MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

A INFLUÊNCIA DO USO DE MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA O ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO E NA VIA DE NASCIMENTO

Sibele Schaun

Rio Grande, 2026

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

A INFLUÊNCIA DO USO DE MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA O ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO E NA VIA DE NASCIMENTO

Sibele Schaun

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande, como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof.ª. Drª. Carla Vitola Gonçalves

Rio Grande, 2026

Ficha Catalográfica

S298a Schaun, Sibele

A influência do uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto e na via de nascimento / Sibele Schaun – 2026.
101f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Rio Grande/RS, 2026.

Orientadora: Profª Drª Carla Vitola Gonçalves

1. Parto humanizado 2. Dor do parto 3.Manejo da dor. I.Gonçalves, Carla Vitola. II. Título.

CDU 618.4-55.2:614.2

Catalogação na Fonte: Bibliotecária responsável: Rita Moraes CRB10/2506

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

A INFLUÊNCIA DO USO DE MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA O ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO E NA VIA DE NASCIMENTO

Sibele Schaun

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Luana Patrícia Marmitt	– Unoesc (Membro externo)
Prof. Dra. Mirelle de Oliveira Saes	– FURG (Membro interno)
Profa. Dra. Carla Vitola Gonçalves	– FURG (Orientadora)
Profa. Dra. Janaína Saavedra	– FURG (Co-orientadora)
Profa. Dra. Romina Buffarini	– FURG (Suplente)

Rio Grande, 2026

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ATA DA SESSÃO DE DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE ATA

A banca examinadora, designada pela Portaria nº 908/2026 de treze de abril de dois mil e vinte e seis, em sessão presidida e registrada pela orientadora Profa. Dra. Carla Vitola Gonçalves, reuniu-se no dia vinte e oito de abril de dois mil e vinte e seis, às treze horas, na sala 411 FaMed/FURG (prédio novo), para avaliar a Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, intitulada: "A INFLUÊNCIA DO USO DE MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA O ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO E NA VIA DE NASCIMENTO" da mestranda Sibele Schaun. Para o início dos trabalhos, a Senhora Presidente procedeu à abertura oficial da sessão, com a apresentação dos membros da banca examinadora. A seguir, prestou esclarecimentos sobre a dinâmica de funcionamento da sessão, concedendo o tempo de até 30 (trinta) minutos para a apresentação da dissertação pela mestranda, que iniciou às 13 horas e terminou às 13 horas e 24 minutos. Após a apresentação, passou a palavra aos membros da banca examinadora, para que procedessem à arguição e apresentassem suas críticas e sugestões. Ao término dessa etapa de avaliação, de acordo com os membros da banca examinadora, a dissertação de mestrado avaliada foi aprovada.

Rio Grande, 28 de abril de 2026.

Profa. Dra. Carla Vitola Gonçalves (Orientadora – FURG) gov.br Documento assinado digitalmente CARLA VITOLA GONCALVES Data: 29/04/2026 19:43:40-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br

Profa. Dra. Luana Patrícia Marmitt (Externo – UNOESC) gov.br Documento assinado digitalmente LUANA PATRICIA MARMITT Data: 29/04/2026 21:35:40-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br

Profa. Dra. Mirelle de Oliveira Saes (Titular – FURG) gov.br Documento assinado digitalmente MIRELLE DE OLIVEIRA SAES Data: 05/05/2026 09:49:23-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br

Profa. Dra. Romina Buffarini (Suplente – FURG)

CIENTE: gov.br Documento assinado digitalmente SIBELE SCHAUN LOUZADA Data: 22/05/2026 23:39:12-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br

Mestranda Sibele Schaun

AGRADECIMENTOS

Esta trajetória foi marcada por desafios, aprendizados e crescimento. Nenhum passo seria possível sem o apoio e a presença de pessoas especiais ao longo do caminho.

Às minhas mães, Irene e Angelize, meus exemplos de força e amor. Obrigada por nunca soltarem a minha mão, mesmo quando a distância, o cansaço e as dificuldades insistiam em pesar. O cuidado, e as palavras de confiança em mim foram essenciais para que eu chegasse até aqui.

À minha filha Bianca, meu grande amor e minha razão de seguir em frente todos os dias. Você é a luz nos momentos difíceis e a lembrança constante do porquê eu não posso desistir. Cada conquista minha é, antes de tudo, por você e para você.

Ao meu marido Álvaro, meu companheiro de vida, sonhos e projetos, obrigada por caminhar ao meu lado com tanto amor e paciência. Por acolher meus momentos de fragilidade e celebrar comigo cada pequena vitória.

À minha orientadora, Profa. Dra. Carla Vitola Gonçalves, minha mais sincera e comovida gratidão. Obrigada pela paciência nos momentos em que tudo parecia difícil, pela credibilidade mesmo diante das minhas inseguranças e pela generosidade em compartilhar não apenas conhecimento, mas também humanidade. Seu apoio foi essencial nos momentos mais desafiadores — que não foram poucos — e fez toda a diferença na minha caminhada. Obrigada por acreditar em mim quando eu mesma duvidei, por me incentivar a seguir em frente e por, de alguma forma, me ensinar a enxergar minha própria capacidade. Levarei comigo não apenas os ensinamentos acadêmicos, mas também o exemplo de dedicação, sensibilidade e compromisso que representas.

À minha amiga Fabine, minha dupla por anos e incansavelmente meu par nesses dois últimos anos. Dividimos não apenas estudos, mas angústias, risadas, inseguranças e conquistas. Foram dois anos intensos, e saber que não estive sozinha tornou tudo mais leve. Afinal, o que o Tio Magno uniu, ninguém separa, e nesta amizade, aprendemos a não soltar a mão de ninguém, — nem o pé também, e assim, seguimos lado a lado.

Aos meus amigos, que se fazem presentes na minha vida, apesar da minha ausência em alguns momentos, que sempre estiveram ao meu lado com paciência nos momentos difíceis, quando me faltavam palavras, vocês estavam lá — … inclusive nas traduções improvisadas — *"me gusta muito"*, não é, Sisney Darcy? — sempre arrancando um sorriso no meio do caos e após um puxão de orelhas.

Registro meus sinceros agradecimentos aos membros da banca examinadora, Prof.ª. Drª. Prof. Dra. Luana Patrícia Marmitt, Prof. Dra. Mirelle de Oliveira Saes e Prof.ª Drª. Romina Buffarini, pela pronta disponibilidade em aceitar o convite para compor esta banca e pelas valiosas contribuições a este trabalho.

Por fim, agradeço ao Inquérito Perinatal 2024 e às pacientes que participaram do estudo, este trabalho só existe por causa de vocês. Minha profunda gratidão por confiarem e contribuírem com esta pesquisa.

Encerrando este ciclo, levo comigo não apenas um título, mas uma história marcada por coragem, incentivo, apoio e afeto. Nada disso teria sido possível sozinha.

RESUMO

Introdução: A qualidade da assistência ao parto e nascimento tem sido amplamente discutida como um dos pilares fundamentais para a promoção da saúde materno-infantil. Em 1996, a Organização Mundial da Saúde publicou recomendações sobre as boas práticas na assistência ao parto normal. No Brasil essas recomendações foram publicadas em 2000 sob o título "Assistência ao parto normal – um guia prático". Nesse documento, é dado destaque para as boas práticas de assistência baseadas em evidencias científicas, que contribuem para desfechos obstétricos e neonatais positivos e satisfatórios. Contudo persistem desafios na implementação efetiva dessas boas práticas nas instituições de saúde, sobretudo no que se refere à equidade no acesso e à qualidade do cuidado prestado. **Objetivo**: Avaliar a prevalência de oferta e aceitação das boas práticas obstétricas, em um censo de parturientes, em um município de médio porte no extremo Sul do Brasil. **Metodologia**: Estudo transversal com dados da sexta edição do Estudo Perinatal, que coletou informações de todos os nascimentos com peso igual ou superior a 500 gramas e/ou pelo menos 20 semanas de gestação, ocorridos nos três hospitais do município do Rio Grande. Foram elegíveis para o estudo todas as mulheres participantes da pesquisa, que entraram em trabalho de parto e que tiveram parto nos meses de janeiro a dezembro de 2024. As entrevistas realizaram-se em até 48 horas após o parto, utilizando-se tablets, com questionário único e padronizado. Para a análise dos dados foi realizado o cálculo das prevalências, seguido de análise bivariada e da análise ajustada por regressão de Poisson. Para a associação do uso das medidas não farmacológicas com o parto vaginal foi realizada a regressão para a idade, paridade e tempo de trabalho de parto em horas. **Resultados:** No período da pesquisa ocorreram 1852 nascimento, sendo entrevistadas no Perinatal 1591 puérperas. As perdas do estudo foram de 261 (14,1%) mulheres e somente 3 recusas. Das mulheres entrevistadas, apenas 970 (61%) entraram em trabalho de parto, dessas 964 foram consideradas elegíveis para o estudo, uma vez que quatro tiveram parto domiciliar e duas, parto na ambulância a caminho do hospital. Os métodos não farmacológicos (MNFs) foram ofertados a 74,3% das gestantes, e seu uso relatado por 67,4% delas, sendo que 53,6% utilizaram dois ou mais métodos. Parturientes que utilizaram banho de chuveiro, bola suíça, massagem e deambulação tiveram um aumento da prevalência de parto vaginal de 23%, 16%, 13% e 14%, respectivamente ($p<0,001$). O uso de dois ou mais MNFs elevou em até 22% a prevalência de parto vaginal ($p<0,001$). **Conclusões:** Os resultados evidenciam ampla oferta e utilização de MNFs durante o trabalho de parto. Também se observou maior prevalência de parto vaginal, nas usuárias de MNF, reforçando sua relevância como estratégias efetivas de boas práticas no parto.

Palavras-chave: parto humanizado, dor do parto, manejo da dor.

ODS : 3. Saude e bem estar; 5 . igualdade de gênero

ABSTRACT

Introduction: The quality of childbirth and delivery care has been widely discussed as one of the fundamental pillars for promoting maternal and child health. In 1996, the World Health Organization published recommendations on best practices in normal childbirth care. In Brazil, these recommendations were published in 2000 under the title "Normal Childbirth Care – a practical guide". This document highlights best practices in care based on scientific evidence, which contribute to positive and satisfactory obstetric and neonatal outcomes. However, challenges persist in the effective implementation of these best practices in health institutions, especially regarding equity in access and quality of care provided. **Objective**: To evaluate the prevalence of the offer and acceptance of good obstetric practices in a census of parturients in a medium-sized municipality in the far south of Brazil. **Methodology**: This was a cross-sectional study using data from the sixth edition of the Perinatal Study, which collected information on all births weighing 500 grams or more and/or with at least 20 weeks of gestation, occurring in the three hospitals in the municipality of Rio Grande. All women participating in the research who went into labor and gave birth between January and December 2024 were eligible for the study. Interviews were conducted within 48 hours postpartum using tablets and a single, standardized questionnaire. Data analysis involved calculating prevalences, followed by bivariate analysis and adjusted analysis using Poisson regression. Regression analysis was performed to assess the association between the use of non-pharmacological measures and vaginal delivery for age, parity, and duration of labor in hours. **Results**: During the study period, 1852 births occurred, with 1591 postpartum women interviewed in the Perinatal Study. There were 261 (14.1%) women who did not participate in the study, and only 3 refusals. Of the women interviewed, only 970 (61%) went into labor; of these, 964 were considered eligible for the study, since four had home births and two had births in the ambulance on the way to the hospital. Non-pharmacological methods (NPMs) were offered to 74.3% of pregnant women, and their use was reported by 67.4% of them, with 53.6% using two or more methods. Parturients who used shower baths, birthing balls, massage, and ambulation had an increased prevalence of vaginal delivery of 23%, 16%, 13%, and 14%, respectively ($p<0.001$). The use of two or more NPMs increased the prevalence of vaginal delivery by up to 22% ($p<0.001$). **Conclusions**: The results show a wide availability and use of NPMs during labor. A higher prevalence of vaginal delivery was also observed among NPM users, reinforcing their relevance as effective strategies for good childbirth practices.

Keywords: Humanized Childbirth; Labor Pain; Pain Management**.**

SUMÁRIO

1. Introdução 09
2. Revisão bibliográfica 12
2.1 Perspectiva histórica: contextualização das boas práticas na atenção ao parto e nascimento 15
2.2 Boas práticas e políticas públicas: avanços na qualificação da assistência obstétrica no Brasil 17
2.3 Análise de boas práticas e o uso dos métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto e parto. 20
3. Justificativa 26
4. Objetivos 27
4.1 Objetivo geral 27
4.2 Objetivos específicos 27
5. Hipóteses 27
6. Metodologia 27
6.1 Delineamento do estudo 27
6.2 Local do estudo 28
6.3 População-alvo 29
6.3.1 Critérios de inclusão 29
6.3.2 Critérios de exclusão 29
6.4 Coleta de dados 29
6.5 Variáveis do estudo 30
6.6 Análise dos dados 32
7. Considerações éticas. 32
8. Impacto social 32
9. Recursos financeiros 33
10. Cronograma 33
11. Referências 35
12. Artigo 42
13. Anexos do projeto 63
14. Apêndices do projeto 64
13.1 Tabela de caracterização dos artigos selecionados 64
13.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. 73
13.3 Questionário Perinatal 2024. 74

1. INTRODUÇÃO

O nascimento é um evento fisiológico e social de grande relevância que marca profundamente a vida da mulher, do recém-nascido e de toda a família. A assistência prestada à mulher e ao bebê durante o trabalho de parto e o parto tem passado por significativas transformações tanto no contexto internacional quanto no nacional, refletindo avanços científicos, mudanças nas políticas de saúde e a valorização de modelos de cuidado mais humanizados e centrados na pessoa (OMS, 2018).

No Brasil, o parto normal é frequentemente associado a um imaginário coletivo marcado pela dor e pelo sofrimento. Essa percepção, enraizada em construções socioculturais e históricas, impõe à mulher a expectativa de superação frente à dor do trabalho de parto. Embora a dor seja uma experiência fisiológica inerente ao processo de parturição, sua vivência é profundamente influenciada por fatores emocionais, afetivos e sociais, podendo gerar sentimentos de medo, ansiedade e vulnerabilidade. Essa representação social do parto, muitas vezes reforçada por relatos de outras mulheres e pela mídia, contribui para a perpetuação de mitos e medos que impactam negativamente a experiência do parto e a autonomia da mulher nesse momento tão significativo (DA COSTA FIRMINO et al., 2020; BETRAN et al., 2021; MATTEI et al., 2024).

Além disso, ao longo dos anos, o nascimento foi progressivamente transferido para o ambiente hospitalar, contexto no qual se intensificou o uso de tecnologias e intervenções com o objetivo de promover maior segurança durante o parto, tanto para a mulher quanto para o recém-nascido. Esse processo de institucionalização do parto está diretamente relacionado aos avanços da obstetrícia moderna, que contribuíram de forma significativa para a redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal (WHO, 2018; BRASIL, 2017). No entanto, esses progressos também favoreceram a consolidação de um modelo biomédico de assistência que, ao medicalizar a gestação, o parto e o nascimento, tende a tratá-los como eventos patológicos.

Nesse contexto, o aumento das taxas de cesariana tem sido apontado como um importante desafio para os sistemas de saúde em todo o mundo. Dados provenientes de 154 países, representando 94,5% dos nascidos vivos globais, indicam que 21,1% das mulheres deram à luz por cesariana entre 2010 e 2018 (OMS, 2018). Projeções recentes apontam que, até 2030, aproximadamente 28,5% dos nascimentos no mundo ocorrerão por via cirúrgica, o que corresponde a cerca de 38 milhões de cesarianas, das quais 33,5 milhões ocorrerão em países de baixa e média renda (BETRAN et al., 2021).

No Brasil, essa problemática se apresenta de forma ainda mais expressiva, uma vez que o país apresenta taxas de cesariana entre as mais elevadas do mundo, evidenciando um padrão de utilização frequentemente superior ao recomendado por organismos internacionais, o que intensifica os desafios relacionados à qualidade e à adequação da assistência obstétrica.

Esse cenário reforça a preocupação com o uso excessivo de intervenções obstétricas e seus potenciais impactos nos desfechos maternos e neonatais, uma vez que a realização de cesarianas, especialmente quando não indicadas clinicamente, pode aumentar o risco de complicações, como infecções, hemorragias, prematuridade iatrogênica, maior necessidade de internação e admissão em unidades de terapia intensiva neonatal, além de impactar negativamente a recuperação materna. Assim, o uso excessivo de intervenções obstétricas reforça a necessidade de revisão das práticas assistenciais.

Dessa forma, torna-se essencial promover o emprego de práticas baseadas em evidências científicas que respeitem os princípios da humanização do cuidado, buscando equilibrar os avanços tecnológicos com a valorização da fisiologia do parto, a redução de intervenções desnecessárias e a centralidade da mulher no processo de cuidado (BRASIL, 2017; MATTEI et al., 2024).

A qualidade da assistência ao parto e nascimento tem sido amplamente discutida como um dos pilares fundamentais para a promoção da saúde materno-infantil. Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou recomendações sobre as boas práticas na assistência ao parto normal (BPAP), essas recomendações orientam sobre o que deve e o que não deve ser feito durante o processo de parto com base em evidências científicas de pesquisas realizadas em todo o mundo. Nesse documento é dado destaque para a presença de acompanhante, a livre movimentação e deambulação, a oferta de alimentação, os métodos não farmacológicos (MNF), o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida, como medidas que contribuem para desfechos obstétricos e neonatais positivos e satisfatórios (OMS, 1996; RIBEIRO et al., 2023).

As recomendações da OMS foram publicadas pelo Ministério da Saúde (MS), no Brasil sob o título “Assistência ao parto normal – um guia prático”, no ano de 2000, como uma obra correspondente à tradução/adaptação brasileira do relatório técnico da OMS (OMS; BRASIL, 2000). A partir daí, o Brasil inicia a qualificação dos profissionais, segundo as boas práticas sugeridas pela OMS, como a presença de acompanhante de livre escolha, apoio contínuo de profissionais, liberdade de posição e movimento e ingestão de líquidos, que favorecem o conforto, a progressão fisiológica do trabalho de parto (BRASIL, 2014; HODNETT et al., 2013; STEVENS et al., 2019; CAVALCANTI et al., 2019). Também são indicados métodos não

farmacológicos (MNF) para alívio da dor, como banho morno, massagem, bola suíça e deambulação, além de medidas ambientais que promovam conforto. Ainda, recomenda-se evitar intervenções rotineiras sem indicação clínica, como episiotomia e amniotomia, seguindo o princípio da menor intervenção necessária (Brasil, 2018; OMS, 2018, buscando o uso apropriado das tecnologias, bem como, das técnicas complementares no parto e nascimento, para uma assistência humanizada (SILVEIRA et al., 2022).

Um estudo que avaliou a implementação do Rede Cegonha - estratégia do Ministério da Saúde para melhorar o atendimento à gestação, parto, nascimento dentro do Sistema Único de Saúde - no Hospital de Clinicas de Porto Alegre, RS no ano de 2012 e replicou o estudo quatro anos depois, observou um aumento da presença de acompanhante durante o parto de 91 a 95,7%, do uso de MNF de 67,9 para 74,2%, do contato pele a pele de 14,9% para 60,1% e do estímulo a amamentação na primeira hora de 22,1% para 45% (LOPES et al., 2019). No entanto, outros artigos mostram índices locais melhores que os achados por Lopes, nas regiões sudeste, norte e sul do Brasil, com taxas de presença de acompanhante que chegam a 99%, de contato pele a pele de 92,7% e estímulo a amamentação na primeira hora de 80,6% (CÔRTES et al., 2018; MEDINA et al., 2023; ZIBELL et al., 2023). De todas as medidas avaliadas na literatura a que apresenta os piores índices é a oferta de alimentação durante o trabalho de parto com taxas que chegam a 16,7% (ZIBELL et al., 2023). E a prática que apresenta a melhor taxa de oferta durante o trabalho de parto são as MNF, que são técnicas que aliviam a dor no trabalho de parto, sem usar medicamentos, chegando a 100% em um estudo na unidade de obstetrícia num Hospital Universitário no extremo sul do país (SILVEIRA et al., 2022).

Contudo, apesar dos avanços normativos e institucionais, persistem desafios na implementação efetiva dessas boas práticas nas instituições de saúde, sobretudo no que se refere à equidade no acesso e à qualidade do cuidado prestado. O ambiente hospitalar, em especial os serviços de saúde públicos, ainda apresenta resistência à substituição de condutas intervencionistas pautadas na medicalização, verticalização de programas e fragmentação de ações por abordagens mais humanizadas e respeitosas às necessidades e desejos da parturiente (OLIVEIRA, PENNA, 2017; ROCHA, FERREIRA 2020). Dessa forma, este projeto visa avaliar a oferta e o uso de boas práticas obstétricas, e sua influência na via de parto em um censo de parturientes realizado em um município de médio porte no extremo Sul do Brasil, considerando as boas práticas e MNF usadas nos serviços de obstetrícia.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A revisão bibliográfica envolveu o processo de busca das referências bibliográficas e a leitura das mesmas por meio das bases de dados United States National Library of Medicine (PubMed), Scientific Eletronic Library Online (Scielo) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). Antecedendo a busca nas referidas bases, foram elencados descritores que representassem o objetivo de estudo e que resgatassem o maior número de artigos relevantes, por meio do *Medical Subject Headings* (MeSH) e pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Foi utilizada a mesma combinação de descritores nas três bases de dados, combinados os descritores selecionados da seguinte maneira: ((((HUMANIZING DELIVERY) OR (BENCHMARKING)) OR (PAIN MANAGEMENT)) AND (LABOR PAIN)) AND (LABOR OBSTETRIC). As referências obtidas foram importadas para o programa gerenciador de referências Zotero (Quadro 1) gerando três bibliotecas, uma para cada base de dados, num total de novecentos e duas (902) publicações.

Termos de busca	**Bases de dados consultadas**			**Total**
	PubMed	**Scielo**	**LILACS**	
((((HUMANIZING DELIVERY) OR (BENCHMARKING)) OR (PAIN MANAGEMENT)) AND (LABOR PAIN)) AND (LABOR OBSTETRIC)	811	07	84	902

Quadro 1. Termos de busca e bases de dados consultadas.

Os limites de pesquisa utilizados na estratégia de busca de ambas as bases foram trabalhos realizados em humanos, contendo os descritores, localizados no título, ou no resumo, publicados nos últimos dez anos, ou seja, de janeiro de 2015 a janeiro de 2025. Não houve delimitação de idioma.

Esta pesquisa inicial permitiu criar uma biblioteca virtual utilizando-se a plataforma Zotero. Na primeira etapa foi realizada a leitura dos 902 títulos. Para adquirir os artigos elegíveis/relevantes, primeiramente buscaram-se aqueles que estavam disponíveis gratuitamente na internet. Aqueles que não estavam disponíveis foram buscados por meio do

sítio eletrônico dos periódicos CAPES (http://www.periodicos.capes.gov.br) obtidos por conexão *proxy* da Universidade Federal do Rio Grande - FURG.

Os artigos em duplicata (49) foram considerados uma única vez, sendo excluídos também, na segunda etapa os artigos de revisão e que não abordaram a temática de interesse ou não a utilizarem como desfecho, resultando em 192 trabalhos. Desses, 121 foram excluídos pela leitura do resumo. Para a próxima e última etapa, leitura na íntegra dos artigos, foram elegíveis 71 estudos, sendo excluídos aqueles que não respondiam a pergunta da pesquisa, não tinham relação direta com a temática, avaliavam outros MNF, faziam associação com satisfação materna e analisavam percepção do nível de dor. Ao final da leitura minuciosa dos trabalhos, 16 foram incluídos para compor a revisão bibliográfica. Ao final desse processo foram acrescentadas publicações da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização Panamericana da Saúde (OPAS), do Ministério da Saúde do Brasil (MS), do Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (ACOG), da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) afim de subsidiar a discussão sobre boas práticas com base em diretrizes, protocolos e evidências científicas publicadas por instituições de referência nacionais e internacionais na área da saúde.

A Figura 1, apresenta o fluxograma que resultou na seleção dos artigos utilizados nesta revisão. Os dados referentes aos artigos selecionados, após leitura detalhada dos textos, e para uma melhor compreensão e descrição de cada estudo, encontram-se listados em uma tabela (APÊNDICE 1) de caracterização contendo autor, ano de publicação, título, objetivos, tipo de estudo e resultados com a finalidade de extrair e sintetizar as informações mais relevantes dos artigos selecionados.

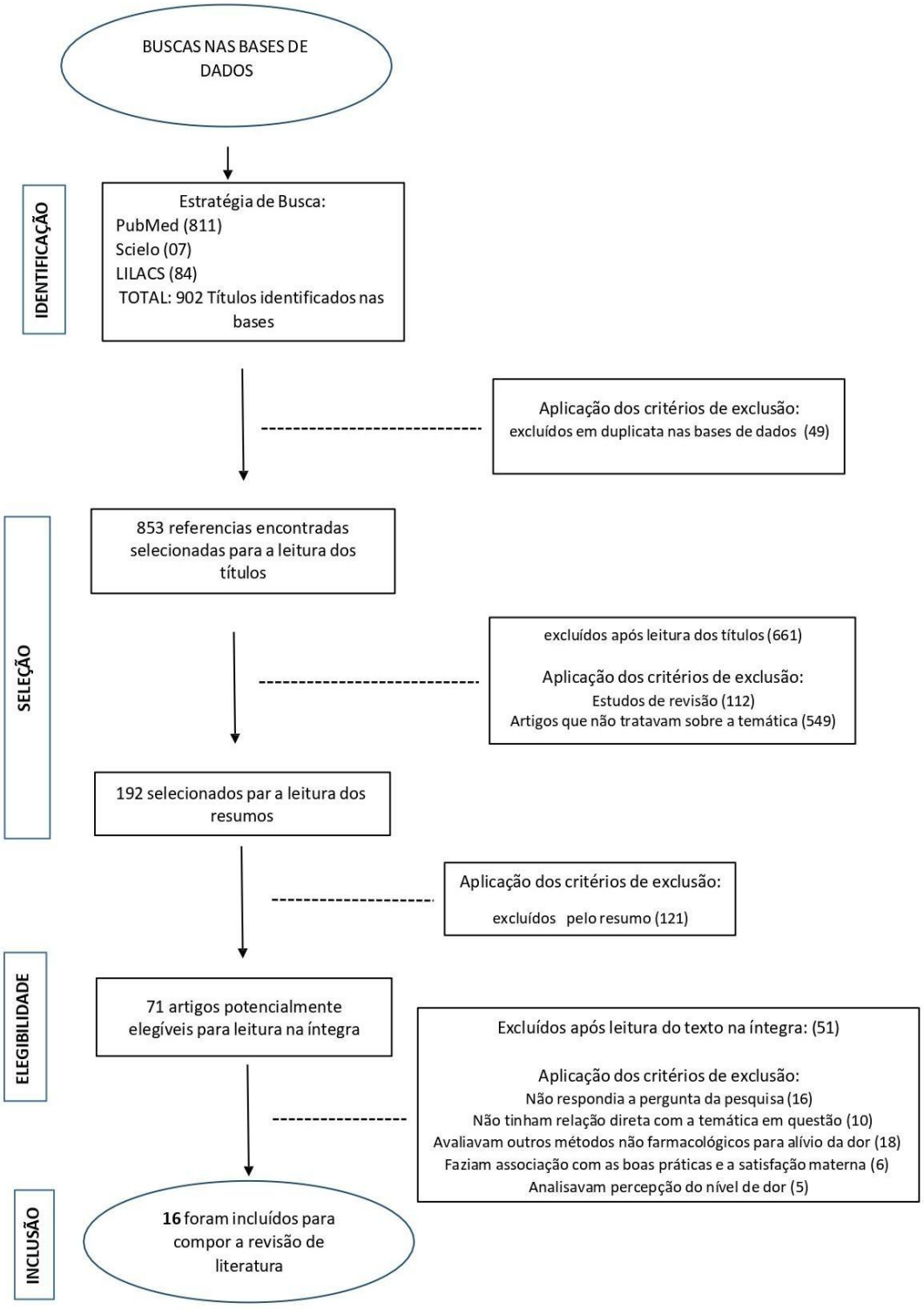

Figura 1: fluxograma que resultou na seleção dos artigos utilizados nesta revisão.

2.1 Perspectiva histórica: contextualização das boas práticas na atenção ao parto e nascimento

A história da assistência ao parto é marcada por profundas transformações que refletem os modelos sociais, políticos e médicos de cada época. Até o século XVIII, o parto era considerado um rito de passagem para as mulheres e não um ato médico, já que eles não detinham o conhecimento sobre a gestação (BRASIL, 2017). No século XIX, o parto era predominantemente domiciliar, assistido por parteiras que desempenhavam papel central na assistência à gestante, ao recém-nascido e à puerpério. Com o avanço da medicina, especialmente após a Segunda Guerra Mundial, houve uma crescente valorização do ambiente hospitalar, visando reduzir as taxas de morbimortalidade materno-infantil. Esse processo resultou na substituição gradual das parteiras por médicos obstetras, consolidando a hegemonia do saber médico-científico sobre os saberes tradicionais femininos (SANFELICE et al., 2014; SILVA et al., 2021).

