

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS CHAPECÓ
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

ROSELI FERNANDES VIZZOTTO

**CONHECIMENTO DOS MÉTODOS DE ALÍVIO DA DOR DE PARTO VAGINAL
EM MULHERES QUE VIVENCIARAM A EXPERIÊNCIA: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA DA LITERATURA**

CHAPECÓ

2022

ROSELI FERNANDES VIZZOTTO

**CONHECIMENTO DOS MÉTODOS DE ALÍVIO DA DOR DE PARTO VAGINAL
EM MULHERES QUE VIVENCIARAM A EXPERIÊNCIA: REVISÃO
INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Gelson Aguiar da Silva Moser.

CHAPECÓ

2022

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Vizzotto, Roseli Fernandes

CONHECIMENTO DOS MÉTODOS DE ALÍVIO DA DOR DE PARTO VAGINAL EM MULHERES QUE VIVENCIARAM A EXPERIÊNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA / Roseli Fernandes Vizzotto. -- 2022.

51 f.

Orientador: Prof. Dr. Gelson Aguiar da Silva Moser.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Bacharelado em Enfermagem, Chapecó, SC, 2022.

1. Dor no Trabalho de Parto. 2. Analgesia de Parto. 3. Alívio da Dor. I. Moser., Gelson Aguiar da Silva, orient. II. Universidade Federal da Fronteira Sul. III. Título.

ROSELI FERNANDES VIZZOTTO

**CONHECIMENTO DOS MÉTODOS DE ALÍVIO DA DOR DE PARTO VAGINAL
EM MULHERES QUE VIVENCIARAM A EXPERIÊNCIA: REVISÃO
INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Este trabalho de conclusão de curso foi defendido e aprovado em: 08/04/2022.

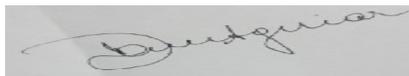
BANCA EXAMINADORA:



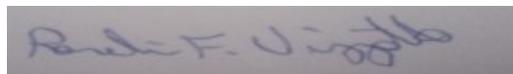
Prof. Dr. Gelson Aguiar da Silva Moser - UFFS
Orientador



Prof.ª Dra. Eleine Maestri - UFFS
Avaliadora



Prof.ª. Dra. Denise Consuelo Moser Aguiar - UFFS
Avaliadora



Prof.ª Dra. Julyane Felipette Lima - UFFS
Avaliadora Suplente

Dedico a Deus por estar comigo, pelas inúmeras oportunidades de aprender, começar e recomeçar à minha família pelo apoio nesta caminhada, ao meu marido Gilmar e a minha filha Debora, à minha amiga Katia Danieli Brum. A Prof.^a Dra. Marcela Furlan de Leo, a Prof.^a Dra. Cris Netto de Brum. Em especial ao Prof. Dr. Gelson Aguiar da Silva Moser, por aceitar me orientar por acreditar em mim, quando eu já estava desistindo de concluir esta jornada. Pois esta não é apenas a conclusão de uma graduação, mas a realização de um sonho. É a superação pessoal e a evolução profissional.

AGRADECIMENTOS

No final desta jornada agradeço aquele que foi o meu refúgio e fortaleza na hora da angústia agradeço a Deus por não desistir da vida, pela força de recomeçar independentemente do tamanho da queda sofrida. Assim como a Águia temos somente duas opções morrer ou recomeçar, tirando de cada erro uma lição de vida. A evolução pessoal e profissional requer a busca constante pelo conhecimento, a cada dia vivido sofremos uma nova conformação.

Assim como o diamante deve ser lapidado nós enquanto humanos passamos pelo processo de lapidação durante toda nossa existência. Mudança está dolorosa porem necessária a qual a família e amigos são a base estrutural possibilitando a construção diária deste conhecimento.

Meu agradecimento aos inúmeros colegas desde a primeira turma de discentes formados pela UFFS os quais eu não consegui acompanhar por não ter tido a oportunidade de frequentar um ensino regular de qualidade. Mas com muito esforço, lágrimas e com o apoio de muitos colegas o caminho tornou se ameno, dificuldades surgiram, mas muitas alegrias me trouxeram.

A gradeço em especial ao corpo docente da Universidade Federal da Fronteira Sul, onde foi necessário muito apoio e incentivo devido as minhas dificuldades pedagógicas, insegurança pessoal, herdadas de todo um contexto social e econômico, histórico no país. Universidade a qual, sinto me honrada de ter tido a oportunidade de fazer parte, a qualidade do ensino a tornou referência em todo país, possibilitando a inclusão social de pessoas que como eu jamais imaginaram tamanha evolução e felicidade com a conclusão da graduação, nos permite vislumbrar novos horizontes. “Diria mais orgulho de ser UFFS. ”

Grata ao professor que representa a Enfermagem através da sua conduta, caráter dignidade, empatia e humanização o qual aplica na prática do ensino e no cuidado prestado. Obrigada por me conduzir no final desta caminhada, querido desde sempre orientador Prof. Dr. Gelson Aguiar da Silva Moser pela compreensão e dedicação, por confiar na minha capacidade de concluir esta jornada.

Obrigada a todos, pelo apoio nesta árdua caminhada a qual não teria ocorrido sem vocês!

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, apenas outra alma humana” (Carl Jung).

RESUMO

Introdução: O número de cesarianas continua crescendo mundialmente, aumento este decorrente da vontade médica aliada a desigualdade de acesso das gestantes às informações. Percepções negativas influenciam a mulher a decidir-se pela via de parto cesariana, seja por medo, insegurança, histórico familiar de sofrimento, medo de morrer e de perder o seu bebê ou medo da dor. **Objetivo:** Identificar o conhecimento das mulheres que vivenciaram o evento do parto vaginal sobre os métodos de alívio da dor nelas utilizados (ou não). **Tipo de estudo:** Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo revisão integrativa. **Coleta de dados:** os dados foram coletados no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), durante o mês de fevereiro de 2022 e o período de busca compreendeu os anos de 2012 a 2021. A amostra final foi formada por 16 artigos. **Resultados:** Foi possível observar que para a maioria das mulheres, a dor do parto é a dor mais intensa que elas experimentarão na vida e o excesso de dor durante o trabalho de parto pode acarretar em sérias consequências para a mulher. Há uma grande dificuldade na comunicação que impede a ampla utilização dos métodos de alívio da dor no trabalho de parto. **Considerações finais:** o uso de analgesia peridural e outros métodos de alívio da dor no parto vaginal levam à redução da intensidade da dor no trabalho de parto e pode reduzir a necessidade de cesarianas.

Palavras-chave: Dor no Trabalho de Parto; Analgesia de Parto; Alívio da Dor.

ABSTRACT

Introduction: The number of cesarean sections continues to grow worldwide, an increase resulting from the medical will combined with the unequal access of pregnant women to information. Negative perceptions influence women to decide on the cesarean delivery route, whether due to fear, insecurity, family history of suffering, fear of dying and losing their baby or fear of pain. **Objective:** To identify the knowledge of women who experienced the event of vaginal delivery about the pain relief methods used (or not). **Type of study:** This is a study with a qualitative approach, of the integrative review type. **Data collection:** data were collected on the Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), during the month of February 2022 and the search period comprised the years 2012 to 2021. The final sample consisted of 16 articles. **Results:** It was possible to observe that for most women, the pain of childbirth is the most intense pain they will experience in their lives and the excess of pain during labor can have serious consequences for the woman. There is a great difficulty in communication that prevents the wide use of pain relief methods in labor. **Final considerations:** the use of epidural analgesia and other methods of pain relief in vaginal delivery lead to a reduction in the intensity of pain in labor and may reduce the need for cesarean sections.

Keywords: Pain in Labor; Labor Analgesia; Pain Relief.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1	Dados de identificação dos artigos.....	31
Quadro 2	Caracterização dos artigos.....	32
Tabela 1	Conclusões dos artigos.....	38

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CO	Centro Obstétrico
CS	Cesarianas
DPP	Depressão Pós-Parto
HRP	Pesquisa em Reprodução Humana
IASP	International Association for the Study of Pain
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	National Library of Medicine
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PA	Parto Adequado
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização Hospitalar
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TNICEOs	Tecnologias Não Invasivas do Cuidado em Enfermagem Obstétrica
UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVO GERAL.....	18
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	19
4 METODOLOGIA.....	26
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	26
4.2 COLETA DE DADOS.....	27
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	27
4.4 BENEFÍCIOS DO ESTUDO.....	28
4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	28
5 RESULTADOS.....	30
6 DISCUSSÃO.....	40
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
REFERÊNCIAS.....	46

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2021), o número de cesarianas continua crescendo mundialmente, aumento este decorrente da vontade médica aliada a desigualdade de acesso das gestantes às informações. Este aumento no número de cesarianas acarreta em prejuízos à saúde, materno-infantil. Entretanto, o procedimento de cesariana deve ser realizado apenas nos casos de emergência, parto prolongado ou obstrutivo, sofrimento fetal e posição anormal do bebê.

Estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS) (2021), ressalta a preocupação dos cientistas devido aos altos índices de partos cesariana, pois a cada cinco partos realizados, um parto é através da intervenção cirúrgica da cesariana, o que representa 21% e estimativas apontam que em 2030 este índice chegará a 29%. A cesariana é um procedimento essencial e salva vidas, porém este recurso deve ser utilizado com critério clínico e ético. É imprescindível a avaliação clínica observando o risco ao qual são submetidos o binômio mãe/bebê a curto e longo prazo, dentre eles a potencialização do sangramento, risco de infecção e recuperação, mais lenta, decídua do leite materno retardada e contato pele a pele

não realizado, o que pode desencadear complicações para as futuras gestações.

O Brasil destaca-se nos índices de cesariana, seguido da República Dominicana, Chipre, Egito e Turquia. O aumento tende a ser gradativo e pulou de 7% em 1990 para 21% em 2021, e na próxima década alcançarão 29% dos partos realizados. As taxas mundiais crescentes ocorrem nos países desenvolvidos, podendo chegar em 2030 a 63% na Ásia Oriental, 54% na América Latina e Caribe, 50% na Ásia Ocidental, 48% no Norte da África, 47% no Sul da Europa e 45% na Austrália e Nova Zelândia (OPAS, 2021).

Um atendimento de qualidade diminuí o número de partos cesáreos. Saúde de qualidade só é possível quando há respeito e diálogo entre a equipe de saúde e a mulher, observando a necessidade e o seu conhecimento durante a gestação e o parto. A equipe deve promover o cuidado compartilhado, oferecendo apoio emocional, informações pertinentes referentes aos riscos e benefícios do procedimento, sanando as dúvidas de acordo com as condições socioeconômicas e culturais de cada mulher. Educação em saúde voltada a mulher, incluindo o planejamento do parto, técnicas de relaxamento, apoio e esclarecimento de dúvidas das mulheres, que têm grande preocupação e o medo da dor de parto, e necessitam de apoio psicoemocional durante o processo gravídico (OPAS, 2021).

Diante do excesso de cesarianas a OMS (2021) recomenda um atendimento focado na saúde da mulher, valorizando-a e respeitando-a, estimulando o parto vaginal e ressaltando os benefícios da escolha. O atendimento à mulher deve seguir diretrizes norteadoras com base em evidências científicas, e as unidades de cuidado devem ser auditadas constantemente, analisando o número de cesarianas realizadas e o motivo relacionado, contendo uma segunda opinião clínica e devolutiva aos profissionais envolvidos no cuidado, restringindo assim o excedente de cesarianas. O modelo atual de atendimento deve ser composto por parteira obstetra ou enfermeira obstetra, apoiando o processo de parto ininterruptamente (OPAS, 2021).

Segundo Silva e colaboradores (2017), o modelo obstétrico intervencionista tornou as técnicas e a tecnologia algo natural devido à praticidade que o procedimento oferece ao médico. A cesariana passou de última opção para primeira opção de escolha, inviabilizando a mobilidade e a autonomia da parturiente e modificando a forma de nascer. A institucionalização do parto, a falta de qualidade e desrespeito com a saúde da mulher no ciclo gravídico e puerperal, marcou a década de 1980, instigando a crítica social.

A autonomia da mulher permite escolher o parto cirúrgico, independente de indicação clínica e obstétrica, entretanto esta autonomia eleva os índices de procedimentos cirúrgicos, acarretando risco imediato, mediato e tardio para a mãe e o bebê, sendo que os riscos são

potencialmente aumentados em mulheres cujos cuidados obstétricos são limitados. A discrepância entre a recomendação de 10% a 15% sobre os partos realizados, destacou o Brasil a nível mundial em relação ao número de cesarianas realizadas no país, tornando-se uma preocupação crescente para o governo e os profissionais comprometidos com a saúde da mulher e da criança (OMS, 2015).

O parto constitui o ponto inicial da existência humana e nos traz a percepção do quanto é grandioso este acontecimento. Para muitas mulheres é a realização feminina e significa a vida em sua essência, o bem maior do ser humano, e é intrínseco a cada indivíduo, não tendo preço, é algo insubstituível. Os movimentos femininos passaram a criticar o modelo de atenção tecnocrático atual, dando início às lutas pela qualidade da assistência e pelo empoderamento da mulher, através de Conferências de Saúde e Políticas Públicas com base em evidências científicas que visam coibir os abusos sofridos pelas mulheres (Silva *et al.*, 2017).

