibrado, transformarem a si e ao seu meio (FREIRE, 1980).

A abordagem da Investigação-ação Participativa em Saúde (IAPS) é uma forma de pesquisar a práxis no local onde ocorre e com os protagonistas, tendo características situacionais específicas, sem o objetivo de generalizações, mas buscando a transformação social. Este tipo de abordagem em pesquisa surgiu do anseio de pesquisadoras de enfermagem comunitária de advogar sobre as necessidades de cuidados de saúde, especialmente em populações vulneráveis. Na IAPS o enfoque na pesquisa está situado no processo e não apenas nos resultados. Através da co-criação de significados, de entendimentos e de

aprendizagens a pesquisa participativa em saúde pretende a melhoria do bem-estar e saúde, através da ação e transformação social (MARTINS, 2013).

A International Collaboration on Participatory Health Research (ICPHR), criada em 2009, com vista a fortalecer o papel e representatividade deste tipo de abordagem estabelece os seguintes princípios: a participação é indispensável; o conhecimento é criado dialogicamente; o resultado ultrapassa o conhecimento acadêmico; importa a valorização da realidade do grupo pesquisado ou do local; a reflexividade garante autenticidade, transparência e transferibilidade; os resultados são práticos, relacionais, credíveis e válidos podendo ser conhecidos de diversas formas (ICPHR, 2013).

Este estudo apresenta a contribuição da pesquisa ação participativa em saúde para a transformação da prática do cuidado de enfermagem à mulher com dor do parto no hospital do estudo.

METODOLOGIA

Estudo descritivo de abordagem qualitativa mediado pela pesquisa ação participativa em saúde. O estudo foi realizado em hospital de ensino, pesquisa e assistência em saúde localizado em Salvador, Bahia. Para a atenção em saúde reprodutiva das mulheres, a instituição dispõe de 77 leitos obstétricos, emergência e serviço de pré-natal para gestação de alto risco, atendendo, também, mulheres com gestação de risco habitual para o parto.

No período de janeiro a julho de 2015 foram realizados 1579 partos, destes 49% foram partos normais. Apenas 10% destas parturientes utilizaram algum método não farmacológico (MNFs) para alívio da dor do parto. Os métodos não farmacológicos (MNFs) disponíveis no serviço são banho de chuveiro, cavalinho, bola suíça, massagem, aromaterapia e musicoterapia, considera-se ainda a presença de acompanhante e apoio emocional como estratégias que proporcionam conforto, segurança e bem-estar reduzindo desta forma a dor do parto.

A escolha por trabalhar com profissionais de enfermagem justificou-se por serem estas que estão cotidianamente próximas às mulheres, cuidando, orientando e acompanhando o trabalho de parto e por vezes utilizando os recursos não farmacológicos para alívio da dor do parto disponíveis no serviço. Além disso, a enfermagem exerce prioritariamente o cuidar em saúde, dispondo de habilidades para reconhecer valores pessoais, cultivar a sensibilidade e

estabelecer uma relação de confiança mútua. O cuidado de enfermagem está diretamente correlacionado ao cuidar do outro, ser humano em constante interação com o próximo e com seu meio ambiente (SALIM *et al.*, 2012).

A decisão por investigar o cuidado prestado pelas profissionais de enfermagem com vistas a transformar a sua práxis motivou a utilização de uma abordagem dialógica, que colocasse essas profissionais no centro da produção do conhecimento e da ação, uma vez que para a transformação é necessária reflexão crítica sobre a prática num movimento dinâmico e dialético entre o fazer e o pensar sobre o fazer (FREIRE, 1996).

A aproximação com o campo de pesquisa não foi necessária visto que uma das pesquisadoras faz parte do serviço, atuando na coordenação de enfermagem do centro obstétrico.

O primeiro momento na pesquisa foi de apreensão da realidade destas profissionais, buscando não a lógica da ciência ou da pesquisadora, mas da própria cultura investigada, na forma expressa pelas pessoas que a vivenciam (BRANDÃO, 1986). Enquanto pesquisadora e trabalhadora busquei aproximar as profissionais de enfermagem para o objeto de estudo, observando e dialogando no momento em que as situações de dor do parto se apresentavam no cotidiano do serviço.

Em seguida, o chamado formal para participar da pesquisa foi feito através de convite entregue pessoalmente a cada profissional de enfermagem, com posterior divulgação em mural, livros de ocorrência e comunicação por meio de rede social já existente no serviço. As demais reuniões foram agendadas com o grupo e em seguida divulgadas conforme descrito anteriormente.

Participaram da pesquisa 5 enfermeiras e 13 técnicas de enfermagem que trabalham há mais de um ano no centro obstétrico do hospital do estudo, sendo este o critério de inclusão adotado.

Para fins de organização a pesquisa desenvolveu-se em etapas denominadas diagnóstico, planejamento, ação e reflexão conduzida com e pelas participantes da pesquisa. O nível de participação foi variável ao longo do processo de investigação variando entre colaborativo e colegial (CORNWALL E JEWKES, 1995).

Para promover a livre expressão, criatividade e integração das participantes foram adotadas diversas dinâmicas, técnicas e instrumentos didáticos na investigação: oficinas, encontros de grupo, world café, questionário e comunicação em rede social.

O registro das observações se deu através de gravação de áudio no decorrer da pesquisa. Em todos os encontros utilizou-se planejamento e roteiro da atividade, bem como foram realizadas dinâmicas de relaxamento e/ou integração e avaliação ao final de cada um.

DIAGNÓSTICO

A identificação de problemas e da necessidade de intervir para melhor qualificar o cuidado de enfermagem à mulher com dor do parto ocorreu em dois encontros. A primeira consistiu na oficina feminista norteadada pela questão: como foi sua experiência ou vivência de parto cujo objetivo foi promover reflexão nas mulheres profissionais de saúde sobre o cuidado à mulher no seu processo parturitivo numa perspectiva de gênero.

A oficina feminista se constitui um espaço privilegiado de troca de vivências e experiências de vida e de trabalho, uma construção coletiva do pensamento e elaboração de estratégias e ações para promover transformações sociais, a partir da reflexão coletiva sobre os condicionamentos e hierarquias de gênero (Grupo Transas do Corpo, 2010).

Ao utilizar a abordagem feminista por meio da oficina foi possível estabelecer laços de confiança grupal, compartilhamento de experiências, desenvolvimento da consciência crítica e do desejo de transformações pessoal e coletivo.

A oficina foi o primeiro encontro coletivo das pesquisadoras com as profissionais que constituiriam o grupo de pesquisa e pretendeu uma aproximação com o objeto de estudo- o cuidado às mulheres durante o parto, a partir da socialização e discussão coletiva das experiências, significados, crenças e simbologias sobre o parto.

Atendendo aos critérios de inclusão, as profissionais de enfermagem foram acenadas a participarem deste primeiro encontro através da entrega pessoal de convite intitulado “Vamos falar de parto?”. Neste momento já era informado tratar-se de uma atividade de educação em serviço e de pesquisa de mestrado desenvolvida pelas pesquisadoras.

A oficina foi realizada num auditório no hospital do estudo e constituída das seguintes etapas: **acolhimento e integração** das participantes através de dinâmicas; **rememoração** de suas experiências parturitivas a partir da seguinte questão norteadora: como foi a sua experiência/vivência de parto; **socialização** das memórias de parto; **reflexão** sobre as experiências compartilhadas; **síntese** através da construção de história única a partir das falas

das participantes e finalmente **avaliação** onde as participantes discorreram sobre o significado pessoal em ter vivenciado este momento.

A realização da oficina com abordagem feminista permitiu identificar a percepção das participantes sobre o parto e refletir sobre questões relacionadas à escolha pela via de parto, sentimento e emoções vivenciadas, cuidado recebido e cuidado realizado enquanto profissionais de saúde. Através da livre expressão de suas memórias, as mulheres profissionais de enfermagem compartilharam suas próprias experiências de parto, fazendo florescer sentimentos e emoções como cumplicidade, solidariedade, pertencimento e empoderamento feminino. As memórias levaram as participantes a refletirem sobre sua prática profissional, revelando aspectos positivos e negativos relacionado ao cuidado à mulher no seu processo parturitivo e ensejando a necessidade de mudanças.