Esse modelo se intensificou no século XX, especialmente nas décadas de 1940 a 1970, com a consolidação da obstetrícia como especialidade médica e a estabilização de um modelo centrado na intervenção médica. O parto deixa de ser um local privado e passa a ser institucionalizado, com a criação de setores como a maternidade, criando um evento controlado, com intervenções, práticas e rotinas próprias. A formação acadêmica dos médicos passou a substituir o saber tradicional das parteiras, e o parto foi, gradualmente, hospitalizado (BUENO; TORTATO, 2019). Essa transição foi diretamente influenciada pelo desenvolvimento de estudos sobre analgesia, terapias profiláticas e práticas de antissepsia na assistência obstétrica. Concomitante, iniciou-se um movimento de marginalização dos saberes de atenção ao parto utilizados pelas parteiras e dos estabelecimentos por elas conduzidos. Instauraram-se medidas limitantes à atuação das mesmas que visavam a desqualificação da classe e a imposição de normas que limitaram sua atuação (PALHARINI; FIGUEROA, 2018).

A preocupação com a implementação de boas práticas na assistência ao parto e nascimento emergiu, na década de 1970, de críticas ao modelo tecnocrático de atenção, centrado na medicalização excessiva e na negação da experiência subjetiva das mulheres. Esse modelo transformava o parto em um evento institucionalizado, despersonalizado e, que por vezes, produzia sofrimento físico e emocional às mulheres (BARROS et al., 2005; DINIZ, 2005). Essa análise partiu de diferentes vertentes, como os movimentos feministas, os defensores do parto natural e da autonomia das mulheres e a antropologia do parto, que revelou o caráter cultural e ritualístico das práticas obstétricas (DAVIS-FLOYD; SARGEANT, 1997). Além disso, alguns

estudos em saúde pública, apontavam que a assistência vigente frequentemente acarretava mais riscos do que benefícios (LEAL et al., 2012; REZENDE; REZENDE, 2009; OMS, 2018).

A confluência dessas iniciativas gerou, nos anos 1980, um movimento global por práticas baseadas em evidências e centradas na mulher, batizado com diferentes nomes em diversos países, e no Brasil chamado de humanização do parto. Essa efervescência culminou, em 1985, na realização da Conferência Internacional sobre Tecnologia Apropriada para o Parto, promovida pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pela OMS, em Fortaleza, Brasil. As recomendações desse evento, foram posteriormente publicadas pela Organização Mundial da Saúde no periódico *The Lancet* (OMS, 1985). A chamada *Carta de Fortaleza*, um documento histórico que recomendou, entre outras diretrizes: a participação das mulheres na formulação e avaliação dos programas de saúde; o direito à presença de acompanhantes; a liberdade de posição durante o parto; a abolição de procedimentos rotineiros como enema, tricotomia, amniotomia, episiotomia de rotina e induções desnecessárias do trabalho de parto (OMS, 1985).

O compromisso com a mudança de paradigma foi reforçado com a publicação, no ano de 1996, das *Recomendações da OMS para o Parto Normal*, que reescreveram a assistência obstétrica a partir de uma abordagem baseada na fisiologia do parto e nos direitos humanos. O documento enfatizou que a maioria dos partos ocorre naturalmente, sem necessidade de intervenções, e alertou para os riscos do uso indiscriminado da tecnologia. O parto passou a ser compreendido como um processo fisiológico, emocional e social, e não apenas como um evento médico cirúrgico (OMS, 1996).

Assim, desde a década de 90, a OMS recomenda as boas práticas assistenciais baseadas em evidências científicas que contribuem para desfechos positivos e satisfatórios. Entre elas, destaca-se a presença de acompanhante de livre escolha**,** que promove segurança emocional, sensação de controle e redução de intervenções desnecessárias (BRASIL, 2014; HODNETT ET AL., 2013). O apoio contínuo por profissionais qualificados está associado a maior satisfação materna, menor tempo de trabalho de parto e redução do uso de analgesia e cesarianas (HODNETT ET AL., 2013). A liberdade de posição e de movimento durante o trabalho de parto favorece a progressão fisiológica, melhora a oxigenação fetal e reduz o desconforto (LAWRENCE ET AL., 2013). A ingestão de líquidos por via oral, quando permitida, contribui para manter a hidratação e o conforto da mulher, sem aumentar riscos (LEKSHMI; AGARWAL; DHIMAN, 2023). A oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor**,** caracterizam-se como ferramentas de cuidado de baixo custo e fácil aplicação, destacam-se banho de aspersão com água morna, a massagem, o uso da bola suíça, as técnicas de respiração

e relaxamento, além da musicoterapia e deambulação entre outros, demonstram eficácia na redução da dor, ansiedade e no aumento da satisfação com a experiência do parto (BRASIL, 2018; CAVALCANTI et al., 2019; MAFETONI; SHIMO 2014). As medidas ambientais também são incentivadas para maior conforto das parturientes, como a luz baixa e redução de ruídos em sala de parto (OMS, 2018; RODRIGUES; SHIMO, 2019). Por fim, a não realização rotineira da episiotomia, amniotomia e de outras intervenções sem justificativa clínica baseia-se no princípio da menor intervenção necessária, sendo associada a menor incidência de lacerações graves e melhor recuperação no pós-parto (CARROLI; MIGNINI, 2009; JIANG et al., 2017; OMS, 2018). Tais práticas têm como fundamento a valorização da autonomia da mulher, a preservação da fisiologia do parto e a promoção de um cuidado humanizado, centrado nas necessidades e desejos da parturiente.

2.2 Boas práticas e políticas públicas: avanços na qualificação da assistência obstétrica no Brasil

No Brasil, o cenário de atenção à saúde da mulher durante o século XX remonta a um panorama voltado para políticas atreladas às questões reprodutivas e de cunho materno-infantil. Até a década de 1970, essas políticas se mantiveram praticamente inalteradas ou com mudanças mínimas, que não agregavam melhorias significativas à saúde da mulher, sobretudo pela ausência de um mapeamento local das particularidades e necessidades dessa população (BRASIL, 2004; MACHADO; PENA, 2022). É importante destacar que, nesse período, ainda não existia o Sistema Único de Saúde (SUS), e o modelo vigente era marcado por uma lógica curativista e hospitalocêntrica, vinculada à medicina previdenciária, representada por instituições como o INPS e o INAMPS. Nesse contexto, as ações em saúde eram restritas e pouco abrangentes, o que impulsionou o surgimento de mobilizações populares que, articuladas com o movimento da Reforma Sanitária, passaram a reivindicar mudanças estruturais no sistema de saúde. Com forte influência dessas mobilizações e do movimento feminista — que demandava a ampliação da atenção para além do ciclo gravídico-puerperal —, em 1984 o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 1984). Apesar de promover ações de educação em saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de diversas condições, o programa ainda mantinha um enfoque predominantemente reprodutivo (SOUTO; MOREIRA, 2021).

A década de 90 foi marcada pela mobilização e popularização dos movimentos de humanização do parto, influenciada pelo cenário internacional e impulsionada por um conjunto de mobilizações nacionais. Durante esse período, o Governo Federal deu prioridade às questões

que envolviam a mortalidade materna, justificado pelo alto índice de óbitos e internações nas unidades obstétricas. No entanto, em 1993 foi criada a Rede de Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA), que objetivava, através de evidências científicas, mostrar a viabilidade da assistência perinatal humanizada, centrada na mulher, nos direitos reprodutivos e na valorização da fisiologia do parto (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2020; BRASIL, 1993; 2004).

Após a OMS lançar em 1996, as suas recomendações para o parto normal, o Ministério da Saúde do Brasil publicou, no ano 2000, o guia Assistência ao Parto Normal – Um Guia Prático. Esse documento representou um marco nas políticas públicas brasileiras, ao sistematizar diretrizes baseadas em evidências científicas e a redução das medidas intervencionistas durante o processo de parturição (BRASIL, 2000). O guia apresentava uma classificação das condutas a serem adotadas durante o parto, dividindo-as em quatro categorias: a) práticas demonstradamente úteis que devem ser estimuladas, b) práticas claramente prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas, c) práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, d) práticas frequentemente usadas de modo inadequado (ALCÂNTARA; SILVA, 2021; BRASIL, 2004; OMS, 1996).

Contudo, o guia também revelou o profundo descompasso entre as práticas obstétricas vigentes no país e os padrões estabelecidos internacionalmente desde a década de 1980 (DINIZ; CHACHAM, 2004; SANTOS NETO et al., 2008). A consolidação das práticas preconizada pelo guia, enfrentaram muitos desafios em sua implementação, desde resistência dos profissionais, a escassez de recursos humanos qualificados, a falta de infraestrutura adequada e a persistência de uma cultura biomédica e hierarquizada nos serviços (DINIZ, 2005; TORNQUIST, 2004).

Dessa forma, o movimento em prol das boas práticas propôs uma transformação profunda na maneira de conceber e realizar o parto, dando início a um processo mais abrangente de humanização dos serviços. Nesse cenário, o lançamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde em junho de 2000, representou um esforço governamental para alinhar a atenção obstétrica no país às diretrizes internacionais (BRASIL, 2002). Nesse sentido, algumas das principais estratégias institucionais que deram continuidade a essa nova abordagem incluem a criação em 2011 da Rede Cegonha, no setor público, e em 2014 o Projeto Parto Adequado, no setor privado. Ambos os programas voltados à qualificação do cuidado no pré-natal, no parto e no nascimento e à ampliação do

acesso às boas práticas assistenciais (BRASIL, 2011, 2015; ANS, 2016; RATTNER et al., 2018; OLIVEIRA, 2023).

Em articulação com essas políticas, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, lançou, em 2012, o Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF). A iniciativa visa a formação de profissionais especializados, fortalecendo a atuação da enfermagem obstétrica em todas as fases do cuidado materno-infantil, desde o planejamento reprodutivo até os dois primeiros anos de vida da criança. O programa está alinhado à estratégia da Rede Cegonha e reforça a diretriz de promover uma assistência qualificada e humanizada (BRASIL 2012).

Aos poucos, as diversas políticas públicas lançadas pelo Ministério da Saúde no âmbito da atenção materno-infantil passaram a ser incorporadas, influenciando a adesão ao parto humanizado pelos profissionais de saúde. Nesse contexto, destacam-se as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, instituídas pela Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017, com o objetivo de qualificar a atenção ao nascimento e incentivar o parto normal (BRASIL, 2017; PALHARINI; FIGUEIRÔA, 2018). Reforçando essa perspectiva, em 2019, o Ministério da Saúde instituiu o Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (Apice-ON), voltado especialmente aos hospitais de ensino. O projeto articula ensino, pesquisa e extensão, visando qualificar a atenção obstétrica e neonatal com base nos princípios da equidade, integralidade e participação social (BRASIL, 2019; OLIVEIRA et al., 2023; SANTOS et al., 2021).

Nesse cenário de fortalecimento das boas práticas, destaca-se também o reconhecimento, pelo Ministério da Saúde, dos benefícios da presença de acompanhante durante o processo parturitivo. A publicação da Lei nº 11.108, de 2005, garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde, configurando-se como um importante marco na humanização da assistência (BRASIL, 2005). Mais recentemente, em 2022, o Governo Federal lançou a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI), proposta que visava reestruturar a Rede Cegonha na rede pública de saúde (BRASIL, 2022), sendo posteriormente revogada (BRASIL, 2023), o que evidencia a dinamicidade e as disputas presentes no campo das políticas públicas voltadas à saúde materno-infantil.

Esse percurso reflete a transição gradual de um modelo tecnocrático de atenção ao parto — caracterizado pela centralidade das intervenções, pela medicalização e pelo protagonismo dos profissionais de saúde — para um modelo orientado pela humanização e pelo cuidado centrado na mulher, que valoriza a fisiologia do parto, a autonomia feminina e a utilização de

práticas baseadas em evidências. Entretanto, a coexistência desses modelos na prática assistencial revela tensões e desafios na consolidação de um cuidado que, de fato, respeite os direitos das mulheres. Apesar dos avanços normativos, a implementação dessas políticas ainda ocorre de forma heterogênea e suscetível a mudanças institucionais, o que pode comprometer a continuidade das ações, a efetividade das diretrizes e a garantia de uma assistência qualificada, segura e centrada nas necessidades das usuárias.

Diante desse cenário, as políticas públicas de atenção ao parto configuram-se como base fundamental para a construção contínua de um modelo obstétrico mais humanizado e qualificado. No Brasil, essas políticas vêm evoluindo progressivamente, acompanhando as transformações no modelo de assistência obstétrica. Tais iniciativas buscam não apenas reduzir intervenções desnecessárias, mas também promover uma assistência mais segura, qualificada e centrada nas necessidades da mulher. Nesse sentido, a valorização das boas práticas na atenção ao parto e nascimento representa um avanço fundamental rumo à consolidação de um cuidado obstétrico que respeite a fisiologia do parto, os direitos das parturientes e a dignidade do processo de nascer (LEAL et al., 2019).

2.3 Análise de boas práticas no trabalho de parto e parto.

Os dezesseis artigos que compõem a revisão bibliográfica, foram publicados entre os anos de 2016 e 2024, sendo quatro do ano de 2019 e a maioria após 2020. Apenas dois deles não são brasileiros sendo um proveniente da Arábia Saudita (ELGZAR, et al. 2024) e outro da Espanha (MELLADO – GARCIA et al. 2024). Em relação a aplicação das Boas Práticas de Assistência ao Parto a grande maioria aborda a presença de acompanhante com uma prevalência que variou de 62,7 a 98,2% (CÔRTES et al., 2018; LOPES et al., 2019; LEAL et al., 2019; SOUZA et al., 2021; SILVEIRA et al., 2022; RIBEIRO et al., 2023; ZIBELL et al., 2023). Outra boa prática avaliada foi a oferta de dieta durante o trabalho de parto com índices que variaram de 16,7% a 51,9% (BALDISSEROTTO et al., 2016; SILVEIRA et al., 2022; ZIBELL et al., 2023). Em relação ao contato pele a pele logo após ao nascimento e ao estímulo da amamentação na primeira hora de vida, os trabalhos mostram taxas que variam de 34,1 a 92,7% e de 45 a 80,6%, respectivamente (BALDISSEROTTO et al., 2016; LOPES et al., 2019; ZIBELL et al., 2023). Entre as BPAP as Medidas não Farmacológicas da Dor são as mais abordadas de forma individual, as prevalências de oferta dessa prática variam de 18,1 a 100% (BALDISSEROTTO et al., 2016; ANDRADE et al., 2017; CORTES et al., 2018; LOPES et al., 2019; LEAL et al., 2019; MIELKE et al., 2019; SOUZA et al., 2021; SILVEIRA et al., 2022; KLEIN, GOUVEIA, 2022; RIBEIRO et al., 2023; ZIBELL et al., 2023; ELGZAR, et al.

2024). Entre os métodos mais ofertados temos a hidroterapia ou o banho de chuveiro, seguido por deambulação, massagem e técnicas de respiração (ANDRADE et al., 2017; MIELKE et al., 2019; SOUZA et al., 2021; SILVEIRA et al., 2022; KLEIN, GOUVEIA, 2022; RIBEIRO et al., 2023; ELGZAR, et al. 2024).

Três estudos brasileiros usaram subamostras do inquérito nacional *Nascer no Brasil* (2011–2012), para avaliar o uso das boas práticas obstétricas. O estudo de Baldisserotto et al. (2016), realizado com 4.102 mulheres teve o objetivo de avaliar a associação entre a adoção de boas práticas obstétricas, e a avaliação da assistência recebida pelas mulheres durante o trabalho de parto e o parto. Os resultados evidenciaram que apenas cerca de um quarto (23,1%) das mulheres contou com a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e parto. Outros indicadores de boas práticas também apresentaram baixa prevalência, como a oferta de alimentação durante o trabalho de parto (34,5%), a possibilidade de movimentar-se livremente (45%), o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor (37,5%), o contato pele a pele com o recém-nascido imediatamente após o nascimento (34,1%) e a amamentação na sala de parto (48,6%). Em relação à avaliação dos cuidados 37,3% das mulheres avaliaram o atendimento recebido como excelente, 52,1% como bom, 7,2% como regular e 3,4% como ruim. Os autores ressaltam que as mulheres sem acompanhante no parto apresentaram uma probabilidade 3,51 maior de avaliar o atendimento como ruim. Os achados reforçam a importância da adoção sistemática de boas práticas no parto como fator determinante para a qualidade percebida da assistência e para a experiência positiva da mulher.

Já pesquisa realizada por Monguilhott et al. (2018), com 2.070 mulheres da região Sul do Brasil avaliou o impacto do acompanhante na aplicação das boas práticas obstétricas. Os resultados mostraram que a presença do acompanhante esteve significativamente associada a maiores índices de: oferta de líquidos e alimentos (RP: 1,34), prescrição de dieta (RP: 1,34), uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor (RP: 1,37), adoção de posição não litotômica no parto (RP: 1,77), contato pele a pele com o recém-nascido após o parto (RP: 1,81) e cesariana (RP: 2,43). Além disso, observou-se redução significativa de intervenções como manobra de Kristeller (RP: 0,67), tricotomia (RP: 0,59) e enema (RP: 0,49). Esses dados reforçam o papel protetor do acompanhante na promoção de práticas baseadas em evidências e na redução de procedimentos desnecessários, contribuindo para uma assistência mais humanizada e segura.

Por fim, Leal et al. (2019) realizaram uma pesquisa que comparou dados do *Nascer no Brasil* (2011–2012), sendo 19.128 partos do sistema público e 4.766 do setor privado, com 10.675 puérperas do *Rede Cegonha* (público) e 4.798 mulheres do *Nascer Saudável* (privado)

que tiveram partos em 2017. Os resultados indicaram avanços expressivos no acesso às boas práticas e na redução de condutas prejudiciais. A presença de acompanhante durante o parto cresceu de 46,4% para 84,7% no público e de 70,2% para 97,9% no privado. Da mesma forma, registrou um aumento na oferta de alimentação durante o trabalho de parto de 28,1% para 47,6% no setor público, e de 14,5% para 61,1% no privado. Houve ainda um aumento das cesarianas intraparto e, no setor privado, um incremento de 85% na taxa de parto vaginal. Quanto ao uso de métodos não farmacológicos (MNFs) para alívio da dor, ocorreu um aumento de 29,2% para 56,7% no setor público e de 20% para 57,1% no privado. Esses achados reforçam que políticas públicas bem estruturadas podem promover transformações positivas na assistência ao parto e nascimento.

Um estudo realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre também comparou dados referentes à implementação da Rede Cegonha, sendo analisados 377 parturientes de 2012 e 586 parturientes de 2016. Com base em prontuários e questionários estruturados, cinco das oito práticas avaliadas apresentaram mudanças estatisticamente significativas. Destaca-se o aumento da presença de acompanhante (de 91% para 95,7%), o uso de MNFs para alívio da dor (de 67,9% para 74,2%), o contato pele a pele imediato (de 14,9% para 60,1%) e o estímulo à amamentação logo após o nascimento (de 22,1% para 45,0%). Em contrapartida, a liberdade de posição e movimentação durante o trabalho de parto diminuiu de 53,9% para 44,9% em 2016. Esse estudo evidenciou avanços importantes na qualificação da assistência obstétrica em um Hospital Universitário (LOPES et al, 2019).

Complementando esse cenário, Côrtes et al. (2018) conduziram um estudo em uma maternidade pública do Amapá, focado na avaliação do impacto de uma intervenção educativa sobre a implementação de boas práticas baseadas em evidências. Os pesquisadores entrevistaram 280 puérperas e avaliaram 555 prontuários, revelando melhorias expressivas após a intervenção. A utilização de MNFs para alívio da dor aumentou significativamente, de 4,7% para 59,6%, com destaque para práticas como deambulação, banho morno e técnicas respiratórias. A presença do acompanhante no trabalho de parto também teve crescimento notável, saltando de 37,3% para 98,2%, e a adoção da posição verticalizada no período expulsivo subiu de 3,3% para 66,3%. Paralelamente, observou-se redução em procedimentos considerados invasivos ou menos humanizados, como a amniotomia (de 67,5% para 16,9%) e o uso da posição litotômica (de 89,9% para 30,2%). Esses resultados evidenciam que intervenções educativas estruturadas podem promover mudanças institucionais significativas, ampliando o uso de práticas obstétricas humanizadas e eficazes.

Na região sudeste, estudo realizado por Medina et al. (2023), com 1.515 parturientes de risco habitual**,** comparando a assistência ao parto em uma casa de parto e em hospitais do SUS, evidenciou que as mulheres atendidas na casa de parto tiveram maior chance de ter acompanhante (99% vs 73%; OR = 86,31), se alimentar ou tomar líquidos (99,8% vs 37,2%; OR = 862,38), se movimentar (91,4% vs 54,7%; OR = 7,56), usar métodos não farmacológicos para alívio da dor (94,9% vs 39,9%; OR = 27,82). Em contrapartida, houve redução de intervenções como o uso de ocitocina, episiotomia e manobra de Kristeller. Os recém-nascidos também se beneficiaram, com maior chance de aleitamento exclusivo na primeira hora (90,2% vs 84,6%; OR = 1,84) e menor risco de aspiração gástrica (9,6 vs 40,8%; OR = 0,15).

No entanto, dados regionais indicam que a efetivação dessas boas práticas ainda é desigual. Andrade et al. (2017), ao investigar uma maternidade pública na Bahia, identificaram que, embora algumas práticas recomendadas, como a presença de acompanhante (79,2%) e o contato pele a pele (51,6%), estivessem relativamente consolidadas, outras, especialmente o uso de MNFs, apresentavam baixa adesão, com apenas 23,1% das mulheres relatando seu uso. Os métodos mais frequentes foram deambulação (16,2%), banho (3%), massagem (2,1%), cavalinho (1,5%) e bola (0,3%). Além disso, mais da metade das mulheres (55,8%) não recebeu estímulo para a amamentação precoce, o que reforça a implementação parcial e fragmentada dessas práticas. O estudo destaca que, apesar de alguns avanços pontuais, é fundamental ampliar o alcance e a consistência das boas práticas nas maternidades, bem como investigar os fatores que limitam sua adoção.

Apesar da maioria dos estudos mostrarem um aumento no uso das boas práticas obstétricas, uma pesquisa realizada em um hospital de Santa Catarina, no período entre dezembro de 2021 a julho de 2022, que avaliou 549 prontuários, aponta que a alimentação foi ofertada durante o trabalho de parto para apenas 16,73% das pacientes. Da mesma forma o uso dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor, como utilização de banho terapêutico e uso da bola suíça foram utilizados por somente 18,91% das mulheres. No entanto, os autores apontam que a maioria das mulheres (96,18%) contou com a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, e que 92,73% dos recém-nascidos ficaram em contato pele a pele após o parto (ZIBELL et al. 2023).

Dados semelhantes foram encontrados por Silveira et al., 2022 em um Hospital Universitário de Rio Grande, RS, na qual foram analisados 998 registros de partos realizados ao longo de seis meses, observou que em 88,2% dos partos normais e em 81,1% das cesáreas foi registrada a presença de acompanhante. Em relação ao uso de MNF 100% das pacientes relataram ter usado pelo menos um método não farmacológico de alívio da dor. Os métodos

mais citados foram a bola, o banho de chuveiro, as massagens, deambulação e musicoterapia. Apesar da boa adesão a presença do acompanhante e ao uso de MNF, observou-se a queda na liberação de dieta líquida, passando de 90,4% para 63,4% e do contato pele a pele nas cesáreas de 26,8% para 3,6%. Os autores salientam que embora a pesquisa aponte avanços importantes, ainda existem fragilidades na ampliação das boas práticas (SILVEIRA et al., 2022).

Muitos estudos que avaliam as boas práticas obstétricas, pesquisam apenas os métodos não farmacológicos para alívio da dor, um exemplo disso foram os dois artigos internacionais encontrados nessa revisão. O estudo transversal conduzido por Elgzar et al. (2024) com 164 parteiras da maternidade do Hospital Materno Infantil de Najran, na Arábia Saudita, teve como objetivo explorar a utilização de MNFs para alívio da dor do parto e os fatores associados a essa prática. Os dados coletados entre abril e maio de 2023, revelaram que 68,3% das participantes relataram utilizar MNFs na assistência ao parto. Os métodos mais empregados incluíram posicionamento (55,5%), exercícios respiratórios (53,7%), ambiente confortável e relaxante (52,4%), comunicação terapêutica (47%), reforço positivo (40,9%), relaxamento (40,2%) e toque terapêutico (31%). Outro estudo internacional que avaliou o uso da MNF foi realizado com 124 parturientes espanholas, divididas em dois grupos, um que utilizou o chuveiro terapêutico e outro que utilizou a banheira. Os pesquisadores constataram que o tempo médio de dilatação e a duração total do trabalho de parto foi significativamente menor no grupo que utilizou o chuveiro terapêutico (155 minutos; intervalo interquartil de 96,25–242,5) em comparação ao grupo da banheira (227,5 minutos; intervalo interquartil de 141,25–403,75), com p-valor de 0,004. Quanto aos desfechos obstétricos, a grande maioria dos partos foi vaginal espontâneo em ambos os grupos (97,7% no grupo chuveiro e 97,5% no grupo banheira), com baixas taxas de partos operatórios e cesáreas, demonstrando que a hidroterapia é uma estratégia segura e eficaz (MELLADO-GARCÍA et al., 2024).

Estudo semelhante foi realizado por Cavalcanti et al. (2019), em São Paulo, com 128 parturientes. Nessa pesquisa o banho quente de chuveiro foi comparado com o uso de outras terapias combinada como bola suíça e banho. Os autores observaram que embora todas as participantes tenham ingressado com dilatação cervical de cinco centímetros, o grupo de recebeu MNF combinada teve um aumento significativo da dilatação (6,69 ± 2,02, p<,001). Da mesma o tempo decorrido entre a intervenção e o nascimento foi menor no grupo das terapias combinadas, com evolução mais rápida do trabalho de parto, com duração de 216,85 minutos, quando comparado ao grupo que usou de forma isolada o banho quente (255,05 minutos) e pelo grupo que usou bola suíça (288,41 minutos). Porém, não houve diferença estatisticamente significante.

Três pesquisas foram realizadas no estado do Rio Grande do Sul abordando o tema do uso das medidas não farmacológicas. Estudo realizado por Mielke et al., 2019, com 586 puérperas de um hospital universitário no sul do país, apontou que 81,6 % das mulheres relataram conhecer mais de uma MNF e 9,3 % não conheciam nenhum. Com relação aos lugares mais frequentes, onde as mulheres relataram ter recebido a orientação/informação, 55,5% das entrevistadas referiram o hospital, 24,9% familiares e amigos e 19,8% através da mídia. Os autores destacam que apenas 10,9% das mulheres relataram ter recebido orientações sobre MNF durante o pré-natal na rede básica de saúde. Nesse estudo 457 (77,9%) puérperas fizeram uso de pelo menos um método sendo que 71,7% relataram a redução no nível da dor no trabalho de parto como o motivo que as levaram à prática dos mesmos. As MNF de maior destaque neste estudo foram o banho (66,6%), a deambulação (44,9%) e a bola (27,1%). Já um estudo realizado em Alvorada no Rio grande do Sul, verificou o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor em 269 pacientes atendidas em um centro de parto normal, e apontou a utilização de pelo menos um método por 59,9% das gestantes, sendo o banho de chuveiro a opção mais utilizada (40,6%), também foram citadas a mobilidade materna (14,4%), a massagem (13,1%), as técnicas de relaxamento e exercícios respiratórios (16,2%), o cavalinho (8,1%) e a bola (4,4%) entre outros. Ainda ressaltam, que entre as mulheres que utilizaram os métodos não farmacológicos de alívio da dor, 23% o fizeram em associação, 14,9% usaram banho de chuveiro e mobilidade materna; 11,9% utilizaram banho e massagem e 9,9%, banho com técnicas de relaxamento e exercícios respiratórios. Os autores ainda apontam que as mulheres que não fizeram uso do recurso, atribuíram esse fato, principalmente a não oferta dos métodos (De Souza et al., 2021). Outro estudo gaúcho, realizado por Klein e Gouveia (2022) com 385 mulheres, em Porto Alegre revelou que somente 169 (29,3%) das parturientes utilizaram métodos não farmacológicos de alívio da dor, destas, 17 (10,4%) utilizaram apenas um método e 147 (89%) utilizaram dois ou mais métodos, sendo os mais utilizados a hidroterapia 137(24,5%), mudança de posição 124 (22,1%) e exercícios de respiração 121(21,6%), deambulação 106 (18,9%), massagem 42 (7,5%), bola 33 (5,9%), entre o uso dos métodos associados, as combinações mais utilizadas foram hidroterapia, deambulação, mudança de posição e exercícios respiratórios 47 (32%). Os autores constataram a baixa adesão a esses métodos, evidenciando a necessidade de um maior investimento em educação permanente e incentivo à adoção dessas práticas nos serviços obstétricos.