Para os autores Siqueira e Gradim (2017), inúmeros fatores determinam a percepção da mulher em relação a vivência do parto e nascimento. A dor do trabalho de parto é historicamente difundida no contexto social e relatada pelas mulheres que vivenciaram partos mais gravosos, desde a entrada nos serviços de saúde, convivência e tratamento disponibilizado pela equipe em todo o processo do parto.

A acolhida dispensada às mulheres no momento de parir, mobiliza-as a destacar parâmetros para aceitação ou diminuição da dor natural do parto, pois o acolhimento minimiza o sofrimento significativamente. Nesse cenário as práticas extra hospitalares, tanto no pré-parto, quanto no pós-parto incluem práticas educativas que demonstram apoio, conforto e maior segurança para a parturiente, visando a preparação psicológica e física para a concepção da criança (SIQUEIRA; GRADIM, 2017).

Experiências positivas no parto fazem com que as mulheres modifiquem o olhar em relação ao parto e enxerguem essa experiência com alegria pela oportunidade do contato imediato com o filho. Para elas o sofrimento representa a recompensa na chegada do filho, o nascimento é o momento onde ocorre a mudança de *status* de mulher para mãe, ou seja, seu momento indescritível de alegria, felicidade e realização enquanto mulher. Há indicadores de que mulheres que são assessoradas recebendo informações e esclarecimentos pertinentes sobre o parto tendem a relaxar mais, agregando maior segurança e confiança na equipe, que resulta em um processo menos desgastante (VELHO *et al.*, 2012).

A disseminação de informações impacta diretamente nas decisões tomadas pelas mulheres durante o trabalho de parto, pois facilita a compreensão e a aceitação da concepção

de uma criança, e de fato, o psicológico da gestante contribuí para o seu preparo, e por meio destas informações incentiva a protagonista do parto e nascimento. Este protagonismo que a equipe dá a mulher, a torna segura da sua capacidade enquanto mulher, estimula o desenvolvimento das potencialidades humanas, valoriza as queixas, angústias, medos e aspirações neste misto de sentimentos, proporcionando conforto e apoio, minimizando o sofrimento (SIQUEIRA; GRADIM, 2017).

Ainda segundo Siqueira e Gradim (2017), o evento do parto requer um olhar holístico do ser humano desde o acolhimento. Acolher e receber com paciência, pois para a paciente e seus familiares, neste momento todos os sentimentos estão aflorados, de forma que a confiança no profissional/serviço promoverá segurança e o vínculo, por meio de esclarecimento, cuidado humanizado e apoio psicológico, amenizando a dor e o sofrimento quando possível, bem como tornando essa experiência prazerosa e motivadora, fundamentada em direitos e princípios éticos e bioéticos regulamentados pela Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde (MS).

Ainda que o parto natural repercuta positivamente na saúde e no desenvolvimento da criança, na amamentação e na vinculação desta com a mãe, a decisão pelo parto cesariano vem crescendo em todo mundo influenciado pelo modelo tecnicista de saúde. Modelo esse que modificou o modo de nascer por meio da intervenção eletiva, sem indicação clínica, pela comodidade que o procedimento proporciona a paciente e seus familiares e pelo medo da dor vivenciada e conhecida pelas mulheres (VELHO *et al.*, 2012).

De acordo com Velho e colaboradores (2012), o desconhecimento em relação aos riscos decorrentes do procedimento cirúrgico faz com que haja a procura crescente pelo procedimento cesariano, em muitos casos influenciado pela comodidade para o profissional que é motivado pelo retorno financeiro. A grande procura pelo parto cesariana deve-se a sensação de segurança para mãe e o bebe, rapidez do procedimento, ausência de dor e medo do desfecho do parto, otimizar o procedimento para realizar laqueadura, ter controle da situação e desfrutar imediatamente do filho.

Segundo a OMS (2018), o excedente a de procedimentos recomendados compromete a saúde materno infantil, tornando-se um problema relevante de saúde pública, exigindo medidas que visem coibir e nortear as instituições de saúde. Em 2011 a OMS realizou uma primeira pesquisa sistemática da literatura que analisou os índices aceitáveis de cesariana para o país. A segunda pesquisa compilou dados internacionais recentes de cada país, por meio de instrumentos avaliativos e verificou os dados aceitáveis, em 2015, instituiu-se a classificação

de Robson, avaliando e comparando o número de cesárias realizadas em diferentes instituições.

Em 2017 a OMS lançou o manual de uso da Classificação de Robson visando otimizar o número de cesáreas, focalizar as intervenções em grupos relevantes, avaliar a efetividade da estratégia, a qualidade da assistência, a qualidade dos dados colhidos e chamar a responsabilidade dos profissionais envolvidos no cuidado (BRASIL, 2018a).

A classificação de Robson compreende dez grupos e possibilita observar a distribuição das mulheres atendidas nos serviços de saúde, grupos que contribuem com a taxa de cesárias, compara a diferença entre hospitais, cidades, estados e países a longo prazo e permite criar estratégias para reduzir o índice de partos cirúrgicos nos grupos que contribuem a taxa elevada de cesarianas. Esta classificação utiliza cinco conceitos básicos relevantes para se indicar o procedimento, dentre eles os antecedentes obstétricos, número de fetos, apresentação fetal, início do trabalho de parto e idade gestacional (BRASIL, 2016).

Em 2011 a OMS apresentou dados referentes ao número de cesárias no Brasil cerca de 53,7 % sendo que a estimativa para 2014 foi de 55%, para a OMS vários fatores contribuem, como o uso de antibióticos e anestesia tornaram os procedimentos mais seguros, iniciando a epidemia no país e popularizando o procedimento que deveria ser de última escolha (BITTENCOURT, 2014).

Dados da Agencia Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (2016), apontam os motivos dos altos índices de cesariana, como a comodidade na logística hospitalar é atrativa para gestores, médicos e parturientes, especialmente no final do ano, onde os índices de parto cesariana chegam a 83%. Para a ANS algumas estratégias diminuem consideravelmente o índice de procedimentos cirúrgicos, como o Parto Adequado (PA) criado em 2015 que tem como objetivo sensibilizar os planos de saúde e entidades públicas de saúde a apresentarem resultados positivos.

De acordo com dados da ANS, em 2016, o índice caiu para 2,8 mil cesarianas a menos na média anual. Em 2017, foram registrados 680 procedimentos a menos na média anual. Já em 2018 de 24 a 31 de dezembro foram realizadas 1,5 mil cesáreas a menos que a média semanal (BRASIL, 2019).

Percepções negativas influenciam a mulher a decidir-se pela via de parto cesariana, seja por medo, insegurança, histórico familiar de sofrimento, medo de morrer e de perder o seu bebe ou medo da dor, mau pressentimento, solidão, angústia e medo da imposição institucional e histórias ocorridas no meio hospitalar associadas ao elevado nível de ansiedade. Inúmeros fatores contribuem para que a insegurança se propague entre as

mulheres. As intervenções realizadas no transcorrer do processo de parto, mediante ao desconhecimento eleva o nível de estresse potencializando os níveis de dor. A gestante precisa estar devidamente esclarecida sobre os benefícios e riscos de cada tipo de parto e sobre os métodos de alívio da dor do parto e relaxamento, disponíveis em sua realidade para que esta decisão seja consciente (VELHO *et al.*, 2012).

Segundo Kaçar e Keser (2021), a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal dano. A dor do parto é uma resposta subjetiva multidimensional a algum estimulante sensorial que surge no início do trabalho de parto. Em contraste com outros experimentos de dor aguda e crônica, a dor do parto não está relacionada à patologia, mas à nova vida. A dor do parto ocorre na fisiologia, psicologia e sociologia da cultura da mulher.

A dor passada e as experiências de parto podem ter um efeito significativo na próxima gravidez. Os efeitos positivos de um bom manejo da dor do parto podem criar uma oportunidade para que as próximas experiências de parto sejam positivas. Existem dois métodos diferentes, farmacológicos e não farmacológicos no manejo da dor do parto. Acredita-se amplamente que o parto é um processo fisiológico natural e que é preferível utilizar métodos não farmacológicos para o manejo da dor durante o trabalho de parto pois reduzem a dor do parto, a ansiedade e o medo da mulher e contribuem para o manejo da dor do parto (KAÇAR; KESER, 2021).

A experiência profissional da pesquisadora em situações de parto, enquanto técnica de enfermagem, evidencia que as parturientes são recebidas no Centro Obstétrico desconhecendo os métodos disponíveis no SUS para alívio da dor de parto. A insegurança e o medo das mulheres em relação ao parto e a dor nele presente e o medo do desconhecido influenciam no alto índice de cesarianas realizadas.

Diante deste contexto, a pergunta que norteará a pesquisa é: **qual o conhecimento dos métodos de alívio da dor no parto vaginal em mulheres que vivenciaram a experiência?**

2 OBJETIVO GERAL

Identificar o conhecimento das mulheres que vivenciaram o evento do parto vaginal sobre os métodos de alívio da dor nelas utilizados (ou não).

3 REVISÃO DA LITERATURA

A dor do parto é historicamente conhecida há milênios e citada inclusive em textos bíblicos, ressaltada na tradição Judaica do teológico ao antropológico, sendo vista como um sofrimento natural. Em 1591 uma jovem Escocesa foi enterrada viva por pedir alívio para a dor do parto, por ela não se submeter aos desígnios de Deus, pois a dor purificaria a sua alma. No Brasil, há relatos jesuítas da parturição indígena, e tamanha é a dor da parturição que se pode comparar aos gritos esboçados por uma presa ao ser devorada pela fera (MANICA, 2018).

Historicamente o parto teve um novo direcionamento a partir do surgimento do procedimento cirúrgico de cesariana, surgindo a medicalização, a anestesia e de certa forma a amenização da dor do parto para as parturientes. A partir disso, a epidemia de cesáreas vem se tornando um problema de saúde pública, comprometendo a saúde materno/infantil e onerando

custos ao sistema de saúde, excedendo assim o percentual recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que é de 15% para partos cesarianos (SILVA *et al.*, 2017).

Humanizar o parto exige envolvimento em todos os níveis de atenção à saúde, acolher e saber ouvir desde o pré-natal na atenção básica por meio de esclarecimentos quanto às fases do processo gravídico, parto e puerpério e para isso são necessários profissionais treinados e comprometidos com o processo do parto (SIQUEIRA; GRADIM, 2017).

A gestão do serviço deve ser norteada por um plano de cuidado integral de qualidade voltando às necessidades intrínsecas e extrínsecas da parturiente e familiares. Humanizar o atendimento não é uma tarefa fácil e exige esforço conjunto da equipe multidisciplinar, gestores, assistência médica e de enfermagem, promovendo o bem-estar da paciente, em ambiente propício, harmônico e acolhedor (GRANDIM *et al.*, 2017).

Ainda, de acordo com Grandim e colaboradores (2017), o termo acolhimento vem de encontro às necessidades de promover uma nova conformação aos serviços de saúde, pois acolher é cuidar com ética e solidariedade, e a desumanização do atendimento é pertinente e preocupante. Para que haja humanização é necessário um processo complexo, que envolve fatores determinantes da saúde pública, como a saturação dos serviços de saúde, falta de profissionais habilitados, despreparo técnico e ético, além de insatisfação pessoal e profissional (SIQUEIRA; GRADIM, 2017).

O parto atualmente sofre interferência no processo natural, e o nascimento é cercado por diversos interesses se interpondo no contexto obstétrico, onde as intervenções tornam-se prejudiciais à parturiente e neonato, podendo trazer a prematuridade no parto, que desencadeia inúmeras patologias. O modelo tecnicista de saúde destaca-se pelo número elevado de partos cesarianos, e a intervenção eletiva sem indicação clínica ocorre pela comodidade que o procedimento oferece, medo da dor e pela tranquilidade oferecida pela cesariana ao processo do parto, que se torna algo controlado e atrativo para a paciente e seus familiares (VELHO *et al.*, 2012).

O atendimento humanizado deve estar atrelado às necessidades da parturiente, acolher a mulher é disponibilizar a ela e a seus familiares esclarecimentos acerca dos cuidados dispensados, métodos não farmacológicos de relaxamento e alívio da dor e opções farmacológicas cuja eficácia promovem o alívio parcial ou total da dor de parto, disponíveis no Sistema Público de Saúde (SUS) por vezes desconhecidos pelas mulheres. (VELHO *et al.*, 2012).

Humanizar é minimizar o sofrimento, a angústia e a dor sempre que possível (VELHO *et al.*, 2012). O início do trabalho de parto é marcado por leves contrações que se acentuam

com a evolução do parto. Toda esta modificação deve ser conduzida de maneira ordenada passando calma e tranquilidade à gestante. A evolução do processo trará mudanças fisiológicas, neuroendócrinas e metabólicas que podem influenciar na homeostase.

A analgesia tem sido proposta para melhorar a assistência ao parto, porém como todo medicamento deve ser observada à condição clínica da parturiente, promovendo preferencialmente o parto vaginal sem dor e com mínimos efeitos colaterais, sendo que o uso correto desta técnica qualifica o serviço e humaniza assistência (Silva *et al.*, 2017).