Finalmente foi realizada explicação sobre a pesquisa, enfatizando o caráter participativo e dialógico da abordagem da IAPS. As participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido(TCLE) constituindo o grupo de pesquisa, que em seguida definiu alguns critérios de participação: permitiu-se que outras profissionais, dentro do critério de inclusão do estudo, se inserissem no grupo em encontros seguintes, sem obrigatoriedade de participação em todas as reuniões, com agendamento subsequente a cada encontro. A data do encontro seguinte foi definida pelo grupo.

No segundo encontro tivemos a participação de 10 pessoas, como tínhamos novas participantes foi realizado um resgate do encontro anterior. A partir das falas que emergiram neste encontro e de acordo com o objeto da pesquisa objetivou-se discutir a utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto no serviço.

Para atender a este objetivo utilizamos a técnica grupal denominada “World Café” uma vez que esta promove o diálogo, a construção e compartilhamento de novos saberes de forma dinâmica, criativa e organizada. A técnica “World Café” baseia-se no entendimento de que a conversa é o processo central e que o conhecimento e a sabedoria necessários já estão acessíveis nas pessoas.

Conectar pessoas de forma criativa leva a um processo estruturado de geração de ideias com base na colaboração entre elas (TEZA, 2013). O *World Café* acontece num ambiente descontraído e acolhedor propiciando integração entre participantes. Estes são dispostos em grupos de 5 a 8 pessoas em torno de uma mesa que debaterão em torno de perguntas abertas sobre um tema. São realizadas rodadas de discussão onde os/as participantes trocam de mesa

contribuindo assim para o aprofundamento nas reflexões sobre o tema levando a novas hipóteses e soluções de problemas (REPETTO *et al.*, 2009).

Buscando investigar a percepção das participantes sobre a dor do parto, bem como o conhecimento e utilização de métodos não farmacológicos no serviço foi utilizado um roteiro com 4 perguntas abertas: como você vê a dor das mulheres no parto? De que forma esta dor pode ser eliminada ou aliviada? O que você entende por MNFs para alívio da dor das mulheres no parto? Você já utilizou algum destes métodos não farmacológicos (MNFs) para alívio da dor das mulheres no parto? Fale a respeito. Após responderem individualmente ao questionário, as participantes foram agrupadas em torno de 2 mesas do *world café* para debaterem sobre as 4 questões. A cada questão respondida as participantes trocavam de mesa, ficando somente uma participante denominada anfitriã, responsável por acolher e registrar as contribuições das demais participantes. As respostas foram registradas em papel e apresentadas em flip chart pelas anfitriãs das duas mesas. As participantes descreveram a dor do parto ora como normal, natural, fisiológica, benção de Deus e prazerosa ora como sofrimento, pior medo das mulheres, uma dor que pode ser aliviada através do uso de métodos não farmacológicos, estes, compreendidos como método não medicamentoso, cuidado, intervenção de enfermagem que proporcionam conforto e aliviam a dor. O debate ocorrido a partir das respostas partilhadas culminou com o diagnóstico das dificuldades/desafios para a utilização dos MNFs no serviço: estrutura física inadequada, ausência de indicação dos métodos, indisponibilidade de profissionais para partejar, déficit de recursos humanos, incerteza na avaliação médica sobre o estágio do trabalho de parto, fragmentação do trabalho de parto e parto, dificuldade na interação da equipe médica e de enfermagem e falta de orientação para acompanhantes.

Ao termino deste encontro foi firmada data do encontro seguinte com objetivo de continuar a discutir os problemas apresentados com vistas a construir soluções para o mesmo.

PLANEJAMENTO DA AÇÃO

No 3º encontro o trabalho foi realizado em 3 grupos. O instrumento plano de ação sistematizado pelas pesquisadoras a partir das questões levantadas pelo grupo e denominado “desafios e estratégias para utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor do parto” contemplou problemas, estratégias, prazos e responsáveis e foi utilizado para nortear a

atividade. A partir do rol de problemas apresentados no encontro anterior, cada grupo de trabalho elaborou as estratégias de ação que após apresentação e discussão originou um plano de ação coletivo. Este foi constituído de estratégias envolvendo gestores e/ou profissionais de saúde. O direcionamento dado pelo grupo foi de conduzirmos as ações que envolvessem transformações relacionadas ao pensar e agir das profissionais de enfermagem ensejando o efeito multiplicador dessas mudanças no serviço.

Assim as estratégias definidas foram: criação de um espaço destinado ao uso dos MNFs de alívio da dor; capacitação da equipe de enfermagem para utilização dos MNFs de alívio da dor; instituir protocolo de utilização dos MNFs de alívio da dor; criar banner com orientações sobre MNFs para profissionais de saúde e usuárias e sobre direitos e deveres de acompanhantes no serviço.

A fim de facilitar a comunicação do grupo de pesquisa foi sugerida a criação de um grupo de whatsapp e um email de grupo. Ambos denominados “CO (centro obstétrico) em movimento”.

AÇÃO

As etapas seguintes consistiram na elaboração das ações: elaboração e divulgação de pôsteres informativos, capacitação da equipe para indicação e utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto, implantação de protocolo de boas práticas na atenção ao parto. Estes são tecnologias educativas que ficarão disponíveis no serviço para profissionais e comunidade.

Tecnologias educacionais são dispositivos de aprendizagem que têm a finalidade de contribuir com atividades de ensino-aprendizagem e mediar práticas educativas em comunidade e/ou grupos específicos (ASSUNCAO *et al*, 2013). Através do uso da tecnologia educacional criam-se possibilidades de reflexão e construção de conhecimento próprio e de habilidades para o cuidado da saúde. Para produzir um material didático deve-se ter cuidado com a linguagem dos textos, esta deve ser de fácil entendimento, objetiva e adequada ao contexto do público que se pretende atingir.

A decisão por utilizar estas tecnologias educativas surgiu da percepção do grupo da necessidade de orientação de acompanhantes sobre como contribuir no processo parturitivo da mulher; a importância de divulgar a disponibilidade de MNFs no serviço empoderando as mulheres sobre seus direitos bem como a importância de orientação de profissionais de saúde

sobre a utilização correta dos MNFs. Desta forma foram elaborados três banners educativos: Orientações para Acompanhantes; Cuidados que Aliviam a Dor no Trabalho de Parto; Protocolo para uso de Métodos Não Farmacológicos de Alívio da Dor do Parto. Estes foram divulgados no serviço em locais estratégicos mantendo assim uma prática educativa contínua e fortalecendo as demais ações desenvolvidas pelo grupo de pesquisa.

A elaboração dessas tecnologias educativas teve início no quarto encontro onde mantivemos a técnica oficina de trabalho com a participação de 9 profissionais de enfermagem que utilizando um roteiro estruturado definiu título, conteúdo, imagens, linguagem e layout. Após elaboração da arte final, os banners foram socializados por email para que todas as participantes da pesquisa pudessem contribuir na revisão dos mesmos.

O “espaço Acolhendo” foi definido enquanto uma estratégia de oferecer um ambiente, limpo, privativo e acolhedor, favorável ao uso dos MNFs de alívio da dor. Para atender a esta solicitação a coordenação de enfermagem e médica do serviço concordaram em disponibilizar uma das 5 salas de parto existentes. Foi realizada pintura, iluminação e disposição dos equipamentos neste espaço, bem como houve ampla divulgação entre as profissionais e recomendação para que utilizassem este espaço quando fosse necessário.

Outro encaminhamento foi o agendamento de capacitação destas profissionais conforme demandado pelo grupo. Esta foi programada com antecedência de 15 dias e ocorreu em duas datas consecutivas no intuito de contemplar maior número de participantes. Por trata-se de uma oficina teórico-prática a quantidade foi limitada a 10 pessoas por oficina.

De acordo com Thiollent (2011) é factível que na pesquisa ação a aprendizagem seja facilitada pela colaboração temporária de especialistas em assuntos técnicos cujo reconhecimento seja útil ao grupo. Sendo assim, a sugestão de convidarmos uma especialista em assistência ao parto foi prontamente acolhida pelo grupo e a oficina teve como moderadora uma enfermeira obstetra e docente da Universidade Federal da Bahia com vasto conhecimento sobre a temática e na utilização da técnica oficina.

A oficina de trabalho surgiu nos anos 80, na perspectiva feminista de constituir um projeto para as mulheres que valorizasse as experiências e o conhecimento, privilegiando o conteúdo individual, a subjetividade e a visão das mulheres como protagonistas sociais, em especial na área da saúde (FONSECA *et al*, 2012). A ação pedagógica através da oficina é um processo participativo, crítico e reflexivo que produz resultados factíveis de serem apropriado pelas pessoas envolvidas nessa construção.