Por fim uma pesquisa realizada por Ribeiro et al.,2023, com 237 puérperas avaliou o uso das boas práticas de atenção ao parto e nascimento e o grau de satisfação com o parto. Nesse estudo os fatores que mais estiveram associados à experiência positiva com o parto, foram a

presença do acompanhante em 93,2% dos casos, a utilização das medidas não farmacológicas de alívio da dor em 74,3% dos relatos, sendo entre estas as mais frequentes o banho de chuveiro (58,2%), técnicas de respiração (48,5%), massagem (45,1%) bola de parto (40,1%).

3. JUSTIFICATIVA

A escolha por investigar os indicadores de boas práticas durante o trabalho de parto e nascimento fundamenta-se na relevância social, científica e assistencial que o tema representa no atual cenário da saúde pública brasileira. A persistência de altas taxas de cesarianas sem indicação clínica, o uso indiscriminado de intervenções invasivas e a baixa adesão a práticas baseadas em evidências sinalizam a necessidade urgente de reavaliar os modelos de cuidado obstétrico adotados nas instituições de saúde.

Embora as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde recomendem uma assistência centrada na mulher, respeitosa, segura e baseada em evidências, os dados brasileiros ainda revelam um distanciamento entre o discurso institucional e a prática cotidiana. A realidade de muitas maternidades brasileiras ainda está marcada por condutas intervencionistas, desrespeito à autonomia da mulher e subutilização de medidas não farmacológicas para o alívio da dor, como massagens, deambulação, uso de água morna e apoio contínuo.

Essas práticas, reconhecidas por sua eficácia e baixo risco, são fundamentais não apenas para o conforto da parturiente, mas também para a promoção de partos mais fisiológicos, com menor risco de complicações e maior satisfação materna. Além disso, ao considerar os desfechos clínicos, evidencia-se que a não adoção dessas práticas está frequentemente associada a intervenções mais invasivas, como o aumento de cesarianas e o uso de medidas farmacológicas, que podem elevar a probabilidade de desfechos adversos, incluindo maior risco de morbimortalidade materna, maior tempo de internação para mãe e recém-nascido e possíveis repercussões neonatais. Avaliar a frequência e os contextos em que essas intervenções são ou não aplicadas pode revelar aspectos críticos da assistência, apontando caminhos para a qualificação do cuidado. Com essa pesquisa, espera-se oferecer subsídios para o fortalecimento de políticas públicas e protocolos assistenciais mais alinhados às necessidades das mulheres, à melhoria dos desfechos clínicos e à promoção da equidade no cuidado.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a prevalência da oferta e do uso das medidas não farmacológicas para alívio da dor do parto e aassociação ao parto vaginal em um município do extremo Sul do Brasil.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a prevalência da oferta das boas práticas como: a presença de acompanhante, a oferta de dieta, o uso de medidas não farmacológicas para alívio da dor;
- Avaliar a prevalência do uso das boas práticas acima referidas;
- Avaliar a associação entre o uso dos MNF e o tipo de parto (normal ou cesáreo);

5. HIPÓTESES

- A taxa média de oferta será de 70% sendo predominantemente os métodos de banho de chuveiro e a massagem;
- A taxa de aceitação do uso de MNF será de 90%;
- Há maior prevalência de parto normal entre as parturientes que utilizaram medidas não farmacológicas;

6. METODOLOGIA

6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A assistência pré-natal e ao parto constitui um dos principais componentes da saúde materno-infantil, sendo fundamental para a promoção da saúde e prevenção de agravos durante a gestação e o nascimento. No município de Rio Grande (RS), destaca-se a realização de inquéritos perinatais periódicos desde 2007, conduzidos a cada três anos com metodologia padronizada e abrangendo todos os nascimentos ocorridos em um ano completo. Esses estudos

utilizam dados primários coletados diretamente com as puérperas ainda durante a internação hospitalar, permitindo a avaliação detalhada de características sociodemográficas, reprodutivas e da assistência recebida ao longo da gestação e do parto. Trata-se de uma estratégia singular no contexto brasileiro, pois possibilita o monitoramento contínuo de indicadores e a análise de tendências ao longo do tempo, contribuindo para a compreensão das mudanças na atenção à saúde materno-infantil e subsidiando o planejamento de políticas públicas (CESAR; MENDOZA-SASSI; MARMITT, 2021).

Nesse contexto, essa série de inquéritos perinatais tem se mostrado capaz de avaliar de forma abrangente o pré-natal, o parto e as condições de nascimento das usuárias dos serviços de saúde do município. Dando continuidade a essa linha de investigação, a presente pesquisa utilizou os dados da sexta edição do Estudo Perinatal, referente ao ano de 2024, que incluiu todos os nascimentos ocorridos no ano de 2024, nas duas maternidades do município do Rio Grande- RS e em um Hospital Privado, sem maternidade. Para a análise dos dados, foi adotado o delineamento transversal (ou de prevalência) censitário, o qual possibilita a avaliação simultânea de múltiplas exposições e desfechos, apresentando vantagens como menor custo, rapidez na execução e relativa facilidade analítica. (VAUGHAN; MORROW, 1989).

6.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi realizado no município do Rio Grande, localizado no extremo sul do Estado do Rio Grande do Sul/Brasil, o qual apresenta uma população de 191.900 habitantes, sendo que 100.222 (52,2%) são do sexo feminino e 54.836 estão em idade fértil (IBGE, 2022). Segundo dados do IBGE (2010), o município tem o 4°PIB do estado, e seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,74. Possui dois hospitais gerais, contando assim com duas maternidades, uma da Associação de Caridade Santa Casa de Rio Grande, com atendimento particular, convênios e SUS e outra, no Hospital Universitário Dr Miguel Riet Correa Junior, 100% SUS, o qual conta, também, com uma UTI neonatal. No ano de 2024 foi inaugurado o Hospital Monporto, que realiza atendimentos por convênios ou particulares, sem maternidade.

6.3 POPULAÇÃO-ALVO

6.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Participaram do estudo 970 mulheres integrantes da pesquisa Perinatal 2024 que entraram em trabalho de parto. Destas, 964 foram consideradas elegíveis para análise, uma vez que quatro tiveram parto domiciliar e duas tiveram parto na ambulância durante o deslocamento ao hospital. Foram incluídas mulheres que tiveram parto entre janeiro e dezembro de 2024 nos hospitais do município, com recém-nascidos de peso igual ou superior a 500 gramas e/ou idade gestacional mínima de 20 semanas, residentes há pelo menos seis meses na área urbana ou rural de Rio Grande/RS e que apresentavam condições clínicas e emocionais para responder ao questionário no pós-parto imediato, realizado em até 48 horas após o parto.

6.3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas as gestantes que não entraram em trabalho de parto, e aquelas com dificuldade cognitiva para compreender o questionário.

6.4. COLETA DE DADOS

Nesta pesquisa os entrevistadores foram até as maternidades do município diariamente em busca das parturientes. Essa busca ocorreu por meio de pesquisa no livro de nascimentos das maternidades e depois identificação das gestantes pelo prontuário de internação. As pacientes foram visitadas ainda durante sua internação e convidadas a participarem do estudo. Após a concordância em participar, o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE- Apêndice 2) foi lido e entregue para assinatura em duas vias. Uma destas vias ficando de posse da parturiente. Além disso, garantiu-se a confidencialidade dos dados, participação voluntária e a possibilidade de deixar o estudo a qualquer momento, sem necessidade de justificativa ou de qualquer prejuízo à entrevistada ou ao seu filho. As entrevistas foram realizadas em tablets, utilizando-se um questionário único (Apêndice 3), padronizado, dividido em blocos, que incluiu desde aspectos anteriores à gravidez até o pós-parto imediato, assim como nos estudos perinatais anteriores. As informações coletadas foram divididas nos seguintes blocos: Identificação da paciente; Parto e saúde do recém-nascido; Trabalho de parto; Pré-natal e doenças na gestação; Vida reprodutiva; características da mãe e hábito de vida; características do trabalho da mãe e do pai e renda familiar. Ao término de cada dia, no final do expediente de

trabalho, as entrevistadoras enviavam os questionários para o servidor REDCap (Research Electronic Data Capture) (Harris et al, 2009). Posteriormente, no próprio servidor, foi realizada uma revisão diária dos dados, a fim de identificar possíveis erros e inconsistências. Depois, os dados eram baixados para uma planilha do Microsoft Excel para garantir a segurança e evitar qualquer perda de informações. Destaca se que o supervisor da coleta de dados revisou diariamente todos os questionários aplicados e enviados no servidor, para reduzir a eventualidade de alguma questão não respondida, algum valor apontado além do esperado ou inconsistência. Caso necessário, um novo contato foi feito com a entrevistada ainda na maternidade ou por telefone**.**

6.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Para avaliar as boas práticas durante a assistência no trabalho de parto e nascimento, variável dependente desse projeto, serão consideradas a resposta positiva a pergunta (31) No momento do parto, algum familiar/amigo estava junto com a Sra.? e a resposta negativa a pergunta (28) A Sra. teve que ficar em jejum? Para avaliar a oferta e a aceitação da MNF será considerada a resposta as seguintes perguntas: (26) O hospital ofereceu alguns desses cuidados para aliviar a dor? (0) Não (1) Sim e usou (2) Sim, mas não usou; Chuveiro; Bola; Massagem; Banquinho. (27) Durante o trabalho de parto, a Sra. podia Andar pelo quarto? Andar pelo corredor? (0) Não (1) Sim, e andei (2) Sim, mas não andei.

As variáveis independentes do estudo perinatal 2024 que serão incluídas nesta pesquisa serão: as características demográficas (idade, cor da pele autorreferida e se vivia com companheiro); socioeconômicas (renda familiar mensal em salários mínimos, escolaridade em anos completos com aprovação e se realizou trabalho remunerado no período gestacional); reprodutivas maternas (paridade e planejamento da gravidez atual); assistência pré-natal (local de realização da maioria destas consultas) e relacionadas ao parto (tipo de parto, quanto tempo ficou em trabalho de parto no hospital até o bebê nascer, forma de pagamento do parto) - Quadro 01.

Variáveis	Mensuração	Tipo	Categorias
Variáveis sociodemográficas no momento do parto			
Idade	Referida pela entrevistada em anos completos	Categórica	≤19; 20-24; 25-29; 30-34; ≥35
Cor da pele	Referida pela entrevistada	Dicotômica	(1) Branca (2) Morena/parda (3) Mulata (4) Outra (5) IGN
Situação conjugal	Referida pela entrevistada	Dicotômica	Vive com marido companheiro? Sim/Não
Escolaridade	Coletada de forma contínua e posteriormente categorizada	Categórica	0-4; 5-8; 9-11; ≥12
Renda familiar	Referida pela entrevistada em reais compreendendo o período de um mês anterior à realização da entrevista. Coletada de forma contínua e posteriormente categorizada em quartis.	Categórica	Quartis
Relacionadas à mãe durante a gestação			
História Obstétrica	Número de partos Início do	Categórica	Primípara; multípara 1°, 2°
	pré natal Número de	Categórica ordinal	ou 3° trimestre
	consultas	Numérica discreta	≤5; ≥6
	Local do pré-natal	Categórica	Público ou privado
Relacionadas ao parto			
Via de parto	Coletado por meio do registro hospitalar (referida)	Categórica	Normal; cesariana
Quanto tempo ficou em trabalho de parto	Referido pela entrevistada	Contínua	Em horas e minutos

Quadro 01. Variáveis independentes do estudo perinatal 2024 que serão incluídas na pesquisa.

6.6 ANÁLISE DOS DADOS

Ao término da coleta de dados, será realizada a análise de consistência, a criação e categorização de variáveis e verificação de frequências realizadas através do programa Stata 14.0 (StatCorp, College Station, TX, USA). As questões abertas serão codificadas posteriormente, categorizando segundo as respostas mais frequentes. Para o desfecho boas práticas, oferta e aceitação dos MNF durante a assistência no trabalho de parto e nascimento será calculada as prevalências. Para a análise da associação entre a aceitação do uso MNF com as variáveis socioeconômicas, de histórico gestacional e de pré-natal, o tempo de trabalho de parto e o tipo de parto, será realizado o cálculo das prevalências, seguido de análise bivariada com os cálculos das razões de prevalência, intervalos de confiança de 95% e p-valor. Por fim foi realizada a análise ajustata por regressão de Poisson para avaliar a influência dos MNFs no parto normal. As variáveis utilizadas no modelo foram: idade, paridade e tempo de trabalho de parto, considerando significativo valores com $p \leq 0,05$.

7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa obedeceu aos preceitos éticos do Código Brasileiro de Ética Médica, da Declaração de Helsinque e as recomendações estabelecidas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, garantindo-se aos participantes, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, a confidencialidade, a participação voluntária e a possibilidade de deixar o estudo a qualquer momento e a posterior divulgação dos resultados à comunidade Riograndina. A pesquisa “Indicadores de saúde materno-infantil no município do Rio Grande, RS: avaliando tendências e diferenciais” foi submetida e aprovada, via Plataforma Brasil, ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande e Santa Casa de Misericórdia do Rio Grande. O protocolo foi aprovado sob o código CAAE 65063722.9.0000.5324 e parecer 5.849.082 datado de 12 de janeiro de 2023 (Anexo 1).

8. IMPACTO SOCIAL

As medidas não farmacológicas (MNFs) para alívio da dor durante o trabalho de parto representam importantes estratégias de promoção da humanização da assistência obstétrica, por favorecerem um cuidado mais acolhedor, respeitoso e centrado na mulher. Métodos como

banho morno, deambulação, massagem, exercícios com bola suíça e técnicas de relaxamento auxiliam no alívio da dor e da ansiedade, promovendo maior conforto físico e emocional durante o processo de parto. Além disso, essas práticas valorizam a fisiologia do nascimento e fortalecem o protagonismo feminino, permitindo que a mulher participe ativamente das decisões e vivencie o parto de forma mais positiva e segura.

Outro aspecto relevante refere-se ao impacto das MNFs na qualificação da assistência ao parto e nascimento. A utilização dessas estratégias está associada à redução de intervenções obstétricas desnecessárias, favorecendo a evolução fisiológica do trabalho de parto e contribuindo para melhores desfechos maternos e neonatais. Nesse sentido, a adoção das boas práticas obstétricas reforça a importância de um modelo assistencial menos medicalizado, baseado em evidências científicas e alinhado às recomendações nacionais e internacionais para promoção do parto respeitoso e seguro.

Além dos benefícios clínicos e emocionais, as medidas não farmacológicas apresentam importante relevância social e para a saúde pública, por serem intervenções de baixo custo, seguras e de fácil aplicação nos diferentes níveis de atenção à saúde. Sua implementação contribui para ampliar o acesso a uma assistência obstétrica mais humanizada e equitativa, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, investir na capacitação das equipes, na melhoria da infraestrutura dos serviços e na consolidação dessas práticas representa um passo fundamental para fortalecimento dos direitos reprodutivos das mulheres e para promoção de experiências de parto mais dignas, positivas e baseadas no cuidado integral.

9. RECURSOS FINANCEIROS

O presente estudo foi orçado em R$ 69.180,00 (sessenta e nove mil cento e oitenta reais). 100% do valor foi arrecadado pelo investigador principal (coordenador do estudo) e pelos alunos de mestrado e doutorado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde e Saúde Pública da FURG. Cerca de 80% do valor total (R$ 54.000,00), foi destinado ao pagamento de entrevistadoras, enquanto o restante do valor foi destinado para compra de equipamentos para uso como, por exemplo, tablets, xerox e crachás, entre outros, além do pagamento de passagens de ônibus urbano para o deslocamento das entrevistadoras até as maternidades.

10. CRONOGRAMA

Estima-se realizar a presente proposta de trabalho, que inclui desde a sua revisão da literatura até a defesa da tese com envio dos artigos para publicação, em 24 meses. A atividade

de maior duração será a revisão de literatura que deverá durar quase todo o período. As demais atividades serão todas de menor duração, com muitas delas ocorrendo simultaneamente. O quadro a seguir mostra cada uma das atividades a serem desenvolvidas neste período, assim como a ordem em que serão executadas.

Atividade	**2024**												**2025**											
	J	**F**	**M**	**A**	**M**	**J**	**J**	**A**	**S**	**O**	**N**	**D**	**J**	**F**	**M**	**A**	**M**	**J**	**J**	**A**	**S**	**O**	**N**	**D**
Revisão de Literatura																								
Elaboração do Projeto																								
Preparação dos instrumentos																								
Qualificação do projeto																								
Coleta dos dados																								
Controle de qualidade																								
Revisão dos questionários																								
Dupla digitação																								
Análise dos dados																								
Elaboração do artigo																								
Defesa da dissertação																								
Publicação do artigo																								
Retorno à Comunidade																								

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS); SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN; INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). Cartilha: nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde – Projeto Parto Adequado – Fase 1. Rio de Janeiro: ANS, 2016. Disponível em: https://www.abenforj.com.br/site/arquivos/manuais/300%20projeto%20parto%20adequado.pdf. Acesso em: 3 jul. 2024.

ANDRADE, L. F. B.; RODRIGUES, Q. P.; SILVA, R. C. V. Boas práticas na atenção obstétrica e sua interface com a humanização da assistência [Good practices in obstetric care and its interface with humanization of assistance]. *Revista Enfermagem UERJ* (online), Rio de Janeiro, v. 25, e26442, 2017. DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.26442. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/26442. Acesso em: 6 ago. 2024.

BALDISSEROTTO, M. L.; THEME FILHA, M. M.; DA GAMA, S. G. N. da. Good practices according to WHO's recommendation for normal labor and birth and women's assessment of the care received: the "Birth in Brazil" national research study, 2011/2012. *Reproductive Health*, Londres, v. 13, supl. 3, art. 124, out. 2016. DOI: https://doi.org/10.1186/s12978-016-0233-x. Disponível em: https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0233-x. Acesso em: 16 jul. 2024.

BARROS, F.; VICTORA, C. et al. O desafio de reduzir a mortalidade neonatal em países de renda média: resultados de três coortes de nascimento brasileiras em 1982, 1993 e 2004. *The Lancet*, v. 365, p. 847–854, 2005.

BOURGUIGNON, A.M.; GRISOTTI, M. A humanização do parto e nascimento no Brasil como tema de teses e dissertações. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 485–502, abr./jun. 2020. DOI: 10.1590/010412902018170489.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Parto Adequado: Protocolo de implantação do projeto-piloto. Brasília: ANS, 2015. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias-ans/sala-de-noticias-2015/programa-parto-adequado. Acesso em: 26 mar. 2025.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2022: população e domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?id=2102011&view=detalhes. Acesso em: 6 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta de Campinas da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA). Campinas: REHUNA, 1993. Disponível em: http://www.rehuna.org.br/documentos/Carta_de_Campinas.pdf. Acesso em: 9 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 19 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH). Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_2004.pdf. Acesso em: 23 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS: Humanização do parto e do nascimento. Brasília: 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus.pdf. Acesso em: 25 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto Apice ON: Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/wp-content/uploads/2019/09/O_projeto_ApiceOn.pdf. Acesso em: 26 maio 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases e diretrizes gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf. Acesso em: 6 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/csvgvNHzkYX4xM4p4gJXrVt/?lang=pt. Acesso em: 26 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_humanizacao_pre-natal_nascimento.pdf. Acesso em: 7 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Cegonha: manual de implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf. Acesso em: 26 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. Acesso em: 26 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria Conjunta nº 5, de 31 de outubro de 2012. Homologa o resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF). *Diário Oficial da União*, seção 1, Brasília, DF, 1 nov. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2012/prt0005_31_10_2012.html. Acesso em: 3 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-

br/assuntos/pcdt/arquivos/2017/assistencia-ao-parto-normal-diretriz-nacional.pdf. Acesso em: 5 jun. 2024.

BUENO, J.; TORTATO, C. Das parteiras à medicina obstétrica: uma breve reflexão sobre o processo de cientifização do parto no Brasil do século XIX. *Cadernos de Gênero e Tecnologia*, v. 12, n. 40, p. 265–278, 2019. DOI: https://doi.org/10.3895/cgt.v12n40.8866.

CAVALCANTI, A. C. V.; HENRIQUE, A. J.; BRASIL, C. M.; GABRIELLONI, M. C.; BARBIERI, M. Terapias complementares no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 40, p. e20190026, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/PMRKWGm6pwNvFwCtZDz88bh/. Acesso em: 7 jul. 2025.

CARROLI, G.; MIGNINI, L. Episiotomia para parto vaginal. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009. DOI: https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub2.

CESAR, Juraci A.; MENDOZA-SASSI, Raul A.; MARMITT, Luana P. Evolução da assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 55, p. 50, 2021. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003128

CÔRTES, C. T.; OLIVEIRA, S. M. J. V. de; SANTOS, R. C. S. dos; FRANCISCO, A. A.; RIESCO, M. L. G.; SHIMODA, G. T. Implementação de práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 26, e2988, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1518-8345.2177.2988. Acesso em: 5 jun. 2025.

DA COSTA FIRMINO, K.; LIMA, E. P.; CORREIA, T. R. L.; SILVA, J. C. B. da; ALBUQUERQUE, N. L. A. Percepção da mulher frente à dor do parto. *Revista Ciência Plural*, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 87–101, 2020. DOI: 10.21680/2446-7286.2020v6n1ID18387. Disponível em: https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/18387. Acesso em: 26 maio 2024.

DAVIS-FLOYD, R.; SARGEANT, C. Introdução. Em R. Davis-Floyd & C. Sargeant (Orgs.), *Parto e conhecimento autoritativo: perspectivas transculturais*. Berkeley; Los Angeles: University of California Press, 1997.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, [Internet], v. 10, n. 3, p. 627–637, jul. 2005. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019. Acesso em: 17 ago. 2024.

DINIZ, S.; CHACHAM, A. O "corte por cima" e o "corte por baixo": o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva*, v. 1, p. 80–91, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/qsr/a/7KrFFuXhJHb4QkD8YvzVpns/?lang=pt. Acesso em: 7 Jan. 2025.

ELGZAR, W. T.; ALSHAHRANI, M. S.; IBRAHIM, H. A. Non-pharmacological labor pain relive methods: utilization and associated factors among midwives and maternity nurses in Najran, Saudi Arabia. *Reproductive Health*, Londres, v. 21, art. 11, 24 jan. 2024. DOI: https://doi.org/10.1186/s12978-023-01737-2. Disponível em: https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-023-01737-2. Acesso em: 8 ago. 2024.

HARRIS, P. A.; TAYLOR, R.; THIELKE, R.; PAYNE, J.; GONZALEZ, N.; CONDE, J. G. Research Electronic Data Capture (REDCap) – a metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *Journal of Biomedical Informatics*, v. 42, n. 2, p. 377–381, abr. 2009. DOI: 10.1016/j.jbi.2008.08.010.

HODNETT, E. D.; GATES, S.; HOFMEYR, G. J.; SAKALA, C. Apoio contínuo para mulheres durante o parto. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [S. l.], v. 7, CD003766, 15 jul. 2013. DOI: https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub5. Atualizado em: 6 jul. 2017. DOI: https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6. PMID: 23857334.

JIANG, H.; QIAN, X.; CARROLI, G.; GARNER, P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [S. l.], v. 2, n. 2, CD000081, 8 fev. 2017. DOI: https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3. Acesso em: 20 maio 2024.

KLEIN, B. E.; GOUVEIA, H. G. Utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto. *Cogitare Enfermagem*, v. 27, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.80300. Acesso em: 3 mai.2024.

LAWRENCE, A.; LEWIS, L.; HOFMEYR, G. J.; STYLES, C. Posições maternas e mobilidade durante o primeiro estágio do trabalho de parto. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Edição 10, n. CD003934, 2013. DOI: https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub4 . Acesso em: 4 jul. 2024.

LEAL, M.C.; SILVA, A. A. M.; DIAS, M. A. B.; et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reproductive Health*, Londres, v. 9, p. 15, 2012. DOI: 10.1186/1742-4755-9-15.

LEAL, M. do C.; BITTENCOURT, S. de A.; PEREIRA, A. P. E.; et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 7, e00223018, jul. 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00223018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/hWkYHbQbMC3VpvmSYmhpSNj/?lang=pt. Acesso em: 5 dez. 2024.

LEKSHMI, A.; AGARWAL, K.; DHIMAN, N. Ingestão oral durante o trabalho de parto e seu efeito na progressão do trabalho de parto em mulheres indianas em um centro de atendimento terciário. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, v. 12, p. 3021–3026, 2023. DOI: 10.18203/2320-1770.ijrcog20232941.

LOPES, G. D. C.; GONÇALVES, A. de C.; GOUVEIA, H. G.; ARMELLINI, C. J. Atenção ao parto e nascimento em hospital universitário: comparação de práticas desenvolvidas após Rede Cegonha. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 27, e3139, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1518-8345.2643-3139. Acesso em: 5 jun. 2025.

MACHADO, L.; PENA, M. de. As políticas públicas de saúde e a fragmentação do corpo feminino em útero e peito. *Physis (Rio J.)*, v. 32, n. 2, 2022.

MAFETONI, R. R.; SHIMO, A. K. K. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa / Non-pharmacological methods for pain relief during

labor: integrative review. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p. 505–512, abr./jun. 2014. Disponível em: https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/949. Acesso em: 16 abr. 2024.

MATTEI, G. N.; LANZONI, G. M. M.; HIGASHI, G. D. C.; SCHAPKO, T. R.; BAGGIO, M. A. Assistência ao parto por profissionais de saúde: atuações conflitantes em obstetrícia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 77, n. 6, e20230129, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0129. Acesso em: 4 jul. 2024.

MEDINA, E. T.; MOUTA, R. J. O.; CARMO, C. N.; et al. Boas práticas, intervenções e resultados: um estudo comparativo entre uma casa de parto e hospitais do Sistema Único de Saúde da Região Sudeste, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, eloc. e00160822, 2023. DOI: 10.1590/0102-311XPT160822. Acesso em: 16 maio 2024.

MELLADO-GARCÍA, E.; DÍAZ-RODRÍGUEZ, L.; CORTÉS-MARTÍN, J.; et al. Comparative analysis of therapeutic showers and bathtubs for pain management and labor outcomes: a retrospective cohort study. *Journal of Clinical Medicine*, v. 13, n. 12, p. 3517, 15 jun. 2024. DOI: https://doi.org/10.3390/jcm13123517. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11205211/. Acesso em: 26 jun. 2024.

MIELKE, K. C.; GOUVEIA, H. G.; GONÇALVES, C. A. A prática de métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto em um hospital universitário no Brasil. *Avances en Enfermería*, Bogotá, v. 37, n. 1, p. 47–55, 2019. DOI: https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.72045. Disponível em: https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/72045. Acesso em: 18 abr. 2024.

MONGUILHOTT, J. J. C.; BRÜGGEMANN, O. M.; FREITAS, P. F.; D'ORSI, E. Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 52, art. 1, 2018. DOI: https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052006258. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/6CmD65Gk6gQbQQgMBX4WhXF. Acesso em: 15 mai. 2024.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Appropriate technology for birth [Tecnologia apropriada para o parto]. *The Lancet*, Londres, v. 326, n. 8452, p. 436–437, 1985. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)92750-3. Acesso em: 1 jul. 2025.

OMS; MS (BRASIL). Assistência ao parto normal: um guia prático. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 93 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

OMS – Organização Mundial da Saúde. Care in normal birth: report of a technical working group (WHO/FRH/MSM/96.24). Genebra: OMS, 1996. Disponível em: *Documento técnico da OMS*. Acesso em: 26 jun. 2025.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Cuidados intraparto para uma experiência positiva de parto. Genebra: 2018. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215. Acesso em: 06 maio 2024.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência positiva de parto. Genebra: OMS, 2018. Disponível em:

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354560/9789240048515-por.pdf?isAllowed=y&sequence=1. Acesso em: 5 mai. 2024.

OLIVEIRA, V. J.; PENNA, C. M. de M. Cada parto é uma história: o processo de escolha da via de parto. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2018;71:1228–1236. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0497.

OLIVEIRA, T. R.; LOPES, G. C.; ALVES, V. H.; DULFE, P. A. M.; SANTOS, A. F. dos; MATHIAS, L. F. B.; FIGUEIREDO, M. L. A. B. A implementação do Projeto Apice On no Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica: percepções de enfermeiras. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 27, e20220341, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0341pt. Acesso em: 4 jul. 2025.

PALHARINI, L. A.; FIGUEIRÔA, S. F. de M. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição "Mulheres e práticas de saúde". *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, n. 25(4):1039–1061, out. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000500008.

RENFREW, M. J. et al. **Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care.** *The Lancet*, v. 384, n. 9948, p. 1129–1145, 2014

REZENDE, J.; REZENDE, M. Obstetrícia: riscos e práticas baseadas em evidências. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

RIBEIRO, G. L.; COSTA, C. C.; DAMASCENO, A. K. C.; VASCONCELOS, C. T. M.; SOUZA, M. R. T.; ETECHE, C. M. G. C.; MACIEL, N. S. Utilização das boas práticas no parto e experiência e satisfação materna. *Revista de Enfermagem UFPI*, 2023.