No século XVII e XVIII a dor já era objeto de estudo e reconhecida como sofrimento para a humanidade. Em 1964 o francês René Descartes comparou os estímulos térmicos em contato com o pé e o ressoar do sino no ouvido como sensação dolorosa denominada de percepção consciente da dor, reconhecida atualmente como a via da dor (MANICA, 2018).

Em 1994 a dor foi reconhecida pela *International Association for the Study of Pain* (IASP), associando essa sensação de dor a outras sensações emocionais a qual remete os indivíduos ao estado de miséria, angústia e vulnerabilidade. A sensação reconhecida como dor, traz a necessidade de um olhar holístico, reconhecendo o ser humano integralmente como um ser biopsicossocial e espiritual. A dor é intrínseca de cada indivíduo e impossível de ser mensurada (MANICA, 2018).

O início do trabalho de parto significa o amadurecimento do bebê e a passagem pelo canal vaginal permite o contato com as bactérias naturais, fortalece o sistema imunológico que previne futuras alergias, diminui a icterícia neonatal, promove a maturação pulmonar, melhora o fluxo sanguíneo e ritmo cardíaco, aumenta a capacidade de manter a temperatura, auxilia na capacidade de sucção e desenvolve a amamentação de qualidade. Evidências científicas nos mostram que hormônios presentes no momento do parto fortalecem o vínculo entre a mãe o bebê, facilitando a recuperação no pós-parto (MANICA, 2018).

O início do trabalho de parto é marcado por leves contrações que se acentuam com a evolução do parto, toda esta modificação deve ser conduzida de maneira ordenada, onde se possa transmitir calma e tranquilidade para a parturiente. Nesse sentido, a analgesia tem sido proposta para melhorar a assistência ao parto (BARCELLOS; SOUZA; MACHADO, 2009).

Estudos mostram que não são todas as pacientes que se sentem confortáveis com o alívio da dor, pois algumas mulheres toleram a dor como recompensa pela maternidade. A analgesia peridural surge como alívio para o sofrimento, porém cada paciente interpreta de uma forma a cessação da dor e a satisfação depende das experiências e vivência de cada gestante, contexto socioeconômico, aspectos fisiológicos a resistência e sensibilidade diante da dor (BARCELLOS; SOUZA; MACHADO, 2009).

Vale ressaltar a relevância da analgesia peridural no contexto saúde e na condução de um parto com o menor sofrimento possível. Cabe a equipe multidisciplinar fazer o melhor uso possível deste recurso que está disponível no SUS e é reconhecido por lei, porém é pouco conhecido pelas usuárias, pelo desinteresse das pessoas que influenciam na escolha do parto devido à baixa remuneração financeira (BARCELLOS; SOUZA; MACHADO, 2009).

Segundo uma pesquisa realizada pela OMS, realizada em 179 países a Organização Não-Governamental (ONG) *Save the Children* em 2015, o Brasil estava na posição 77^a lugar no ranking de cesarianas, e este índice vem acompanhado das condições de desfavorecimento socioeconômico, cultural, educacional e social, decorrente de uma política cuja representação feminina ainda é inexpressiva e pouco abrangente diante das necessidades e dos direitos das mulheres (BRASIL, 2015).

Para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) o parto prematuro é responsável por 16% dos óbitos infantis e 25 % dos óbitos em neonatos, sendo que a prematuridade potencializa em 120 vezes a ocorrência de problemas respiratórios no bebê e triplica o risco de morte materna. A epidemia de cesáreas é um problema de saúde pública que compromete a saúde materno/infantil, onera custos ao sistema de saúde e desconsidera o percentual recomendado pela OMS de no máximo 15% e com indicação clínica (BRASIL, 2016).

O Ministério da Saúde (MS) vem desenvolvendo políticas e estratégias buscando humanizar e estimular o parto normal, tornando o parto uma experiência positiva e motivadora para as futuras gestações. Neste contexto o MS incluiu na tabela de remuneração do SUS a analgesia peridural através da portaria 2.815/1998 e 5.702/2000. Este procedimento tem sido pouco difundido entre as gestantes, o qual evidencia a negligência dos profissionais diante da dor vivenciada pela parturiente, onde os interesses financeiros predominam sobre os valores éticos e bioéticos, sendo que a dor representa um dos motivos determinantes para a escolha do parto cesariana pelas gestantes (BRASIL, 2015).

A relevância do assunto para saúde pública fez com que o MS e a ANS criassem em 2014 ações de incentivo ao parto normal para diminuir o número de cesáreas. A ação foi conjunta entre o Hospital Israelita Albert Einstein, entidades e ONGs, visando coibir e reestruturar o modelo atual de assistência ao parto e ao pós-parto. O projeto Parto Adequado tem como objetivo definir os casos que necessitam de intervenção cirúrgica priorizando a equidade e acessibilidade nos serviços de saúde em tempo hábil para promover o bem-estar materno/fetal (BRASIL, 2016).

O Parto Adequado exige envolvimento em todos os níveis de atenção à saúde, desde o pré-natal na atenção básica até o momento do parto em ambiente hospitalar. Promover o parto adequado exige esforço conjunto da equipe multidisciplinar gestores, assistência médica e enfermagem obstétrica, sendo que à promoção do bem-estar da paciente requer ambiente propício harmônico e acolhedor, cercado por profissionais acolhedores e empáticos que trazem confiança e promovem a sensação de alento, carinho e proteção (BRASIL, 2016).

No Brasil experiências exitosas demonstraram que o modelo assistencial é resolutivo, dobrou o número de partos normais, diminuiu a internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e melhorou a qualidade dos serviços, aumentando a remuneração dos profissionais envolvidos (BRASIL, 2016).

A Lei 8080/90 em seu art. 7º inciso I, II, III, IV, V e VI garante as usuárias do SUS a universalidade de acesso em todos os níveis de assistência, integralidade e igualdade em todos os níveis de complexidade, preservação da autonomia das pessoas, direito a informação as pessoas assistidas e quanto ao potencial dos serviços de saúde (BRASIL, 1990).

A Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009 em seu art. 3º, Inciso V, garante a analgesia pelo SUS, porem está descrito de forma sucinta, com pouca visibilidade, não alcançando o seu objetivo. Foi necessário que o MS criasse um Projeto de Lei para efetivar os princípios do SUS reconhecendo a autonomia protegendo as gestantes. O Projeto de Lei 10.209 de 2018 busca garantir às usuárias do SUS o direito de escolher e requerer a Analgesia Peridural e Raquidiana e o acesso a medicamentos que promovam o alívio da dor, minimizando o sofrimento da mulher, considerando a vontade da gestante, a qual deve ser respeitada prevalecendo sempre que não haja contraindicação clínica, independentemente do tipo de parto que desejar (BRASIL, 2018a; BRASIL, 2009).

A avaliação clínica da gestante deve ter início no pré-natal, preparando a mulher e podendo identificar os fatores de risco apresentados na gestação, os quais nortearão a decisão a ser tomada no momento que antecede o parto. Garantindo ainda o direito de receber todas as informações sobre o procedimento modo de aplicação, efeitos colaterais, tempo de duração e qualquer outra informação pertinente ao procedimento que ela desconheça (BRASIL, 2016).

A Política Nacional de Humanização (PNH) garante atendimento humanizado sendo prestado por profissionais especializados, ambiente limpo, acolhedor e confortável, livre de restrição, discriminação ou negação e acessível a todos (BRASIL, 2013).

Políticas públicas são estratégia para se produzir saúde desburocratizando, devendo ser aplicada de forma transversal, Ética, Estética e Política, olhando o sujeito como um todo,

valorizando a subjetividade social, traduzindo e norteando os princípios do SUS (BRASIL, 2033).

Por sua vez a Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) trouxe ao SUS um novo conceito de atendimento, empático e afetivo, tendo o sujeito como protagonista do seu cuidado, buscando construir e aplicar a cultura de humanização, estimulando a gestão e a cogestão baseadas no acolhimento, no voluntariado, na ambiência, na valorização do trabalhador e na defesa dos direitos dos usuários (BRASIL, 2001).

A mulher tem seus direitos reconhecidos e garantidos pelas Políticas Nacionais de Atenção Básica, as quais especificam os benefícios do parto normal para a mulher e o bebê, dentre eles destaca se a recuperação rápida, menor risco de complicação, promove a facilitação dos próximos partos. O nascimento no tempo certo, prepara os sistemas do bebe para o nascimento através das contrações uterinas, favorece o contato pele a pele e permite a amamentação imediata devido a saída imediata do leite materno, estimulando a involução uterina, diminuindo o risco de hemorragia (BRASIL, 2016).

O parto vaginal é natural e fisiológico, contudo em determinados casos o parto se apresenta inviável, exigindo intervenção por meio de cesariana, intervenção esta criada para proteger a saúde perinatal. A cesariana é um procedimento extremamente relevante para a saúde materno infantil, entretanto a popularização do procedimento desconsidera o objetivo pelo qual foi idealizado. O sub uso de cesarianas contraria indicações clínicas e modifica o processo natural e fisiológico de nascer. A banalização do procedimento, onera prejuízo financeiro e humano ao sistema público de saúde, promove danos à saúde materna e infantil tornando-se uma preocupação global (BETTRAN *et al.*, 2021).

A desigualdade das condições de saúde de muitos países restringe o acesso a cesariana, são oferecidas de forma insegura, bem como o uso excessivo sem critério clínico. A discrepância no atendimento torna-se um desafio para a saúde pública, que busca criar estratégias visando otimizar o procedimento, dispor quando for indispensável observando as condições clínicas, coibindo o excedente de procedimentos desnecessários e inseguros, promovendo assim o desenvolvimento sustentável para 2030 (BETTRAN *et al.*, 2021).

De acordo com estudos realizados com base no sistema de informação à saúde a nível regional, nacional e global, com dados coletados de 1990 a 2018 foram criadas estimativas quanto aos índices de cesarianas. Estes dados indicam estimativas de cesariana para 2030, onde apontam que 28,5% das gestantes realizarão cesarianas, totalizando aproximadamente 38 milhões procedimentos (BETTRAN *et al.*, 2021).

Projeções e estudos da OMS balizam o estado atual e futuro da saúde mundial, e apontam as lacunas pertinentes na saúde pública, sensibilizando e instigando governos, organizações e a sociedade, tencionando-os a estabelecer políticas que resgatem a qualidade no intraparto. O estudo apontou escassez de estratégias e políticas públicas, falta de desenvolvimento clínico e salientou que somente com engajamento e empenho será possível atingir os objetivos do desenvolvimento sustentável reduzindo os índices de cesariana qualificando a saúde (OMS, 2021).

O estudo identificou número excessivo de cesariana, supermediatização do parto para alguns, uma minoria perece por falta de acesso a cesariana, evoluindo a morbidade e mortalidade decorrente da falta de acesso no trabalho de parto. Enquanto o excedente de procedimento drena recursos, promove morbidades e mortalidades passíveis de serem evitadas. Por este motivo o parto é um assunto abrangente e prioritário de forma global. Somente com educação social equidade no atendimento, será possível atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (OPAS, 2021).

De acordo com as Diretrizes Nacionais de Assistencial ao do Parto Normal, foram estabelecidas para garantir à mulher e ao bebê atendimento de qualidade, disponibilizando tecnologias e procedimentos em prol de um parto seguro em ambiente hospitalar. Esta política emerge para assegurar o direito de nascer com qualidade, no entanto a gama de tecnologia desencadeou morbimortalidades materno infantil, tratando o parto como doença expondo ambos a riscos e procedimentos desnecessários (BRASIL, 2017).

O nascimento gera expectativas, medo insegurança a mulher e seus familiares as quais quando malconduzidas tornam-se permanentes e negativas. O momento deve ser especial para a mulher, cercada de apoio e suporte para vivenciar de forma positiva a experiência do parto de forma mais natural e positiva possível (BRASIL, 2017).

Baseada em evidências científicas a OMS, recomendou e enfatizou a necessidade de se estimular condutas cientificamente comprovadas buscando resultados positivos no processo de parto. O plano de parto deve ser individualizado, coerente com cada gestante e elaborado com a gestante, marido ou familiar, durante a consulta de pré-natal. Mensurar os fatores de risco na gestação e no período que antecede o parto no hospital é necessário para a gestante, que deve ser monitorada, clínica, fisiológica e emocionalmente, tendo suas essencialidades atendidas ao longo do trabalho de parto normal (BRASIL, 2018b).

A equipe de saúde deve oferecer cuidado obstétrico, apoio empático, sanar as dúvidas, fornecer informações pertinentes ao processo de parir, respeitar as escolhas, medos e expectativas da gestante, dar liberdade para movimenta- se no momento do parto, privacidade

no local escolhido por ela para o parto, onde se sinta segura, com o acompanhante da sua escolha. Deve-se disponibilizar métodos de alívio da dor não farmacológicos como massagem e técnicas relaxantes, evitar técnicas invasivas e o controle da dor por analgesia farmacológica peridural, além de monitorar fidedignamente a evolução do trabalho de parto no parto grama, realizar o corte tardio do cordão umbilical, realizar o contato pele e a pele, prevenir hipotermia e auxiliar a amamentação, (OPAS, 2021).