Seguindo o planejamento foram realizadas as etapas de acolhimento e integração. Buscando a sensibilização das participantes sobre o cuidado à mulher com dor do parto foi apresentado um vídeo sem áudio retratando cenas de mulheres em trabalho de parto em hospitais. Após exibição as participantes registraram suas impressões e/ou sentimentos sobre o vídeo em flip-chart. Houve discussão sobre as cenas apresentadas e as participantes fizeram associações destas com a própria realidade do serviço e discorreram sobre o cuidado adequado para estas mulheres apresentadas no vídeo. As impressões sobre o vídeo foram de abandono, desassistência, mulheres com dor, sofrimento, falta de humanização, medo, vulnerabilidade, passividade enquanto os sentimentos vivenciados pelas participantes foram de angústia, revolta, agonia, indignação e compaixão.

A prática consistiu na utilização dos recursos farmacológicos: bola suíça, cavalinho, massagem, apoio emocional, compressa térmica, escalda pés e musicoterapia, além dos recursos destes que puderam ser apresentados também foi falado sobre os recursos banho, aromaterapia, presença de acompanhante apoio emocional. O grupo foi disposto em círculo e no meio deste posicionavam-se duplas de participantes executando entre si alternadamente um dos MNFs disponíveis. À medida que as práticas iam sendo executadas, a moderadora esclarecia sobre a técnica, benefícios e indicações de cada recurso.

Buscando significar e partilhar o sentimento vivenciado no grupo foi solicitado que cada participante descrevesse o sentimento ao realizar e ao receber o cuidado através dos MNFs de alívio da dor. Receber os cuidados foi descrito como: segurança, maravilhoso, relaxante, interação de energia, prazer, conforto, bem-estar, acolhimento e paz. Prestar o cuidado à colega foi descrito como: ser útil, prazer, amor, empatia, vínculo, doação.

A realização destas oficinas teve grande repercussão no serviço. Participantes da pesquisa bem como demais profissionais de enfermagem do serviço solicitaram realizar a capacitação. Atendendo a esta demanda foi realizada uma terceira oficina incluindo a participação das profissionais de enfermagem externas ao grupo de pesquisa.

Portanto foram realizadas 3 oficinas, capacitando 23 profissionais, sendo 13 enfermeiras e 10 técnicas de enfermagem do serviço do estudo.

AVALIAÇÃO

Momento de avaliação do planejamento e das ações realizadas e dos saberes construídos. Este se deu de forma cíclica no decorrer da pesquisa e à medida que as ações

foram sendo realizadas. Consistiu na revisão dos problemas elencados, readequação de estratégias, avaliação das ações e dos produtos elaborados.

Após elaboração dos banners de orientações a acompanhantes e protocolo de utilização de MNFs de alívio da dor, estes foram testados no serviço por mulheres parturientes e acompanhantes. Os banners foram afixados à parede e foi solicitado que as pessoas lessem e respondessem sobre a apresentação visual, linguagem e compreensão do texto bem como pertinência do conteúdo. As alterações necessárias foram realizadas em um dos encontros do grupo de pesquisa e compartilhadas com as demais participantes através de email. Após revisão final os banners foram impressos e instalados no serviço.

Importante salientar que a comunicação por email não se mostrou efetiva, uma vez que poucas o utilizavam de forma rotineira. Assim mantivemos a comunicação por grupo de whatsapp e suspendemos a comunicação por email.

Na avaliação sobre o espaço “Acolhendo” algumas relataram dificuldade em utilizar a sala devido à distância do pré-parto e necessidade de ter uma profissional disponível para esta atenção. Além disso, as profissionais de enfermagem e médicos seguiam utilizando os métodos nos locais em que as parturientes se encontravam: pré-parto, consultório ou sala de parto. Assim ficou definido que o espaço seria mantido e utilizado de acordo com as possibilidades do serviço e da equipe até que novas intervenções pudessem ser realizadas.

Sobre a necessidade de elaboração de protocolo de uso de MNFs de alívio da dor foi acordado utilizar o Protocolo Assistencial da Enfermeira Obstetra no Estado da Bahia, no entanto o processo de implantação do protocolo envolve a gestão do serviço, sensibilização e treinamento das equipes multiprofissionais. O banner de orientação sobre os MNFs contendo descrição, indicação e técnica, foi adaptado deste protocolo e disponibilizado em forma de banner e cartazes-adesivo afixados no pré-parto e nas salas de parto.

Analisando os resultados as pesquisadoras verificaram que no decorrer da pesquisa houve progressão na motivação nas participantes refletida na mudança de comportamento das profissionais durante sua prática de cuidado de enfermagem, com maior atenção à mulher com dor no trabalho de parto e utilização de métodos não farmacológicos.

A avaliação através de dados estatísticos do serviço do indicador “parturiente em trabalho de parto que utilizou algum MNF de alívio” mostrou que nos 6 meses anteriores à pesquisa apenas 10% das mulheres em trabalho de parto utilizaram algum MNF de alívio da dor enquanto nos 6 meses posteriores esta média foi de 20%. Este dado reflete os da pesquisa

de base hospitalar nacional onde na região Nordeste, 19% das mulheres de risco obstétrico habitual em trabalho de parto utilizaram procedimentos não farmacológicos para alívio da dor (LEAL *et al*, 2014).

Uma avaliação final foi realizada nove meses após a o início da pesquisa. Utilizando um questionário que versava sobre as ações realizadas pelo grupo de pesquisa e seus resultados. Este foi respondido por participantes da pesquisa e demais profissionais que realizaram a oficina de capacitação.

Ao serem questionadas sobre “como você avalia o seu conhecimento sobre MNFs de alívio da dor do parto após ter participado da oficina?” as participantes avaliaram como sendo enriquecedor em relação ao conhecimento adquirido ou aprofundado, proporcionando maior preparo e confiança para prestar uma assistência de melhor qualidade para a mulher num momento tão difícil e tão importante. Avaliaram ainda a importância para o serviço e a possibilidade de trazer grandes resultados e melhora na credibilidade entre a parturiente, equipe de saúde e instituição.

Ao serem perguntadas se “após sua participação nesta oficina você teve a oportunidade de aplicar seus conhecimentos” as participantes informaram estarem utilizando os MNFs com frequência e quando não o fazem as razões citadas é a grande demanda de trabalho, dinâmica do serviço, estrutura física inadequada e ausência de privacidade. Entretanto outras participantes enfatizam o cuidado prestado apesar das dificuldades apresentadas no serviço atualmente.

Sobre “como você avalia o resultado das ações efetivadas pelo grupo de pesquisa? (oficina de capacitação, banners de orientação e protocolo para uso dos MNFs, disponibilização de sala e de maleta com recursos não farmacológicos de alívio da dor do parto)” as participantes afirmaram ter sido muito positiva, estimulante, proporcionou crescimento profissional e melhoria na assistência.

As participantes avaliaram que ter participado desta pesquisa foi importante e gratificante. Compartilhar experiências e conhecimentos expondo suas vivências e saberes oriundos da prática profissional possibilitou um crescimento profissional a partir de conhecimentos produzidos no grupo, onde todas puderam expor suas ideias. Além disso, houve significativa melhora no convívio e interação do grupo de enfermagem estreitando laços de afeto e amizade.

Transformar a prática de cuidado à mulher com dor do parto envolveu muito mais do que a construção de conhecimento teórico sobre uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, significou sobremaneira, desconstruir crenças e valores que naturalizam a dor do parto, transpor os limites do cotidiano do trabalho e construir novos saberes, ressignificando o olhar e o cuidado à mulher com dor no seu processo parturitivo.

Através da pesquisa participativa as mulheres profissionais de enfermagem puderam compartilhar experiências, problematizar seu cotidiano de trabalho e a partir deste refletir criticamente e construir novos saberes motivando para a transformação de si e do seu meio.

Na perspectiva da dialogicidade, criticidade e participação que norteia a pesquisa-ação participativa foi possível que as participantes da investigação se percebessem enquanto condutoras das ações e transformações através de um processo cíclico de refletir-agir-transformar-refletir.

O fato do grupo de pesquisa não ser fechado permitindo a entrada de novas participantes não interferiu na sua desenvoltura uma vez que todas pertenciam ao serviço e ao chegar se dispunham a participar ativamente, agregando novos valores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem da pesquisa-ação participativa em saúde possibilitou transformações na prática de cuidado à mulher com dor do parto, desta forma é possível entender que esta é uma abordagem propícia para a ação transformadora nas práticas de cuidado em saúde.