RODRIGUES, L. S. P.; SHIMO, A. K. K. Baixa luminosidade em sala de parto: vivências de enfermeiras obstétricas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2019;40:e20180464. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180464 .

ROCHA, N. F. F. da; FERREIRA, J. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. *Saúde e Debate*, 2020;44(125):556–568. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104202012521.

SANTOS, A. C.; NASCIMENTO, C. D.; CAMPOS, T. C.; SOUSA, N. N. A. G. Atuação da enfermagem no uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto. *Braz J Dev.*, 2021;7(1):0505–0515.

SANFELICE, C. F. O.; ABBUD, F. de S. F.; PREGNOLATTO, O. S.; SILVA, M. G. da; SHIMO, A. K. K. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. *Revista Rene*, Fortaleza, v. 15, n. 2, p. 362–370, abr./jun. 2014. DOI: 10.15253/2175-6783.2014000200022.

SILVA, L. F.; SANCHES, M. E. T. de L.; SANTOS, A. A. P.; OLIVEIRA, J. C. S.; ACIOLI, D. M. N.; SANTOS, J. A. M. Adesão às boas práticas obstétricas: construção da assistência qualificada em maternidades escolas. *Revista Baiana de Enfermagem (online)*, Salvador, v. 35, e37891, 2021. DOI: 10.18471/rbe.v35.37891. Disponível em: https://doi.org/10.18471/rbe.v35.37891. Acesso em: 6 jul. 2024.

SILVEIRA, N. B.; SILVA, V. M. da; RODRIGUES, F. A. C.; SCHAUN, S. Indicadores de boas práticas durante a assistência à mulher no trabalho de parto e nascimento. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 2, p. e2611225319, jan. 2022. Disponível em: https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25319. Acesso em: 4 jul. 2024.

SOUTO, K.; MOREIRA, M. R. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 832–846, 2021. DOI: 10.1590/0103-110420211302.

SOUZA, B. de; MARACCI, C.; CICOLELLA, D. de A.; MARIOT, M. D. M. Uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor no parto normal / Uso de métodos no farmacológicos de alivio del dolor en el parto normal / Use of non pharmacological methods of pain relief in normal birth. *Journal of Nursing and Health*, v. 11, n. 2, p. e2111219428, abr. 2021. Disponível em: https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/19428/13392. Acesso em: 4 mar. 2025.

TORNQUIST, C. S. Parto e poder: análise do movimento pela humanização do parto no Brasil. Tese (Doutorado em Antropologia) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia, UFSC, 2004.

VAUGHAN, J. P.; MORROW, R. A. Epidemiologia para os municípios: manual para gerenciamento dos distritos sanitários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 46, n. 2, p. 176–176, 1993.

ZIBELL, E. B.; KNAUL, L. H.; TOMAZ, R. R.; DE LIMA, P. Análise dos indicadores de boas práticas durante a assistência no trabalho de parto e nascimento em um hospital terciário de Santa Catarina. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, [S. l.], v. 27, n. 8, p. 4560–4576, 2023. DOI: 10.25110/arqsaude.v27i8.2023.025. Disponível em: https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/10253. Acesso em: 5 jun. 2025.

ARTIGO

Submetido ao periódico Ciência & Saúde Coletiva

Uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor e sua associação com a via de parto: evidências de um estudo transversal censitário.

Resumo

Objetivou-se avaliar a prevalência da oferta e aceitação de métodos não farmacológicos (MNFs) para alívio da dor, e sua associaçãocom a via de parto. Estudo transversal censitário que entrevistou 1.591 mulheres, sendo que 970 (61%) entraram em trabalho de parto e destas, 964 puérperas tiveram parto hospitalar, com feto maior de 500g ou 20 semanas, oriundas da cidade de Rio Grande/RS, no ano de 2024. As entrevistas ocorreram na maternidade, em até 48 horas após o parto. Foram calculadas frequências absolutas e relativas, realizada análise bivariada e regressão de Poisson ajustada para avaliar a associação entre MNF e tipo de parto. Os MNFs foram ofertados a 74,3% das gestantes, e seu uso relatado por 67,4% delas, sendo que 53,6% utilizaram dois ou mais métodos. Parturientes que utilizaram banho de chuveiro, bola suíça, massagem e deambulação tiveram um aumento da prevalência de parto vaginal de 23%, 16%, 13% e 14%, respectivamente ($p<0,001$). O uso de dois ou mais MNFs elevou em até 22% a prevalência de parto vaginal ($p<0,001$). Os resultados evidenciam ampla utilização de MNFs durante o trabalho de parto, integradas a práticas assistenciais baseadas em evidências. Também se observou maior prevalência de parto vaginal, nas usuárias de MNF, reforçando sua relevância como estratégias efetivas de boas práticas no parto.

Palavras-chave: Parto Humanizado; Dor do Parto; Parto Normal.

Use of Non-Pharmacological Methods for Pain Relief and their Association with the Mode of Delivery: Evidence from a Cross-Sectional Census Study.

Abstract

This study aimed to evaluate the prevalence of the offer and acceptance of non-pharmacological methods (NPMs) for pain relief, and their association with the mode of delivery. A cross-sectional census study interviewed 1,591 women, of whom 970 (61%) went into labor and, of these, 964 postpartum women had hospital deliveries, with fetuses weighing more than 500g or 20 weeks gestation, from the city of Rio Grande/RS, in the year 2024. The interviews took place at the maternity ward, within 48 hours after delivery. Absolute and relative frequencies were calculated, bivariate analysis was performed, and adjusted Poisson regression was used to assess the association between NPMs and type of delivery. NPMs were offered to 74.3% of pregnant women, and their use was reported by 67.4% of them, with 53.6% using two or more

methods. Women in labor who used showers, birthing balls, massage, and ambulation had a 23%, 16%, 13%, and 14% increase in the prevalence of vaginal delivery, respectively ($p<0.001$). The use of two or more non-invasive mechanical (NIM) methods increased the prevalence of vaginal delivery by up to 22% ($p<0.001$). The results demonstrate the widespread use of NIM during labor, integrated into evidence-based care practices. A higher prevalence of vaginal delivery was also observed among NIM users, reinforcing their relevance as effective strategies for good childbirth practices.
keywords: Humanized delivery; Labor Pain; Natural Childbirth.

Uso de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor y su asociación con el tipo de parto: Evidencia de un estudio transversal censal.

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo evaluar la prevalencia de la oferta y aceptación de métodos no farmacológicos (MNF) para el alivio del dolor y su asociación con el tipo de parto. Se realizó un estudio transversal censal con 1591 mujeres, de las cuales 970 (61%) entraron en trabajo de parto y, de estas, 964 dieron a luz en un hospital, con fetos que pesaron más de 500 g o tenían 20 semanas de gestación, en la ciudad de Río Grande/RS, en el año 2024. Las entrevistas se llevaron a cabo en la sala de maternidad, dentro de las 48 horas posteriores al parto. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas, se realizó un análisis bivariado y se utilizó una regresión de Poisson ajustada para evaluar la asociación entre los MNF y el tipo de parto. Se ofrecieron MNF al 74,3% de las mujeres embarazadas, y el 67,4% de ellas reportaron su uso, con un 53,6% que utilizó dos o más métodos. Las mujeres en trabajo de parto que utilizaron duchas, pelotas de parto, masajes y deambulación presentaron un aumento del 23%, 16%, 13% y 14% en la prevalencia del parto vaginal, respectivamente ($p<0,001$). El uso de dos o más métodos mecánicos no invasivos (MNI) incrementó la prevalencia del parto vaginal hasta en un 22% ($p<0,001$). Los resultados demuestran el uso generalizado de los MNI durante el trabajo de parto, integrados en prácticas de atención basadas en la evidencia. También se observó una mayor prevalencia del parto vaginal entre las usuarias de MNI, lo que refuerza su relevancia como estrategias efectivas para buenas prácticas de parto.
Palavra clave: Parto Humanizado; Dolor del Parto; Parto Normal.

INTRODUÇÃO

O nascimento constitui um evento fisiológico, social e cultural de elevada relevância, marcando profundamente a trajetória da mulher, do recém-nascido e de sua família. Nas últimas décadas, a assistência ao trabalho de parto e ao parto tem sido amplamente discutida, enfatizando a necessidade do cuidado respeitoso, centrado na mulher e fundamentado em evidências científicas [1,2].

Apesar dos avanços tecnológicos e assistenciais responsáveis pela redução da morbimortalidade materna e neonatal, observa-se a consolidação de um modelo caracterizado pela medicalização do parto e pelo uso ampliado de intervenções [3-5]. No Brasil, as taxas de cesariana permanecem entre as mais elevadas do mundo. Dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) indicam que, em 2024, aproximadamente 60,6% dos nascimentos ocorreram por via cirúrgica, percentual muito superior a recomendação de até 15%[6,7].

Pesquisas associam as altas taxas de cesariana ao medo da dor e do processo do parto[8,9]. Embora a dor do trabalho de parto seja fisiológica, sua vivência é modulada por fatores emocionais, culturais e ambientais, podendo gerar medo, ansiedade e sensação de vulnerabilidade[5,10]. Nesse contexto, a presença de acompanhante, o suporte contínuo, a liberdade de movimentação e uso de métodos não farmacológicos (MNFs) para alívio da dor, são associadas à diminuição da percepção dolorosa e maior satisfação no parto. Essas medidas são reconhecidas como estratégias valiosas na promoção de uma assistência humanizada e respeitosa [1,11-13]. Entre as MNFs que demonstram eficácia na redução da dor, destacam-se o banho morno, a massagem, a bola obstétrica, a deambulação e as técnicas respiratórias [14-16]. Tais medidas estão associadas a melhores experiências maternas e maior probabilidade de parto vaginal espontâneo [14,15,17].

Apesar do uso das MNFs estar associado a redução de intervenções desnecessárias[3,5], pesquisas brasileiras demonstram uma ampla variação na oferta desses métodos, com prevalências entre 18,1% a 100%, dependendo do tipo de instituição e região [14,19-21]. Em relação ao uso, observa-se crescimento progressivo nos últimos anos, com taxas variando entre 57,1% e 94,9%[4,15,22]. Esses dados demonstram que a efetividade das políticas públicas depende de fatores estruturais, capacitação profissional e cultura institucional [14,18-20].

No Brasil a persistência de elevadas taxas de cesariana, associada à subutilização de práticas comprovadamente eficazes e seguras, como as MNFs, evidencia a necessidade de investigar a implementação desses métodos[3,4,23]. Embora existam políticas públicas voltadas à humanização do parto, sua efetivação ainda ocorre de forma desigual nas diferentes regiões do país. Produzir evidências sobre a oferta e utilização dos MNFs contribui para subsidiar

estratégias de qualificação da assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, esse estudo objetivou avaliar a oferta e a utilização dos métodos não farmacológicos para alívio da dor, bem como sua associação na via de nascimento em um censo de parturientes no extremo Sul do Brasil.

Metodologia

Estudo transversal censitário realizado no município de Rio Grande que está situado no extremo sul do Rio Grande do Sul, às margens da Lagoa dos Patos. Segundo o Censo de 2022 do IBGE, o município possuia 191.900 habitantes, sendo que 100.222 (52,2%) do sexo feminino e 54.836 em idade fértil [24]. Ainda, com uma densidade demográfica de 71.53hab/km² com um IDH de 0,74, classificado como alto [24,25]. Rio Grande possui três hospitais, sendo o Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande (HU-FURG/EBSERH), com atendimento 100% pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o Hospital de Caridade da Santa Casa do Rio Grande que atende SUS e saúde suplementar, e por fim, o Hospital Monporto, que atende apenas saúde suplementar.

Os dados dessa pesquisa fazem parte da coleta de dados realizada na sexta edição do estudo Perinatal no ano de 2024, realizado a cada 3 anos desde 2007, e que tem se mostrado capaz de avaliar o pré-natal, o parto e nascimento das usuárias dos serviços de saúde da cidade do Rio Grande. Participaram do estudo Perinatal todas as mulheres que tiverem parto nos três hospitais do município entre 01/01 e 31/12 de 2024. O critério de inclusão foram morar na área rural ou urbana deste municipio por pelo menos 6 meses e ter tido um RN de pelo menos 500g ou 20 semanas de idade gestacional, para o estudo sobre a oferta e o uso dos medidas não farmacológicas para o alívio da dor, foram incluidas apenas as puérperas que entraram em trabalho de parto. Foram excluídas as mulheres que nao tiveram parto hospitalar.

Todas as informações foram coletadas usando questionário único, padronizado, pré-codificado, por meio de tablets, em até 48 horas após o parto, ainda na maternidade.

Diariamente, as entrevistadoras faziam a identificação das parturientes no livro de internação da maternidade e visitavam as enfermarias. Sendo elas elegíveis para o estudo e havendo concordância em participar, era lido o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), só então, era aplicado o questionário e realizada a cópia das informações da Carteira da Gestante. Ao final de cada dia de trabalho os questionários no formato eletrônico eram enviados diariamente por meio da plataforma online WEB REDCap ao servidor da FURG, no endereço www.redcap.furg.br onde eram revisados por um dos supervisores do estudo. As discrepâncias encontradas nos questionários eram corrigidas e um novo contato com a entrevistada era realizado caso houvesse necessidade.

As informações foram acumuladas em um banco para análise de consistência, criação das variáveis derivadas e análises subsequentes. Para avaliar a oferta e o uso das MNFs foram consideradas as respostas das seguintes perguntas: O hospital ofereceu alguns desses cuidados para aliviar a dor? (0) Não (1) Sim e usou (2) Sim, mas não usou; Chuveiro; Bola; Massagem; Banquinho. Durante o trabalho de parto, a Sra. podia Andar pelo quarto? (0) Não (1) Sim, e andei (2) Sim, mas não andei. Foi considerada a oferta do MNF a resposta sim e usou e sim e não usou para as perguntas acima. Em relação ao uso foi considerado que este ocorreu quando a peciente respondia sim e usou.

As variáveis descritivas estudadas foram idade em anos, cor da pele, ter companheiro, escolaridade em anos de estudo completo, renda familiar mensal, paridade, trimestre de início do pré-natal, número de consultas e local de realização do acompanhamento. Em relação ao parto foi avaliada a presença de acompanhante, ter ficado em jejum, uso de soroterapia, o tipo de parto, o tempo do trabalho de parto em horas referidas pela mulher e o local do nascimento. Logo após foram calculadas as frequências para descrição da amostra, seguida da análise bivariada da associação das MNF e o tipo de parto. Na sequência, calculou-se a razão de prevalência e o intervalo de confiança bruto em relação a associação das MNF e o parto vaginal. Por fim, para avaliar o desfecho uso da MNF para alívio da dor durante o trabalho de parto e sua associação como parto vaginal, foi realizada a análise ajustada, por regressão de Poisson, para idade, paridade e tempo de trabalho de parto em horas (referido pela puérpera). As análises foram realizadas no software Stata versão 15.0.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada, via Plataforma Brasil, ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande, aprovado sob o código CAAE 65063722.9.0000.5324 e parecer 5.849.082 datado de 12 de janeiro de 2023.

Resultados

No período da pesquisa ocorreram 1852 nascimentos, sendo entrevistadas no Perinatal 1591 puérperas. As perdas do estudo foram de 261 (14,1%) mulheres e somente 3 recusas.

Ressaltamos que a maioria das perdas ocorreram nos meses da enchente no município, e que após esse período tivemos nove perdas devido a transferência ou alta antes das 24h. Das 1.591 puérperas entrevistadas, apenas 970 (61%) entraram em trabalho de parto e compuseram a população de interesse deste estudo. Destas, 964 foram consideradas elegíveis para a análise da oferta e do uso de medidas não farmacológicas para alívio da dor, sendo excluídas seis participantes: quatro por terem realizado parto domiciliar e duas por terem tido parto na ambulância durante o deslocamento ao hospital.

Entre as 964 puérperas entrevistadas a idade média era de 27,10 anos (DP±6,36), 70,6% se autodeclararam de cor branca, 85,6% tinham companheiro, 53,4% estudaram até o ensino médio e a renda familiar era de 4.075,91 reais (DP±3.560,78). Em relação aos antecedentes obstétricos 540 (56%) já tinham tido parto prévio, sendo que 85 (15,7%) tinham tido cesárea prévia. O pré-natal foi realizado por 97,6% das gestantes, 84,5% iniciaram no primeiro trimestre, 86% realizaram 6 consultas ou mais e 72% fizeram seu acompanhamento no SUS. Quanto as boas práticas no atendimento do parto 98,9% tiveram acompanhante, 95,3% não ficou em jejum e 78% não usaram soro durante o trabalho de parto. O parto foi por via vaginal em 65,3% das puérperas e 70,8% dos nascimentos ocorreram no Hospital Universitário. O trabalho de parto, segundo relato materno, durou em média 8,88 horas com DP±10,6. Em relação aos MNFs, observamos que foram oferecidos para 716 (74,3%) parturientes, sendo que 41,4% tiveram a oferta dos cinco métodos estudados e 517 (53,6%) usaram dois métodos ou mais (Tabela 1).

Na tabela 2, vê-se que as MNFs foram ofertadas e usadas por 67,4% das parturientes. A medida mais oferecida as pacientes foi o banho de chuveiro, sendo ofertado para 67,5% das pacientes e usado por 57% delas, seguida do caminhar pelo quarto que foi ofertada para 66,1% das mulheres e usada por 55,5% delas. A bola foi ofertada para 61,2% das parturientes e usada por 43,7%. A massagem foi ofertada a 51,6% das gestantes e usada por 31,6% delas. O banquinho foi o método menos ofertado e usado, com 46,2% e 22,8%, respectivamente.

Em relação à via de parto, a Tabela 3 demonstrou maior probabilidade de parto vaginal entre as mulheres que utilizaram métodos não farmacológicos durante o trabalho de parto. Entre as parturientes que utilizaram banho de chuveiro, a taxa de parto vaginal foi de 74,5%, enquanto entre aquelas que não utilizaram esse método a taxa foi de 52,9% (RP:1,40; $IC_{95\%}$:1,27-1,56; p<0,001). De forma semelhante, as mulheres que utilizaram bola suíça e massagem apresentaram taxas de parto vaginal de 72,5% (RP:1,21; $IC_{95\%}$:1,11-1,33; p<0,001) e 71,5%, (RP:1,15; $IC_{95\%}$:1,05-1,26; p<0,005), valores significativamente superiores aos observados entre aquelas que não utilizaram esses métodos. As maiores taxas de parto vaginal também foram observadas entre as mulheres que utilizaram dois ou mais métodos combinados, alcançando 76,7% (RP:1,45; $IC_{95\%}$:1,25-1,67; p<0,001) e 76,4% (RP:1,44; $IC_{95\%}$:1,25-1,67; p<0,001).

Esses achados podem ser explicados pelos diferentes mecanismos de ação dos métodos não farmacológicos, que incluem redução da dor e da ansiedade materna, promoção do conforto e do relaxamento, estímulo à mobilidade e à adoção de posições verticalizadas, além do favorecimento da progressão fisiológica do trabalho de parto. Em conjunto, esses fatores podem contribuir para menor necessidade de intervenções obstétricas e, consequentemente, para maiores taxas de parto vaginal.

Após a análise ajustada, observou-se que as parturientes que utilizaram métodos não farmacológicos apresentaram maior probabilidade de parto vaginal quando comparadas àquelas que não utilizaram os respectivos métodos. O uso do banho de chuveiro esteve associado a um aumento de 23% na prevalência de parto vaginal, enquanto o uso da bola suíça, massagem e deambulação aumentou essa probabilidade em 16%, 13% e 14%, respectivamente.

Além disso, verificou-se um efeito cumulativo associado à utilização combinada dos métodos. Mulheres que utilizaram dois métodos não farmacológicos apresentaram prevalência de parto vaginal 19% maior em comparação às que utilizaram um ou nenhum método. Entre aquelas que utilizaram três métodos, o aumento foi de 22%, enquanto o uso de quatro ou cinco métodos esteve associado a uma prevalência 21% maior de parto vaginal (Tabela 4). Esses resultados sugerem que a associação de diferentes estratégias não farmacológicas pode potencializar seus efeitos benéficos sobre a evolução fisiológica do trabalho de parto e favorecer a ocorrência de parto vaginal.

Discussão

Os resultados deste estudo demonstram elevada taxa de oferta e uso de medidas não farmacológicas (MNF) para alívio da dor durante o trabalho de parto, estando tais práticas associadas a maior prevalência de parto vaginal, inclusive após ajuste para fatores maternos e obstétricos. Observou-se que os cinco métodos estudados foram ofertados para quase metade das pacientes e que um número semelhante de mulheres utilizou dois ou mais MNF, apresentado maior probabilidade de parto vaginal. A taxa de parto vaginal entre as mulheres que fizeram uso de pelo menos uma MNF foi de 63,2%, mostrando-se superior à média nacional brasileira que foi de aproximadamente 40% nos anos de 2023 e 2024[7]. Esses achados sugerem que a combinação de diferentes estratégias não farmacológicas pode potencializar seus efeitos benéficos sobre a evolução fisiológica do trabalho de parto. Ademais, estudos nacionais conduzidos em maternidades públicas indicam que a adoção de boas práticas obstétricas está associada à redução de intervenções e maior probabilidade de parto vaginal, corroborando os achados aqui apresentados[13,26, 27].

Quanto a oferta e uso das MNFs, os percentuais observados nesta pesquisa superam achados de investigações realizadas em outros estudos. No entanto, os métodos mais ofertados

e usados foram consonantes aos métodos de maior uso em outros estudos, sendo eles: banho, deambulação e bola suíça [14,15,19,21,28-30]. Uma pesquisa realizada com 164 parteiras na Arabia Saudita em 2023, constatou que 68,3% das parturientes utilizaram MNF durante o trabalho de parto, sendo que a proporção de profissionais por pacientes, as horas de trabalho, o treinamento para MNF e os anos de experiência em maternidade os fatores determinantes para utilização dos métodos[21]. No Brasil uma pesquisa multicêntrica conduzida em 266 hospitais públicos, com 23.894 mulheres, identificou um aumento do uso das MNF de 24,6% em 2011-12 para 56,9% em 2017[26]. Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado em Alvorada, no Sul do Brasil, com 269 mulheres em 2019, onde 59,9% das gestantes utilizaram algum MNF durante o trabalho de parto. Nessa pesquisa os métodos mais usados foram o banho de chuveiro, seguida da mobilidade materna, massagem, técnicas de relaxamento e exercícios respiratórios, cavalinho, bola de pilates e banqueta. Entre as mulheres que utilizaram os MNF 23% o fizeram em associação[29]. Outra pesquisa também realizada no Sul do Brasil que avaliou 570 prontuários de parturientes de um Hospital Universitário em 2020, constatou que apenas 29,3% utilizaram MNF, destas 89% utilizaram dois ou mais métodos, sendo que a hidroterapia, a mudança de posição, os exercícios de respiração, a deambulação, a massagem e a bola os mais citados[15].

Apesar da nossa pesquisa ter tido uma taxa de uso das MNF maior que as anteriores ela apresenta as mesmas MNF de escolha, como banho de chuveiro seguido da mobilidade, bola, massagem e por último o banquinho. Também ressaltamos o fato de termos tido uma taxa de associação dos métodos elevada em comparação coma a literatura[14,15,29], sendo que mais da metade das parturientes usaram dois ou mais métodos. Não encontramos estudos que avaliem a taxa de oferta das MNF para alívio da dor. No entanto, uma das pesquisas citadas acima, refere que a não oferta de MNF foi o fator mais referido pelas mulheres entrevistadas como o mais importante para o não uso dos métodos. Nessa mesma pesquisa a taxa de recusa foi de 9,2%, valor semelhante ao encontrado no nosso estudo[29]. Acredita-se que com o passar dos anos as MNF sejam mais aceitas pelos serviços como métodos de fácil acesso, baixo custo e eficazes. Provavelmente as medidas de mais fácil aplicação como banho e deambulação serão as mais difundidas. Já aquelas que dependem da estrutura, do treinamento da equipe e de uma maior relação profissional paciente sejam a menos incentivadas pelas instituições para o uso de rotina.

Em relação à via de parto, verificou-se associação significativa entre o uso de dois ou mais MNFs e maior probabilidade de parto vaginal. Sendo o banho de ducha à medida mais associada ao aumento da probabilidade do parto vaginal, seguido da bola suíça, massagem e deambulação. Esses resultados são compatíveis com estudos que demonstram que a mobilidade materna, a hidroterapia e métodos de relaxamento favorecem a progressão fisiológica do trabalho de parto e reduzem a necessidade de intervenções [15-17,31]. Revisão sistemática para mapear os efeitos das MNFs no trabalho de parto, realizada com 25 artigos publicados de 1994 a 2016, evidenciou que banho morno, caminhada e exercícios com bola estão associados à

redução na duração do trabalho de parto, o que pode contribuir para menor probabilidade de cesariana intraparto. Além disso, este estudo identificou maior probabilidade de parto vaginal entre mulheres que utilizaram dois ou mais métodos, sugerindo possível efeito sinérgico entre as estratégias[31]. Resultados semelhantes foram descritos em outros estudos, que observaram menor tempo de trabalho de parto, maior probabilidade de parto vaginal e maior satisfação entre as mulheres que utilizaram múltiplas intervenções não farmacológicas[15,16]. Da mesma forma, uma revisão integrativa com 12 artigos publicados de 2019 a 2024 destaca que a combinação de métodos diminui o tempo de trabalho de parto e amplia benefícios físicos e emocionais, promovendo maior autonomia e satisfação materna[13]. Esses achados reforçam evidências já consolidadas na literatura acerca da associação entre o uso de MNFs e uma evolução mais favorável do trabalho de parto, tanto em relação à sua duração quanto à maior probabilidade de parto vaginal. Nesse contexto, os resultados do presente estudo corroboram essa associação e sugerem que a utilização combinada de diferentes métodos pode exercer papel relevante na melhoria dos desfechos obstétricos

Ressaltamos que mesmo as mulheres que permaneceram em trabalho de parto por mais tempo e por este motivo utilizaram mais medidas nao farmacológicas, se beneficiaram destes métodos para a evolução a parto vaginal, desta forma, ficou claro que as MNF tem um efeito independente da duração do trabalho de parto na evolução para parto vaginal. Estudo realizado em 2019 com 128 parturientes observou que o tempo de dilatação foi menor no grupo que recebeu MNF[17]. No entanto o presente estudo mostra uma associação nao com o tempo de trabalho de parto, mas sim com a evolução para parto vaginal e mesmo pacientes que se encontram em TP sao beneficiadas pelas medidas.

Apesar dos resultados favoráveis observados neste estudo e em pesquisas anteriores, persistem desafios relevantes para a implementação sistemática das medidas não farmacológicas na assistência ao trabalho de parto no Brasil. Barreiras estruturais e

organizacionais, como insuficiência de recursos humanos, elevada carga de trabalho, infraestrutura inadequada e limitações na capacitação profissional, dificultam a incorporação rotineira dessas práticas nos serviços de saúde. Ademais, a permanência de um modelo assistencial centrado na medicalização pode influenciar a percepção das equipes e das próprias mulheres quanto à efetividade dessas intervenções. Evidências do estudo nacional Nascer no Brasil indicam que, apesar de avanços nas políticas de humanização do parto, ainda existe importante variabilidade na adoção das boas práticas obstétricas entre os serviços de saúde[23]. Resultados mais recentes indicam avanços na implementação das boas práticas assistenciais, porém persistem desafios relacionados à organização dos serviços e à consolidação de um modelo de cuidado centrado na mulher e no parto fisiológico[26]. Nesse sentido, a superação dessas barreiras requer investimentos em infraestrutura, reorganização do processo de trabalho e fortalecimento de estratégias de educação permanente para os profissionais envolvidos na assistência ao parto. Em consonância, diretrizes nacionais e internacionais reforçam a importância da ampliação do acesso às boas práticas obstétricas, incluindo o uso sistemático de medidas não farmacológicas para alívio da dor[1,3].

Diante dos achados, recomenda-se que os serviços de saúde fortaleçam a implementação das medidas não farmacológicas para o alívio da dor como componente essencial da assistência ao trabalho de parto. Torna-se necessária a elaboração de protocolos institucionais que incentivem o uso combinado dessas estratégias, contribuindo assim para redução de cesarianas desnecessárias, promovendo uma assistência obstétrica mais segura, humanizada e alinhada às diretrizes atuais da assistência ao parto. As maternidades precisam olhar para as boas práticas e as MNF como importantes aliados na humanização do nascimento. Só assim será possível devolver o protagonismo do parto a mulher e talvez diminuir as taxas alarmantes de cesárea da atualidade.