4 METODOLOGIA

Neste capítulo será descrito o caminho a ser percorrido para o alcance dos objetivos propostos, descrevendo o conjunto de aspectos necessários na condução de todo o processo, tais como, tipo de estudo, população, critérios de inclusão e exclusão, riscos e benefícios aos participantes, coleta e análise de dados e considerações éticas.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo revisão integrativa. A abordagem qualitativa é entendida e aplicada nos níveis subjetivos e relacionais da realidade social. Tal método pode ser observado, tratado e contextualizado através dos significados, motivos, crenças, valores, história, além da atitude dos atores sociais, tendo ampla notoriedade e uso (MINAYO, 2013).

A revisão integrativa da literatura, reúne um compilado de estudos e pesquisas realizados sobre determinado assunto, nos permite conhecer, analisar e identificar e sintetizar determinadas situações, instrumentalizando os profissionais da saúde a respeito de um tema que os atualiza para a prática assistencial, contribuindo assim para o desenvolvimento científico, possibilitando que a síntese dos resultados e as evidências encontradas virem ferramentas que favorecem a prática clínica (LACERDA; COSTENARO, 2016).

Artigos de revisão integrativa são publicações utilizadas para descrever e discutir o desenvolvimento de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual, constituindo de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor, o que permite ao leitor adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica em curto espaço de tempo (ROTHER, 2007).

A revisão integrativa da literatura, tem como objeto a revisão integrativa dos trabalhos científicos que tem reflexo no estudo sistemático secundário, esse objeto reúne e sintetiza resultados de pesquisas de maneira coordenada e pré-definida, pode incluir pesquisas experimentais e não experimentais, estudos primários indexados em base de dados, consiste em uma análise ampla da literatura contribuindo com a discussão do tema, cujos resultados devem responder à pergunta de pesquisa (LACERDA; COSTENARO, 2016).

4.2 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), durante o mês de fevereiro de 2022. Foram utilizados os seguintes conjuntos de descritores: “Alívio da Dor de Parto”, “Dor de Parto”, “Manejo da Dor de Parto”, “Conhecimentos Sobre a Dor de Parto”, “Conhecimento Sobre Manejo da Dor de Parto”, em língua portuguesa, inglesa e espanhola. Foram utilizados os operadores booleanos AND e OR para ampliar a busca. O período inserido para busca foi de 2011 a 2020. As bases de dados contempladas na busca foram Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

(Lilacs), *National Library of Medicine* (Medline) , *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e (Base de Dados de Enfermagem) Bdenf .

Este estudo utilizou como fundamentos as etapas: definição do tema, pergunta de pesquisa, elaboração dos descritores, criação dos critérios de inclusão e exclusão, seleção dos estudos, extração das informações, análise e discussão dos resultados.

Ao final do processo restaram 16 artigos que atenderam às questões de pesquisa, conforme indica o fluxograma de busca e seleção a seguir:

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como Critérios de inclusão, utilizou-se artigos originais, disponíveis na íntegra *online* e gratuitamente, no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na língua portuguesa, espanhola e inglesa, disponíveis na íntegra, tendo como assunto principal os seguintes tópicos: “Alívio da Dor de Parto”, “Dor de Parto”, “Manejo da Dor de Parto”, “Conhecimentos Sobre a Dor de Parto”, “Conhecimento Sobre Manejo da Dor de Parto” publicados em língua portuguesa, espanhola e inglesa, durante os anos de 2012 a 2021.

Foram excluídos estudos que não estavam disponíveis na íntegra, que não tinham relação com a temática, bem como editoriais, cartas e ensaios teóricos.

4.4 BENEFÍCIOS DO ESTUDO

Considera-se este estudo benéfico para a sociedade acadêmica uma vez que os resultados podem sinalizar fragilidades a serem trabalhadas no âmbito institucional e auxiliar na criação de protocolos que visem um atendimento mais humanizado, focado na necessidade específica que as gestantes apresentam durante o trabalho de parto vaginal. Pretende-se com esta pesquisa contribuir para a prestação de uma assistência mais oportuna e qualificada à paciente em trabalho de parto vaginal.

4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Para fins de compilação foi utilizado o programa Excel. Também foram utilizados quadros elaborados com auxílio do programa *Word*®, versão 2016. Para realizar a análise dos artigos utilizou-se como apoio o programa *Word* 2016, onde as informações obtidas foram transcritas e organizadas em quadros e tabelas, conforme numeral atribuído ao artigo, periódico, título, objetivo/pergunta de pesquisa, ano, método e conclusão.

A sistematização do estudo está organizada em seis etapas, primeiramente o desenvolvimento da temática no quesito em que se identifica o tema a ser pesquisado; após, é definido os critérios de inclusão dos artigos pesquisados; em sequência foi realizada busca dos artigos em bases de dados com definição dos temas; na etapa quarto, foi desenvolvida análise crítica da pesquisa com reflexos das leituras colacionadas; a discussão e interpretação dos dados e recomendações pertinentes; e por fim, foi realizado resumos das evidências coletadas no decorrer da pesquisa. (SIQUEIRA; GRADIM, 2014).

Na 1ª fase ocorreu a busca pelo assunto e a elaboração da pergunta de pesquisa, sendo esta uma das fases mais complexas e relevantes para o estudo, neste momento se determina os artigos a serem incluídos e os caminhos a serem seguidos na busca da literatura contundente em base de dados qualificada e reconhecida, em seguida define se os participantes da pesquisa, as intervenções a serem observadas bem como a mensuração dos resultados.

Na 2ª fase foram coletados os dados de forma clara e específica, utilizando se de raciocínio teórico, crítico, incluindo teorias e raciocínios já compreendidos pelo pesquisador. A busca dos dados foi ampla nas bases de dados selecionadas, incluímos todos os resultados selecionados segundo a ordem da busca, traduzindo os do inglês e espanhol para o português. Os critérios da amostra garantiram a fidedignidade da pesquisa, todos os artigos foram ordenados em uma tabela seguindo análise do conteúdo e a interação no contexto de cada artigo

Na 3ª fase realizou-se a coleta e extração dos dados, que juntamente com o resumo crítico de cada artigo, minimizaram o risco de erros de análise, garantindo a veracidade do estudo, certificando-se dos dados extraídos anexados na tabela de resultados, mensurando e registrando informações e dados coletados

Durante a 4ª fase foi realizada a análise crítica dos estudos, em uma abordagem organizada, garantido o rigor dos dados, mantendo as características do estudo, classificando as evidências encontradas registrando os dados.

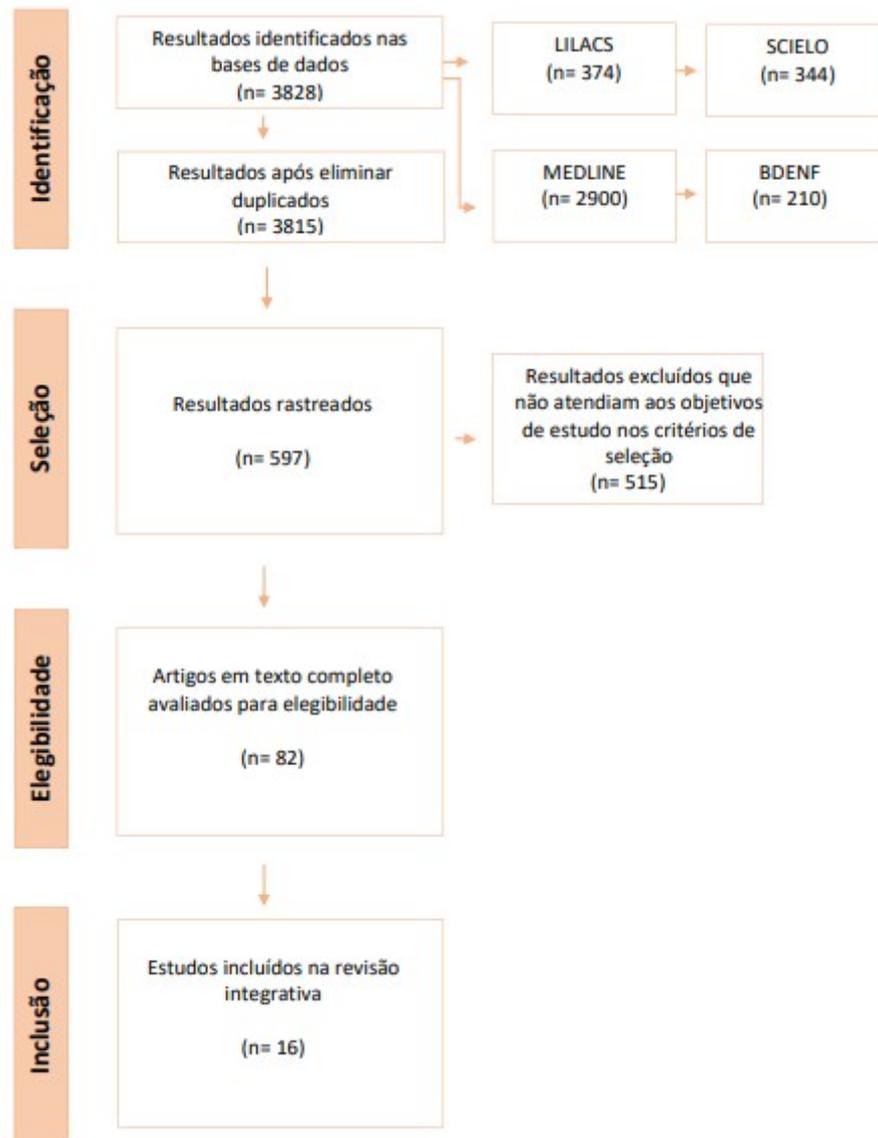
Na 5ª fase as evidências e os relatos previamente analisados permitiram a discussão das evidências e síntese dos resultados com base em referencial teórico, buscamos identificar as lacunas entre a teoria e a realidade apresentada nos dados em que os estudos apresentam. Buscou-se compilar os estudos analisados, tornando-os uma ferramenta na busca e na construção de ações voltadas a saúde da mulher e da criança.

Na 6ª fase ocorreu a tabulação e apresentação dos resultados, permitindo avaliar a realidade da saúde materno infantil a qual nos mostrou a discrepância entre o discurso e a prática. Inúmeras são as políticas públicas voltadas a proteção do binômio, porém estes direitos por vezes são negligenciados, tornando a experiência de parto mais dolorosa e traumáticas.

5 RESULTADOS

A amostra final foi formada por 16 artigos que foram selecionados conforme fluxograma apresentado abaixo.

Figura 1: Fluxograma de busca dos artigos



Fonte: O autor, 2022.

No Quadro 1, podem ser visualizados os dados de identificação dos artigos selecionados, contendo periódico, ano de publicação, autoria e título dos artigos. Já o Quadro dois apresenta a caracterização dos artigos, contendo os objetivos dos estudos, metodologias aplicadas e resultados.

Quadro 1- Dados de identificação dos artigos

Nº	Periódico	Ano de Publicação	Autoria	Título
1	Women and Birth, v. 31, n. 3, pg. 178-184.	2018	Sigfridur Inga Karlsdottir, Herdis Sveinsdottir, Hildur Kristjansdottir, Thor Aspelund, Olof Asta Olafsdottir.	Preditores da experiência positiva da dor no parto das mulheres: resultados de um estudo nacional islandês*
2	Anesthesia & Analgesia, v. 126, n. 5, pg. 1598-1605.	2018	Grace Lim, Lia M. Farrell, Francesca L. Facco, Michael S. Gold, Ajay D. Wasan.	Analgesia de parto como preditor de escores reduzidos de depressão pós-parto: um estudo observacional retrospectivo*
3	Anesthesia & Analgesia, v. 122, n. 1, pg. 204-209.	2016	Paloma Toledo, Stanley T. Eosakul, William A. Grobman, Joe Feinglass, Romana Hasnain-Wynia.	Língua falada primária e uso de analgesia de parto neuroaxial entre beneficiários hispânicos do Medicaid*
4	African Health Sciences, v. 15, n. 2.	2015	Agnes Anarado, Euphemia Ali, Eunice Nwonu, Anthonia Chinweuba, Yolanda Ogbolu.	Conhecimento e disposição de mulheres pré-natais em Enugu, sudeste da Nigéria, para usar no trabalho de parto analgésicos não farmacológicos*
5	BMC Anesthesiol, v. 15, n. 98.	2015	Mary T. Nabukenya, Andrew Kintu, Agnes Wabule, Mark T. Musingo, Arthur Kwizera.	Conhecimento, atitudes e uso de analgesia de parto entre mulheres em uma clínica pré-natal de país de baixa renda
6	Health Expectations, v. 18, pg.1633-1644.	2013	Amie Steel, Jon Adams, David Sibbritt, Alex Broom, Cindy Gallois, Jane Frawley.	Gerenciando a dor do parto: fatores associados ao uso do manejo da dor do parto para gestantes australianas*
7	Int. Nurs. Rev., v. 61, n. 2, pg. 278-84.	2014	K.I. Mohammad, K.K. Alafi, A.I. Mohammad, J. Gamble, D. Creedy.	A insatisfação das mulheres jordanianas com a assistência ao parto*
8	BMC Pregnancy and Childbirth, v. 13, n.171.	2013	Maria Amelia Miquelutti, José Guilherme Cecatti, Maria Yolanda Makuch.	A educação pré-natal e a experiência do parto de mulheres brasileiras: um estudo qualitativo*
9	Can. J. Anaesth, v. 60, n. 8, pg. 787-95.	2013	Jefferson Clivatti, Naveed Siddiqui, Akash Goel, Melissa Shaw, Ioana Crisan, Jose C. A. Carvalho.	Qualidade da analgesia neuroaxial do parto e satisfação materna em um hospital universitário de atenção terciária: um estudo observacional prospectivo*
10	Rev. chil. obstet. Ginecol, v. 78, n. 4, pg. 293-297.	2013	Juan Miguel Martínez G., Miguel Delgado R.	Nível de dor e escolha da analgesia no parto determinado pela conclusão da educação materna*
11	Rev. Assoc. Med. Bras., v. 58, n. 1.	2012	Flavia Augusta de Orange, Renato Passini-Jr., Adriana S.O. Melo, Leila Katz, Isabela Cristina Coutinho, Melania M.R. Amorim	Anestesia combinada e métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto e satisfação materna: ensaio clínico randomizado.
12	J. Adv. Nurs., v. 76, n. 12, pg. 3273-3292.	2020	Sara Borrelli, Kerry Evans, Phoebe Pallotti, Catrin Evans, Jeanette Eldridge, Helen Spiby.	Revisão sistemática de métodos mistos: pontos de vista, experiências e tomada de decisão de mulheres grávidas relacionadas à analgesia epidural no trabalho de parto*