A experiência evidencia a importância da utilização de abordagens participativas como mediadoras de transformações nas práticas de cuidado em saúde uma vez que estas possibilitam a construção de novos saberes significativos para a própria experiência e motivador para mudanças.

Um desafio encontrado foi transpor a tensão ocasionada pela mudança de gestão no serviço repercutindo na motivação destas profissionais, bem como dificuldades do cotidiano como superlotação e redução de recursos humanos.

Ainda assim a maioria das participantes ressignificaram suas práticas e seguiram motivadas e motivando outras profissionais a acreditarem na possibilidade de melhoria na qualidade do cuidado às mulheres parturientes.

Este é um processo inacabado uma vez que a realidade e as pessoas estão em constante transformação demandando novos olhares, novas reflexões, e construção de novos saberes.

O cuidado à mulher com dor do parto contempla outros atores/atrizes que devem ser envolvidos no processo de transformação. O resultado alcançado nesta investigação evidencia o valor da abordagem da pesquisa participativa e sugere novas investigações na perspectiva das vivências e saberes das mulheres no período parturitivo bem como de demais profissionais de saúde envolvidas neste cuidado.

REFERÊNCIAS:

1. International Collaboration for Participatory Health Research. Position Paper 1: What is Participatory Health Research? Berlin: ICPHR; 2013.
2. Cornwall A, Jewkes R. What is participatory research? *Social science & medicine*. 1995; 41(12): p.1667-1676.
3. Martins MEC. *Investigação-Ação Participativa Em Saúde: Revisão Integrativa Da Literatura Em Língua Portuguesa*. Dissertação de mestrado- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. 2013. 158f.
4. Teza P, Miguez VB, Fernandes RF, de Souza JA, Dandolini GA, de Abreu AF. Geração de ideias: aplicação da técnica world café. *International Journal of Knowledge Engineering and Management (IJKEM)*. 2013. 2(3): p1-14.
5. Repetto, F *et al*. Reflexões para Ibero América: planejamento estratégico. 2009.
6. Grupo Transas do Corpo. Metodologias feministas no trabalho com jovens: a experiência com o Grupo de Informação e Ação em Sexualidade (GIAS). [Internet]. 2010. 16p. Disponível em: <http://www.transasdocorpo.org.br/oferecemos/publicacoes/metodologiasfeministas-no-trabalho-com-jovens-a-experienciacom-o-grupo-de-informacao-e-acao-em-sex>.
7. da Fonseca, R. M. G. S., de Souza, K. V., Andrade, C. D. J. M., Amaral, M. A., de Souza, V., & Caetano, L. C. Formação de um grupo de pesquisa em enfermagem na área da saúde da mulher e gênero. *Texto & Contexto Enfermagem*, 2012. 21(4): p990-998.
8. Salim NR *et al*. Os sentidos do cuidado no parto: um estudo intergeracional. *Cogitare Enfermagem*, 2012. 17(4).
9. Brandão CR. Repensando a pesquisa participante. In: Repensando a pesquisa participante. Brasiliense, 1986.
10. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática pedagógica*. São Paulo: Paz e Terra, p.165; 1996.

11. Freire P. Conscientização. São Paulo: Moraes. 1980. v6.
12. Le Boterf G. Pesquisa participante: propostas e reflexões metodológicas. In: Brandão CR. Repensando a Pesquisa Participante. São Paulo: Brasiliense, 1986.
13. de Assunção APF, Barbosa CR, Teixeira E, Medeiros HP, Tavares IC, Sabóia VM. Práticas e tecnologias educacionais no cotidiano de enfermeiras da estratégia saúde da família. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem. UFPE.* 2013. 7(11).
14. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Pré-natal e puerpério. Assistência humanizada à mulher. Brasília, 2002c.
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de humanização do pré-natal e nascimento. Brasília, DF, 2000. 22 p.
16. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
17. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. saúde coletiva*, 2005. 10(3):p.627-37.
18. World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. WHO, Genebra. 1996.
19. Almushait M, Ghani RA. Perception toward non-pharmacological strategies in relieving labor pain: an analytical descriptive study. *Journal of Natural Sciences Research.* 2014.4(2): p.5-12.
20. Vogt SE, Silva KS, Dias MAB. Comparison of childbirth care models in public hospitals, Brazil. *Rev. Saúde Pública.* São Paulo. 2014; 48(2).
21. Berger SMD, Barbosa RHS, Soares CT, Bezerra CDM. Formação de Agentes Comunitárias de Saúde para o enfrentamento da violência de gênero: contribuições da Educação Popular e da pedagogia feminista. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 2014;18. P.1241-1253.
22. Greenwood DJ, Levin M. – Introduction to action research: social research for social change (2ª ed.). Thousand Oaks: Sage, 2006.
23. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2011
24. Leal MC *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública.* 2014.30(1).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta investigação versou sobre a utilização dos métodos não farmacológicos como estratégia de alívio da dor do parto fomentando a transformação na prática de cuidado à mulher com dor do parto, vigente no hospital do estudo.

O cuidado de enfermagem foi compreendido como de extrema importância, uma vez que profissionais de enfermagem estão cotidianamente mais próximas de pacientes e são mais sensíveis ao modelo de cuidado integral e humanístico. A opção por trabalhar com as profissionais de enfermagem justificou-se pela relevância destas enquanto cuidadoras de outras mulheres neste serviço e por demonstrarem disposição para mudança, além de representar maioria na equipe multiprofissional.

A abordagem da pesquisa ação participativa em saúde mostrou-se de grande valor uma vez que a possibilidade de realizar mudanças a partir da participação ativa das profissionais que prestam o cuidado diário mostrou-se eficaz e foi valorizada pela população do estudo. Dar voz às profissionais de enfermagem e proporcionar aprendizagem crítica a partir da sua própria realidade de vida e trabalho permitiu de forma soberana a transformação pessoal, motivação e engajamento para mudança individual e coletiva na prática de cuidado à mulher com dor do parto.

Mediatizado pela pesquisa participativa foi possível sensibilizar as profissionais de enfermagem sobre a temática numa perspectiva de gênero e de direitos enquanto mulheres, ressignificando o parto e mais especificamente a dor do parto e valorizando o cuidado de enfermagem, com respeito à dignidade e autonomia da mulher sobre seu corpo.

Nesta pesquisa procuramos contemplar o cuidado prestado pela enfermeira obstetra, enfermeira generalista e técnicas de enfermagem, pois são estas as profissionais que acolhem e cuidam cotidianamente das mulheres parturientes. Problematizar o cotidiano da mulher em trabalho de parto culminou com a efetivação de ações que promoveram mudanças na prática de cuidado de enfermagem à mulher com dor do parto neste serviço.

As participantes do estudo ressignificaram crenças e valores sobre a dor do parto, compartilharam conhecimentos e colocaram em prática estratégias para efetiva utilização dos métodos não farmacológicos de alívio da dor já disponíveis no serviço.

É possível que a transformação percebida na equipe de enfermagem tenha um efeito multiplicador, influenciando demais profissionais do serviço para esta mudança no cuidado à

mulher com dor do parto através da utilização dos métodos não farmacológicos disponíveis no serviço.

Entretanto é importante salientar que a pesquisa foi desenvolvida num momento de transição da gestão estadual e local no hospital do estudo o que interferiu na motivação das profissionais para o engajamento no serviço. Além disso, não foi possível aproximação e diálogo com os novos gestores no sentido de envolvê-los no projeto de pesquisa ora desenvolvido. O apoio e envolvimento de gestores são de fundamental importância para promover transformações no serviço. Esta ausência era percebida e apontada pelas participantes da pesquisa como um fator limitador de suas ações.

Nesta pesquisa não pretendemos ser conclusivos, uma vez que a transformação nas práticas de cuidado à mulher parturiente incide sobre diferentes personagens deste cuidado: a mulher parturiente, acompanhante da mulher, profissional médico e gestores do serviço. Assim é necessário que estas ações educativas se estendam as demais pessoas envolvendo-as na construção de novos saberes e no processo de mudança.