Entre as limitações deste estudo, destaca-se o delineamento transversal, que impossibilita estabelecer relação causal definitiva entre o uso das medidas não farmacológicas (MNF) e a via de parto, além da possibilidade de viés de causalidade reversa, uma vez que mulheres com evolução mais favorável do trabalho de parto podem ter apresentado maior probabilidade tanto de utilizar MNF quanto de evoluir para parto vaginal. A coleta de dados por autorrelato até 48 horas após o parto também pode estar sujeita a viés de memória, e a realização em um único município limita a generalização dos achados. Apesar disso, o estudo apresenta importantes fortalezas, como a inclusão de todas as gestantes do município no período estudado, o tamanho amostral expressivo, a utilização de instrumento padronizado e a análise ajustada para variáveis obstétricas relevantes, conferindo maior robustez metodológica aos resultados. Assim, estudos longitudinais e ensaios clínicos são necessários para melhor elucidar a relação causal entre o uso das MNF e os desfechos obstétricos.

Futuros estudos podem aprofundar a investigação sobre a efetividade das medidas não farmacológicas (MNF) no trabalho de parto, especialmente por meio de pesquisas prospectivas e multicêntricas que avaliem o impacto do uso combinado dessas estratégias sobre desfechos maternos e neonatais, como duração do trabalho de parto, satisfação materna e redução de cesarianas. Além disso, são necessárias pesquisas que explorem os fatores institucionais, estruturais e profissionais relacionados à oferta e adesão às MNF, bem como estudos qualitativos que analisem a percepção das mulheres e das equipes de saúde acerca das barreiras e potencialidades para implementação dessas práticas na assistência obstétrica.

Considerações finais

Os achados deste estudo reforçam a relevância das medidas não farmacológicas para alívio da dor como importantes aliadas na assistência ao trabalho de parto, demonstrando associação significativa entre o uso dessas estratégias e maior probabilidade de parto vaginal. Observou-se que a utilização combinada de dois ou mais métodos esteve relacionada a melhores desfechos obstétricos, sugerindo efeito sinérgico das intervenções sobre a evolução fisiológica do parto. Além disso, a elevada taxa de oferta e adesão às medidas não farmacológicas encontrada nesta pesquisa evidencia avanços na incorporação das boas práticas obstétricas e na promoção de uma assistência mais humanizada, centrada nas necessidades e no protagonismo da mulher.

Entretanto, apesar dos resultados favoráveis, ainda persistem desafios estruturais e organizacionais para a implementação sistemática dessas práticas nos serviços de saúde. Dessa forma, torna-se fundamental investir na capacitação das equipes, na melhoria da infraestrutura e na elaboração de protocolos institucionais que incentivem o uso rotineiro e combinado das medidas não farmacológicas durante o trabalho de parto. A consolidação dessas estratégias pode contribuir para a redução de cesarianas desnecessárias, fortalecimento do parto fisiológico e promoção de uma assistência obstétrica mais segura, qualificada e alinhada às diretrizes nacionais e internacionais de humanização do nascimento.

Comunicação científica

MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS

ajudam a aumentar as probabilidades de parto normal!

Pesquisa realizada em Rio Grande (RS) reforça a importância das boas práticas no trabalho de parto.

O QUE FOI ESTA PESQUISA?

PESQUISA REALIZADA EM RIO GRANDE (RS)

- Estudo transversal censitário realizado em 2024 nos hospitais do município de Rio Grande/RS.
- A pesquisa avaliou a oferta e utilização de métodos não farmacológicos para alivio da dor durante o trabalho de parto e sua associação com a via de nascimento.
- As entrevistas ocorreram ainda na maternidade, em até 48 horas após o parto.

PARTICIPAÇÃO E ELEGIBILIDADE

Participaram do estudo 970 mulheres integrantes da pesquisa Perinatal 2024 que entraram em trabalho de parto.

Destas, **964** foram consideradas elegíveis para análise.

EXCLUSÕES:

- **4** partos domiciliares
- **2** partos na ambulância durante deslocamento ao hospital

POR QUE ESTE TEMA É IMPORTANTE?

- A dor do trabalho de parto é uma das principais preocupações das gestantes e pode influenciar a escolha pela cesariana.
- No Brasil, cerca de **60,6%** dos nascimentos ainda ocorrem por cesariana, muito acima do recomendado pela Organização Mundial da Saúde (até 15%).
- Promover o parto normal com segurança e respeito é melhor para a saúde da mãe e do bebê e fortalece o protagonismo da mulher.

O QUE SÃO MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS?

São práticas seguras e simples que ajudam a aliviar a dor e promover o bem-estar da gestante, sem uso de medicamentos.

Métodos avaliados na pesquisa:

- Banho de chuveiro
- Deambulação (caminhar)
- Bola suiça
- Massagem
- Banquinho de cócoras

OBJETIVO

Avaliar a oferta e a aceitação de métodos não farmacológicos para alivio da dor e sua associação com a via de parto.

PRINCIPAIS RESULTADOS

74,3% dos métodos não farmacológicos foram **OFERTADOS** a 74,3% das gestantes.

67,4% dos métodos foram **UTILIZADOS** por 67,4% das mulheres.

53,6% utilizaram **DOIS OU MAIS** métodos combinados.

97,6% realizaram **PRÉ-NATAL.**

65,3% tiveram **PARTO NORMAL.**

MAIORES PROBABILIDADES DE PARTO NORMAL

entre as mulheres que usaram os métodos:

Banho de chuveiro	+23%
Bola suiça	+16%
Massagem	+13%
Deambulação (caminhar)	+14%
Uso de DOIS OU MAIS métodos	+22%

A combinação de métodos potencializa os benefícios e contribui para um parto mais positivo e seguro!

OS MÉTODOS PODEM SER UTILIZADOS DE DIVERSAS FORMAS DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Banho de chuveiro — Alivia a dor e promove relaxamento.

Deambulação (caminhar) — Estimula o trabalho de parto e melhora a circulação.

Bola suiça — Ajuda a aliviar a dor e facilita a descida do bebê.

Massagem — Proporciona conforto e diminui a tensão muscular.

Banquinho de cócoras — Favorece a posição fisiológica e o despendimento do bebê.

POR QUE ISSO É IMPORTANTE?

- Reduz a dor e o estresse sem precisar de medicamentos.
- É seguro para a mãe e para o bebê.
- Favorece o parto normal e reduz intervenções desnecessárias.
- Promove uma experiência mais positiva, respeitosa e humanizada.
- É de baixo custo e pode ser aplicada na maioria dos serviços de saúde.

O QUE PODEMOS FAZER?

- Investir na capacitação das equipes.
- Na estrutura dos serviços e em políticas públicas que valorizem o parto humanizado.
- Valorizar as boas práticas baseadas em evidências científicas.
- Garantir o direito de escolha e o protagonismo da mulher.

NASCER É NATURAL.

O CUIDADO DEVE SER RESPEITOSO E BASEADO EM EVIDÊNCIAS.

FONTE

Uso de métodos não farmacológicos para o alivio da dor e sua associação com a via de parto: evidências de um estudo de base populacional.

AUTORIA

Enfa. MSc. Siebele Schaum

Orientadora:
Prof.ª Dra. Carla Vitola Gonçalves

INFORMAÇÃO DE QUALIDADE PARA ESCOLHAS CONSCIENTES E PARTOS MAIS SEGUROS!

REFERÊNCIAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). ***WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience.*** Geneva: WHO, 2018. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215. Acesso em: 06 maio 2024.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). ***WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience.*** Geneva: WHO, 2023. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989. Acesso em: 14 junho 2024
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 13 mar. 2025.
4. Leal M do C, Bittencourt S de A, Esteves-Pereira AP, Ayres BV da S, Silva LBRA de A, Thomaz EBAF, Lamy ZC, Pereira MN, Torres JA, Gama SGN, Domingues RMSM, Vilela ME de A. **Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos**. Cad Saúde Pública [Internet]. 2019;35(7):e00223018. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018 Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/grzf9kCgwKLFx8SV5DvPyJx/?lang=pt. Acesso em: 06 maio 2024
5. Mattei GN, Lanzoni GM de M, Higashi GDC, Schapko TR, Baggio MA. **Childbirth care by health professionals: conflicting practices in obstetrics.** Rev Bras Enferm [Internet]. 2024;77(6):e20230129. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0129. Available from: https://www.scielo.br/j/reben/a/NvQGFysTYHbKsmz4TKsrYXS/?lang=en Acesso em: 13 mar. 2025
6. Barbosa BD, Guisard KK, Ferreira LM, Mendonça NF, Ferreira KCB. **As taxas de cesáreas no brasil de 2017 a 2022: um estudo ecológico utilizando a classificação de robson**. Braz. J. Implantol. Health Sci. [Internet]. 9º de dezembro de 2024, 6(12):893-905. DOI: https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n12p893-905 Disponível em: https://bjihs.emnuvens.com.br/bjihs/article/view/4626 Acesso em: 18 mai. 2025

7. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def Acesso em: 26 jan. 2026.
8. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE, Schilithz AOC, Leal MC. **Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final**. Cad Saúde Pública [Internet]. 2014;30:S101–16. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00105113 Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/BdmBs37cdNJNLzstXTQngsj/?lang=pt. Acesso em: 16 mai 2025.
9. Betran AP, Ye J, Moller AB, Souza JP, Zhang J. **Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates**. BMJ Glob Health. 2021 Jun;6(6):e005671. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005671 Available from: https://gh.bmj.com/content/6/6/e005671 PMID: 34130991; PMCID: PMC8208001. Acesso em 17 mai 2025.
10. Firmino K da C, Lima PE de, Correia TRL, Silva JCB da, Albuquerque NLA. Percepção da mulher frente à dor do parto. REV. CIÊNC. PLURAL [Internet]. 25º de fevereiro de 2020; 6(1):87-101. DOI: https://doi.org/10.21680/2446-7286.2020v6n1ID18387 Disponível em: https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/18387. Acesso em: 24 mar. 2025
11. Camargo CM, Vaz LGS, Oliveira AS, Costa CSC. **A eficácia dos métodos não farmacológicos aplicados pelo enfermeiro obstetra no alívio da dor do trabalho de parto**. Rev Cient Esc Est Saúde Pública Goiás"Cândido Santiago".2019;5(2):64-75 Disponível em: DOI: https://doi.org/10.22491/2447-3405.2019.V5N2.art06. Acesso em: 8 jul. 2025.
12. Balbino ECR, dos Santos MCJ, Borges ML. **Uso de métodos não farmacológicos no alívio da dor no trabalho de parto: a percepção de mulheres no pós-parto**. RBM [Internet]. 8º de outubro de 2020; 23(2Supl.):65-78. DOI: https://doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2020.v23i2Supl..812. Disponível em: https://revistarebram.com/index.php/revistauniara/article/view/812 . Acesso em: 23 set. 2025.

13. Pereira MM, Silva YC de A; Dias, AS; Barbosa, EEP. **Métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto** . Revista Enfermagem Atual In Derme, *[S. l.]*, v. 100, n. 1, p. e026006, 2025. DOI: https://10.31011/reaid-2026-v.100-n.1-art.2613 Disponível em: https://www.revistaenfermagematual.com.br/revista/article/view/2613. Acesso em: 3 mar. 2025.
14. Ribeiro MF, Leal YV, Oppenheimer D. **Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para o alívio da dor do parto.** RSD [Internet]. 5 de novembro de 2023; 12(11):e134121143819. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd-v12i11.43819 Disponível em: https://rsdjournal.org/rsd/article/view/43819 Acesso em: 3 mar. 2025.
15. Klein BE, Gouveia HG. **Utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto**. Cogitare Enferm. [Internet]. 12º de agosto de 2022 ;27. DOI: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.80300 Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/80300. Acesso em: 9 de jan 2025.
16. Mellado-García E, Díaz-Rodríguez L, Cortés-Martín J, Sánchez-García JC, Piqueras-Sola B, Macías JCH, Rivas Ruiz, F, Rodríguez-Blanque R. **Comparative analysis of therapeutic showers and bathtubs for pain management and labor outcomes: a retrospective cohort study**. *Journal of Clinical Medicine*, v. 13, n. 12, p. 3517, 15 jun. 2024. DOI: https://doi.org/10.3390/jcm13123517. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11205211/. Acesso em: 26 jun. 2024.
17. Cavalcanti ACV, Henrique AJ, Brasil CM, Gabrielloni MC, Barbieri M. **Terapias complementares no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado.** Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2019;40:e20190026. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190026. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/PMRKWGm6pwNvFwCtZDz88bh/?lang=pt Acesso em: 10 abr. 2025
18. Baldisserotto, ML Theme Filha, MM & da Gama, SGN. **Boas práticas de acordo com as recomendações da OMS para trabalho de parto e parto normais e avaliação da assistência recebida pelas mulheres: o estudo nacional de pesquisa "Nascimento no Brasil", 2011/2012**. *Reprod Health* 13 (Supl. 3), 124 (2016). DOI: https://doi.org/10.1186/s12978-016-0233-x. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1186/s12978-016-0233-x. Acesso em: 13 abr 2025.

19. Silveira, NB; Silva, VM. da; Rodrigues, FAC.; Schaun, S. **Indicadores de boas práticas durante a assistência à mulher no trabalho de parto e nascimento**. Research, Society and Development, v. 11, n. 2, e2611225319, 2022 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25319. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25319 Acesso em: 8 mai 2024.
20. Zibell EB, Knaul LH, Tomaz RR, de Lima P. **Análise dos indicadores de boas práticas durante a assistência no trabalho de parto e nascimento em um hospital terciário de santa catarina.** Arq. Ciênc. Saúde Unipar [Internet]. 14º de agosto de 2023;27(8):4560-76. DOI: https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i8.2023-025. Disponível em: https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/10253 Acesso em: 15 jun 2025.
21. Elgzar WT, Alshahrani MS, Ibrahim HA. **Non-pharmacological labor pain relive methods: utilization and associated factors among midwives and maternity nurses in Najran, Saudi Arabia.** Reprod Health. 2024 Jan 24;21(1):11. DOI: http://doi:10.1186/s12978-023-01737-2. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38268021/ PMID: 38268021; PMCID: PMC10809473. Acesso em:12 abr 2025.
22. Medina ET, Mouta RJO, Carmo CN do, Filha MMT, Leal M do C, Gama SGN da. **Boas práticas, intervenções e resultados: um estudo comparativo entre uma casa de parto e hospitais do Sistema Único de Saúde da Região Sudeste, Brasil**. Cad Saúde Pública [Internet]. 2023;39(4):e00160822. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT160822 Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/fzPT9ZS4btXFHmKnmTr8bFb/?lang=pt Acesso em: 22 mai 2025.
23. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. Disponível em: https://www.saude.sc.gov.br/edocman/areas-de-atuacao/redes-de-atencao-a-saude-ras/rede-cegonha/acervo-e-e-books/Nascer_no_Brasil.pdf Acesso em: 15 mar. 2026.
24. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. ***Censo Demográfico 2022: resultados preliminares*. Rio de Janeiro: IBGE, 2022**. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/22827-censo-demografico-2022.html Acesso em: 12 fev 2025.

25. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. ***Censo Demográfico 2010: características da população e dos domicílios*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010**. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=793 Acesso em: 12 abr 2024.
26. Leal M do C, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Bastos MH, Gama SGN. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual.** Cad Saúde Pública [Internet]. 2014;30:S17–32. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513 Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/gydTTxDCwvmPqTw9gTWFgGd/abstract/?lang=pt Acesso em: 17 jul 2024
27. Monteiro, M. D. B. D.; Santos, G. N.; Medeiros, M. L. O.; Freitas, A. C. M. **Boas práticas na assistência ao parto e nascimento em maternidade pública**. *Diversitas Journal*, Santana do Ipanema, v. 8, n. 4, p. 2732–2744, 2023. DOI: https://doi.org/10.48017/dj.v8i4.2426. Disponível em: https://diversitasjournal.com.br/diversitas_journal/article/view/2426 Acesso em: 14 mai 2025.
28. Mielke KC, Gouveia HG, Gonçalves CA. **A prática de métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto em um hospital universitário no Brasil**. 2019. Av Enferm, 37(1): 47-55. DOI: https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.72045. Disponível em: https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/72045 . Acesso em: 18 abr. 2024.
29. Souza B de, Maracci C, Cicolella D de A, Mariot MDM. **Uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor no parto normal**. *Journal of Nursing and Health*, v. 11, n. 2, p. e2111219428, abr. 2021. DOI: https://doi.org/10.15210/jonah.v11i2.19428 Disponível em: https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/19428/13392. Acesso em: 16 maio 2025.
30. Andrade, L. F. B.; Rodrigues, Q. P.; Silva, R. C. V. **Boas práticas na atenção obstétrica e sua interface com a humanização da assistência**. *Revista Enfermagem UERJ* (online), Rio de Janeiro, v. 25, e26442, 2017. DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.26442. Disponível em:https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/26442. Acesso em: 6 ago. 2024.

31. Gregolis TBL, Santos S da S, Silva IF da, Bessa AR da S. **Influence of non-pharmacological methods on duration of labor: a systematic review**. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2024Jun;29(6):e19032022. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232024296.19032022 Available from: https://www.scielo.br/j/csc/a/fSXg9b5m8XcZPWMYbG8StMH/?lang=en. Acesso em 14 ago 2025.

Tabela 1. Descrição da amostra do estudo do uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor e sua associação com a via de parto, Rio Grande, 2024. (n=964)

Variável	N (%)
Idade (anos)	
≤ 20	174 (18,1)
21 a 25	255 (26,5)
26 a 30	241 (25,1)
≥ 31	292 (30,4)
Cor	
Branca	681 (70,6)
Parda/preta	283 (29,4)
Tem companheiro	
Sim	825 (85,6)
Não	139 (14,4)
Escolaridade	
Ensino fundamental	192 (19,9)
Ensino médio	515 (53,4)
Graduação/pós-graduação	257 (26,7)
Renda em tercil	
1º (menor)	368 (39,7)
2º	297 (32,0)
3º (maior)	263 (28,3)
Paridade	
Primípara	424 (44)
Multípara	540 (56)
Início do Pré-natal	
1º trimestre	784 (84,5)
2º ou 3º trimestre	143 (15,5)
Número de consultas	
≤ 5	134 (14)
≥ 6	820 (86)
Local do pré-natal	
SUS	677 (72)
Convenio/Particular	263 (28)
Acompanhante durante o trabalho de parto	
Sim	949 (98,9)
Não	11 (1,1)
Jejum durante o trabalho de parto	
Sim	45 (4,7)
Não	908 (95,3)
Tipo de parto	
Vaginal	635 (65,3)
Cesárea	335 (34,5)
Local do parto	
HU	683 (70,8)
Santa Casa/Monporto	281 (29,2)
Tempo em trabalho de parto	
≤ 3 horas	319 (34,6)
4 a 7 horas	252 (27,4)
8 a 11 horas	93 (10,1)
≥ 12 horas	257 (27,9)
Oferta de MNF	
Nenhuma	248 (25,7)
Uma	84 (8,7)
Duas	65 (6,8)
Três	81 (8,4)
Quatro	87 (9,0)
Cinco	399 (41,4)
Uso de MNF	
Nenhuma	314 (32,6)
Uma	133 (13,8)
Duas	120 (12,4)
Três	123 (12,8)
Quatro	98 (10,2)
Cinco	176 (18,2)

Tabela 2. A oferta e aceitação das MNF no estudo do uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor e sua associação com a via de parto, Rio Grande, 2024. (n=964)

Variável	Não ofertado N (%)	Sim e não uso N (%)	Sim e usou N (%)
Prevalência global	248 (25,7%)	66 (6,9)	650 (67,4)
Banho de ducha	311 (32,5)	101 (10,5)	545 (57,0)
Bola Suíça	371 (38,8)	168 (17,5)	418 (43,7)
Massagem	463 (48,4)	192 (20,0)	302 (31,6)
Banquinho	514 (53,8)	224 (23,4)	218 (22,8)
Deambulação	324 (33,9)	101 (10,6)	531 (55,5)

Tabela 3. Análise do uso das medidas não farmacológicas para o alívio da dor e a via de parto no estudo do uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor e sua associação com a via de parto, Rio Grande, 2024. (n=964)

Variável	Parto vaginal N (%)	Parto cesárea intraparto N (%)	P-valor
Banho de ducha (957)			<0,001
Sim	406 (74,5)	139 (25,5)	
Não	218 (52,9)	194 (47,1)	
Bola Suíça (957)			<0,001
Sim	303 (72,5)	115 (27,5)	
Não	321 (59,6)	218 (40,4)	
Massagem (957)			0,005
Sim	216 (71,5)	86 (28,5)	
Não	408 (62,3)	247 (37,7)	
Banquinho (956)			0,053
Sim	154 (70,6)	64 (29,4)	
Não	469 (63,5)	269 (36,5)	
Deambulação (956)			0,004
Sim	367 (69,1)	164 (30,9)	
Não	256 (60,2)	169 (39,7)	
Uso de MNF			<0,001
Nenhuma	166 (52,9)	148 (47,1)	
Uma	84 (63,2)	49 (36,8)	
Duas	92 (76,7)	28 (23,3)	
Três	94 (76,4)	29 (23,6)	
Quatro	69 (70,4)	29 (29,6)	
Cinco	124 (70,5)	52 (29,5)	

Tabela 4. Associação entre uso de medidas não farmacológicas e parto vaginal, ajustada por características maternas, obstétricas e tempo de trabalho de parto no estudo do uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor e sua associação com a via de parto, Rio Grande, 2024. (n=964)

Variável	Parto vaginal	
	RP Bruta	RP Ajustada*
Banho de ducha (957)	<0,001	*p*< 0,001
Sim	1,40 (1,27 – 1,56)	1,23 (1,09- 1,38)
Não	1,0	1,0
Bola Suíça (957)	<0,001	*p* =0,013
Sim	1,21 (1,11 – 1,33)	1,16 (1,03 – 1,30)
Não	1,0	1,0
Massagem (957)	0,005	*p* =0,045
Sim	1,15 (1,05 – 1,26)	1,13 (1,00 – 1,29)
Não	1,0	1,0
Banquinho (956)	0,053	*p* =0,168
Sim	1,11 (1,00 – 1,23)	1,10 (0,96 – 1,26)
Não	1,0	1,0
Deambulação (956)	0,004	*p* =0,028
Sim	1,14 (1,04 – 1,26)	1,14 (1,01 – 1,28)
Não	1,0	1,0
Uso de MNF	<0,001	*p* =0,010
Nenhuma	1,0	1,0
Uma	1,19 (1,01 – 1,41)	1,11 (0,94 – 1,31)
Duas	1,45 (1,25 – 1,67)	1,19 (1,01 – 1,41)
Três	1,44 (1,25 – 1,67)	1,22 (1,03 – 1,45)
Quatro	1,33 (1,13 – 1,57)	1,21 (1,01 – 1,46)
Cinco	1,33 (1,15 – 1,53)	1,21 (1,04 – 1,42)

* Regressão de Poisson com ajuste para idade, paridade e tempo de trabalho de parto

12. ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Evolução da assistência à gestação e ao parto no município de Rio Grande, RS: inquérito perinatal de 2023

Pesquisador: JURACI ALMEIDA CESAR

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 65063722.9.0000.5324

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande - FURG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.849.082

13. APÊNDICES

APÊNDICE 1 - TABELA DE CARACTERIZAÇÃO DOS ARTIGOS SELECIONADOS

DESCRIÇÃO	AMOSTRA	Método	OBJETIVO	RESULTADOS
ELGZAR, W. T.; ALSHAHRANI, M. S.; IBRAHIM, H. A. **Métodos não farmacológicos para alívio da dor do parto: utilização e fatores associados entre parteiras e enfermeiras de maternidade em Najran, Arábia Saudita** 2024	164 parteiras e enfermeiras de maternidade	Pesquisa transversal foi conduzida no Hospital Materno Infantil/Najra, Arábia Saudita, de abril a maio de 2023	Explorar a utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto e seus fatores associados	Os resultados revelaram que 68,3% das participantes utilizaram métodos não farmacológicos para alívio da dor do parto. Os métodos usados foram: posicionamento (55,5%), exercícios respiratórios (53,7%), ambiente confortável e relaxante (52,4%), comunicação terapêutica (47%), reforço positivo (40,9%), relaxamento (40,2%) e toque terapêutico (31%). Além disso, a unidade de trabalho, a proporção profissionais-paciente, as horas de trabalho, o treinamento para métodos não farmacológico para alívio da dor do parto, os anos de experiência e a atitude não farmacológica para alívio da dor do parto foram determinantes significativos da utilização do método não farmacológico para alívio da dor do parto ($P < 0,05$
MELLADO-GARCÍA, E.; PIQUERAS-SOLA, B.; DÍAZ-RODRÍGUEZ, L.; CORTÉS-MARTÍN, J.; HIGUERO MACÍAS, J. C.; RIVAS RUIZ, F.; SÁNCHEZ-GARCÍA,	124 gestantes	Estudo de coorte retrospectivo com gestantes divididas em dois grupos: aquelas que	Comparar os efeitos de chuveiros e banheiras terapêuticas na percepção da dor,	Os resultados iniciais deste estudo revelaram diferenças estatisticamente significativas entre o uso de hidroterapia durante o trabalho de parto em comparação com a não utilização, Os tempos de dilatação e a duração total do trabalho foi menor no grupo que utilizou o chuveiro terapêutico 155 minutos (96,25–242,5), enquanto no grupo que utilizou a banheira o tempo foi de 227,5 minutos (141,25–403,75), sendo significativamente menor no grupo do chuveiro (p=0,004). Em relação ao parto no grupo de chuveiro 97,7% das mulheres tiveram parto vaginal espontâneo, e no grupo da banheira foram 97,5%.

J. C.; RODRÍGUEZ-BLANQUE, R. **Análise comparativa de chuveiros e banheiras terapêuticas para Gestão da dor e resultados do parto — uma retrospectiva Estudo de coorte** 2024		usaram chuveiro terapêutico e aquelas que usaram banheira durante o trabalho de parto.		
ZIBELL, E. B.; KNAUL, L. H.; TOMAZ, R. R.; LIMA, P. de **Análise dos indicadores de boas práticas durante a assistência no trabalho de parto e nascimento em um hospital terciário de Santa Catarina** 2023	549 prontuários de mulheres que tiveram parto entre dezembro de 2021 a julho de 2022	Estudo transversal retrospectivo	Analisar os indicadores de boas práticas de assistência à mulher no trabalho de parto e pós-parto imediato	A maioria das mulheres (96,2%) contou com a presença de acompanhante durante o trabalho de parto. No entanto o uso dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor, como banho terapêutico e uso da bola suíça, foram utilizados por somente 18,91% das mulheres. Sobre a dieta, ela foi ofertada durante o trabalho de parto para 16,7% das pacientes. Outro indicador analisado foi o contato pele a pele ao nascer, que ocorreu em 92,7% dos nascimentos e a amamentação na primeira hora de vida que foi realizada em 80,6% dos partos.

MEDINA, E. T.; MOUTA, R. J. O.; CARMO, C. N. do; FILHA, M. M. T.; LEAL, M. do C.; GAMA, S. G. N. da **Boas práticas, intervenções e resultados: um estudo comparativo entre uma casa de parto e hospitais do Sistema Único de Saúde da Região Sudeste, Brasil.** 2023	1.515 puérperas de risco habitual de uma casa de parto e hospitais públicos da Região Sudeste do Brasil	Estudo transversal com dados retrospectivos	Comparar o uso das boas práticas na assistência obstétrica em uma casa de parto e em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) da Região Sudeste do Brasil	Na casa de parto, quando comparada ao hospital, as puérperas tiveram maior chance de ter acompanhante (99% vs 73%; OR = 86,31; IC95%: 29,65-251,29), se alimentar ou tomar líquidos (99,8% vs 37,2%; OR = 862,38; IC95%: 120,20-6.187,33), se movimentar (91,4% vs 54,7%; OR = 7,56; IC95%: 4,65-12,31), usar métodos não farmacológicos para alívio da dor (94,9% vs 39,9%; OR = 27,82; IC95%: 17,05-45,40) Ademais, na casa de parto os recém-nascidos tiveram maior chance de aleitamento exclusivo (90,2% vs 84,6%; OR = 1,84; IC95%: 1,16-2,90). A casa de parto apresenta, assim, maior oferta de boas práticas e menos intervenções na assistência ao parto e nascimento, com segurança e cuidado, sem afetar os resultados.
RIBEIRO, G. L.; COSTA, C. C.; DAMASCENO, A. K. C.; VASCONCELOS, C. T. M.; SOUZA, M. R. T.; ETECHE, C. M. G. C.; **Utilização das boas práticas no parto e experiência e satisfação materna**. 2023	237 puérperas	Estudo transversal, realizado no período de julho de 2017 a janeiro de 2018	Descrever a utilização das boas práticas de atenção ao parto e nascimento e o grau de satisfação e experiência de puérperas com o parto	168 (70,9%) mulheres estiveram bastante satisfeitas com a estrutura da instituição, 119 (50,2%) com os cuidados profissionais prestados e 160 (67,5%) com o trabalho de parto e parto. Dentre os fatores que estiveram associados à experiência positiva com o parto, destaca-se a realização do contato pele a pele, o estímulo ao aleitamento materno e a utilização dos métodos não farmacológicos de alívio da dor (MNF) 176 (74,3%). As MNF mais frequentes forma o banho de chuveiro 138 (58,2%), técnicas de respiração 115 (48,5%), massagem 107 (45,1%), bola de parto 95 (40,1%), cavalinho 80 (33,8%) e deambulação e exercícios pélvicos 23 (9,3%). Atingir algum grau de relaxamento durante o TP e parto apresentou associação com a variável utilizou MNF (p=0,000). O acompanhante esteve presente na maior parte dos partos 221 (93,2%) estando associado a uma percepção de experiência positiva durante todo o processo (p=0,000).