13	BMC Pregnancy Childbirth, v. 20, n. 1, pg. 413.	2020	Wan-Jung Cheng, Kuo-Chuan Hung, Chung-Han Ho, Chia-Hung Yu, Yi-Chen Chen, Ming-Ping Wu, Chin-Chen Chu, Ying-Jen Chang	Satisfação em parturientes que recebem analgesia epidural após intervenção de tomada de decisão compartilhada pré-natal: um estudo de coorte prospectivo, antes e depois*
14	Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol., v. 60, n. 6, pg. 919-927.	2020	Diane Quach, Torres Woolley, Tarsh Pandit1, Ajay Rane, Robin A. Ray.	A tomada de decisão epidural das mulheres no trabalho de parto: uma perspectiva de Townsville.
15	Braz. J. Anrstesiol. v. 71, n. 3, pg. 208-213.	2021	Ipek Saadet Edipoglu, Duygu Demiroz Aslanb.	Associação de depressão pós-parto e analgesia peridural em mulheres durante o trabalho de parto: um estudo observacional.*
16	Hong Kong Med. J. v. 27 pg. 405-412	2021	C.Y. Lai, Margaret K.W. Wong, W.H. Tong, S.Y. Chu, K.Y. Lau, Agnes M.L. Tam, L.L. Hui, Terence T.H. Lao, T.Y. Leung	Efetividade de um programa de massagem no parto para alívio da dor do parto em gestantes nulíparas a termo: um estudo controlado randomizado.*

*Tradução nossa.

Fonte: O autor, 2022.

Quadro 2- Caracterização dos artigos.

Nº	Objetivo	Tipo de Estudo	Resultados
1	O objetivo do estudo foi descrever a experiência de dor de parto das mulheres e identificar preditores de experiência positiva de dor de parto das mulheres.	Foi implementado um desenho de estudo de coorte transversal de base populacional, com amostragem consecutiva conveniente, estratificada de acordo com a residência. As gestantes foram recrutadas por meio de 26 centros de saúde. As participantes receberam um questionário por correio durante o início da gravidez e outro cinco a seis meses após o parto. Foi feita uma análise de regressão múltipla, tendo como variável dependente as experiências de dor no parto das mulheres.	Ao todo, 726 mulheres participaram do estudo, com uma taxa de resposta de 68%. Os preditores mais fortes para a experiência positiva da dor no parto das mulheres foram a atitude positiva em relação ao parto durante a gravidez; apoio da parteira durante o parto; uso de analgesia peridural e dor de baixa intensidade no parto.
2	O objetivo deste estudo foi testar a hipótese de que a analgesia peridural eficaz durante o trabalho de parto está associada à redução da sintomatologia de depressão pós-parto.	Um único desenho de coorte observacional, institucional, retrospectivo foi escolhido. O desfecho primário foi a pontuação da escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS), medida na visita pós-parto de 6 semanas. Os indivíduos incluídos na análise final (1) receberam analgesia epidural de parto; (2) dor avaliada durante o trabalho de parto antes e durante o início do trabalho de parto analgesia epidural por pontuações numéricas de 0 a 10; e (3) risco de depressão avaliado pela EPDS e documentado em sua visita pós-parto de 6	Duzentos e um pacientes foram incluídos na análise final. As mulheres com maiores melhoras na dor foram associadas a pontuações mais baixas na EPDS ($r = 0,025$; $P = 0,002$). Variáveis sabidamente associadas à depressão (índice de massa corporal, ansiedade e/ou depressão, lacerações perineais de terceiro e quarto grau e anemia) foram significativamente correlacionadas com o escore EPDS e incluídas no modelo final. Depois de ajustados para essas covariáveis, a PIP permaneceu como um preditor significativo do escore EPDS ($r = 0,49$; $P = 0,008$), respondendo por 6,6% da variabilidade nos escores de depressão pós-parto. O modelo

		semanas. Regressão linear simples e múltipla foi usada para identificar o melhor modelo para avaliar a associação entre melhora da dor, definida como melhora percentual da dor (PIP), e depressão, após ajuste para histórico de ansiedade ou depressão, outros antecedentes psiquiátricos, abuso, trauma, via de parto e outras comorbidades maternas ou fetais.	completo incluindo dor, índice de massa corporal, ansiedade e/ou depressão, lacerações perineais e anemia explicou 24% da variabilidade nos escores de depressão pós-parto.
3	Saber se há uma disparidade no uso antecipado ou real de analgesia de parto neuroaxial entre mulheres hispânicas com base no idioma primário (inglês versus espanhol)	Neste estudo transversal retrospectivo de 3 anos, em uma única instituição, extraímos dados de prontuários eletrônicos de nulíparas hispânicas com partos vaginais que eram seguradas pelo Medicaid. Na admissão, as pacientes identificaram sua língua primária e anteciparam o uso de analgésicos para o trabalho de parto. Os dados extraídos incluíram idade, estado civil, tipo de parto, provedor de parto (obstetra ou parteira) e uso de analgésicos previsto e real. A renda familiar foi estimada a partir de dados censitários geocodificados por CEP. Modelos de regressão logística multivariável foram estimados para uso de analgesia neuraxial antecipada e real.	Entre 932 mulheres hispânicas, 182 se identificaram como falantes primários de espanhol. As mulheres hispânicas de língua espanhola eram menos propensas a antecipar e usar anestesia neuroaxial do que as mulheres de língua inglesa. Após o controle de fatores de confusão, houve uma associação entre o idioma primário e o uso antecipado de analgesia neuraxial (risco relativo ajustado: mulheres que falam espanhol versus inglês, 0,70; intervalo de confiança de 97,5%, 0,53–0,92). Da mesma forma, houve uma associação entre linguagem e uso de analgesia neuraxial (risco relativo ajustado: mulheres que falam espanhol versus inglês 0,88; intervalo de confiança de 97,5%, 0,78–0,99). O uso de uma parteira em comparação com um obstetra também diminuiu a probabilidade de antecipar e usar analgesia neuroaxial.
4	Avaliar o conhecimento e a disposição das gestantes para o uso de analgésicos não farmacológicos no trabalho de parto.	Utilizando um desenho transversal descritivo, um questionário estruturado e pré-testado foi aplicado por entrevistador a uma amostra conveniente de 245 mulheres pré-natais em uma maternidade especializada em Enugu.	A maioria (68,6%) das mulheres sabia, mas 31,4% desconheciam que existem analgésicos não farmacológicos no trabalho de parto no local do estudo. Apenas 34,7% foram capazes de identificar pelo menos quatro desses métodos, 21,2% poderiam eliciar duas (cada) vantagens e desvantagens, e 0% a 28,3% perceberam autoeficácia de como usar cada método. Os quatro principais métodos identificados foram exercícios respiratórios (51,8%), massagem (36,7), mudanças de posição (32,2%) e técnicas de relaxamento (26,5%). A maioria (59,6%) das mulheres expressou vontade de usar estratégias não farmacológicas para dor no futuro trabalho de parto, o que está associado ao maior conhecimento dos métodos e paridade ($p < 0,001$).
5	Procuramos determinar o conhecimento, as atitudes e o uso de analgesia de parto entre as mulheres que frequentam a clínica pré-natal no Mulago National Referral Hospital.	Após a aprovação institucional, foi realizado um estudo descritivo transversal. As mulheres eram solicitadas a completar a pesquisa administrada pelo pesquisador após o consentimento informado. O estudo foi realizado na clínica geral de pré-natal do Mulago National Referral Hospital.	Das 1293 participantes entrevistadas, apenas 7% das participantes tinham conhecimento sobre analgesia de parto. Do múltiparas 87,9% não tiveram analgesia de parto em seus partos anteriores, embora 79,2% delas estivessem em hospital de referência nacional. A razão mais comum para a recusa da analgesia de parto foi a experiência natural de parto. 87,7% das participantes desejavam analgesia de parto para o próximo parto.

6	Examinar os determinantes associados ao uso de controle da dor do parto pelas mulheres.	Pesquisa transversal de um subestudo de mulheres da coorte 'jovem' do Australian Longitudinal Study of Women's Health (ALSWH).	Foram observadas diferenças nos efeitos demográficos, utilização de serviços de saúde, estado de saúde, uso de MCA (medicina complementar e alternativa) além de atitudes e crenças sobre o uso de técnicas de controle da dor intraparto em todas as categorias. A única variável identificada como determinante para o uso de todos os tipos de técnicas de manejo da dor foi a cesariana prévia (CS).
7	Investigar a prevalência e os fatores associados de insatisfação com a assistência ao parto em mulheres jordanianas.	Foi utilizado um estudo transversal descritivo. Os participantes (n=320) que estavam 7 semanas após o parto foram recrutados em cinco centros de saúde materno-infantil na cidade de Irbid, no norte da Jordânia. As participantes forneceram informações pessoais e obstétricas e preencheram a Escala de Satisfação com o Atendimento ao Parto	A maioria das mulheres (75,6%) estava insatisfeita com a assistência ao parto. A insatisfação foi associada ao atendimento de pessoas desconhecidas e indesejadas durante o parto, vivenciando o trabalho de parto como mais doloroso do que o esperado e percepções de ajuda inadequada dos profissionais de saúde para o manejo da dor durante o trabalho de parto.
8	O objetivo do estudo foi relatar a experiência de trabalho de parto descrita por nulíparas que participaram e não participaram de um Programa de Preparação para o Parto (PPB) sistemático.	Foi realizado um estudo qualitativo com onze mulheres participantes de um BPP e dez mulheres em acompanhamento pré-natal de rotina selecionadas por amostragem proposital. O BPP consistiu em reuniões de grupo pré-natal sistematizadas, estruturadas para fornecer exercícios físicos e informações sobre prevenção da dor na gravidez, papel dos músculos do assoalho pélvico, fisiologia do trabalho de parto e técnicas de alívio da dor. Foi realizada uma única entrevista semiestruturada com cada participante. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e realizadas análises temáticas. Os temas relevantes foram organizados nas seguintes categorias de análise: controle do trabalho de parto, posições adotadas durante o trabalho de parto e satisfação com o trabalho	As mulheres que participaram das atividades educativas sistemáticas do BPP relataram manter o autocontrole durante o trabalho de parto e utilizaram exercícios respiratórios, exercícios na bola, massagem, banhos e posições verticais para controlar a dor. Também relataram satisfação com a experiência do parto. As mulheres que não participaram de atividades educativas sistemáticas referiram dificuldades em manter o controle durante o trabalho de parto e quase metade delas relatou falta de controle. Também foram mais propensas a relatar insatisfação com o trabalho.
9	O objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia e a satisfação materna com o regime de analgesia de parto neuroaxial fornecido em um hospital universitário de atendimento terciário.	Todas as mulheres com gravidez viável que solicitaram analgesia neuroaxial para trabalho de parto em novembro de 2011 em nossa instituição foram abordadas para participar deste estudo prospectivo. Os pacientes foram tratados de acordo com a rotina departamental com base em um regime de analgesia peridural controlada pelo paciente com uma solução de manutenção de bupivacaína 0,0625% e fentanil 2 µg·mL(-1). Dados demográficos e obstétricos, características da analgesia neuraxial, escores de dor, efeitos colaterais e complicações foram registrados. Após o parto, os	odas as 332 mulheres elegíveis foram abordadas e 294 completaram o estudo. A maioria das mulheres recebeu analgesia peridural e considerou sua colocação confortável. Um grande número de mulheres relatou ter sentido dor durante o primeiro ou segundo estágio do trabalho de parto (38% e 26%, respectivamente). Apesar de 24,4% das mulheres necessitarem de reposição tanto por enfermeiros quanto por médicos, o ajuste na concentração de manutenção do anestésico local foi feito em apenas 7,8% dos casos. A maioria das mulheres (92%) estava satisfeita com a qualidade da analgesia. Punção dural não intencional ocorreu em três (1%) casos, e não houve casos de inserção de cateter intravascular ou toxicidade