Considerando a contribuição da abordagem da pesquisa-ação participativa em saúde em promover transformações de forma participativa e crítica, entendemos ser esta um caminho para operar mudanças nas práticas de profissionais de saúde, através de uma construção coletiva protagonizada pelas pessoas que vivenciam a realidade que se pretende transformar. Dar voz às pessoas, escutar o que dizem é desvelar seus saberes, sua cultura e sua história. Problematizar como cada pessoa se insere socialmente é envolvê-la e motivá-la no caminho da reflexão para avançar em busca da transformação.

REFERÊNCIAS

ALMUSHAIT, Mona; GHANI, Rania Abdel. Perception toward non-pharmacological strategies in relieving labor pain: an analytical descriptive study. **Journal of Natural Sciences Research**, v.4, n. 2, p. 5-12, 2014.

ASSUNÇÃO, Ana Paula Ferreira *et al.* Práticas e tecnologias educacionais no cotidiano de enfermeiras da estratégia saúde da família. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem**. UFPE, v.7, n. 11, 2013.

AQUINO, Estela Maria Motta Leão. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. **Cad. saúde pública**, v.30, supl. 1: S8-10, 2014.

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

BEAVOUIR, Simone. **O Segundo Sexo: a experiência vivida**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1980.

BERGER Sônia Maria Dantas, *et al.* Formação de Agentes Comunitárias de Saúde para o enfrentamento da violência de gênero: contribuições da Educação Popular e da pedagogia feminista. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p.1241-1253, 2014.

BERGOLD, Jarg; THOMAS, Stefan. Participatory research methods: a methodological approach in motion. **Forum Qualitative Social Research**. ISSN 1438-5627, v.13, n.1, 2012.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano**. Rio de Janeiro, **Vozes**, 1999.

BORGES Maritza Rodrigues *et al.* As práticas integrativas e complementares na atenção à saúde da mulher: uma estratégia de humanização da assistência no Hospital Sofia Feldman. **Rev. Min. Enferm**. Minas Gerais, v. 15, n. 1, p.105-13, 2011.

BOURDIEU Pierre. A dominação masculina. **Actes de la recherche en sciences sociales** - tradução de Guacira Lopes Louro - Faculdade de Educação/ UFRGS. 1990.

BRANDÃO Carlos Rodrigues. Repensando a pesquisa participante. In: **Repensando a pesquisa participante**. Brasiliense, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p. : il. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização do pré-natal e nascimento**. Brasília, DF, 2000. 22 p.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Pré-natal e puerpério. Assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a **Rede Cegonha**. Brasília; 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Universidade Estadual do Ceará. Brasília. 2014.p 465.

BRITO, Irma da Silva. *et al* Antes que te Queimes: eles e elas em contexto acadêmico recreativo. **INFAD-Revista de Psicologia**, v.3,p 665-79, 2010.

BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; EBELE, Romana Raquel; EBSEN, Erika Simas; BATISTA, Bruna Daniela. No parto vaginal e na cesariana acompanhante não entra: discursos de enfermeiras e diretores técnicos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.36 supl.1, p.152-158, 2015.

Café to Go: a Quick Reference Guide for Hosting World Café. Disponível em **Café World Community Foundation**[internet]. Acessado 30 de agosto de 2015. Disponível em: <http://www.theworldcafe.com/wp-content/uploads/2015/07/Cafe-To-Go-Revised.pdf>

CASSIANO, Angélica Capellari Menezes *et al*. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Rev Serv Público**. v.5, n. 2, p. 227-44. 2014.

CHAILLET, Nils *et al*. Nonpharmacologic Approaches for Pain Management During Labor Compared with Usual Care: A Meta-Analysis. **Birth**, v. 41, n. 2, p. 122-137, 2014.

CHERNICHARO, Isis de Moraes; SILVA, Fernanda Duarte da; FERREIRA, Márcia de Assunção. Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, Mar. 2014.

CORNWALL Andrea.; JEWKES, Rachel. **What is participatory research?Social science & medicine**, v. 41, n. 12, p. 1667-1676, 1995.

CORREIA, Victor. A Dicotomia Público-Privado. Poliética. **Revista de Ética e Filosofia Política**. ISSN 2318-3160, v. 3, n. 1, p. 7-44, 2015.

DA FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa *et al*. Formação de um grupo de pesquisa em enfermagem na área da saúde da mulher e gênero. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 990-998, 2012.

DAVIM, Rejane Marie Barbosa; TORRES, Gilson de Vasconcelos; DANTAS, Janmilli da Costa. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. **Rev. Esc. Enferm USP**. São Paulo. v. 43, n. 2, p. 438-45, 2009.

DINIZ, Carmen Simone Grilo et al . Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S140-S153, 2014 .

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627-37, 2005.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad Saúde Pública**. v. 30 Supl: S101-16. 2014.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**, Rio de Janeiro: Graal.1982.

FREIRE, Paulo. **Conscientização**. São Paulo: Moraes. 1980.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática pedagógica**. São Paulo: Paz e Terra, p.165; 1996.

_____. **Pedagogia da autonomia**. 18a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2001.

FRIGO, Jucimar; BASSO, Rosemeri Both; ERDTMANN, Bernadete Kreutz; MARIN Sandra Mara. A enfermagem e o cuidado humanístico na parturição. **Rev Uningá Review**. v.15, n.2, p. 05 - 09, 2013.

GALLO, Rubneide Barreto Silva *et al.* Recursos não farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **Femina**. v. 39, n. 1, 2011.

GALLO, Rubneide Barreto Silva *et al.* Swiss ball to relieve pain of primiparous in active labor. **Revista Dor**. São Paulo, v. 15, n. 4, p. 253-5, 2014.

GAYESKI, Michele Ediane; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. **Texto Contexto Enferm.**, v. 199, n. 4, p. 774-782, 2010.

GIBBS, Graham. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GOLDFARB, Maria Patrícia Lopes; LEANDRO, Suderlan Sabino; DIAS, Maria Djair. O “cuidar” entre as Calin. Concepções de gestação, parto e nascimento entre as ciganas residentes em Sousa-PB. **Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, v. 11, n. 33, p. 851-876, 2012.

GREENWOOD, Davydd,James; LEVIN, Morten. – Introduction to action research: social research for social change (2ª ed.). Thousand Oaks: Sage, 2006.

GRUPO TRANSAS DO CORPO. **Metodologias feministas no trabalho com jovens: a experiência com o Grupo de Informação e Ação em Sexualidade (GIAS)**. [Internet]. 2010. 16p. Disponível em:

<http://www.transasdocorpo.org.br/oferecemos/publicacoes/metodologiasfeministas-no-trabalho-com-jovens-a-experienciacom-o-grupo-de-informacao-e-acao-em-sex>.

HODNETT, Ellen D. *et al.* Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database Syst Rev**; v.7, CD003766 2013.

WRIGHT, Michael. *et al* International Collaboration for Participatory Health Research. **Position Paper 1: What is Participatory Health Research?** Berlin: ICPHR; 2013.

Disponível em:

http://www.icphr.org/uploads/2/0/3/9/20399575/ichpr_position_paper_1_defintion_-_version_may_2013.pdf. Acesso em 06 de Janeiro de 2016.

JAGGAR, ALISON M; BORDO, Susan. **Gênero, corpo, conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos. 1997.

JUNIOR, José Martins do Nascimento *et al* Os desafios encontrados pelo profissional de enfermagem durante a assistência prestada numa maternidade pública. **Lecturas Educación Física y Deportes**. Buenos Aires, v.19, n. 195, p 1-9, 2014.

LANSKY, Sônia. **Por um novo modo de nascer no Brasil**. Portal da Saúde/SUS. Disponível na Internet: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm. Acessado em 03 de janeiro de 2015.

LE BOTERF Gui. **Pesquisa participante: propostas e reflexões metodológicas**. In: Brandão CR. Repensando a Pesquisa Participante. São Paulo: Brasiliense, 1986.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad Saúde Pública**. v. 30, supl. 1. 2014.

JUNIOR, Teodoro Leguizamon; STEFFANI, Jovani Antônio; BONAMIGO, Elcio Luiz. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Revista Bioética**. v. 21, n. 3, p.509-517, 2013.

LEMOS, Isamara Corrêa *et al.* Produção científica nacional sobre práticas interativas não farmacológicas no trabalho de parto: uma revisão integrativa da literatura. **Enfermagem Obstétrica**, v. 1, n. 1, p. 25-30, 2014.

MAFETONI, Reginaldo Roque; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 505-520, 2014.