				Em relação ao tempo, 100 (42,2%) das mulheres referiram bastante satisfação com o tempo que durou todo o processo.
SILVEIRA, N. B.; SILVA, V. M. da; RODRIGUES, F. A. C.; SCHAUN, S.; SILVEIRA, R. S. da. **Indicadores de boas práticas durante a assistência à mulher no trabalho de parto e nascimento** 2022	998 registros online no sistema de registro local da instituição pesquisada	Estudo transversal, no período de abril a setembro de 2019.	Avaliar os indicadores de boas práticas durante a assistência à mulher em trabalho de parto e nascimento.	62,8% das pacientes tiveram parto natural e 37,2% parto cesárea. O acompanhante de sua escolha esteve presente em 88,2% dos partos vaginais e em 37,2% dos partos cesárea. A oferta de dieta livre ocorreu em 51,9% dos atendimentos. Com relação as MNF, a aplicação de pelo menos uma das técnicas mantiveram uma porcentagem de 100% independente da via de parto da parturiente, dentre as medidas ofertadas as parturientes estão: uso da bola, massagens, musicoterapia, deambulação e banho
KLEIN, B. E.; GOUVEIA, H. G. **Utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto** 2022	Analise de 560 prontuários	Estudo transversal	Analisar a prática de realização de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto.	Constatou-se que 164 (29,3%) das parturientes utilizaram os MNF, destas, 17 (10,4%) utilizaram apenas um método e 147 (89%) utilizaram dois ou mais métodos, sendo os mais utilizados a hidroterapia 137(24,5%), mudança de posição 124(22,1%), exercícios de respiração 121(21,6%), deambulação 106 (18,9%), massagem 42 (7,5%), bola 33 (5,9%). Entre o uso dos métodos associados, as combinações mais utilizadas foram hidroterapia, deambulação, mudança de posição e exercícios respiratórios 47 (32%). Verificou-se uma média de idade mais baixa em usuárias de MNF (25,86 anos), quando comparadas as que não fizeram uso de MNF (27,46 anos) obtendo p=0,010. As mulheres que fizeram maior uso de métodos não farmacológicos, foram as que tiveram parto vaginal 35,3% vs 13,1% cesárea (p = 0,02), primigestas 36,6% vs 25,2% multigestas p = 0,02) e as nulíparas 35,8% vs 24,5% primiparas (p = 0,03).

DE SOUZA, B.; MARACCI, C.; CICOLELLA, D. DE A.; MARIOT, M. D. M. **Uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor no parto normal.** 2021	269 mulheres de Alvorada RS, Brasil - 2019	Estudo descritivo	Verificar o uso dos métodos não farmacológicos no alívio da dor em pacientes atendidas em um centro de parto normal.	94,4% das parturientes tiveram acompanhante no trabalho de parto. Sobre a via de nascimento, 85,5% das mulheres tiveram parto vaginal e apenas 14,5% tiveram cesárea. 59,9% das gestantes utilizaram algum método para alívio da dor durante o trabalho de parto. As mulheres que não fizeram uso de MNF atribuíram esse fato, principalmente, a não oferta do método (41,7%), ao fato de não terem tido tempo de utiliza-lo (35,2%) e ao fato de recusarem a oferta para utilizar (9,2%) Outros motivos (13,9%). Das 161 gestantes que utilizaram algum tipo de MNF a maior parte optou pelo banho de chuveiro (40,6%). Também foram citadas a mobilidade materna (14,4%), a massagem (13,1%), as técnicas de relaxamento e exercícios respiratórios (16,2%), o cavalinho (8,1%), a bola de pilates (4,4%), a musicoterapia (1,3%) e a banqueta (1,9%). Entre as mulheres que utilizaram os MNF 23% o fizeram em associação, sendo que 14,9% usaram banho de chuveiro e mobilidade materna; 11,9% utilizaram banho e massagem e 10 (9,9%), banho com técnicas de relaxamento e exercícios respiratórios
MIELKE, K. C.; GOUVEIA, H. G.; GONÇALVES, C. A. **A prática de métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto em um hospital universitário no Brasil.** 2019.	586 puérperas em um hospital de ensino do Brasil	Estudo transversal	Identificar a prática de métodos não farmacológicos implementadas em um hospital de ensino, os motivos que levaram a utilizá-los e o grau de satisfação.	457 (77,9 %) referiram ter utilizado algum tipo de método não farmacológico para o alívio da dor durante o trabalho de parto. Ressalta-se que 81,6 % das mulheres relataram conhecer mais de um método e 9,3 % não conheciam nenhum. Entre as mulheres que conheciam as MNF 55,5% receberam orientação no hospital universitário, 23,1% tiveram mais de uma fonte de informação e 5,3 % não receberam qualquer orientação/informação. Os métodos não farmacológicos mais conhecidos pelas mulheres foram banho (83,1 %) e deambulação (81,4 %). O MNF mais utilizado foi o banho (66,6 %), seguido por deambulação (44,9%), massagem (33,8%), bola (27,1%) e banqueta (3,8%). Algumas mulheres fizeram uso de mais de um método para o alívio da dor, em média utilizaram 1,93 métodos (dp = 1,533).O motivo mais relatado para o uso do MNF foi diminuição da intensidade/alívio da dor (71,8 %), sendo que 89,4 % consideram que a prática

				deste método lhes trouxe benefícios. Por fim, o grau de satisfação foi maior ou igual a sete para 79,9% das parturientes.
LEAL, M. C.; BITTENCOURT, S. A.; ESTEVES-PEREIRA, A. P.; AYRES, B. V. S. da S.; SILVA, L. B. R. A. de A.; THOMAZ, E. B. A. F.; LAMY, Z. C.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; TORRES, J. A.; GAMA, S. G. N. da; DOMINGUES, R. M. S. M.; VILELA, M. E. de A **Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos.** 2019	Nascer Brasil – Publico – 19.128 Nascer Brasil – privado 4766 Rede Cegonha 10.675 Nascer Saudável 4.798 puérperas	Estudo comparativo de três estudos transversais	Comparação de três estudos avaliativos, um sobre o Nascer Brasil 2011-12 (NB) – público com a Rede Cegonha 2017 (RC) e o NB-privado com o Nascer saudável 2017 (NS)	Houve redução das taxas de cesarianas anteparto, resultando em aumento das cesarianas intraparto de 50% no setor público (de 8,9% NB para 13,6% RC) e de 136% no privado (de 5,5% NB para 13% NS). Da mesma forma registrou um aumento de 85% da taxa de parto vaginal no setor privado 12,3% NB para 22,8% NS). Quanto às boas práticas recomendadas no manejo do trabalho de parto, houve melhoria de todas elas em todas as regiões. Destaca-se o uso de métodos não farmacológicos para alívio que aumentou no setor público de 29,2% NB para 56,7% RC e no privado de 20% NB para 57,1% NS. A pesquisa NB de 2011-12 mostra uma taxa de uso de MNF de 24,6% enquanto a taxa de uso de MNF em 2017 do RC e NS ficou de 56,9%. Neste estudo a presença de acompanhante durante o trabalho de parto aumentou no serviço público de 46,4% NB para 84,7% RC e no privado de 70,2%NB para 97,9%NS. Da mesma forma registrou um aumento na oferta de alimentação durante o trabalho de parto no setor público de 28,1% NB para 47,6% RC) e no privado de 14,5% NB para 61,1% NS).
CAVALCANTI, A. C. V.; HENRIQUE, A. J.; BRASIL, C. M.; GABRIELLONI, M. C.; BARBIERI, M.	128 parturientes em três grupos de terapias, banho (44) , bola (45) e	Ensaio clínico randomizado e controlado	Avaliar o efeito do banho quente de chuveiro e exercício perineal com bola suíça	As participantes apresentaram dilatação cervical semelhantes ao entrarem na pesquisa (5cm), aumentando em todos os grupos após receberem as terapias com diferenças significantes (p<,001) nos 3 grupos de estudo. O grupo das terapias combinadas apresentou a maior diferença na dilatação cervical (6,69 ± 2,02), seguido pelo grupo que utilizou o banho. O tempo decorrido entre a intervenção e o nascimento foi menor no grupo das terapias combinadas, banho e bola, relacionando-se a evolução mais rápida do TP, com duração de 216,85 minutos,

Terapias complementares no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado 2019	combinados (39)		isolados e de forma combinada, sobre a percepção da dor, ansiedade e progressão do trabalho de parto	quando comparado ao grupo que usou as terapias de forma isolada, banho quente (255,05 minutos) e pelo grupo que usou bola suíça (288,41 minutos). Porém, não houve diferença estatisticamente significante. A presença do acompanhante foi constatada em 90% das participantes
LOPES, G. D. C.; GONÇALVES, A. de C.; GOUVEIA, H. G.; ARMELLINI, C. J. **Atenção ao parto e nascimento em hospital universitário: comparação de práticas desenvolvidas após Rede Cegonha** 2019	377 mulheres em 2012 e 586 mulheres em 2016	Estudo transversal com dados de duas coortes realizado no ano de adesão à Rede Cegonha e replicado quatro anos após.	Comparar, após transcorridos quatro anos da implementação da Rede Cegonha, as práticas obstétricas desenvolvidas em um hospital universitário	Verificou-se que, das oito práticas analisadas, cinco mostraram diferença estatisticamente significante entre os anos. Quatro delas evidenciaram aumento no percentual em 2016: presença de acompanhante durante o parto ou cesariana (de 91,0% para 95,7%, aumentando de 5,2%); utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto (de 67,9% para 74,2%); contato pele a pele (de 14,9% para 60,1%); estímulo do profissional à amamentação logo após o nascimento (de 22,1% para 45,0%). No entanto, a liberdade de posição e movimentação durante o TP diminuiu de 53,9% em 2012 para 44,9% em 2016.
CÔRTES, C. T.; OLIVEIRA, S. M. J. V. de; SANTOS, R. C. S.; FRANCISCO, A. A.; RIESCO, M. L. G.; SHIMODA, G. T.	Foram entrevistados 280 puérperas	Estudo de intervenção do tipo antes e depois, conduzido em	Avaliar o impacto da implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao	Entre as 280 entrevistadas a presença de acompanhante foi de 83,6% F1 passando a 93,6% F3. A utilização de MNFs para alívio da dor aumentou significativamente, de 4,7% para 59,6%, com destaque para práticas como deambulação, banho morno e técnicas respiratórias. A presença do acompanhante no trabalho de parto também teve crescimento notável, saltando de 37,3% para 98,2%, e a adoção da posição

Implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal. 2018		maternidade pública, Amapá. Fase 1 – base Fase2 – intervenção educativa Fase 3 - auditoria	parto normal.	verticalizada no período expulsivo subiu de 3,3% para 66,3%. Paralelamente, observou-se redução em procedimentos considerados invasivos ou menos humanizados, como a amniotomia (de 67,5% para 16,9%) e o uso da posição litotômica (de 89,9% para 30,2%).
MONGUILHOTT, J. J. da C.; BRÜGGEMANN, O. M.; FREITAS, P. F.; D'ORSI, E. **Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul** 2018	Foram analisados dados de 2.070 mulheres da região Sul que entraram em trabalho de parto	Análise transversal do estudo longitudinal Nascer no Brasil.	Analisar se a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul do Brasil.	A presença do acompanhante esteve estatisticamente associada à maior oferta de líquidos/alimentos (RP: 1,34), prescrição de dieta (RP: 1,34), uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor (RP: 1,37), amniotomia (RP: 1,10), analgesia peridural ou ráqui (RP: 1,84), adoção de posição não litotômica no parto (RP: 1,77), permanência na mesma sala durante o trabalho de parto, parto e pós-parto (RP: 1,62), contato pele a pele no parto (RP: 1,81) e na cesariana (RP: 2,43), bem como redução da manobra de Kristeller (RP: 0,67), tricotomia (RP: 0,59) e enema (RP: = 0,49).
ANDRADE, L. F. B.; RODRIGUES, Q. P.; SILVA, R. de C. V. **Boas Práticas na atenção obstétrica e sua interface com a**	Realizada em prontuários de 337 mulheres, em	Estudo descritivo retrospectivo, a partir de dados	Analisar as boas práticas adotadas na atenção à mulher e ao recém-nascido,	Identificou-se o uso das seguintes boas práticas: presença de acompanhante (79,2%), * este resultado sobressai quando comparado com a pesquisa NB, no qual 75% das mulheres tiveram algum tipo de acompanhante durante a internação. Com relação aos métodos não farmacológicos para o alívio da dor o resultado do estudo (23,1% das mulheres utilizaram. Os métodos aplicados foram:

humanização da assistência 2017	setembro de 2015	secundários.	em uma maternidade pública baiana, apoiada pela Rede Cegonha	deambulação (16,2%), chuveiro (3%) massagem (2,1%), cavalinho (1,5%) e bola suíça (0,3%). A maioria dos partos (95,3%) foi assistida por médicos. O contato pele a pele foi possibilitado a 51,6% das mulheres. O aleitamento materno ainda na sala de parto 38% das mulheres
BALDISSEROTTO, M. L.; TEMA FILHA, M. M.; GAMA, S. G. N. da **Boas práticas segundo recomendação da OMS para parto e nascimento normais e avaliação das mulheres sobre a assistência recebida: pesquisa nacional "nascer no Brasil", 2011/2012** 2016	Analisou uma subamostra de 4102 mães de baixo risco que tiveram trabalho de parto do inquérito nacional NASCER no BRASIL	Estudo nacional de base populacional	Avaliar a associação entre a adoção de boas práticas, de acordo com as recomendações da OMS para trabalho de parto e parto normais, e a avaliação da assistência recebida pelas mulheres.	Em relação à avaliação dos cuidados durante o pré parto e parto, 37,3% das mulheres avaliaram o atendimento recebido como excelente, 52,1% bom, 7,2% regular e 3,4% pobre ou muito pobre. Somente 23,1% das mulheres teve um acompanhante presente durante o trabalho de parto e parto, e em 90,7% dos casos o acompanhante era de livre escolha das mulheres. Mulheres que não tinham acompanhante presente durante o trabalho de parto e o nascimento tiveram uma probabilidade 3,51 vezes maior (OR = 3,51, IC = 1:11–11:12) de avaliação do atendimento recebido como pobres ou muito pobres. A oferta de alimentação gratuita foi relatada por 34,5% dos participantes, e 45% puderam se movimentar livremente. Prevalência do uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor foi de 37,5%. O contato pele a pele com o recém-nascido 34,1% e amamentação no parto sala 48,6% das mulheres foram relatadas. Além disso, quanto melhor for a opinião de cada mulher com relação a essas práticas, mais favorável era sua avaliação do atendimento recebido.

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro para os devidos fins que, na presente data, fui convidada a participar de um estudo científico denominado "**Evolução da assistência à gestação e ao parto no município de Rio Grande, RS: inquérito perinatal de 2024**", que tem como objetivo conhecer indicadores relacionados ao pré-natal e parto no município de Rio Grande, RS.

Fui informada que este estudo é de responsabilidade do professor **Juraci A. Cesar** da **Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).** Em caso de dúvida, os responsáveis da pesquisa poderão ser contatados por meio do telefones 3237-3846, WhatsApp 9.8124-1560 ou e-mail: juraci.a.cesar@gmail.com. Ainda poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da FURG.

Fui comunicada que:

- Os interesses do estudo são exclusivamente científicos ou acadêmicos;
- Não sou obrigada a participar da pesquisa;
- Mesmo depois de ter aceitado participar, posso desistir quando quiser;
- Se eu me recusar a participar, meu atendimento não será prejudicado;

Riscos e benefícios:

Fui informada de que este estudo não me traz qualquer risco, e que os dados da pesquisa permitirão: 1) monitorar inúmeros indicadores de saúde materno-infantil neste município, 2) mostrar os progressos alcançados, 3) redirecionar ações, 4) estabelecer metas e 4) prover dados para a formação e qualificação de pessoal em nível de graduação e de pós-graduação.

Por fim, se for de meu interesse, serão a mim fornecidos resultados do questionário aplicado, além da garantia de sigilo absoluto quanto as informações por mim prestadas.

Diante disso, concordo em ser entrevistada e procurarei responder adequadamente o questionário.

Este formulário foi lido por mim e a minha assinatura abaixo significa que concordei em participar da pesquisa.

Rio Grande, ____ de _____ de 2024

Assinatura e nome completo da mãe participante	_____
Assinatura e nome completo da entrevistadora	_____

APÊNDICE 3 – QUESTIONÁRIO PERINATAL 2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
FACULDADE DE MEDICINA
PÓS-GRADUAÇAO EM SAÚDE PÚBLICA

BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO	
01. ENTREVISTADORA	Su (1) Alessandra (2) Aline (3) Outro (4)
02. Local de nascimento do RN:	HU/FURG (1) Santa Casa (2) Em casa (domicílio) (3) Hospital de Cardiologia 4) Ambulância SAMU/Bombeiro (5) Outro: (6)
03. Qual o nome completo da Sra.?:_____	
04. Qual a data de nascimento do RN (DD/MM):	__ __/ __ __/2024
05. Que horas ele nasceu?	Horas: __ __ Minutos: __ __
06. Quantos filhos a Sra. teve neste parto? ➔**SE MÚLTIPLOS, PREENCHA SOMENTE O QST DE GÊMEOS PARA OS DEMAIS**	Um (1) Dois (2) Três ou + (3)
07. A Sra. tem Cartão do SUS?	Não (0) Sim e está com ele (1) Sim, mas não trouxe (2)
08. SEXO DO RN	Masculino (1) Feminino (2)
09. PESO AO NASCER (GRAMAS): (CHECAR NO LIVRO DE REGISTRO DA ENFERMAGEM)	__ __ __ __
10. APGAR NO 1º MINUTO:	__ __
11. APGAR NO 5º MINUTO:	__ __
12. USO DE PARTOGRAMA PARA ESTE PARTO:	Não (0) Sim (1) Prontuário não encontrado (9)
13. DATA DA ENTREVISTA:	__ __/ __ __/24
14. HORÁRIO DE INÍCIO DA ENTREVISTA:	Hora:__ __ Min: __ __
BLOCO B – PARTO E SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO	
Eu queria começar conversando sobre o seu parto...	
15. **(VERIFICAR NO REGISTRO SE O RN NASCEU VIVO).** O bebê nasceu vivo?	Sim (1) ➔**[17]** Não (2)
16. **SE NASCEU MORTO:** A morte do bebê aconteceu antes ou durante o trabalho de parto?	Antes do trabalho de parto (1) Durante o trabalho de parto (2)
17. Que nome a Sra. pretende dar para o nenê?	_____

Vou fazer algumas perguntas agora sobre a sua chegada no hospital...			
18. O que a Sra. teve ou sentiu que fez vir para o hospital?	**(0) Não**	**(1) Sim, esp.**	**(2) Sim, ind.**
18a. Sangramento			
18b. Contração/Dor do parto			
18c. Bebê parou de mexer			
18d. Perdeu água/líquido			
18e. Encaminhada pelo médico			
18f. Consulta estava agendada			
18g. Cesárea estava agendada			
18h. Outro:			
19. Quanto tempo levou para a Sra. ser atendida aqui no hospital?	___ ___ horas ___ ___ min		
Exame de admissao hospitalar	**(0) Não**	**(1) Sim, esp.**	**(2) Sim, ind.**
20. Quando o médico ou a enfermeira examinou a Sra. no hospital, estava tudo bem com o seu bebê?			
20a. O médico ou a enfermeira ouviram o coração do bebê batendo dentro da sua barriga?			
20b. Verificaram/Mediram sua pressão?			
20c. Mediram sua barriga?			
20d. Fizeram exame de toque?			
20e. Foi feita raspagem dos pelos pubianos/vagina no hospital?			
20f. Foi feita lavagem intestinal?			
21. Antes de iniciar o trabalho de parto...			
21a. Foi colocado algum remédio por baixo (na vagina)?			
21b. Foi preciso colocar soro?			
21c. Foi preciso romper a bolsa?			
21d. (SE NÃO EM TODAS: ➡P22) SE SIM: Porque foi preciso colocar remédio/soro/romper a bolsa?	**(0) Não**	**(1) Sim, esp.**	**(2) Sim, ind.**
21e. Passou do tempo?			
21f. A pressão estava alta?			
21g. Porque rompeu a bolsa?			
21h. Sangue não combina?			
21i. O nenê estava morto?			
21j. Porque o médico quis?			
21k. Parou o trabalho de parto?			
21l. Por outra razão:			
BLOCO C – TRABALHO DE PARTO			
22. A Sra. entrou em trabalho de parto?	Não (0) **➔[29]** Sim (1)		
23. A Sra. sabe informar quanto tempo ficou em trabalho de parto aqui no hospital até o bebê nascer?	Não (0) Horas: __ __ Min. __ __		
24. Enquanto a Sra. estava em trabalho de parto, o médico ficou de sobreaviso?	Não (0) Sim (1)		
24a. SE SIM: Quanto a Sra. pagou/vai pagar ao médico por isto?	R$: ___ ___ ___ ___, ___ ___		
25. Quando a Sra. estava em trabalho de parto, sentindo as dores, foi colocado soro na veia?	Não (0) Sim (1)		
26. O hospital ofereceu alguns desses cuidados para aliviar a dor?	**(0) Não**	**(1) Sim e usou**	**(2) Sim, mas não usou**
26a. Chuveiro			
26b. Bola			

26c. Massagem			
26d. Banquinho			
27. Durante o trabalho de parto, a Sra. podia...	**(0) Não**	**(1) Sim, e andei**	**(2) Sim, mas não andei**
27a. Andar pelo quarto?			
27b. Andar pelo corredor?			
28. A Sra. teve que ficar em jejum?	Não (0) Sim (1)		
Acompanhamento no parto			
29. Quando a Sra. baixou no hospital para o parto, havia algum familiar/amigo com a Sra.?	Não (0) Sim (1)		
30. Enquanto a Sra. esteve baixada para ter o bebê, algum familiar/amigo ficou com a Sra?	Não (0) Sim (1)		
31. No momento do parto, algum familiar/amigo estava junto com a Sra.?	Não (0) Sim (1)		
32. SE RESPOSTA NEGATIVA NA 29-31: Por quê ninguém acompanhou a Sra.?	**(0) Não**	**(1) Sim, esp.**	**(2) Sim, Ind.**
32a. A maternidade não permitia			
32b. Só permitia maior de idade			
32c. Eu não sabia que podia			
32d. Eu não queria			
32e. Não tinha quem ficasse comigo			
32f. Tinha que pagar para ter acompanhante			
32g. Outro:			
Agora vou fazer algumas perguntas sobre o momento do parto			
33. Quem fez o parto?	Médico (1) Estudante (2) Enfermeira (3) Parteira (4) Outro (5)		
34. Foi feita anestesia nas costas para o parto?	Não (0) Sim (1) Não sabe (2)		
35. Na hora do nascimento, quem atendeu o nenê na sala de parto?	Pediatra (1) Obstetra (2) Anestesista (3) Enfermeira (4) Estudante (5) →**[38]** Outro (6)		
36. O parto foi normal ou cesariana?	Normal/Vaginal (1) Cesariana (2)		
37. SE FOI CESARIANA: A Sra. assinou um termo autorizando a cesariana?	Não (0) → **[42]** Sim (1) → **[42]**		
38. SE FOI NORMAL: A Sra. sabe dizer se foi feito episiotomia, que é um corte embaixo na hora do parto que ajuda o bebê a nascer?	Não, não foi feita **(0)** →**[41]** Sim, foi feita (1)		
39. SE FEZ EPISIO: A Sra. assinou um termo autorizando o corte/episiotomia?	Não (0) Sim (1) Não sabe (2)		
40. A Sra. foi avisada de que este corte poderia ser feito?	Não (0) Sim (1)		
40a. SE SIM: A Sra. sabe dizer se foi feita anestesia para este corte?	Não (0) Sim (1) Não sabe (9)		
41. SE NÃO FEZ EPISIOTOMIA: Foi necessário dar algum ponto?	Não (0) Sim (1) Não sabe(9)		

42. Durante o parto, a Sra. se lembra se foi usado ferro/ferrinho (fórceps) para ajudar o bebê nascer**?**	Não (0) Sim (1)
43. A Sra. já ouviu falar em laqueadura/ligadura tubária?	Não (0) →**[49]** Sim (1)
44. A Sra. sabe para quê serve?	Não (0) Sim, para não term mais fihos (1) Outra resposta (3)
45. A Sra. já fez ou pretende fazer laqueadura/ligadura tubária?	Não fiz e não pretendo fazer (0) Não fiz, mas pretendo fazer (1) Acabei de fazer nesta cesaria (2) Não sei /outra(9)
46. A Sra sabia que agora pode fazer cirugia para laqueadura/ligadura durante a cesariana?	Não, não sabia (0) Sim, sabia (1)
47. A Sra. sabia que agora não precisa mais de autorização do marido para fazer laqueadura/ligadura?	Não, não sabia (0) Sim, sabia (1)
48. Se a Sra. soubesse que pode fazer laqueadura/ligadura durante a cesariana ou que não precisa mais de autorização do marido, a Sra. teria feito essa cirurgia?	Não (0) Sim (1) Talvez (9)
49. A Sra. já ouviu falar em vasectomia?	Não (0) →**[54]** Sim (1)
50. SE SIM: Sabe para quê serve?	Não (0) Sim, para o homem não poder ser pai biológico (1) Outra resposta (2)
51. A vasectomia é uma cirurgia feita no homem que evita a gravidez. A Sra. gostaria que o seu marido fizesse essa cirurgia?	Não (0) Sim (1)
52. Alguma vez a Sra/ e seu marido conversaram sobre este assunto?	Não (0) Sim (1)
53. A Sra. acha que ele gostaria de fazer essa cirurgia?	Não (0) Sim (1) Não sabe (9)

ATENÇÃO! SE O PARTO FOI VAGINAL PULE PARA A [P60]

54. Quando foi decidido que seu parto seria cesariana?	**(0) Não**	**(1) Sim, esp.**	**(2) Sim, ind.**
54a. Durante o pré-natal			
54b. Logo que chegou ao hospital			
54c. Pouco antes de ir ou já na sala de parto			
55. Quem decidiu pela cesariana?			
55a. Ela mesma, a própria mãe			
55b. O médico			
55c. O marido/familiar/outro			

56. Qual foi o motivo para fazer cesariana? **Motivo: __ __**

(01) **Sofrimento fetal** (redução batimentos cardíacos/fez cocô dentro da barriga da mãe);
(02) **Desproporção feto-pélvica** (bacia pequena/nenê muito grande);
(03) **Distócia de apresentação** (o nenê estava sentado/na posição errada);
(04) **Hemorragia materna** (teve sangramento);
(05) **Parada de progressão** (parou o trabalho de parto/pararam as dores);
(06) **Eclâmpsia, pré-eclâmpsia** (pressão alta);
(07) **Pós-maturidade** (passou do tempo);
(08) **Morte fetal** (o nenê nasceu morto);
(09) **Diabete materna** (açúcar no sangue);
(10) **Cesariana de repetição** (já fez outra cesariana antes);
(11) **Laqueadura tubária** (para ligar trompas/ligadura/para fazer desvio);
*(12) **Mãe pediu/quis** (a mãe queria cesariana/a mãe tem agora o direito de escolher tipo de parto);*
*(13) **Médico quis** (médico resolveu na hora que queria fazer cesariana);*
*(14) **Cesariana programada** (cesariana foi marcada previamente durante a gravidez).*

Outro: _____:

57. SE RESPOSTA **12, 13 OU 14, NA P56**, PERGUNTE: Por que **a Sra. pediu/o médico quis/cesariana foi programada**?	**Motivo:**		
58. A Sra. já havia feito alguma outra cesariana?	Não (0) Sim, quantas: ___		
59.			
Gostaria de saber a sua opinião sobre parto normal/vaginal...			
60. A Sra. acha que no parto normal a mulher...	**(0) não**	**(1) sim**	**(9) não sabe**
60a. Tem muito mais dor?			
60b. Tem muito mais sangramento?			
60c. Tem recuperação mais rápida?			
60d. Tem menos dor após o parto?			
60e. Tem mais facilidade em cuidar do bebê?			
60f. Pode ficar "diferente" para ter relaçao sexual?			
60g. Tem maior risco de morrer no parto?			
61. **A Sra. acha que o parto normal é bom...**	**Para a mãe (1)** **Para o bebê (2)** **Para a mãe e o bebê (3)** **Para nenhum dos dois (4)**		
62. **A Sra. acha que a cesariana é bom para quem para...**	**Para a mãe (1)** **Para o bebê (2)** **Para a mãe e o bebê (3)** **Para nenhum dos dois (4)** **Para o médico (5)**		
63. A Sra. acha que a maioria dos médicos prefere fazer cesariana, parto normal ou tanto faz?	Cesariana (1) Parto normal (2) Tanto faz (3) →**[65]**		
64. Por quê ele prefere este tipo de parto?	É mais rápido (1) É mais seguro/Tem menos risco (2) Tem menos stress/sofrimento (3) É natural/fisiológico (4) Tem menos complicações (5) É melhor para saude mãe/bebê (6) Outro (7)		
65. A Sra. acha que a mulher tem direito de escolher o tipo de parto quando baixa...		**(0) não**	**(1) sim**
65a. Pelo SUS?			
65b. Pelo convênio?			
65c. Ou somente quando o médico é particular?			
Agora, eu gostaria de saber sobre o seu bebê... (SE ABORTO →[68])			
66. <CRIANÇA> precisou ficar no berçário ou na UTI?	Não **(0) → [68]** Sim, na UTI (1) Sim, no berçário (2) Sim, no alojamento (3)		
67. SE SIM: Qual o problema de saúde que <CRIANÇA> tem ou teve?	P1: _____ P2: _____		
Agora vamos falar sobre o tratamento dado à Sra. desde que chegou neste hospital até agora			
68. Desde que chegou ao hospital, em algum momento, a Sra. se sentiu maltratada ou desrespeitada?	Não (0) Sim (1)		
69. Algum profissional gritou ou xingou a Sra., fazendo com que se sentisse ameaçada ou humilhada?	Não (0) Sim (1)		

70. Algum profissional debochou ou fez alguma piada da Sra.?	Não (0) Sim (1)
71. Algum profissional repreendeu a Sra. por chorar ou gritar de dor, emoção ou ansiedade durante o trabalho de parto ou parto?	Não (0) Sim (1)
Agora vamos conversar um pouco sobre amamentação e uso de bico e mamadeira	
DL72. Com quantas horas de vida a Sra. pegou/tocou no bebê?	Não pegou ainda (0) →**[78]** Hora: __ __ Minuto: __ __ **(00=< de 1h)**
DL73. Ainda na sala de parto, a pele do bebê ficou em contato direto com a sua em seu colo? (bebê nu/coberto com lençol)	Não (0) →**[74]** Sim (1)
DL73a. **SE SIM:** Com quantas horas de vida? __ __ horas **(00=< de 1 h)** E por quanto tempo __ __ min	Sim, horas de vida: __ __ Quanto tempo (min): __ __
DL74. **SE NÃO:** Logo depois que o bebê nasceu, a Sra. precisou ficar separada dele por algum motivo?	Problemas mãe (1) Problemas bebê (2) Banho por HIV.HTLV/COVID) (3) Não Sabe/Outro (4)
DL75. A Sra. pretende amamentar seu filho no peito?	Não (0) →**[79]** Sim, até que idade (meses)? __ __ (77=enquanto quiser; 78=enquanto tiver leite)
DL76. A Sra. já colocou o bebê no peito?	Não (0) →**[78]** Sim (1)
DL77. Com quantas horas de vida a Sra. colocou o bebê no peito?	(00=<1 h)__ __ **(00=< de 1h)**
DL78. Por que o bebê não foi colocado no peito?	Mãe HIV positivo (1) Bebê foi para a UTI (2) Outro (3)
79. A Sra. ou alguém que veio visitar <CRIANÇA> trouxe bico/chupeta aqui para o hospital?	Não (0) →**[81]** Sim (1)
80. SE SIM: Quem trouxe bico/chupeta para a <CRIANÇA> aqui no hospital?	A própria mãe (1) O pai do RN (2) A avó materna (3) Avó paterna (4) Outra pessoa (5)
81. A Sra. pretende dar bico ou chupeta para o <CRIANÇA>?	Não (0) Sim (1)
DL82. Até que idade a Sra. acha que o bebê deveria mamar somente no peito sem receber chás, água, suco ou qualquer outro tipo de alimento?	Dias: __ __ Meses: __ __
83. **Desde que nasceu, seu filho já recebeu...**	
83a. Chá, água ou glicose (açúcar)?	**Não (0)** **Sim (1)**
83b. SE SIM: Com quantas horas de vida recebeu chás, água ou glicose?	**___ horas** **Se menos de 1 hora (00)**
83c. Bico ou chupeta?	**Não (0)** **Sim (1)**
83d. SE SIM: Com quantas horas de vida recebeu bico ou chupeta?	**___ horas** **Se menos de 1 hora**
83e. Mamadeira de leite?	**Não (0)** **Sim (1)**
83f. SE SIM: Com quantas horas de vida recebeu mamadeira?	**___ horas** **Se menos de 1 hora**
DL84. SE A MAE NÃO INICIOU DAR DE MAMAR, PULE PARA A [89] Como está a pega do bebê no seio?	Muito sonolento, não sustenta a pega (1) Tentativas repetidas para sugar, segura o mamilo na boca mas precisa estímulo (2) Agarra a mama, suga com ritmo, língua abaixada, lábios curvados para fora (3)

DL85. Escuta seu bebê engolir/deglutir:		Não (0) Um pouco, com estímulo (1) Sim, de forma espontânea (2)
DL86. E seu tipo de bico do seio/mamilo:		Invertido/pra dentro (1) Plano (2) Pra fora/protuso (3)
DL87. E seu conforto na mama/mamilo:		Com fissura, sangrando, mamilo machucado desconforto severo (0) Cheia, avermelhada, desconforto suave a moderado (1) Macias, não dolorosas (2)
DL88. Precisa de ajuda para segurar o bebê no colo:		Ajuda completa, equipe segura bebê na mama (0) Ajuda mínima, equipe segura o bebê e depois a mãe assume, ex: ajuda com travesseiro ou cabeceira(1) Sem ajuda da equipe, mãe capaz de segurar e posicionar o bebê (2)
DL89. A partir de que idade a Sra acha que o bebê deveria receber outro tipo de alimento?		Dias: __ __ Meses: __ __
Eu quero conversar agora sobre a posição mais segura para o bebê dormir...		
CH90. **Como a senhora acha que o bebê deve dormir?**		**De barriga pra baixo (1)** **De barriga pra cima (2)** **De ladinho (3)** **Outra (4)** **Não sabe (5)**
CH91. Porquê?		Para não se engasgar/afogar (1) Proporcionar maior conforto (2) Orientação do profissional saúde (3) Experiência prévia positiva (4) Campanha nacional (5) Orientação da avó materna (6) Outro (7)
CH92. Com quem a Sra. aprendeu sobre colocar o bebê para dormir nesta posição?		Mãe (avó do RN) (1) Ninguém/Por conta própria (2) Médico/Enfermeira (3) Campanha da Pastoral da Criança (4) Outros (5)
CH93. SE NÃO DORME "DE BARRIGA PRA CIMA": A Sra. aceitaria colocar o seu filho para dormir de barriga para cima?		Não (0) Sim (1) →**[95]** Com certeza (2) Talvez (3)
CH94. SE NÃO: Por que motivo a Sra. não aceitaria colocar o seu filho para dormir de barriga para cima?		Para não se engasgar/afogar (1) Proporcionar maior conforto (2) Experiência prévia positiva (3) Orientação da avó materna (4) Outro (5)
CH95. Durante alguma das consultas de pré-natal a Sra. recebeu orientação sobre a posição mais segura para o bebê dormir para evitar a morte súbita?		Não(0)→**98** Sim (1) Não sabe/Não lembra (9)
CH96. SEM SIM: Qual foi a posição que ele(a) orientou?		**De barriga pra baixo (1)** **De barriga pra cima (2)** **De ladinho (3)** **Outra (4)**
CH97. Quem indicou/orientou esta posição?	**(0) Não**	**(1) Sim**
CH97a. Médico		
CH97b. Enfermeira		
CH97c. Nutricionista		
CH97d. Outro profissional da saúde		

CH98. Se o médico ou a enfermeira dissessem para Sra. que a posição mais segura para o bebê dormir é de barriga para cima, a Sra. acreditaria?	Não (0) Sim (1) Talvez/depende (2) Não sabe (9)
CH99. E se a avó dissesse que a posição mais segura para o bebê dormir é de barriga para cima, a Sra. acreditaria?	Não (0) Sim (1) Talvez (2) Não sabe (9)
CH100. A Sra. acredita que colocar o bebê para dormir de barriga para cima pode salvar a vida dele?	Não (0) Sim (1) Talvez (2) Não sabe (9)
CH101. A Sra. pretende colocar <CRIANÇA> para dormir de barriga para cima?	Não (0) Sim (1) Talvez (2) Não sabe (9)
102. Onde a Sra. pretende colocar seu bebê para dormir?	**Berço ou em cama separada, mas no mesmo quarto(0)** **Na mesma cama junto com os pais: (1)** **Berço/cama separada e em outro cômodo: (2)** **Na mesma cama que a mãe dorme/junto da mãe: (3)** **Na mesma cama junto com o irmão/outra criança: (4)**

BLOCO D – PRÉ-NATAL E DOENÇAS NA GESTAÇÃO	
Agora vamos conversar sobre sua gravidez	
103. Qual foi a data da sua última menstruação?	Dia: __ __ Mês: __ __ Ano: __ __ **(Não lembra=11→P105)**
104. A Sra. tem certeza desta data?	Não (0) Sim (1) Mais ou menos (3)
105. A Sra. planejou ter esse filho ou engravidou sem querer?	Planejou (1) Sem querer (2) Mais ou menos (3)
106IM. Pouco antes de engravidar, quantos quilos a Sra. pesava?	Kg: __ __ __ __, __
107. A Sra. fez alguma consulta de pré-natal durante esta gravidez?	Não (1) →**[125]** Sim (2)
108. Onde a Sra. fez a maioria das consultas de pré-natal? **SE NÃO FOI EM POSTO DE SAÚDE [P114]**	Posto de saúde (1) Ambulatório do HU (2) Ambulatório público (3) Convênio (4) →**[110]** Médico particular (5) →**[114]** Outro (6)
109. **SE FOI EM POSTO DE SAÚDE**: Em qual posto de saúde a senhora fez a maioria dessas consultas?	UBS:_____
110. **SE FOI EM CONVÊNIO**: Qual era o seu convênio em que fez a maioria das consultas)?	Unimed (1) IPE (2) Bradesco (3) Cassi (4) Clinicas privadas locais (ex. Descont Saude) (5) Outros planos de saude (6)

111. Nestas consultas de pré-natal a Sra. foi atendida:	**(0) Não**	**(1) Sim**	**(9) Não sabe**
111a. Somente por médico?			
111b. Somente por enfermeira?			
111c. Por médico e por enfermeira?			

112. Durante o pré-natal, a Sra. foi atendida sempre pelo mesmo médico?	Não, por mais de um (0) Sim, sempre pelo mesmo (1)
113. Durante o pré-natal, a Sra. foi atendida sempre pela mesma enfermeira?	Não, por mais de uma (0) Sim, sempre pela mesma (1)
114. Quantas consultas de pré-natal a Sra. fez?	Consultas:___ ___
115. Em que mês da gravidez a Sra. fez a 1ª. consulta de pré-natal?	Mês: ___
116. A Sra. fez exames de sangue durante esta gravidez?	Não (0)→**[119]** Sim, quantos: ___
117. Nesta coleta de sangue a Sra se lembra se foi feito teste para HIV, que é aquele que demora para vir o resultado?	Não (0) Sim, quantos? ___
118. E teste para sífilis, que também demora, a Sra. se lembra se fez?	Não (0) Sim, quantos? ___
119. E teste rápido para HIV, aquele que sai o resultado na hora, a Sra. lembra se fez?	Não (0) Sim, quantos? ___
120. E teste rápido para sífilis, a Sra. lembra se fez?	Não (0) →**[124]** Sim, quantos? ___
121. Algum destes testes para sífilis deu positivo?	Não (0) Sim (1)
121a. **SE SIM:** A Sra. chegou a fazer tratamento para sífilis?	Não (0) Sim (1)
121b. **SE SIM:** A Sra. concluiu o tratamento?	Não (0) Sim (1)
122. Depois do tratamento, a Sra. fez algum exame para saber se estava curada da sífilis?	Não (0) Sim (1)
123. O seu companheiro também fez tratamento para sífilis?	Não fez (0) Sim, fez (1) Não tenho companheiro (8)
124. A Sra. fez algum exame de ultrassom durante a gravidez?	Não (0) Sim, quantos? ___
124a. **SE SIM:** Com quantas semanas (ou meses) de gravidez a Sra. estava quando fez o primeiro ultrassom?	Meses:___ Semanas: ___
Agora vamos falar sobre o teste para HPV	
125. A Sra. já ouviu falar na vacina do HPV?	**Não (0)→[127]** Sim (1) Não lembra (9)
126. A Sra. sabe para que serve esta vacina?	Não (0) Sim (1) Não lembra (9)
126a. SE SIM: A Sra. poderia me dizer para que serve essa vacina?	Previne câncer (1) Outra resposta (2) Não sabe (9)
127. Alguma vez a Sra. já fez esta vacina do HPV?	Não (0) Sim, quantas vezes? ___ **Não sabe (9)→[132]**
127a. SEM SIM: Faz quanto tempo que a Sra. fez a última vacina do HPV?	Anos: ___ Meses: ___
127b. SE NÃO FEZ: Por que motivo a Sra. não fez a vacina do HPV	Não sabia que precisava fazer (1) Não tinha a idade mínima para (2) Não havia vacina nos serviço de saúde (3) Outro (4)

Agora vamos falar sobre prevenção do câncer de cólo de útero			
128. Durante esta gravidez a Sra. fez exame para prevenir câncer no útero/Papanicolaou/CP?			**Não (0)→[131]** Sim (1) Não sabe/lembra (9)
128a. **SE SIM:** Este exame deu alterado?			Não (0) Sim (1) Não sabe (9)
129. SE SIM: O que o medico pediu que a Sra. fizesse?	**(0) Não**	**(1) Sim, esp.**	**(2) Sim, ind.**
129a. Repetisse o exame dentro de seis meses?			
129b. Tratasse com comprimido, creme, etc.?			
129c. Solicitou biópsia?			
129d. Encaminhou para o medico especialista?			
130. **SE REALIZOU BIÓPSIA:** A Sra ficou sabendo do resultado da biópsia?			Não (0) Sim (1)
130a. **SE SIM:** A Sra. se lembra qual foi o resultado desta biópsia?			NIC1 (1) NIC2 (2) NIC3 (3) Câncer (4) Outro (5)
131. SE NÃO FEZ PAPANICOLAU/CP: Porque a Sra. não fez este exame durante a gravidez? Porque...			**Estava com exame em dia (1)** **Não sabia que tinha que fazer (2)** **Sentiu medo/vergonha (3)** **Médico disse que não precisava (4)**
132. Antes desta gravidez, alguma vez a Sra. fez este exame para prevenir câncer no útero/colo do útero?			Não, nunca fez (0) Sim (1) Não lembra (9)
132a. SE SIM: Faz quanto tempo que a Sra. fez o último exame?			Anos ___ ___ Meses ___ ___
133. Durante as consultas de pré- natal o médico ou a enfermeira alguma vez...	**(0) Não**	**(1) Sim**	**(9) IGN**
133a. Perguntou a data da sua última menstruação?			
133b. Verificou o seu peso?			
133c. Mediu a sua barriga (altura uterina)?			
133d. Ouviu o coração do bebê?			
133e. Mediu sua pressão?			
133f. Examinou suas mamas?			
133g. Fez exame ginecológico/de toque?			
133h. Receitou remédio para anemia (sulfato ferroso)?			
133i. Receitou vitaminas?			
DL133j. Orientou sobre amamentação?			
133l. Orientou sobre sífilis?			
133m. Perguntou se estava usando algum remédio?			
133n. Orientou sobre uso de remédios?			
133o. Perguntou se a senhora fumava?			
CH133p. Orientou sobre a posição do bebê dormir?			
133q. Orientou sobre exercícios físicos/caminhadas?			
IM133r. Orientou sobre ganho de peso durante a gestação?			
IM133s SE SIM: Quantos quilos disseram que a Sra. deveria ganhar?			Quilos: ___ ___ Não lembra: (99)
134. Durante o pré-natal, a Sra. tomou/recebeu vacina contra o tétano?			**Não (0)→[135]** Sim (1) Já estava vacinada (2) Não sabe (9)
134a. **SE SIM**: Quantas doses de vacina contra tétano a ra.tomou?			(7=reforço; 9=IGN) doses: ___

IM135. Quantos quilos a Sra. pesava na primeira consulta desta gravidez?	Kg: ___ ___ ___ ___
IM136. Quantos quilos a Sra. pesou agora no final desta gravidez?	Kg: ___ ___ ___ ___
Agora vamos conversar sobre ácido fólico (ou folato)	
137. A Sra. já ouviu falar em ácido fólico?	**Não (0)→[140]** Sim (1)
137a: SE SIM: A Sra. sabe que tipo de doença ele previne?	Não (0) Sim, doenças/defeitos do tubo neural (1) Outra (2)
138. A Sra. tomou ácido fólico durante esta gestação?	Não (0) Sim (1)
139. SE SIM: Em que mês da gravidez a Sra... **139a. Começou a tomar acido folico? ___ mês (99=IGN)** **139b. Parou de tomar acido folico? ___ mês (99=IGN)**	Mês que iniciou: ___ Mês que parou: ___ Se ainda toma: 77
Agora vamos conversar sobre sulfato ferroso	
140. A Sra. já ouviu falar em sulfato ferroso?	**Não (0)→[143]** Sim (1)
140a: SE SIM: A Sra. sabe que tipo de doença ele previne?	Não (0) Sim, anemia (1) Outra (2) Não sabe (9)
141. A Sra. tomou sulfato ferroso **durante** esta gestação?	Não (0) Sim (1)
141a. SE SIM: Em que mês da gravidez a Sra... **141b. Começou a tomar sulfato ferroso? ___ mês (99=IGN)** **141c. Parou de tomar sulfato ferroso? ___ mês (99=IGN)**	Mês que iniciou: ___ Mês que parou: ___ Se ainda toma: 77
142. A Sra. utilizou algum tipo de vitamina no lugar do sulfato ferroso nesta gestação?	Não (0) Sim (1)
142a. SE SIM: Qual o nome desta vitamina?	
143. SE SIM: Em que mês da gravidez a Sra... **143a. Começou a tomar esta vitamina? ___ mês (99=IGN)** **143b. Parou de tomar esta vitamina? ___ mês (99=IGN)**	Mês que iniciou: ___ Mês que parou: ___ Se ainda toma: 77
Agora vamos falar sobre doenças e nesta gestação	
144. Durante esta gestação, a Sra. teve pressão alta?	**Não (0)→[146]** Sim (1)
144a. SE SIM: Chegou a tratar?	Não (0) Sim (1)
145. A Sra. já tinha pressão alta antes desta gravidez?	Não (0) Sim, mas não tratava (1) Sim, e tratava (2) Não sabe (9)
146. Durante esta gestação, a Sra. teve diabetes?	**Não (0) →[148]** Sim (1)
146a. SE SIM: Chegou a tratar?	Não (0) Sim (1)
147. A Sra. já tinha diabetes antes desta gravidez?	Não (0) Sim, mas não tratava (1) Sim, e tratava (2) Não sabe (9)
148. Durante esta gestação, a Sra. teve depressão?	**Não (0) →[150]** Sim (1)
148a. SE SIM: Chegou a tratar?	Não (0) Sim (1)

149. A Sra. já tinha depressão antes desta gravidez?			Não (0) Sim, mas não tratava (1) Sim, e tratava (2) Não sabe (9)
150. Durante esta gestação, a Sra. teve anemia?			**Não (0) →[153]** Sim (1)
150a. SE SIM: Chegou a tratar?			Não (0) Sim (1)
151. A Sra. já tinha anemia antes desta gravidez?			Não (0) Sim, mas não tratava (1) Sim, e tratava (2) Não sabe (9)
152. A Sra. teve algum sangramento nos últimos três meses <DESDE> pra cá?			Não (0) Sim (1)
153. A Sra. teve corrimento vaginal nesta última gravidez			Não (0) →**[154]** Sim (1)
153a. **SE SIM:** Tinha mal cheiro?			Não (0) Sim , sempre(1) Sim, as vezes (2) Não sabe (9)
153b. SE SIM: Esse corrimento a Sra tinha...			**Sempre (1)** **De vez em quando/As vezes (2)**
154. Durante esta gestação a Sra. alguma vez perdeu urina sem querer?			**Não (0)→[161]** Sim (1)
155. Nos últimos três meses da gravidez, a Sra. alguma vez perdeu urina sem querer?			Não (0) Sim (1)
155a. SE SIM: Em que mês de gravidez começou essa perda de urina			Mês: ___
156. Agora eu gostaria de saber se a senhora perde urina...	**(0) Não**	**(1) Sim**	
156a. Antes de chegar ao banheiro?			
156b. Quando dorme?			
156c. Quando tosse ou espirra?			
156d. Quando faz força?			
156e. Quando faz exercício físico?			
156f. O tempo todo?			
157. A Sra. contou para o seu médico sobre essa perda de urina sem querer?			Não (0) →**[161]** Sim (1)
158. A Sra. recebeu alguma orientação sobre como lidar com este problema?			Não (0) Sim (1)
159. SE SIM: O que o médico lhe recomendou?	**(0) Não**	**(1) Sim, esp.**	**(2) Sim, ind.**
159a. Usar produtos de proteção e fazer sempre higiene pessoal?			
159b.Urinar mais vezes, tomar menos liquido?			
159c. Receitou algum tipo de medicamento?			
159d. Fazer fisioterapia?			
159e. Fazer algum tipo de exercício?			
160. Alguma vez a Sra. faltou ao trabalho ou deixou de fazer a lida da casa por causa deste problema de perda de urina?			Não (0) Sim (1)
Eu quero agora conversar sobre infecao urinária djrante este gestação...			
161. Durante esta gestação de <CRIANCA> a Sra...	**(0) Não**	**(1) Sim**	**(9) IGN**
161a. Teve dor para urinar?			
161b. Teve sangue na urina?			
161c. A urina estava escura?			
161d. Tinha pus na urina?			
161e. A urina estava com mau cheiro?			
161f. Tinha ardência para urinar			

161g. Depois de urinar, ficava com vontade de urinar mais ainda?			
161h. A Sra. tinha febre?			
161i. SE SIM: Mediu com termômetro?	Não (0) Sim (1)		
162. Durante esta gestação a Sra. fez exame para saber se tinha infecção urinária?	Não (0)→**[164]** Sim (1)		
162a. Quantos exames de urina a senhora fez? ___	Exames: ___ ___ (99=IGN; 88=NSA)		
163. **SE SIM:** Algum destes exames deu positivo, ou seja, deu que a Sra. tinha infeção urinária?	Não (0) Sim, quantos: ___		
163a. **SE SIM**: Em alguma dessas vezes o médico receitou antibiótico para tratar esta infecção?	Não (0) Sim, quantas vezes: ___		
163b. Durante quantos dias a Sra. tomou esse medicamento/antibiótico?	Dias: ___ ___		
Eu queria agora conversar sobre asma...			
NF164. A Sra. tem ou já teve asma?	Não (0)→**[170]** Sim (1)		
NF164a. SE SIM: Chegou a fazer tratamento?	**Não (0)** **Sim, com medicamento (1)** **Sim, com exercícios (2)** **Sim, com medicamento + exercício (3)**		
NF165. A Sra. acha que teve asma nesta gravidez?	Não (0)→**169** Sim (1)		
NF165a. SE SIM: A Sra. tinha tosse?	Não (0) Sim (1)		
NF165. E chiado no peito, a Sra tinha?	Não (0) Sim (1)		
NF166. O seu nariz ficou entupido, correndo/ecorrendo?	Não (0) Sim (1)		
NF167. E azia, a Sra. tinha?	Não (0) Sim (1)		
NF168. Durante esta gravidez, alguma vez, a Sra. teve de usar bombinha?	**Não (0)** **Sim, e melhorou (1)** **Sim, mas não fez diferença (2)**		
169. Durante esta gravidez a Sra. precisou ser internada?	Não (0) →**171** Sim, quantas vezes? ___		
170. SE SIM: Porque motivo/doença a Sra. foi intenada?	Asma (1) Motivo 1: _____ Motivo 2: _____		
171. A Sra. usou algum remédio durante a gravidez?	Não (0) Sim (1)		
171a. SE SIM: Algum destes remédios a Sra. conseguiu na farmácia popular?	**Não, nenhum (0)** **Não, eu comprei, mas sei que tinha na FP (1)** **Sim, alguns (2)** **Sim, a maioria (3)** **Sim, todos (4)**		
Agora, vamos conversar sobre parto prematuro			
172. Nesta gravidez a Sra. tomou injeção de corticóide para amadurecer o pulmão de <CRIANÇA>?	Não, nenhuma (0) Sim, quantas doses? ___		
173. A Sra. tomou algum medicamento para o bebê **não** nascer antes da hora?	Não (0) Sim (1) Não sabe (9)		

O assunto agora é vacina da gripe				
174. Durante esta gestação a Sra. tomou vacina contra a gripe?	Não (0)→**[177]** Sim (1) Não sabe (9)→ **[177]**			
174a. SE SIM: A Sra. tomou essa vacina no...	**Posto de saúde (1)** **Ambulatório (HU/SC/PAN) (2)** **Consultório/clínica particular (3)** **Outro (4)**			
175. A Sra. teve que pagar por essa vacina? **(arredondar centavos para a unidade)**	Não (0) Sim, quanto? R$ __ __ __			
176. Com quantos meses de gravidez a Sra. estava quanto tomou a vacina?	Meses: ___			
O assunto agora é vacina da COVID-19				
177. A Sra. Tomou vacina para/contra COVID-19?	Não (0) Sim (1)			
177a. SE SIM: Quantas doses a Sra. Tomou?	Doses: ___			
177b. A Sra. teve alguma reação/efeito colateral da vacina?	Não (0) Sim (1)			
178. SE SIM:	**(1) Sim, esp.**	**(2) Sim, ind.**	**(9) IGN**	**(8) NSA**
178a. Febre				
178b. Dor de cabeça				
178c. Cansaço				
178d. Dor na barriga/estômago				
178e. Diarreia				
178f. Palpitação				
178g. Tremedeira				
178h. Sonolência				
178i. Mal-estar geral				
178j. Outro:				
178l. A Sra. acha que continuou tendo esses sintomas por causa da vacina até hoje?	Não, nenhum deles (0) Sim, alguns deles (1) Sim, a maioria deles (2) Sim, todos eles (3) Não sabe (9)			
179. SE NÃO TOMOU A VACINA: Por quê a Sra. não tomou a vacina?	**Não era obrigado a tomar (1)** **Não acreditava na vacina (2)** **Por medo de fazer mal (3)** **Medo de virar jacaré (4)** **O Presidente Bolsonaro dizia que não era para tomar (5)** **Igreja/Pastor dizia que não era para tomar (6)** **Outra: _____ (7)**			
180. Onde obteve essas informações que convenceu a Sra. para não tomar a vacina do COVID?	**WhatsApp (1)** **Internet (2)** **Familiar (3)** **Amiga/Vizinha (4)** **Na igreja durante o culto (5)** **Outra: _____ (6)**			
Vamos falar agora sobre dor nas costas				
181. Nos últimos 12 meses <DESDE MÊS DO ANO PASSADO PRA CÁ> a Sra. teve dor nas costas?	Não (0)→**[185]** Sim (1)			
181a. SE SIM: A Sra. sentia essa dor sempre ou de vez em quando aliviava?	**Tinha dor sempre (0)** **De vez em quando aliviava (1)**			

182. A Sra. teve que faltar ao trabalho ou deixar de fazer as lidas da casa por causa desta dor?	Não (0) Sim, quantas vezes? ___ ___		
183. Em que mês da gravidez estas dores começaram?	Mês: ___		
184. Em uma escala de 0 a 10, de quanto era a sua dor, considerando que "0" significa não ter dor (ausência de dor) e 10 significa dor muito forte	0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 6 | 7 | 8 | 9 | 10		
Agora vamos falar sobre dentista			
185. A Sra. já foi ao dentista alguma vez?	Não (0)→**[189]** Sim (1)		
186. SE SIM: Faz quanto tempo? [00=menos de 1 mês/1 ano/99=IGN].	Mês: __ __ Ano: __ __		
187: SE SIM: A Sra. foi ao dentista durante esta gravidez?	Não (0) Sim (1)		
188. SE SIM: Por que motivo a Sra. foi ao dentista? A Sra....	**(0) Não**	**(1) Sim, esp.**	**(2) Sim, ind.**
188a. Estava com dor de dente?			
188b. Tinha sangramento na gengiva			
188c. Estava com infecção na gengiva?			
188d. A Sra. tinha restauração para fazerr?			
188e. Tinha dente para extrair?			
188f. Tinha revisão para fazer?			
188g. Foi encaminhada pelo médico			
188h. Outro: _____			
Queria saber agora sobre a realização de alguma cirurgia			
189. A Sra. já foi operada alguma vez?	Não (0)→**[191]** Sim, quantas vezes? ___		
189a: SE SIM: Alguma dessas cirurgias foi na barriga (abdome)?	Não (00) Sim, estômago (01) Sim, intestino (02) Sim, vesícula (03) Sim, hérnia (04) Sim, útero (06) Sim, ovário (07) Sim, trompas (08) Sim, outro (09)		
190. Esta cirugia foi feita nesta gestação?	Não (0) →**[191]** Sim (1)		
190a. SE SIM: Com quantas semanas de gestação estava?	Semanas: ___ ___		
190b. Essa cirurgia complicou?	Não (0) Sim (1)		
190c. SE SIM: precisou operar novamente ou só tomou remédio, fez repouso e dieta?	Não precisou abrir novamente (0) Foi preciso operar novamente (1)		
BLOCO E – COVID_19			
Agora vamos conversar sobre o COVID...			
191. Quando a Sra. ouve falar na Epidemia do Covid-19, qual é a primeira palavra que lhe vem à mente?	_____		
192. A Sra. tem ou teve Covid-19?	Não (0)→**[203]** Sim (1) IGN (9)		
	___		

192a. SE SIM: Quantas vezes?				
193. Como a Sra. ficou sabendo que teve Covid-19 na **PRIMEIRA** vez? Outro _____	Diagnóstico por médico (1) Diagnóstico outro profissional saúde (2) Diagnóstico próprio (3) Outro (ex: diagnostico da farmácia) (4)			
194. Quando foi a **PRIMEIRA** vez que teve Covid-19?	__ __ / __ __ / __ __			
195. Nesta **PRIMEIRA** vez que teve Covid-19, a Sra. chegou a fazer algum teste ou exame para confirmar?	Não (0) → **[197]** Sim (1)			
196. Qual teste/exame a Sra. fez nesta PRIMEIRA vez que teve Covid-19?	**Não (0)**	**Sim (1)**	**IGN (9)**	**NSA (8)**
196a. Teste PCR com cotonete (*swab*) na garganta, nariz ou saliva?				
196b. O resultado do teste foi positivo?				
196c. Teste de anticorpos do sangue do dedo ou veia?				
196d. O resultado do teste foi positivo?				
196e. Teste rápido cotonete (*swab*) de farmácia (POCT-PCR)?				
196f. O resultado do teste foi positivo?				
196g. Teste de saliva de farmácia?				
196h. O resultado do teste foi positivo?				
197. Quais foram os sintomas que a Sra. teve?	**Não (0)**	**Sim (1)**	**IGN (9)**	**NSA (8)**
197a. Coriza/nariz escorrendo?				
197b. Dor de cabeça?				
197c. Alteração de olfato?				
197d. Alteração de paladar?				
197e. Febre?				
197f. Tosse?				
197g. Dores no corpo?				
197h. Dor de garganta?				
197i. Diarreia?				
197j. Vômitos?				
197k. Dificuldade para respirar?				
197l. Calafrios?				
197m. Palpitação?				
197n. Não apresentou qualquer sintoma				
197o. Outro:				
198. A Sra. consultou com médico?	Não (0) Sim (1)			
198a. SE SIM: Onde consultou?	**Não (0)**	**Sim (1)**	**IGN (9)**	**NSA (8)**
198b. Consultório médico particular?				
198c. Consultório médico conveniado/plano de saúde?				
198d. Hospital?				
198e. UPA?				
198f. Outros? _____				
199. Onde a Sra. fez tratamento para Covid?	**Não (0)**	**Sim (1)**	**IGN (9)**	**NSA (8)**
199a. Em casa				
199b. No hospital				
200. Que medicamentos a Sra. tomou?	**Não (0)**	**Sim (1)**	**IGN (9)**	**NSA (8)**
200a. Antibiótico?				
200b. Remédio para a febre?				
200c. Cloroquina?				
200d. Ivermectina?				
200e. Outros? _____				
201. Nessa **PRIMEIRA** vez que o a Sra. teve Covid-19, foi preciso hospitalizar?	**Não (0)→[203]** Sim (1)			
201a. SE SIM: Quantos dias a Sra. ficou hospitalizada?				