		pacientes preencheram um questionário de satisfação.	sistêmica do anestésico local. Mulheres com sobrepeso (índice de massa corporal 25-30 kg·m(-2)) (razão de chances ajustada [AOR] = 2,56; intervalo de confiança de 95% [IC] 1,1 a 5,97), aquelas submetidas ao trabalho de parto induzido (AOR = 2,4; 95% IC 1,2 a 5,2) e aquelas que necessitaram de complementação pelo anesthesiologista (AOR = 5,08; IC 95% 2,31 a 11,11) foram associadas a maior insatisfação com o controle da dor durante a primeira fase do trabalho de parto.
10	Conhecer a influência da escolaridade materna no nível de dor manifestada pela mulher durante o processo de parto, o uso de analgesia peridural e o uso de medidas analgésicas alternativas.	Estudo observacional multicêntrico, realizado em quatro hospitais da Andaluzia de janeiro de 2011 a janeiro de 2012. A população do estudo foi de primíparas que deram à luz em um desses centros. Foram estudadas diferentes variáveis sociodemográficas, nível de dor e uso de medidas analgésicas. Os dados foram coletados por meio de entrevista e história clínica. Odds Ratios (OR) e comparação de médias brutas e ajustadas foram estimados na análise.	520 mulheres participaram do estudo. Não foi detectada associação entre a conclusão da escolaridade materna pela mulher e o nível de dor que ela sofreu durante o processo de parto ($p>0,05$). Nenhuma influência foi detectada com o uso de medidas analgésicas alternativas (aOR= 1,14; IC 95%: 0,70-1,83), ou analgesia peridural (aOR= 1,58; IC 95%: 0,96-2,63)
11	Comparar a satisfação materna com o processo do nascimento de acordo com a realização ou não de métodos farmacológicos para alívio da dor do trabalho de parto.	Realizou-se um ensaio clínico randomizado com 70 parturientes, 35 das quais receberam anestesia combinada (raquidiana e peridural associadas) e 35 receberam métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o parto vaginal. As variáveis estudadas foram: escores de dor pela Escala Visual Analógica (EVA), satisfação materna com a técnica analgésica e com o parto, desejo de repetir a técnica analgésica em parto posterior e perda do controle sobre o parto. A análise estatística foi realizada no programa Epi-Info 3.5.3, com base na intenção de tratar.	Pacientes recebendo anestesia combinada (AC) durante o parto vaginal experimentaram uma diminuição significativa dos escores da EVA e maior satisfação materna com a técnica analgésica e com o parto. A maioria das parturientes, cerca de 97% do grupo da anestesia combinada, repetiu a técnica em partos futuros, contra 82,4% do grupo dos métodos não farmacológicos. No que diz respeito ao sentimento de controle do parto, aproximadamente metade das parturientes dos dois grupos sentiu que em algum momento do parto perdeu o controle deste, não havendo diferença significativa entre os grupos.
12	Investigar as opiniões, experiências e tomadas de decisão de mulheres grávidas relacionadas à analgesia peridural no trabalho de parto.	Revisão sistemática de métodos mistos. Uma pesquisa bibliográfica abrangente foi implementada no Medline, CINAHL e EMBASE de 2000 a setembro de 2018. A pesquisa bibliográfica foi realizada em janeiro de 2018 e atualizada em setembro de 2018. Trinta artigos foram selecionados.	Quatro achados sintetizados abrangentes foram identificados: (a) escolha; (b) experiência no manejo da dor; (c) falta de informação; e (d) fornecimento de informações e consentimento.
13	Nosso objetivo foi testar se as intervenções pré-natais de tomada de decisão compartilhada (SDM) no pré-natal aumentam a compreensão e a satisfação da	Durante a 28ª semana de gestação, fornecemos à SDM educação em saúde da parturiente e um folheto com códigos de resposta rápida. A digitalização do código vincularia a vídeos educativos que explicavam o que é a analgesia epidural e suas vantagens e desvantagens.	O grupo SDM relatou uma satisfação significativamente maior e compreensão da analgesia epidural, e uma satisfação significativamente maior com as informações recebidas e a qualidade do alívio da dor. Após a intervenção SDM, aumento significativo dos escores médios de satisfação na questão "minha

	parturiente com a analgesia epidural do parto, em comparação com a explicação convencional após o início da dor do parto.	As parturientes do grupo de prática de rotina original receberam explicação da analgesia após a admissão para o parto. Para medir a satisfação do serviço de dor de parto, a acessibilidade das informações e a comunicação com a equipe médica, elaboramos um questionário com referência a (1) Questionário de Experiências de Pacientes em Assistência à Gravidez e Maternidade (PreMaPEQ), (2) Experiência de Parto Pré-termo e Escala de Satisfação (P-BESS) e (3) Questionário de Satisfação do Trabalho de Nascimento das Mulheres (WombLSQ). O questionário foi alterado após um pré-teste envolvendo 30 parturientes que receberam analgesia peridural. A análise do teste Scree e a análise fatorial exploratória foram realizadas; em seguida, o questionário foi revisado novamente. Um total de 200 questionários válidos foram coletados – 100 do grupo de prática de rotina original e do grupo SDM.	epidural é eficaz" (9,10%; diferença média: 0,38; intervalo de confiança de 95%, 0,17 ~ 0,59; $p < 0,001$) e "O efeito da epidural é tão o que eu esperava" (10,41%; diferença média: 0,41; intervalo de confiança de 95%, 0,18 ~ 0,64; $p < 0,001$).
14	Explorar preditores de solicitação de analgesia peridural em gestantes em Townsville, Austrália.	Um desenho de estudo exploratório de métodos mistos de três fases, com a Fase Um envolvendo 12 entrevistas individuais com mulheres grávidas e pós-parto sobre atitudes em relação à tomada de decisão sobre analgesia de parto e preferências epidural. Os dados da entrevista foram analisados tematicamente para desenvolver uma pesquisa distribuída para 265 mulheres no terceiro trimestre na Fase Dois. A Fase Três envolveu uma revisão do prontuário dos participantes da pesquisa para registrar o modo de entrega, solicitação epidural e indicação.	As entrevistas revelaram vários temas que influenciam as preferências de analgesia em mulheres de Townsville: preocupações com a segurança pessoal, confiança nos profissionais de saúde e experiências anteriores com trabalho. A regressão logística identificou que a solicitação epidural no trabalho de parto era prevista por: primaridade, experiência epidural, indução ou aumento do trabalho de parto e sensação de controle percebida associada ao uso epidural
15	Nosso estudo examinou se existe uma associação entre o uso de analgesia peridural e a depressão pós-parto.	Os pacientes foram divididos em dois grupos. Um grupo recebeu analgesia epidural durante o trabalho de parto, enquanto o segundo grupo não. A escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS) foi administrada a pacientes antes do nascimento e 6 semanas após o parto. A gravidade da dor foi avaliada pela Escala Visual Analógica (EVA) durante o trabalho de parto e 24 horas após o parto.	Dos 92 pacientes analisados, 47,8% (n=44) receberam analgesia peridural. Detectamos escore VAS significativamente maior durante o trabalho de parto ($p = 0,007$) e 24 horas pós-parto ($p = 0,0001$) no grupo sem analgesia peridural. Às 6 semanas pós-parto, foi observada diferença significativa entre os escores da EPDS de ambos os grupos ($p = 0,0001$). A análise de regressão revelou maiores escores de depressão em pacientes com níveis mais altos de dor durante o trabalho de parto (OR = 0,572, $p = 0,039$). A analgesia peridural correlacionou-se fortemente com escores mais baixos de depressão (OR = 0,29, $p = 0,0001$).
16	Este estudo investigou a eficácia	Este ensaio clínico randomizado foi realizado em dois	No total, 233 e 246 mulheres foram randomizadas para os grupos

de um programa que combina massagem intraparto, respiração controlada e visualização para alívio não farmacológico da dor durante o trabalho de parto.	hospitais públicos de Hong Kong. Os participantes eram nulíparas saudáveis de baixo risco mulheres chinesas ≥ 18 anos cujos parceiros eram disponíveis para aprender a técnica de massagem. Recrutamento foi realizado com 32 a 36 semanas de gestação; mulheres foram randomizadas para participar de uma aula de massagem de parto de 2 horas com 36 semanas de gestação ou para receber os cuidados habituais. A variável de resultado primário foi o uso intraparto de analgesia peridural ou injeção intramuscular de petidina	de massagem e controle, respectivamente. O uso de analgesia peridural ou petidina não diferiu entre a massagem e grupos controle (12,0% vs 15,9%; $P=0,226$). A análise linear a linear demonstrou uma tendência em que menos mulheres usaram forte alívio farmacológico da dor no grupo de massagem e uma proporção maior de mulheres teve trabalho de parto sem analgésicos (29,2% vs 21,5%; $P=0,041$). Dilatação cervical no momento da petidina/ solicitação de analgesia peridural foi significativamente maior no grupo massagem ($3,8 \pm 1,7$ cm vs $2,3 \pm 1,0$ cm; $P<0,001$).
--	--	--

Fonte: O autor, 2022.

Os artigos utilizados para a elaboração deste estudo foram publicados nas Revistas: Women and Birth, Anesthesia & Analgesia, African Health Sciences, Health Expectations, Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, Journal of Advanced Nursing, BMC Anesthesiology, BMC Pregnancy and Childbirth, Canadian Journal of Anesthesia, International Nursing Review, Revista chilena de obstetricia y ginecologia, Revista da Associação Médica Brasileira, Hong Kong Medical Journal e Brazilian Journal Of Anesthesiology, nos anos de: 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2018, 2020 e 2021.

A Tabela 1 traz a síntese das conclusões obtidas pelos autores durante a realização dos estudos.

Tabela 1 - Conclusões dos artigos

Nº	Conclusão
1	Ao planejar os serviços de gravidez e parto, os preditores de experiência positiva da dor do parto devem ser considerados e investigados mais profundamente.
2	Embora a extensão do alívio da dor do parto por analgesia epidural preveja escores de depressão pós-parto mais baixos, sua contribuição para o risco de sintomas de depressão pós-parto pode ser menor do que outros fatores de risco estabelecidos para depressão.
3	Uma disparidade baseada na linguagem foi encontrada no uso de analgesia de parto neuraxial. É possível que existam barreiras de comunicação no conhecimento ou compreensão das opções analgésicas. Mais pesquisas são necessárias para determinar a causa dessa associação.
4	As mulheres grávidas tinham conhecimento limitado, mas a maioria expressou vontade de usar no trabalho de parto analgésicos não farmacológicos. As enfermeiras/parteiras devem fornecer informações adequadas sobre o parto e preparação sobre o alívio da dor do parto às mulheres pré-natais para informar suas escolhas e uso eficaz durante o parto.
5	Existe uma grande lacuna entre o desejo de analgesia de parto e sua disponibilidade. Obstetras e os anestesiológistas têm o papel de educar as mulheres e prestar esse serviço tão desejado.
6	O efeito de determinantes-chave no uso de técnicas de controle da dor pelas mulheres difere significativamente e, além da cesariana anterior, nenhum determinante é claramente influente no uso de todas as opções de controle da dor.
7	O alto percentual de mulheres que relatam insatisfação com a assistência ao parto neste estudo é de preocupação. A percepção das mulheres sobre a dor e as expectativas da equipe durante o trabalho de parto e nascimento precisam ser abordadas por meio de educação e melhor comunicação por parte da equipe.
8	Mulheres que participaram do Programa de Preparação para o Parto relataram autocontrole durante o trabalho de parto e utilizaram técnicas não farmacológicas para controlar a dor e facilitar o trabalho de parto e expressaram satisfação com a experiência do parto.
9	Embora nossa técnica com infusão de anestésico local diluído-opioide tenha sido considerada eficaz em ensaios clínicos randomizados anteriores, ela não forneceu analgesia de parto suficiente para uma grande proporção de mulheres. Apesar disso, a maioria das mulheres estava satisfeita com o manejo da dor e com a experiência de parto. Estratégias para individualizar os cuidados para o trabalho de parto e parto devem estar prontamente disponíveis ao fornecer analgesia de parto.
10	A educação materna não é efetiva para o controle da dor que produz o processo de parto, nem determina a de outras medidas analgésicas.
11	O uso de anestesia combinada raqui-peridural foi associado a uma redução significativa nos escores de dor durante o parto e com maior satisfação materna com o método de alívio da dor e com o processo de parto.
12	As recomendações para a prática com base nos achados da revisão sistemática são que as parteiras devem dedicar tempo para discutir epidural com mulheres e parceiros de parto, idealmente durante o segundo ou terceiro trimestre da gravidez, perguntando às mulheres quais estratégias de enfrentamento ou alívio da dor elas estão considerando, se houver. Os fatores que podem influenciar a escolha da epidural pela mulher, incluindo limiar de dor, capacidade de lidar com a dor, momento da epidural e duração do trabalho de parto, devem ser avaliados continuamente durante o trabalho de parto. A parteira deve permanecer com as mulheres após a colocação de uma epidural, demonstrando compreensão da escolha da mulher e proporcionando uma oportunidade para discussão de planos para o restante do trabalho de parto e nascimento.