MARTINS, Maria Elisabete da Costa. **Investigação-Ação Participativa Em Saúde: Revisão Integrativa Da Literatura Em Língua Portuguesa**. 2013. 158f. Dissertação de mestrado- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

- MATTAR, Laura Davis; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Reproductive hierarchies: motherhood and inequalities in women's exercising of human rights. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p. 107-120, 2012.
- MAZONI, Simone Roque; CARVALHO, Emilia Campos de SANTOS, Cláudia Benedita dos. Clinical validation of the nursing diagnosis labor pain. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. spe, 2013.
- MEYER, Dagmar Elisabeth Estermann. Corpo, gênero e maternidade: algumas relações e implicações no cuidado em saúde*. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 1, 2011.
- MOLITERNO, Aline Cardoso Machado *et al.* The pregnancy and delivery process among Kaingang women. **Texto Contexto - enferm.** Florianópolis, v. 22, n. 2, 2013.
- MONTE, Alana Santos; RODRIGUES, Dafne Paiva. Percepção de profissionais de saúde e mulheres sobre a assistência humanizada no ciclo gravídico-puerperal. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 27, n. 3, 2013.
- NASCIMENTO, Enilda Rosendo. **Memorial acadêmico**. Universidade Federal da Bahia, 2016. 93p.
- NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. **A assistência de enfermagem na perspectiva de gênero: concepções de mulheres em um centro de saúde**. 2000. 223f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.
- NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; OLIVA, Talita Andrade. Indicadores de gênero da assistência de enfermagem às mulheres. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 57, n. 5, p. 565-568, 2004.
- NILSEN, Evenise; SABATINO, Hugo; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. The pain and behavior of women during labor and the different positions for childbirth. **Rev. esc. enferm. USP** v. 45, n. 3, p. 557-565, 2011.
- OLIVEIRA, Fabiane Azevedo de; PROGIANTI, Jane Márcia; PEREGRINO, Antonio Augusto de Fritas. Direct costs of delivery with related obstetrical nursing practice in Birth Center. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n.3, 2014.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: guia prático**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1996.
- ORTNER, Shane Beverli. 1979. **Está a Mulher para o Homem assim como a Natureza para a Cultura?** In: Rosaldo MZ, Lamphere L. (orgs.). *A Mulher, a Cultura, a Sociedade*. Paz e Terra, Rio de Janeiro.
- PEREIRA, Raquel da Rocha; FRANCO, Selma Cristina; BALDIN Nelma. A dor e o protagonismo da mulher na parturição. **Rev. bras. Anestesiol.** v. 61, n. 3, p 382-388, 2011.

PEREIRA, Wilza Rocha. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. **Texto & contexto enferm**, v. 13, p. 391-400, 2004.

PÉREZ, Bárbara Angélica Gómez; OLIVEIRA, Edilaine Varjão; LAGO, Mariana Santos. Percepções de puérperas vítimas de violência institucional durante o trabalho de parto e parto: revisão integrativa. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 4, n. 1, p. 66 - 77, 2015.

PIESZAK, Greice Machado *et al.* Percepção da equipe de enfermagem quanto à dor da parturiente: perspectivas para o cuidado. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste.**; v. 16, n 6, p.881-889, 2015.

PIMENTA, Lizandra Flores; RESSEL, Lúcia Beatriz; STUMM, Karine Eliel. A construção cultural do processo de parto. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, v. 5, n. 4, p. 591-598, 2013.

PONTES, Monise Gleyce de Araujo *et al.* Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**. v.12, n.1 p. 69-78. 2014.

PORTO, Dora. O significado da maternidade na construção do feminino: uma crítica bioética à desigualdade de gênero. **Revista Redbioética/UNESCO**, p. 55, 2011.

QUEIROZ, Tania Lúcia de Araújo; CAVALCANTE, Patrícia Smith. As contribuições do software Atlas Ti para a análise de relatos de experiência escritos. In: **X Congresso Nacional de Educação**. 2011.

REPETTO, Fabián *et al.* **Reflexões para Ibero América:** planejamento estratégico. 2009.

REZENDE, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa. O parto: estudo clínico e assistência. In: MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa; REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia Fundamental**. 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2014. p.181-2012

RIBEIRO, Lucas Lopes *et al.* Profile of women under the cesarean delivery. **Journal of Nursing UFPE online**. v 9, n. 12, p.1198-1205, 2015.

SALIM, Natália Rejane *et al.* Os sentidos do cuidado no parto: um estudo intergeracional. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 4, dez. 2012.

SANTANA, Licia Santos *et al.* Effect of shower bath on pain relief of parturients in active labor stage. **Revista Dor**, v. 14, n. 2, p. 111-113, 2013.

SARDENBERG, Cecilia Maria Bacelar. **Relações de gênero: uma breve introdução ao tema**. In: Costa AA, Teixeira A, Vanin IM. Ensino e Gênero: Perspectivas Transversais - Salvador: UFBA - NEIM, 2011: p.17-32.

SCAVONE, Lucila. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Cadernos Pagu**, n. 16, p. 137-150, 2001.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica.** Trad. S.O.S. Corpo. Educ. Real, v 16, n2, p1-27,1990.

SHRESTHA, Isha; PRADHAN, N.; SHARMA, J. Factors influencing perception of labor pain among parturient women at Tribhuvan University teaching hospital. **Nepal Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 8, n. 1, p. 26-30, 2013.

SILVA, Larissa Mandarano da; BARBIERI, Márcia; FUSTINONI, Suzete Maria. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. **Rev Bras Enferm.** v 64, n 1, p. 60 - 65, 2011.

SILVA, Andréa Lorena Santos; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. **Escola Anna Nery.** v. 19, n. 3, p. 424-431, 2015.

SILVA, Leonildo Severino da. **Práticas e cuidados em saúde reprodutiva de mulheres da etnia Kambiwá.** Dissertação de mestrado, Salvador, BA: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), 2014.

SILVA, Lia Mota *et al.* Using the Swiss ball in labor. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 24, n.5, 2011.

SIQUEIRA, José Tadeu Tesseroli. **Porque a Dor é uma questão também de Saúde Pública!** Disponível em:<<http://www.dor.org.br/publico/dor-no-brasil>. > Acesso em: 02 jan 2015.

Sociedade Brasileira para Estudo da Dor [Internet]. São Paulo: **SBED/IASP**; Disponível em <http://www.dor.org.br/publico/o-que-e-dor>. Acesso em 02 de janeiro de 2015

TEZA, Pierry *et al.* **Geração de ideias: aplicação da técnica world café.** International Journal of Knowledge Engineering and Management (IJKEM), v.2, n.3, p.1-14, 2013.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação.** 15. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do Parto. **Revista Estudos Feministas.** v.10, n.2, 2002.

VARGAS, Pricilla Braga *et al.* A assistência humanizada no trabalho de parto: percepção das adolescentes. **Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental.** v. 6, n.3, 2014.

VERSIANI, Clara de Cássia *et al.* Assistência ao parto no âmbito da enfermagem obstétrica: uma revisão integrativa. **Renome**, v. 3, n. 1, p. 77-85, 2014.

VOGT, Sibylle Emilie; SILVA, Kátia Silveira da; DIAS, Marcos Augusto Bastos. Comparison of childbirth care models in public hospitals, Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, 2014.

WALDOW, V. R.; HUMANO, O. Cuidado o resgate necessário. **O resgate necessário**, 1999.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada: “Métodos não farmacológicos como estratégia de cuidado à mulher com dor do parto.”, que tem como objetivo construir coletivamente proposta de cuidado à mulher com dor do parto utilizando-se métodos não farmacológicos.

Você tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo em sua relação com a pesquisadora e com seu local de trabalho. Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Portanto, será garantido o seu anonimato e o sigilo de suas informações.

Você não terá nenhum custo pela sua participação ou quaisquer compensações financeiras. Os riscos oferecidos pela pesquisa são baixos, considerando o desconforto que poderá existir ao compartilhar vivências e sentimentos. Como benefício a satisfação em participar ativamente na construção de um novo modo de fazer a enfermagem ao ampliar a qualidade da assistência prestada através de um cuidado sistematizado e fundamento em evidências científicas.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto, preencha, por favor, os itens a seguir:

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu Consentimento em participar da pesquisa.

Nome da Participante da Pesquisa

Assinatura da Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE B – Questionário de avaliação da pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Título da pesquisa: Cuidados de Enfermagem à Mulher com Dor do Parto: Transformações a partir da Pesquisa Participativa.