	Dias:: ___ ___			
201b. Foi preciso ir para a UTI?	Não (0) Sim (1)			
201c. Foi preciso entubar?	Não (0) Sim (1)			
202. A Sra. continua com algum dos sintomas ou sequela da COVID-19? SE SIM: Qual/is?	**Não (0) →209**	**(1) Sim, esp.**	**(2) Sim, ind.**	**IGN (9) NSA (8)**
202a. Esquecimento				
202b. Perda do paladar (sabor/gosto)				
202c. Perda do olfato (cheiro/odor)				
202d. Perda do sono (insônia)				
202e. Palpitação				
202f. Tosse				
202g. Cansaço				
202h. Outro: _____				
203. Desde o início da pandemia, a Sra. teve algum problema de saúde e deixou de procurar atendimento médico?	Não (0)→**[203b]** Sim (1)			
203a. Por qual motivo a Sra. não procurou atendimento médico? Outro motivo: _____	O serviço estava fechado (1) Não tinha dinheiro (2) Horário incompatível (3) Problemas com transporte (4) Medo de contágio (5)			
203b. Desde o início da pandemia, a Sra. deixou de comparecer a alguma consulta médica ou de fazer o exame de rotina? Outro motivo: _____	Não (0)→**204** Sim, para consulta médica (1) Sim, para exame (2) Sim, para consulta médica e exame (3)			
203c. Por qual motivo a Sra. não foi à consulta ou deixou de fazer o exame de rotina? Outro motivo: _____	O serviço estava fechado (1) Não tinha dinheiro (2) Horário incompatível (3) Problemas com transporte (4) Medo de contágio (5)			
Impacto da pandemia na saúde				
204. A Sra. teve alguma consulta ou procedimento médico cancelado por causa da pandemia?	**Não (0)→206** Sim (1)			
205. O que foi cancelado	**Não (0)**	**Sim (1)**	**IGN (9)**	**NSA (8)**
205a. Consulta para problema de saúde já existente				
205b. Pré-Natal				
205c. Cirurgia				
205d. Outro:_____				
206. Durante a pandemia, a Sra. consultou com profissional de saúde de forma remota, via telefone ou vídeo chamada?	**Não (0)→207** Sim (1)			
206a. SE SIM: Onde a Sra. consultou? Outro:_____	Pronto socorro/UPA (1) Posto de saúde/UBS (2) Pronto Socorro privado (3) Clinica particular (4) Clinica de convênio/Plano de saúde (5) Médico particular (6) Outro (7)			
207. Alguma vez o(a) Sr.(a) precisou fazer o teste ou exame para COVID-19 e não conseguiu?	Não (0) Sim (1)			
207a. SE SIM: Quantas vezes a Sra. não conseguiu? ___ vezes	___			
207b. Por qual motivo o(a) Sr.(a) não conseguiu fazer este teste ou exame? Motivo: _____	___			
BLOCO F - VIDA REPRODUTIVA				

Agora vamos conversar sobre os filhos e as vezes que a Sra. já engravidou	
208. Que idade a Sra. tinha quando menstruou pela primeira vez?	menarca: ___ ___
209. Quantas vezes a Sra. já engravidou, contando com esta gravidez? **[Quero que conte todas as gestações, até aquelas que não chegaram ao final. (99=IGN; Se for a primeira gravidez, preencha com 01 e pule para a pergunta → [215]**	Gravidez/es: ___
210. Que idade a Sra. tinha quando engravidou pela primeira vez?	Gesta1: __ __
211. Que idade a Sra. tinha quando teve o primeiro filho?	Primipara: __ __
212. Quantos filhos nascidos vivos a Sra. já teve? **(incluir o que nasceu deste parto)**	Vivos: ___
213. A Sra. teve algum filho que nasceu morto?	Não (0) Natimorto: ___
214. A Sra. já teve/sofreu algum aborto?	Não (0)→**[215]** Sim, quantos? ___
214a: **SE SIM: Foi espontâneo ou provocado?**	Espontâneo: __ Provocado:__
215: **Queria saber a sua opinião sobre a realização de aborto no Brasil. A Sra. é a favor, contra ou não tem opinião ainda?**	**Sou contra em qualquer situação (0)** **Sou contra em algumas situações (1)** **Sou a favor em todas as situações (2)** **Sou a favor em algumas situações (3)** **Não sei, não tenho opinião ainda (4)**
216. A Sra. sabia que agora a mulher pode escolher o tipo de parto, ou seja, se quer ter o filho por parto normal ou por cesariana?	Não (0) Sim (1)
216a. SE SIM: Como ficou sabendo?	
216b. SE NÃO: Se soubesse disso, a Sra. teria mudado o seu tipo de parto nesta gestação?	Não (0) Sim (1)
Vamos falar agora sobre método para evitar a gravidez	
217. Quando engravidou, a Sra. estava usando algum método para evitar filho?	Não (0) Sim, pílula (1) Sim, injeção (2) Sim, tabelinha (3) Sim, outro (4)
217a. A Sra. já ouviu falar em DIU como método para não engravidar?	Não (0)→**219** Sim (1)
217b. A Sra. alguma vez usou DIU?	Não (0) Sim (1)
217c. Agora, neste parto, foi colocado DIU?	Não (0) Sim (1)
218. SE NÃO COLOCOU: Por que não colocou?	**Medo de engravidar (1)** **Medo de infecção (2)** **Medo de câncer (3)** **Motivo religioso (4)** **Outro (5)**
BLOCO G – CARACTERÍSTICAS DA MÃE E HÁBITOS DE VIDA	
Agora vamos falar um pouco sobre a Sra.	
219. A Sra. é natural de Rio Grande?	Não (0) Sim (1)
220. Há quanto tempo a Sra. mora em Rio Grande?	Anos (77=sempre):___ ___
221. Quantos anos a Sra. tem?	Anos: ___ ___
222. A Sra. vive com marido/companheiro?	Não (0) Sim (1)
223. Quantos marido/companheiro de viver junto a Sra. já teve?	___

[INCLUIR O ATUAL]	
224. A Sra. pratica alguma religião?	Não, não pratico (0) →**224** Sim, mas não pratico (1) Sim e pratico (2) Não tenho religião (3)
224a. SEM SIM: Qual a sua religião?	Católica(1) Evangélica (2) Espírita (3) Candomblé/Umbanda (4) Outra (5)
225. Quantas pessoas moram na sua casa? [**NÃO SE ESQUEÇA DE INCLUIR A PUÉRPERA E O MARIDO/COMPANHEIRO, SE TIVER**]	Total: ___
225a. Filhos?	Não (0) Sim, quantos: ___
225b. Avó materna mora junto?	Não (0) Sim (1)
225c. Outras pessoas?	Não (0) Sim, quantos: ___
226. Até que série a Sra. completou na escola? **[MUITA ATENCAO AQUI. OBSERVAR EQUIVALENCIA ENSINO FUNDAMENTAL/MEDIO]**	Serie: ___ Grau: ___
227. A Sra. completou a faculdade?	Não (0) Sim (1)
228. (OBSERVAR) Cor da pele da mãe:	Branca (1) Parda/Mulata (2) Preta (3)
229. Qual a cor da sua pele?	Branca (1) Parda/Mulata (2) Preta (3) Outra (4)

Gostaria de conversar um pouco sobre como a Sra. tem se sentido ultimamente...

230. Durante as últimas duas semanas, com que frequência a senhora foi incomodada pelos problemas listados a seguir?	**(1) Nenhuma vez**	**(2) Vários dias**	**(3) Mais da metade dos dias**	**(4) Quase todos os dias**
230a. Sentir-se nervosa, ansiosa ou muito tensa				
230b. Não ser capaz de impedir ou controlar as preocupações				
230c. Preocupar-se muito com diversas coisas				
230d. Dificuldade para relaxar				
230e. Ficar tão agitada que se torna difícil ficar sentada				
230f. Ficar facilmente aborrecida ou irritada				
230g. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer				

231. Nas últimas quatro semanas <desde <DIA> do mês passado pra cá>, a Sra. tomou pelo menos uma vez por dia algum desses medicamentos?	**(0) Não**	**(1) Sim**
231a. Fluoxetina		
231b. Rivotril/Clonazepan		
231c. Sertralina		
231d. Diazepan		

Agora vamos falar um pouco sobre alguns hábitos de vida

232. A Sra. fuma ou já fumou?	Não, nunca fumou (0)→**[236]** Já fumou (1) Sim fuma, quantos cigarros/dia? __ __
233. Nos **seis meses** anteriores a esta gravidez a Sra. fumava?	Não (0)→**[235]** Sim (1)
233a. SE SIM: Quantos cigarros a Sra. costumava fumar por dia?	No. de cigarros fumados pré:___ ___

234. A Sra. fumou durante esta gravidez?	Não (0)→**[236]** Sim (1)		
234a. SE SIM: Até os 3 meses de gravidez a Sra fumou?	**Não (0)** **Sim, alguns dias (1)** **Sim, todos os dias (2)**		
234b. SE SIM: Quantos cigarros fumava por dia?	No. cigarros fumados/dia 0-3m:___ ___		
234c. SE SIM: E dos 4 aos 6 meses de gravidez a Sra fumou?	**Não (0)** **Sim, alguns dias (1)** **Sim, todos os dias (2)**		
234d. SE SIM: Quantos cigarros fumava por dia?	No. cigarros fumados/dia 4-6m:___ ___		
234e. E dos 6 aos 9 meses de gravidez a Sra fumou?	**Não (0)** **Sim, alguns dias (1)** **Sim, todos os dias (2)**		
234f. SE SIM: Quantos cigarros fumava por dia?	No. cigarros fumados/dia 7-9m:___ ___		
235. A Sra. costumava tomar bebida de álcool durante a gravidez?	**Não (0)** **Sim, de vez em quando (1)** **Sim, todos os dias (2)**		
236. A Sra. costumava tomar café durante a gravidez?	**Não (0)** **Sim, de vez em quando (1)** **Sim, todos os dias (2)**		
237. A Sra. costumava tomar chimarrão durante a gravidez?	**Não (0)** **Sim, de vez em quando (1)** **Sim, todos os dias (2)**		
238. Durante a gestação a Sra. chegou a usar alguma dessas substancias?	**(0) Não**	**(1) Sim**	**(9) Não lembra**
238a. Maconha?			
238b. Cocaína?			
238c. Crack?			
238d. Alguma outra substancia?			
BLOCO H – CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO, DA MAE, DO PAI E RENDA FAMILIAR			
Agora vamos conversar sobre o seu trabalho durante a gravidez			
239. A Sra. trabalhou durante a gravidez ou fez "somente" as lidas da casa?	**Fez "somente"as lidas da casa (0)→240** **Sim, trabalhou fora ou para fora (1)**		
239a. **SE SIM:** Durante quantos meses na gravidez a Sra. trabalhou?	Meses trabalhados: ___ ___		
239b. Nesse período, quantos dias por semana a Sra. trabalhou?	Dias trabalhados: ___		
239c. Quantas horas por dia a Sra. trabalhava? __ __horas	Horas trabalhdas: ___		
239d. A Sra. trabalhava em pé? Quantas horas por dia?	Sim, total de horas por dia: ___ (00=se não trabalhava em pé)		
239e. A Sra. terá direito a licença maternidade?	Não (0) Sim, de quantos meses: ___		
Agora vamos conversar um pouco sobre o pai de <CRIANÇA> SE NÃO QUISER FALAR DO PAI → 244			
240. Quantos anos tem o pai de <CRIANCA>?	Idade do pai: ___ ___ (88=pai falecido/desconhecido; 99=IGN)		
241. Até que série ele completou na escola? **(ver equivalência/1º E 2º grau/EFM)**	Série: ___ Grau: ___		
242. Ele completou a faculdade?	Não (0) Sim (1)		
243. Ele está trabalhando no momento?	Não (0) Sim (1) Não sabe (9)		

Queria saber agora sobre hospitalização para ter o nenê	
244. A Sra. está hospitalizada pelo SUS, particular ou convênio?	SUS (1) Particular (2) Convênio (3)
245. A Sra. está pagando alguma diferença em dinheiro pelo parto?	Não (0) Sim (1)
246. A Sra. está pagando para o médico obstetra?	**Não (0) →247** **Sim (1)**
246a. SE SIM: Por quê a Sra. está pagando o obstetra?	Porque ele é particular (1) Para ligar as trompas (2) Porque ficou de sobreaviso (3) Outro (4)
247. Durante esta gestação, a senhora teve, em algum momento, de recorrer a justiça para garantir algum tipo de tratamento, beneficio ou cuidado?	Não (0) →**249** Sim, e conseguiu (1) Sim, mas nao conseguiu (2)
247a. SE RECORREU (1 ou 2): Que tratamento, cuidado ou beneficio foi buscado?	Medicamento {1) Exame/teste laboratorial (2) Cirurgia/Procedimento (3) Aparelho/Prótese (4)
Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas a respeito da renda da família	
248. No mês passado, quanto receberam as pessoas da casa? **[ARRENDONDAR PARA DEZENA TODOS OS VALORES REFERENTE A RENDA]** **[APOSENTADORIA DOS PAIS OU DE OUTRA PESSOA DO DOMICILIO ENTRA NESTA PERGUNTA]** **[QUANDO NÃO HOUVER RENDA, COMPLETE COM "0, 00, ETC."** **NUNCA DEIXE EM BRANCO! PODE USAR UM "ZERO GRANDE" PARA TODOS**	R1 (do pai): R$ __ __ .__ __ __ R2 (da mãe): R$ __ __ .__ __ __ R3 (pessoa 3): R$ __ __ .__ __ __ R4 (pessoa 4): R$ __ __ .__ __ __ R5 (pessoa 5): R$ __ __ .__ __ __
249. A família tem outras fontes de renda como aluguel?	Outra renda1: R$ __ __.__ __ __ Outra renda2: R$ __ __.__ __ __
250. A Sra. ou alguém da sua casa recebeu Bolsa Família no mês passado?	Não (0) →**251** Sim (1)
250a. **SEM SIM:** Qual o valor que recebeu do Bolsa Família?	Outra rendaBF1: R$ __ __.__ __ __ Outra rendaBF2: R$ __ __.__ __ __
251. Além disso, receberam mais alguma ajuda?	Não (0) Renda ajuda:R$ __ __, __ __
252. Vocês têm carro?	Não (0) Sim, quantos? ___
253. Vocês têm moto?	Não (0) Sim, quantas? ___

Eu queria saber agora sobre a alimentação na sua casa...			
	DESDE O <DIA> DO <MÊS [90 DIAS ATRÁS]> ATÉ HOJE....	**Não (0)**	**Sim (1)**
EP254a.	...os moradores do seu domicílio tiveram preocupação de que os alimentos acabassem antes de poderem comprar ou ganhar/receber mais alimentos?		
EP254b.	....os alimentos acabarem antes que os moradores do seu domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida?		
EP254c.	....os moradores do seu domicílio ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?		
EP254d.	....os moradores do seu domicílio comeram apenas alguns alimentos que ainda tinham por que o dinheiro acabou?		
	DESDE O <DIA> DO <MÊS [90 DIAS ATRÁS]> ATÉ HOJE....	**Não (0)**	**Sim (1)**
EP254e.	....no seu domicílio a Sra. ou algum morador com 18 anos ou mais de idade deixou de fazer uma refeição porque não havia dinheiro para comprar comida?		

EP254f	....no seu domicílio a Sra. ou algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez comeu menos do que devia porque não havia dinheiro para comprar comida?		
EP254g.	....no seu domicílio a Sra. ou algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez sentiu fome, mas não comeu, por que não havia dinheiro para comprar comida?		
EP254h.	....no seu domicílio a Sra. ou algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, fez apenas uma refeição no dia ou ficou um dia inteiro sem comer porque não havia dinheiro para comprar comida?		

255. E o seu marido/companheiro, ele está trabalhando?	Não, não está trabalhando (0) →**256** Sim (1) NSA (Não tem compenheiro) (8) →**257**
255a. E o seu companheiro, ele também terá direito a licença maternidade?	**Não (0) →257** **Autônomo (77)** **Sim, quantos dias: ___ ___**
256. SE O MARIDO ESTÁ DESEMPREGADO: Ele está procurando emprego?	Não (0) Sim (1)
256a. **SE SIM:** Há quanto tempo ele está procurando emprego?	Ano: __ Meses: __ __
257. Na sua casa trabalha empregada doméstica?	Não (0) Sim (1)
258. Na sua casa trabalha diarista?	Não (0) Sim (1)
259. A Sra. ou seu companheiro tem alguma conta/dívida em atraso?	Não (0) Sim (1)
259a. SE SIM: É conta de água ou luz que está em atraso?	Sim, conta de luz (1) Sim, conta de água (2) Sim, conta de luz e de água (3) Outra (4)
259b. A Sra. está no SPC ou no Serasa?	Nào (0) Sim (1)
259c. O seu marido/companheiro está no SPC ou no Serasa?	Nào (0) Sim (1) NSA (8) IGN (9)

Agora o nosso assunto é doação de órgãos

AD260. A Sra. já ouviu falar de doação de órgãos?	Não (0)→**266** Sim (1)
AD260a. **SE SIM:** Para que serve a doação de órgãos?	Para doar os órgãos de alguém que morreu para outra pessoa (1) Outra resposta (2) Não sabe (9)
AD261. Em relação a doação de órgãos, a Sra. é:	**A favor (1)** **Contra (2) →262** **Não sabe/Não tem opinião formada ainda (3)**
AD261a. SE A FAVOR: Por que a Sra. é a favor?	Porque salva vidas (1) Porque serão inúteis no meu corpo (2) Poque conheço pessoas que receberam órgãos e estão vivas (3) Porque pode ajudar alguém próximo (4) Porque minha religião permite e incentiva (5) Outra resposta: _____
AD261b: SE A FAVOR. A Sra. já registrou ou informou algum familiar que gostaria de doar os seus órgãos?	Sim, já registrei/documentei (1) Sim, já informei a familiar que gostaria de doar (2) Ainda não documentei nem informei familiar (3) Não sabia que precisava documentar/autorizar familiar (4)

AD261c: SE RESPONDEU (3): Por que ainda a Sra. não registrou nem informou algum familiar que gostaria de doar seus órgãos?	**Porque fico com medo (1)** **Por falta de tempo (2)** **Porque esqueci (3)** **Porque meus órgãos tem problemas/doença (4)** **Outra resposta: _____**
AD261d: SE NA AD263 RESPONDEU QUE É CONTRA DOAR: Por qual motivo a Sra. é contra a doação de órgãos?	Por motivo religioso (1) Podem acelerar minha morte para tirar órgãos (2) Porque tenho medo (4) Porque eles podem vender os meus órgãos (5) Não concordo que mexam no meu corpo (6) Não confio na equipe médica (7) Por falta de conhecimento suficiente (8) Pode ser muito demorado isso (9) Medo de que a pessoa ainda esteja viva (10) Nunca pensei nisso (11) Outro motivo: _____
AD262. Se a Sra. tivesse que decidir sobre a doação de órgão de algum familiar, a Sra. seria...	A favor (1) Contra (2) Não sabe/Não tem opinião formada ainda (3)
AD263. A Sra. conhece alguém que doou algum órgão?	Não (0) Sim (1) Não sabe/Não lembra (9)
AD264. E que recebeu algum órgão, a Sra. conhece?	Não (0) Sim (1) Não sabe/Não lembra (9)
AD265. A Sra. acredita/confia que esta lista única de espera para receber órgão é respeitada?	Não (0) Sim (1) Mais ou menos (2) Não sabe (9)
BLOCO I - EXAMES DA MÃE NO PRÉ-NATAL	
Eu gostaria de ver a sua carteira de pré-natal para anotar alguns dados	
266. A Sra. está com a sua carteira de pré-natal aqui no hospital?	**Não (0)→286** Sim (1)
De posse da carteira, copie os seguintes dados:	
267. Data da última menstruação:	__ __/ __ __/ __ __ (11/11/11= Em branco)
268. Data da primeira consulta de pré-natal	__ __/ __ __/ __ __ __ __
269. Data da última consulta pré-natal:	__ __/ __ __/ __ __ __ __
270. Número de consultas de pré-natal realizadas segundo a Carterira da Gestante	Total: ___
Exame físico da mãe enquanto gestante	
271. Número de vezes na gestação em que... **(00=Não fez; 99=IGN)**	Foi pesada: ___ Teve a pressão arterial verificada:___ Teve a altura uterina medida: ___ Batimento cardiofetal avaliado: ___
IM272a. Peso referido como anterior à gravidez:	___ ___ ___, ___ kg
IM272b. Primeiro peso anotado na Carteira	___ ___ ___, ___ kg
IM272c. Data desta primeria pesagem	___ ___/ ___ ___/ ___ ___

IM272d. Último peso anotado na Carteira	___ ___ ___, ___ kg
IM272e. Data desta última pesagem	___ ___/ ___ ___/ ___ ___
273. Número de vezes em que a pressão arterial esteve maior ou igual a 140/90	___

274. Número de vezes na gestação em que realizou... **(00=Não fez; 99=IGN)**	Hemograma (Hematócrito-HCT/Hemoglobina-Hb): ___ Glicemia de jejum (GJ): ___ Exame de urina (EQU ou EAS): ___ Exame de sífilis (VDRL): ___ Anti-HIV: ___ Hepatite B (HBsAg): ___ Hepatite C (anti-HCV): ___ Ultrassonografia pélvica (US): ___
275. Valor da hemoglobina:	Primeira: ___ ___, ___ Última: ___ ___, ___
276. Valor da glicemia:	Primeira: ___ ___, ___ Última: ___ ___, ___
277. Tomou vacina contra Influenza (gripe):	Não (0) Sim (1) NSA (8)
278. Tríplice Bacteriana (**dTpa**-Difteria, Tétano e Coqueluche):	Não (0) Sim (1) 1ºR (2) 2ºR (3) NSA (8)
279. Hepatite B:	Não (0) Sim (1) 1ºR (2) 2ºR (3) NSA (8)
280. Grupo RH:	Positivo (1) Negativo (2)
IM281a. Altura da mãe no cartão IM281b. Altura da mãe (por elea referida)	Anotada no cartão da gestante: __ __ __, __ Informada pela mãse:__ __ __, __
282. Número de exames de ultrassom foram realizados	Exames: ___

282a. Data do primeiro ultrassom realizado: **(DAR PREFERÊNCIA PARA ULTRA-SOM REALIZADOS ENTRE A 6ª E A 20ª SEMANA DE GESTAÇÃO)**	__ __ / __ __ / __ __ __ __
282c. Idade gestacional estimada neste primeiro ultrassom realizado:	___ ___ , ___ semanas

EM CASO DE NATIMORTO OU ÓBITO DO RN ENCERRE O QUESTIONÁRIO

BLOCO J – EXAME FÍSICO DO RECÉM-NASCIDO

283. Sexo do RN	Masculino (0) Feminino (1)
284. Comprimento	__ __ , __ cm

285. Perímetro cefálico	__ __ , __ cm
286. Perímetro torácico	__ __ , __ cm
287. Capurro	Semanas: __ __, __

BLOCO K – DADOS PARA CONTATO

Neste momento, lembrar a mãe de que este é um estudo de acompanhamento e que nós gostaríamos de falar com ela de novo dentro de alguns meses. Para isso, precisamos de informações detalhadas de endereço e telefone. Lembrar que estes dados serão usados EXCLUSIVAMENTE para futuros contatos e apenas os coordenadores do projeto terão acesso a eles.

288. Repita aqui o nome **completo** da mãe do RN (maiúsculas sem acento):

_____

289. Nome que a mãe pretende dar para o RN (maiúsculas sem acento):

_____

290. A Sra. mora onde em Rio Grande?
(1) Rio Grande, centro (2) Rio Grande, bairro: _____
(3) Cassino (4) Bolaxa (5) Povo Novo
(6) Quinta (7) Parque Marinha (8) Ilha dos Marinheiros
( ) Outra área rural: _____

291. Qual o seu endereço completo?_____

292. Ponto de referência: _____

293. Se a Sra. tem telefone em casa, qual o número? ___ ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___
(9-9 = não tem telefone)

294. A Sra. ou alguem da casa tem telefone celular? (0) não (1) Sim, ela (2) Sim, outro

295. Nome da pessoa:_____ Relação com a mãe:_____

296. Qual o número deste telefone celular? ___ ___ ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___

297. Este número de celular funciona também como whatsApp? (0) não (1) sim

298. A Sra. pretende ficar morando nesta casa nos próximos meses ou vai morar noutra casa?
(1) vai morar na mesma casa (2) vai morar noutro lugar

SE VAI MUDAR DE ENDEREÇO:

299. Qual o endereço para onde a Sra. vai? _____

Bairro: _____ CEP: _____

300.Ponto de referência:_____

301. Número do novo telefone: __ ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___ (9-9=não tem telefone)

302. A Sra. poderia nos fornecer o endereço do seu trabalho ou do seu companheiro trabalho de algum outro familiar?

MUITO OBRIGADO PELA ENTREVISTA.