- 13 Uma intervenção de tomada de decisão compartilhada pré-natal precoce com informações suficientes por meio de vídeos aumentou a compreensão e a satisfação das parturientes com o serviço de analgesia epidural.
- 14 Este estudo sugere que os influenciadores mais significativos na tomada de decisão epidural das mulheres de Townsville foram paridade, indução ou aumento do trabalho de parto, experiência anterior de epidural e atitude em relação a epidural.
- 15 O grupo que recebeu analgesia peridural apresentou menores escores de dor. Foi encontrada uma alta correlação entre analgesia peridural e menores níveis de depressão. Gestantes que dão à luz por via vaginal e com altos escores de dor podem reduzir os escores de depressão pós-parto usando analgesia epidural de parto. As gestantes devem optar pela analgesia peridural durante o trabalho de parto para diminuir os níveis de depressão pós-parto.
- 16 Conclusão: O uso de um programa de massagem parece modular a percepção da dor no trabalho de parto, de modo que menos mulheres solicitaram epidural analgesia e foi observada uma mudança para o uso de modalidades de alívio da dor mais fracas; em particular, mais as mulheres do grupo de massagem estavam livres de analgésicos durante o trabalho de parto.

Fonte: O autor, 2022.

6 DISCUSSÃO

Para a maioria das mulheres, a dor do parto vaginal é a dor mais intensa que elas experimentarão na vida. As mulheres usam regularmente medicamentos e/ou métodos naturais para alívio da dor do parto. Estudos de Thomson e outros (2019), destacam que as mulheres têm experiências mistas de diferentes métodos de alívio da dor e que precisam de informações sobre riscos e benefícios de todos os métodos de alívio da dor disponíveis. O manejo eficaz da dor tornou-se um componente essencial do plano de cuidados para que mulheres grávidas possam experimentar positivamente o trabalho de parto (KARLSDOTTIR *et al.*, 2018).

O excesso de dor durante o trabalho de parto pode acarretar em sérias consequências para a mulher. Altos níveis de dor levam ao estresse extremo, que aumenta os níveis de cortisol. Foi comprovado que o aumento da concentração do marcador-chave de estresse que é o cortisol no plasma sanguíneo de pacientes está diretamente relacionado ao aumento da taxa de depressão na população geral e na gravidez resulta em desenvolvimento mais frequente de Depressão Pós-Parto (DPP) (RIAZANOVA; ALEXANDROVICH; ISOCOVICH, 2018).

Segundo Lim e colaboradores (2018), há uma relação entre analgesia e o risco DPP, que é afetada pelo grau de melhora da dor experimentada sob analgesia peridural. A relação entre o uso de analgesia peridural de parto e risco reduzido de depressão pós-parto podem ser melhor explicados por outros mecanismos além da analgesia em si, como fatores obstétricos, psicológicos ou sociais. Esses resultados apoiam que o impacto relativo da dor do parto e analgesia na sintomatologia depressiva.

O estudo de Edipoglu e Aslanb (2021), encontrou uma associação entre escores de dor favoráveis e menor gravidade DPP em mulheres que receberam analgesia peridural e deram à luz por via vaginal. Além disso, o aumento escores de dor no trabalho de parto foram correlacionados com escore de depressão e houve uma correlação muito alta com o uso de analgesia peridural e níveis mais baixos de depressão. Os autores sugerem que as gestantes em trabalho de parto por via vaginal devem usar analgesia para melhores desfechos.

Outros estudos, como o de Badou e colaboradores (2007) e Eisenach (2008) já demonstravam nesta época que o aumento da gravidade da dor no trabalho de parto e pós-parto pode estar associada a um maior risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto. O uso de analgesia durante o parto mostrou-se significativamente relevante no acontecimento da DPP.

Segundo Toledo e outros (2016) há uma grande dificuldade na comunicação que impede a ampla utilização dos métodos de alívio da dor no trabalho de parto. Os fatores que levam as mulheres a terem percepções negativas do parto incluem a dificuldade de comunicação com os profissionais. Algumas mulheres chegam a implorar por ajuda por não saberem o que está acontecendo, principalmente quando recebem Ocitocina sintética (AKTAS; AYDIN, 2018).

Assim como no estudo de Anardo e outros (2015), um estudo de Boateng, Kumi e Diji (2019), concluiu que as enfermeiras e parteiras exercem papel fundamental na redução da dor no trabalho de parto vaginal, ofertando métodos para alívio da dor tanto farmacológicos como não farmacológicos, mas para que isso aconteça, estas devem ter o conhecimento sobre todos os métodos disponíveis.

A grande disparidade entre a intenção de uso de analgesia de parto e o uso real geralmente acontece por motivos logísticos, como falta de profissionais e ambientes adequados, o que leva a uma grande quantidade de mulheres que pretendem usar analgesia a não conseguirem recebê-la (TOLEDO; MILLER; WISNER, 2018). Este fato corrobora com o achado de Nabukenya e colaboradores (2015), que ressalta a existência de uma grande lacuna entre o desejo de analgesia de parto e sua disponibilidade.

Um estudo de Jenabi e outros (2019) concluiu que o principal motivo da solicitação materna de cesariana eletiva foi o medo da dor do parto, o que leva a conclusão de que métodos de manejo de dor de parto bem como programas integrais e as intervenções de promoção da saúde devem ser desenhados para reduzir a cesariana desnecessária e melhorar o desempenho do parto vaginal.

A dor no trabalho de parto vaginal é complexa e as mulheres devem participar plenamente do processo de tomada de decisão antes que qualquer modalidade seja selecionada. A analgesia neuroaxial proporciona excelente alívio da dor no trabalho de parto. Otimizar o início e a manutenção da analgesia de parto neuroaxial requer estratégias diferentes. A raquianestesia combinada ou a punção peridural podem oferecer vantagens sobre a peridural tradicional. O ultrassom é útil em certos pacientes. A manutenção da analgesia é melhor alcançada com um regime de base (*bolus* intermitentes programados ou uma infusão peridural contínua) suplementado com analgesia peridural controlada pelo paciente e usando anestésicos locais diluídos combinados com opióides, como fentanil (NANJI; CARVALHO, 2020).

Técnicas para alívio não farmacológico da dor também se tornam de uso fundamental para um bom desfecho de parto vaginal. A acupressão corporal, por exemplo, é

significativamente eficaz na redução da dor do parto, assim como diversos outros métodos disponíveis (ALIMORADI *et al.*, 2020).

As mulheres acessam uma série de técnicas diferentes e tratamentos para controlar a dor do parto e nascimento. O uso do tratamento da dor do parto pelas mulheres é influenciado por uma variedade de fatores incluindo características de saúde, dados demográficos e atitudes. O efeito que esses determinantes têm sobre as decisões das mulheres de usar o manejo da dor durante o parto difere dependendo da técnica de controle da dor (STEEL *et al.*, 2013).

Corroborando com o resultado apresentado por Steel e colaboradores (2013), Campos e Leonel (2021), que apontaram que fatores sociais influenciam nos desfechos de parto, principalmente o acesso a informação. Estar ciente sobre humanização de parto, direito de analgesia e características da violência obstétrica tornou a experiência de parto mais satisfatória, além de melhorar os índices de parto normal.

Para Mohammad e colaboradores (2014), o percentual de mulheres que relatam insatisfação com a assistência ao parto é preocupante, pois a grande maioria das mulheres estudadas estavam insatisfeitas com seu trabalho de parto e nascimento e a qualidade da assistência prestada. Havia uma falta de atenção aos aspectos emocionais do cuidado. Muitas mulheres se sentiram abandonadas, sentindo dor. Este fato pode aumentar o pedido por intervenção cirúrgica no parto, levando assim ao aumento do número de cesarianas realizadas.

As representações das mulheres em relação à preferência da via de parto sofrem diversas influências, assim como suas possibilidades são limitadas por seus recursos. O parto, antes um evento da vida da mulher, no âmbito do privado e sob os cuidados de outras mulheres, passa a ser medicalizado, e não respeita necessariamente as vontades da parturiente, tornando-a coadjuvante no seu próprio parto. O medo da dor e o medo de sofrer violência na hora do parto normal acabam tornando a cesariana o novo 'normal' (ROCHA; FERREIRA, 2020).

Miquelutti, Cecatti e Makuch (2013), apontam que receber orientações durante a gestação sobre técnicas de trabalho de parto e controle da dor auxilia as mulheres a manter o autocontrole na utilização de técnicas não-farmacológicas de controle da dor, facilitando assim o trabalho de parto e aumentando a satisfação deste evento. Planejar e organizar programas pré-natais para promover o autocontrole durante o trabalho de parto e pode contribuir para uma experiência de parto mais satisfatória.

As Tecnologias Não Invasivas do Cuidado em Enfermagem Obstétrica (TNICEOs), são caracterizadas como um conjunto de procedimentos que auxiliam a preservar integridade

física e psíquica da mulher nos processos inerentes ao ciclo gravídico-puerperal. Conforme estudo de Meneguali e colaboradores (2021), todas as mulheres pesquisadas em trabalho de parto, recebeu algum método de alívio da dor, embora nem todas elas conseguissem identificar este fato. Tal resultado surge em meio a necessidade mundial de melhorar as experiências de parto afim de reduzir a demanda excessiva de cesarianas eletivas.

Em geral, o regime de analgesia epidural oferecido na instituição estudada por Clivatti e colaboradores (2013), levou a um número muito baixo de complicações. No entanto, foi encontrada uma alta incidência de mulheres relatando dor durante o primeiro ou segundo estágios do trabalho de parto. Embora uma grande proporção de pacientes tenha solicitado uma solução anestésica mais forte, a maioria não a recebeu. Entretanto, a maioria das pacientes estava satisfeita com seu manejo da dor.

Em contraposição aos resultados da grande maioria dos autores presentes nesta pesquisa, o estudo de Martínez G. e Delgado R. (2013), não encontrou associação entre implementação da educação materna e o uso de analgesia. Esses resultados vão em contramão dos apresentados anteriormente, pois nesta experiência a educação materna não foi eficaz para o controle de dor produzida pelo processo de nascimento. Também foi notado que a administração de ocitocina exógena durante o trabalho de parto poderia levar ao aumento da dor percebida pela mulher.

Algumas barreiras são apontadas para a ampla implementação da humanização do parto, dentre elas, a fragmentação da assistência, processos de saúde mecanicistas e padrão de assistência intervencionista. A atuação da Enfermagem obstétrica se mostra de grande importância no que tange a diminuição das práticas intervencionistas na assistência ao parto e a adoção do modelo humanizado, pois a prática deste profissional é capaz de reconfigurar o modelo de atenção e melhorando os desfechos de parto no país (SILVA *et al.*, 2021).

Por se tratar de um conceito complexo, a satisfação de uma mulher no que tange ao seu parto pode estar relacionada a vários fatores como estilo de vida, experiências adquiridas, expectativas futuras e valores individuais e sociais. Entretanto deve-se respeitar os princípios de humanização da atenção à saúde em parto. Esses princípios baseiam-se no respeito à autonomia da paciente, reconhecendo que ela tem o direito de conduzir seu próprio parto e deixando para a própria mulher a escolha de como e com quem ela deseja dar à luz. Isto é cabe à própria mulher decidir se precisa ou não se submeter a procedimentos analgésicos para alívio da dor em trabalho, assim como a escolha de qual técnica ela preferiria e se é ou não uma técnica farmacológica (ORANGE *et al.*, 2012).

Zirr e colaboradores (2019) apontaram o grupo de gestantes como excelente ferramenta para estimular e consolidar a autonomia da gestante em trabalho de parto através da transmissão de informações que instrumentaliza a gestante a tomar as decisões de forma consciente. O processo educativo desenvolvido nos grupos de gestantes gera impacto positivo na sociedade, e pode trazer à tona, valores já desconsiderados na assistência ao parto.

Deve-se dedicar tempo durante as consultas de pré-natal para discutir sobre analgesia com mulheres e parceiros de parto, idealmente durante o segundo ou terceiro trimestre de gravidez (tópicos para discutir são as principais informações, prós, contras e potenciais efeitos colaterais da analgesia epidural, preferencialmente usando material impresso e/ou em áudio como ajudas adicionais), perguntando às mulheres quais estratégias de enfrentamento ou alívio da dor elas estão considerando, se houver (BORRELLI *et al.*, 2020).

Intervenções de tomada de decisão de compartilhamento pré-natal apoiadas por vídeo educativo online também podem contribuir para a compreensão e satisfação materna com os serviços de analgesia de parto peridural, pois a compreensão de fatores associados antes do trabalho de parto promove compreensão e satisfação materna com analgesia peridural. O grupo que estuda e recebe analgesia apresenta score de satisfação não apenas melhorado pelo atendimento do anestesiolegista que realiza a injeção epidural, mas também a impressão geral do atendimento realizado pelos funcionários em sala de parto no que tange a educação, respeito e estrutura (CHENG *et al.*, 2020).