Pesquisadora: Márcia Fernandes Silva

Questionário de avaliação da pesquisa

Nome:
Profissão:
Como você avalia o seu conhecimento sobre Métodos não Farmacológicos de Alívio da Dor do Parto após ter participado da oficina?
Após sua participação nesta oficina você teve a oportunidade de aplicar seus conhecimentos? Fale a respeito:
Como você avalia o efeito dos produtos da pesquisa (banners: cuidados que aliviam a dor no trabalho de parto; orientação ao acompanhante; protocolo para uso de Métodos Não Farmacológicos de Alívio da Dor do Parto) no serviço?
Como foi para você ter participado desta pesquisa (responder apenas quem participou de encontros além da oficina)?

APÊNDICE C – Banner “Orientações para acompanhantes”



CENTRO-OBSTÉTRICO ORIENTAÇÕES PARA ACOMPANHANTES



**Acompanhante, sinta-se bem-vindo (a) à nossa maternidade!
Você faz parte desta história! Dedique carinho, apoio, segurança e tranquilidade à gestante!**

	A gestante precisa de você, do seu apoio, do seu carinho. Esteja sempre ao lado dela.
	Sempre use sua pulseira de acompanhante. Solicite-a no momento do internamento e para as trocas de acompanhante.
	É importante respeitar os horários de trocas de acompanhantes determinados pela instituição: HORÁRIOS: 8 às 9h/ 13 às 14h/ 17 às 18 h.
	Você tem direito às refeições que deverão ser realizadas no 4º andar nos horários: 6h, 11h e 18h. Não é permitido consumir alimentos no setor.
	Quando tiver dúvidas peça orientação a profissionais de saúde do serviço.
	Lave sempre as mãos antes e após contato com a gestante.
	Sua participação nos cuidados para alívio da dor no trabalho de parto é muito importante! Peça orientação a profissionais de saúde.
	Esteja atento à avaliação da gestante, não use o celular durante as consultas e atendimento de saúde.
	A cama é de uso exclusivo da gestante. Utilize a cadeira para acompanhantes.
	O silêncio é muito importante: falar baixo e celular no silencioso promovem um ambiente mais tranquilo para um momento tão especial.
	Respeito a intimidade é muito importante, não circule entre os outros leitos.
	O enxoval deve ser trazido logo após o parto e conter somente o necessário. Evite trazer coisas de grande valor afetivo.
	A alimentação da gestante é responsabilidade do serviço. Não é permitida a entrada de alimentos na maternidade.
	Lembre-se de trazer material de higiene pessoal da gestante: escova e creme dental, sabonete, toalha, pente, roupa íntima e sandálias.
	Não é permitido manusear materiais e equipamentos do setor como monitores, soros, bomba de infusão e tomadas.

Elaboração: profissionais de enfermagem do centro obstétrico do HGRS e pesquisadora Márcia Fernandes Silva. Dissertação “Métodos não farmacológicos como estratégia de cuidado à mulher com dor no parto”. PGENF/UFBA.

APÊNDICE D – Banner “Cuidados que aliviam a dor no trabalho de parto”



CUIDADOS QUE ALIVIAM A DOR NO TRABALHO DE PARTO



- Diversos cuidados reduzem a sensação de dor e estimula o trabalho de parto para que este seja menos doloroso, mais rápido e mais prazeroso.
- Estes cuidados não utilizam medicamentos e por isso são chamados de métodos não farmacológicos para alívio da dor.
- Sabemos que cada mulher sente a dor do seu jeito por isso ela poderá escolher o cuidado que lhe for mais confortável.
- Aqui, oferecemos diversos métodos de alívio da dor no trabalho de parto e no parto.
- A utilização destes cuidados deverá ser feita com orientação de profissional de saúde.



BANHO DE CHUVEIRO

A água aquecida promove relaxamento muscular, alívio da dor e maior conforto à mulher no trabalho de parto



APOIO EMOCIONAL

A presença de acompanhante promove segurança, conforto e tranquilidade tornando a experiência de parto mais prazerosa. A lei 11.108/05 garante à mulher o direito a acompanhante de sua escolha durante todo o seu internamento



MASSAGEM

O simples contato das mãos na pele alivia o estresse e leva à sensação de prazer. A massagem firme e profunda diminui a tensão dos músculos e desta forma alivia a dor



CAVALINHO DE BALANÇO PÉLVICO

Balançar no cavaleiro favorece a dilatação da bacia auxiliando na progressão do trabalho de parto. Além disso promove distração e relaxamento, podendo ainda ser usado durante a massagem



BOLA SUÍÇA

Realizar exercícios na bola favorece a evolução do parto e a descida do feto. Além disso promove distração e relaxamento, podendo ainda ser usada durante o banho de chuveiro e massagem



CAMINHADA

Andar ativamente reduz a duração do trabalho de parto devido ao efeito favorável da gravidade

LIVRE POSIÇÃO PARA O PARTO

No momento de parir a mulher deve escolher a posição que lhe é mais confortável. As posições verticalizadas: sentada, de 4 apoios ou agachada são mais indicadas pois estimulam a saída do feto



AROMATERAPIA E MUSICOTERAPIA

Músicas e cheiros promovem conforto e relaxamento aliviando a dor

Elaboração: profissionais de enfermagem do centro obstétrico do HGRS e pesquisadora Márcia Fernandes Silva. Dissertação “Métodos não farmacológicos como estratégia de cuidado à mulher com dor no parto”. PGENF/UFBA. Imagens autorizadas por participantes.

APÊNDICE E – Banner “Protocolo para uso de Métodos Não Farmacológicos de Alívio da Dor do Parto”

 Protocolo para uso de Métodos Não Farmacológicos de alívio da dor no parto 			
Dilatação	Recurso terapêutico	Tempo	Técnica
4-5 cm	Chuveiro	Mínimo 20 minutos	Jato de água morna na região lombossacral e/ou baixo ventre
	Mudanças de posturas	com duração de 15 minutos em cada postura	Decúbito lateral esquerdo, quatro apoios, sentada, agachada, em pé
	Deambulação	Livre – mínimo de 30 minutos	Caminhar ativamente, de preferência acompanhada
	Massagem	Durante as contrações	Deslizamento, amassamento e pressão entre na região lombo-sacral (T10-L1 e S2-S4).
	Bola suíça	Mínimo de 15 minutos	Sentar sobre a bola, buscando apoio sobre os pés. Realizar movimentos circulares com o quadril. Buscar os movimentos a partir de suas próprias sensações.
	Cavalinho (assento ativo)	Mínimo de 15 minutos	Sentar sobre o cavalinho, apoiando os pés à frente do mesmo. Executar movimentos para frente para trás.
	Associação de recursos	no intervalo entre as contrações	cavalinho + massagem bola suíça + chuveiro bola suíça+ massagem
6-7 cm	Chuveiro	Mínimo 20 minutos	Jato de água morna na região lombossacral e/ou baixo ventre
	Massagem	Durante as contrações	Deslizamento, amassamento e pressão entre na região lombo-sacral (T10-L1 e S2-S4).
	Mudança de posturas	com duração de 15 minutos em cada postura	Decúbito lateral esquerdo, quatro apoios, sentada, agachada, em pé
	Exercícios respiratórios	Durante e entre as contrações	Respiração lenta e profunda, inspirando pela nariz e expirando pela boca
	Deambulação	Livre – mínimo de 30 minutos	Caminhar ativamente, de preferência acompanhada
	Relaxamento	Intervalo entre as contrações	Relaxar a musculatura soltando os braços e pernas até que cesse a contração
	Bola suíça	Mínimo de 15 minutos	Sentar sobre a bola, buscando apoio sobre os pés. Realizar movimentos circulares com o quadril. Buscar os movimentos a partir de suas próprias sensações.
	Cavalinho (assento ativo)	Mínimo de 15 minutos	Sentar sobre o cavalinho, apoiando os pés à frente do mesmo. Executar movimentos para frente para trás.
Associação de recurso	Mínimo de 15 minutos para cada associação	cavalinho + massagem bola suíça + chuveiro bola suíça+ massagem	
8-10 cm	Mudança de posturas	com duração de 15 minutos em cada postura	Decúbito lateral esquerdo, quatro apoios, sentada, agachada, em pé
	Exercícios respiratórios	Durante e entre as contrações	Respiração lenta e profunda, inspirando pela nariz e expirando pela boca
	Relaxamento	Intervalo entre as contrações	Relaxar a musculatura soltando os braços e pernas até que cesse a contração
	Bola suíça	Mínimo de 15 minutos	Sentar sobre a bola, buscando apoio sobre os pés. Realizar movimentos circulares com o quadril. Buscar os movimentos a partir de suas próprias sensações.
	Cavalinho (assento ativo)	Mínimo de 15 minutos	Sentar sobre o cavalinho, apoiando os pés à frente do mesmo. Executar movimentos para frente para trás.
	Associação de recurso	no intervalo entre as contrações	cavalinho + massagem bola suíça + chuveiro bola suíça+ massagem

Adaptado de Lemos et al. "Produção científica nacional sobre práticas interativas não farmacológicas no trabalho de parto: uma revisão integrativa da literatura." Enf. Obstétrica 1.1 (2014): 25-30. Gallo, Rubneide Barreto Silva, et al. "Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial." Femina 39.1 (2011): 41-48.

Elaborado por profissionais de enfermagem do centro obstétrico do HGRS e pesquisadora Márcia Fernandes Silva. Dissertação "Métodos não farmacológicos como estratégia de cuidado à mulher com dor no parto". PGENF/UFBA.

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO À MULHER COM DOR NO PARTO

Pesquisador: MÁRCIA FERNANDES SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46091915.7.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.172.330

Data da Relatoria: 01/07/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa coordenado pela Profa Dra Enilda Rosendo do Nascimento. Movimentos pela humanização do parto fomentaram a elaboração de recomendações com base em evidências científicas e elaboração de políticas públicas que promovessem boas práticas na atenção ao parto. Dentre as recomendações está a utilização de métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor do parto. A enfermagem obstétrica, ao incorporar estes valores desde o seu processo formativo tem papel preponderante neste modelo de cuidado preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Apesar das evidências científicas, pesquisas no Brasil demonstram baixa utilização de estratégias para alívio da dor do parto, incluindo os métodos não farmacológicos. A maternidade em estudo está inserida neste contexto e, portanto, o estudo torna-se relevante ao pretender uma transformação na prática do cuidado de enfermagem à mulher com dor no parto através da utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor proporcionando uma experiência de parto mais confortável, segura e prazerosa.

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 1.172.330

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos geral:

- construir uma proposta de cuidado à mulher com dor no parto utilizando métodos não farmacológicos preconizados pela OMS.

Objetivos específicos:

- descrever a percepção das profissionais de enfermagem sobre a dor no parto,
- analisar o conhecimento destas sobre os métodos não farmacológicos para alívio da dor antes e após a intervenção,
- discutir estratégias para sua implementação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: "Os riscos oferecidos pela pesquisa são baixos, considerando o desconforto que poderá existir ao compartilhar vivências e sentimentos"

Benefícios: "Como benefício a satisfação em participar ativamente na construção de um novo modo de fazer a enfermagem ao ampliar a qualidade da assistência prestada através de um cuidado sistematizado e fundamentado em evidências científicas".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo factível, inovador, atual e propõe um modelo de atenção e cuidado à mulher com dor durante o parto tendo em vista a garantia do direito à experiência de parturição o mais confortável possível e contribuir na produção científica sobre o tema em estudo. Será realizado um estudo descritivo de natureza qualitativa que utiliza a abordagem da pesquisa-ação participativa, motivado pelo fato de que esta promove uma aproximação da realidade visando a transformação social através do conhecimento científico considerando os significados, crenças e simbologias do grupo social envolvido na pesquisa.

As participantes da pesquisa serão enfermeiras e técnicas de enfermagem que atuam há mais de um ano no centro obstétrico de uma maternidade pública na cidade de Salvador. Os dados serão analisados de acordo com o método temático proposto por Bardin.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os documentos exigidos pela Plataforma Brasil

Recomendações:

Rever e ampliar a parte dos riscos especialmente ao considerar o desconforto da participante. Rever os benefícios no projeto e no TCLE acrescentar o período de coleta dos dados, o período e o local

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 1.172.330

de guarda dos dados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atender ao que foi solicitado na parte das recomendações

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado homologa o PARECER DE APROVAÇÃO emitido pelo relator.

SALVADOR, 05 de Agosto de 2015

Assinado por:

**Dra DARCI DE OLIVEIRA SANTA ROSA
(Coordenador)**

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

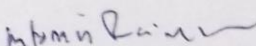
E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ANEXO B - Termo de autorização para realização da pesquisa**HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS**

Salvador-Ba, 15 de junho de 2015.

DECLARAÇÃO

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta organização está ciente de suas co-responsabilidades como organização co-participante do projeto de pesquisa intitulado "**MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO À MULHER COM DOR NO PARTO**", de autoria de **Márcia Fernandes Silva**, tendo como origem a UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para garantia de tal segurança e bem-estar.


Dr. Antônio Raimundo Pinto de Almeida
Diretor Geral - HGRS

Antônio Raimundo Almeida
Diretor Geral / HGRS
Cad. 19.580.250-3

ANEXO C- Comprovante de submissão: periódico Interface- Comunicação, Saúde, Educação.

23/05/2016

Gmail - Interface - Comunicação, Saúde, Educação - ID ICSE-2016-0275



Márcia Fernandes <marciafernandesmf@gmail.com>

Interface - Comunicação, Saúde, Educação - ID ICSE-2016-0275

1 mensagem

onbehalfof+intface+ymb.unesp.br@manuscriptcentral.com
<onbehalfof+intface+ymb.unesp.br@manuscriptcentral.com>
Responder a: intface@ymb.unesp.br
Para: marciafernandesmf@gmail.com
Cc: marciafernandesmf@gmail.com, enildarosendo@hotmail.com

14 de abril de 2016
18:06

14-Apr-2016

Prezado (a) Mrs. SILVA:,

Seu manuscrito intitulado "Parir normal é uma experiência!" foi submetido com sucesso e será encaminhado para avaliação, visando à sua publicação em Interface – Comunicação, Saúde, Educação.

O ID do manuscrito é ICSE-2016-0275 e deverá ser mencionado em toda correspondência enviada para a revista ou em contato com a Interface.

Se houver mudança em seu endereço postal e/ou endereço eletrônico, por favor, acesse ScholarOne Manuscripts no endereço <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e faça a atualização de seus dados cadastrais. Enfatizamos a importância de manter também os demais dados do seu perfil atualizados, principalmente as palavras-chave referentes a sua (s) área (s) de conhecimento.

Você pode acompanhar o status do seu manuscrito clicando em Author Center depois de acessar <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>

Agradecendo pela submissão em Interface – Comunicação, Saúde, Educação,
Atenciosamente,

Antonio Pithon Cyrino
Editor-chefe
Interface – Comunicação, Saúde, Educação

ANEXO D- Comprovante de publicação de artigo em anais de evento científico: XIX REDOR



ISBN: 978-85-61702-41-0

1072

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA MATERNIDADE: QUESTÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Márcia Fernandes Silva

Mestranda. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
marciafernandesmf@gmail.com

Millani Souza de Almeida

Mestranda. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
mila.misoual@gmail.com

Isa Maria Nunes

Doutora. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
isamaria.nunes@yahoo.com.br

Mariana Matias Santos

Mestranda. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
mari_britomatias@hotmail.com

Enilda Rosendo do Nascimento

Doutora. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
enildarosendo@hotmail.com

Resumo: Concepções sobre a maternidade variam de acordo com o contexto político, social, econômico, cultural e se refletem diretamente na formulação de políticas de saúde, na organização do cuidado às mulheres, e nas experiências das mulheres durante o parto. São, portanto, construções sociais moldadas nas relações de gênero e poder estabelecidas na distinção entre homem e mulher. Trata-se de um artigo de revisão de literatura que pretende discutir as condições históricas que moldaram a maternidade, notadamente a partir do início do século XX, levando as mulheres à adoção de modos de condução dos eventos reprodutivos e a uma reorganização dos serviços de atenção à saúde reprodutiva com implicações para o cuidado. O estudo



ISBN: 978-85-61702-41-0

1073

ratifica a necessidade de se pensar criticamente sobre a construção social da maternidade e seu impacto sobre o cuidado em saúde para as mulheres. Refletir sobre o cuidado às mulheres a partir das construções de gênero que moldam a maternidade e como estas se reproduzem no cotidiano do cuidado de enfermagem à mulher durante o parto é fundamental para a transformação deste cuidado.

Palavras-chave: Gênero, Mulher, Maternidade, Parto, Cuidados de Enfermagem.