Para Quach e colaboradores (2020), experiências anteriores parecem desempenhar um grande papel em influenciar a tomada de decisão epidural das mulheres, o que reforça a necessidade da transmissão de informação às gestantes. Seja o próprio parto ou uso prévio de epidurais, parece que a experiência orienta fortemente indivíduos em preferências futuras de analgesia. Isso identifica as mulheres primíparas como uma população que merece aconselhamento e orientação extra para tomar decisões informadas.

Ainda, o estudo de Lai e colaboradores (2021), sugere que massagem e respiração controlada intraparto podem reduzir inclusive o uso de analgésicos, tendo assim um manejo da dor de forma mais natural, reduzindo a necessidade de medicações e melhorando os desfechos de parto, fazendo com que estes evoluam de forma natural.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitas vezes as mulheres têm experiências diferentes de parto e de métodos de alívio de dor utilizados. Os métodos farmacológicos podem reduzir a dor, mas em algumas vezes têm efeitos colaterais negativos. Os métodos não farmacológicos podem não reduzir completamente a dor do parto vaginal, mas podem facilitar o vínculo com os profissionais e acompanhantes do parto. As mulheres precisam de informações sobre os riscos e benefícios de todos os métodos de alívio da dor disponíveis.

O uso de analgesia peridural e outros métodos de alívio da dor no parto vaginal levam à redução da intensidade da dor no trabalho de parto e reduzem a concentração de cortisol no período pós-natal precoce. O alívio adequado da dor do parto pode ter impacto na frequência de ocorrência de depressão pós-parto e também reduz a necessidade de cesarianas.

Enfermeiras exercem papel fundamental para que intervenções de alívio da dor sejam benéficas, mas várias barreiras impediram a fácil utilização, principalmente a falta de conhecimento.

A adoção de técnicas de analgesia de ponta pode otimizar a manutenção da analgesia de parto. O início de qualquer modalidade de analgesia de parto deve ocorrer após a mulher ter dado o consentimento informado, levando em consideração seus desejos, vontades e crenças, contribuindo para uma experiência de parto positiva para ela e sua família.

O correto manejo da dor durante o trabalho de parto vaginal, bem como uma prestação de assistência qualificada e humanizada tem o elementar poder de reduzir os elevados índices de cesariana que tanto preocupam o mundo.

REFERÊNCIAS

AKTAS, Songül; AYDIN, Ruveyede. The analysis of negative birth experiences of mothers: a qualitative study. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 37, n. 2, pg. 176-192. 2018. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646838.2018.1540863>. Acesso em 01 de março de 2022.

ALIMORADI, Zainab; KAZEMI, Farideh; GORGI, Maryam; VALIANI, Mahboubeh. Effects of ear and body acupressure on labor pain and duration of labor active phase: A randomized controlled trial. **Complementary Therapies in Medicine**, v. 51, 7 p. 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0965229920301655>. Acesso em 02 de março de 2022.

BADOU, M.; TEISSÈDRE, T.; WALBURG, V.; CHABROL, H. Association between the intensity of childbirth pain and the intensity of postpartum blues. **Encephale**, v. 33, n. 5, pg 805-810. 2007. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700607000176?via%3Dihub>. Acesso em 15 de março de 2022.

BARCELLOS, Luiza Gonçalves; SOUZA, André Oliveira Rezende de; MACHADO, César Augusto Frantz. Cesariana: uma visão bioética. **Revista Bioética**, v. 17, n. 3, pg. 497-510. 2009. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/513/514. Acesso em 25 de abril de 2021.

BETRAN, Ana Pilar; YE, Jiangfeng; MOLLER, Ann-Beth; SOUZA, João Paulo; ZHANG, Jun. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. **BMJ Global Health**, v. 6, 8 p. 2021. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/6/6/e005671.full.pdf>. Acesso em 23 de maio de 2021.

BITTENCOURT, Cláudia. **Você conhece as recomendações da OMS para o parto normal?** BRASIL. UNA-SUS. 2014. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/voce-conhece-recomendacoes-da-oms-para-o-parto-normal>. Acesso em 25 de abril de 2021.

BOATENG, Edward Appiah; KIMI, Linda Osaeba; DIJI, Abigail Kusi-Amponsah. Nurses and midwives' experiences of using non-pharmacological interventions for labour pain management: a qualitative study in Ghana. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 19, n. 168.

2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12884-019-2311-x>. Acesso em 28 de fevereiro de 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **ANS lança nova edição de campanha para incentivar parto adequado.** 2019. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/5244-ans-lanca-nova-edicao-de-campanha-para-incentivar-parto-adeq>. Acesso em 11 de maio de 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Parto Adequado.** 2016. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/parto-adequado>. Acesso em 25 de abril de 2021.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **PL 10.209 de 2018.** Projeto de Lei. Dispõe sobre o acesso ao uso de anestésias peridural e raquidiana nos partos realizados pelo Sistema Único de Saúde e dá outras providências. 2018a. Disponível em: [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2174626#:~:text=PL%2010209%2F2018%20Inteiro%20teor,Projeto%20de%20Lei&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20acesso%20ao,Sa%C3%BAde%20e%20da%20outras%20provid%C3%Aancias.&text=Garantia%2C%20acesso%2C%20gestante%2C%20parturiente,%C3%A9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\)](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2174626#:~:text=PL%2010209%2F2018%20Inteiro%20teor,Projeto%20de%20Lei&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20acesso%20ao,Sa%C3%BAde%20e%20da%20outras%20provid%C3%Aancias.&text=Garantia%2C%20acesso%2C%20gestante%2C%20parturiente,%C3%A9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS)). Acesso em 23 de maio de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistencial ao do Parto Normal.** Brasília- DF. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em 26 de maio de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009.** Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília- DF. 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html. Acesso e 23 de maio de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização PNH.** Brasília - DF. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em 23 de maio de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20. Brasília - DF. 2001. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>. Acesso em 23 de maio de 2021.

BRASIL. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente. **Atenção às Mulheres.** 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-as-mulheres/>. Acesso em 11 de maio de 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá

outras providências. Brasília -DF. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em 25 e maio de 2021.

BRASIL. UNA-SUS Universidade Aberta do SUS. **Declaração da OMS Sobre Taxas de Cesáreas**. 2015. Disponível em <https://www.unasus.gov.br/noticia/declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas> Acesso em 11 de maio de 2021.

EISENACH, Jaime C.; PAN, Peter H.; SMILEY, Richard; LEVAND'HOMEE, Patricia; LANDAU, Ruth; HOULE, Timothy T. Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. **Pain**, v. 140, n. 1, pg. 87-94. 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18818022/>. Acesso em 15 de março de 2022.

GRANDIM, Clícia Valim Côrtes; RENNÓ, Giseli Mendes; RIBEIRO, Michelly Esteves; PACHECO, Tânia Carla de Moraes Prado; SALLES, Tânia Carla de Moraes Prado. Violência no parto: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 11. n. 3, pg. 1299-1308. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/13506/16244>. Acesso em 23 de maio de 2022.

JENABI, Ensiyeh; KHAZAEI, Salman; BASHIRIAN, Saeid; AGHABABAEI, Soodabeh; MATINNIA, Nasrin. Reasons for elective cesarean section on maternal request: a systematic review. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, v. 33, n. 22. 2020. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14767058.2019.1587407>. Acesso em 02 de março de 2021.

KAÇAR, Nükhet; KESER, Neslihan Özcan. Comparison of the effect of mechanical massage and warm mechanical massage application on perceived labor pain and childbirth experience: A randomized clinical trial. **Eur J Midwifery**, v. 5, n. 5. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7910811/>. Acesso em 15 de março de 2022.

LACERDA, Maria Ribeiro; COSTENARO, Regina Gema Santini. **Metodologias da pesquisa para enfermagem e saúde da teoria à prática**. Ed. Moria. 1ª ed. Porto Alegre, v. 1, p. 183-213.

LEONEL, Alana Tâmisia; CAMPOS, Amanda de Fátima. **Relatos de assistência e experiência de parto normal de mulheres da cidade de Guarapuava**. Uniguairacá. Dissertação (graduação), 13 p. Guarapuava. 2021. Disponível em: <http://200.150.122.211:8080/jspui/handle/23102004/317>. Acesso em 15 de março de 2022.

MANICA, James. **Anestesiologia**. Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Artmed, 4ª edição, Porto Alegre, 2018.

MENAGUALI, Richely Ritta; TAVARES, Rosangela Cunha Machado; VIEIRA, Claudia Cristina Augusto Rodrigues; OLIVEIRA, Rosane de; MESSIAS, Cláudia Maria; TAVARES, Tainan Maria Cruz Lopes; OLIVO, Katlen Susane da Silva. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 6. 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/42093>. Acesso em 15 de março de 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo. v. 5, n. 7, p. 1-12, abr. 2017a. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod_resource/content/1/Minayosaturacao.pdf. Acesso em 02 de março de 2022.

NANJI, Jalal A.; CARVALHO, Brendan. Pain management during labor and vaginal birth. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 67, pg. 100-112. 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521693420300432>. Acesso em 02 de março de 2022.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3. Acesso em 11 de maio de 2021.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Taxas de cesarianas continuam aumentando em meio a crescentes desigualdades no acesso, afirma OMS**. 2021. Disponível em <https://www.paho.org/pt/noticias/16-6-2021-taxas-cesarianas-continuam-aumentando-em-meio-crescentes-desigualdades-no-acesso>. Acesso em 25 de maio de 2021.

RIAZANOVA, Oksana V.; ALEXANDROVICH, Yurii S.; ISOCOVICH, Alexander M. The relationship between labor pain management, cortisol level and risk of postpartum depression development: a prospective nonrandomized observational monocentric trial. **Romanian Journal of Anaesthesia and Intensive Care**, v.25, n.2, pg. 123-130. 2018. Disponível em: <https://sciendo.com/it/article/10.21454/rjaic.7518.252.rzn>. Acesso em 03 de março de 2022.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. enferm.** São Paulo. v. 20, n. 2. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/z7zZ4Z4GwYV6FR7S9FHTByr/?lang=pt>. Acesso em 02 de março de 2022.

ROCHA, Nathalia Fernanda Fernandes da; FERREIRA, Jaqueline. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde debate**, v. 44, n. 125. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gv6DSVLwCqFZvxVDLCKTxlL/abstract/?lang=pt>. Acesso em 15 de março de 2022.

SILVA, Esther Lima da; ANDRADE, Maria Eduarda Arnaud de; CARVALHO, SarahStefany de Lima; LEONHARDT, Valéria; BEZERRA, Maria Luiza Rêgo. Parto humanizado: benefícios e barreiras para sua implementação. **Research, Society and Development**, v. 10, n.15, 10 p. 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/23275/20562>. Acesso em 15 de março de 2022.

SILVA, Thayná Champe da; BISOGNIN, Priscila; PRATES, Lisie Alende; BORTOLI, Cleunir de Fatima Candido de; OLIVEIRA, Gabriela; RESSEL, Lúcia Beatriz. Práticas de atenção ao parto e nascimento: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-oeste Mineiro**, v. 7, n. 1294, 8 p. 2017. Disponível

em:<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1294/0>;. Acesso em 25 de abril de 2021.

SIQUEIRA, Yeda Maria Antunes de; GRADIM, Clícia Valin Côrtes. Acolhimento na Assistência em Centros de Parto: Revisão Integrativa. **Rev. Enf. UFPE online**. Recife, v. 11, n. 3, pg. 1513 -1519. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/13996/16863>. Acesso em: 25 de abril de 2021.

SNS. Serviço Nacional de Saúde. **Parto: novas recomendações da OMS**. 2018. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/02/20/parto-novas-recomendacoes-da-oms/>. Acesso em: 25 de abril de 2021.

THOMSON, Gill; FEELEY, Claire; MORAN, Victoria Hall; DOWNE, Soo; OLADAPO, Olufemi T. Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. **Reproductive Health**, v. 16, n. 71. 2019. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-019-0735-4>. Acesso em 02 de março de 2022.

TOLEDO, Paloma; MILLER, Emily S.; WISNER, Katherine L. Looking Beyond the Pain: Can Effective Labor Analgesia Prevent the Development of Postpartum Depression? **Anesth Analg.** v. 126, n.5, pg. 1448-1450. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6550455/>. Acesso em 02 de março de 2022.

VELHO, Manuela Beatriz; SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino dos; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; CAMARGO, Bígido Vizeu. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de Mulheres. **Texto Contexto Enferm.**, v. 21, n. 2, pg. 458-466. Florianópolis. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/mCyB7SWmgrdCzcVxNsDnpjy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 de abril de 2022.

ZIRR, Greice de Medeiros; GREGÓRIO, Vitoria Regina Petters; LIMA, Margarete Maria de; COLLAÇO, Vania Sorgatto. Autonomia da mulher no trabalho de parto: contribuições de um grupo de gestantes. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, n. 1205. 2019. Disponível em: <https://reme.org.br/artigo/detalhes/1348>. Acesso em 15 de março de 2022.