



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA
MULHER

PATRIOTINO FONTINELE LAGES FILHO

**DESENVOLVIMENTO DE UM APLICATIVO SOBRE MÉTODOS NÃO
FARMACOLÓGICOS NO TRABALHO DE PARTO**

TERESINA
2022

PATRIOTINO FONTINELE LAGES FILHO

**DESENVOLVIMENTO DE UM APLICATIVO SOBRE MÉTODOS NÃO
FARMACOLÓGICOS PARA O ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher.

Orientadora: Prof^a Dra. Malvina Thais Pacheco Rodrigues

Área de Concentração: Saúde da Mulher.

Linha de pesquisa: Assistência integral à Saúde da Mulher.

TERESINA-PI

2022

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco
Divisão de Representação da Informação

L174d Lages Filho, Patriotino Fontinele.
Desenvolvimento de um aplicativo sobre métodos não farmacológicos no trabalho de parto / Patriotino Fontinele Lages Filho. -- 2022.

110 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde da Mulher, Teresina, 2022.

CDD 618.24

PATRIOTINO FONTINELE LAGES FILHO

**DESENVOLVIMENTO DE UM APLICATIVO SOBRE MÉTODOS NÃO
FARMACOLÓGICOS PARA O ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí.

Defesa em: 29/08/2022

Banca Examinadora

Malvina Thaís Pacheco Rodrigues

Profª Dra. Malvina Thaís Pacheco Rodrigues
Universidade Federal do Piauí
Presidente/Orientadora

Glauberto da Silva Quirino

Prof. Dr. Glauberto da Silva Quirino
Universidade Regional do Cariri 1ª
examinador - Membro externo

Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas

Prof. Dr. Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas
Universidade Federal do Piauí 2º
examinador - Membro interno

J. Penha

Profª. Dra. Jardeliny Corrêa da Penha
Universidade Federal do Piauí Examinador
suplente - Membro interno

Dedico este trabalho de modo especial à Gloriosa Rainha das Graças, como agradecimento pelas muitas graças que Deus tem derramado sobre a minha vida nos momentos felizes, como nos momentos de cruces e sofrimentos (*Totus Tuus Mariae!*)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus**, pelo dom da vida, por me abençoar, proteger e iluminar todos os dias, me dando forças para seguir essa caminhada com fé e amor. À minha mãezinha, **Nossa Senhora das Graças**, sempre intercedendo, me dando forças, garra e perseverança para vencer mais este desafio, *Totus Tuus Mariae*.

Ao meu pai **Patriotino Fontinele Lages** (*in memoriam*), obrigado por todo amor, carinho, dedicação e paciência! E a minha mãe, **Vanda Maria de Araújo**, meu maior exemplo de força e perseverança, por ser o grande exemplo de mulher, a qual me inspiro todos os dias com sua humildade e carisma com o próximo. Vocês são a base da minha vida, foram as pessoas mais presentes durante toda minha trajetória acadêmica, meu incentivo e amor incondicional. Amo vocês imensamente!

Aos meus irmãos **Bruno de Araújo Lages** e **Priscylla Maria de Araújo Lages**, que desde o começo me incentivaram, passaram confiança e alegria; torceram por mim e acreditaram que eu era capaz.

Aos meus dois maiores tesouros que considero como filhos, meus dois sobrinhos, **Brunno Gabriel Boiba Lages** e **João Guilherme Martins Lages**, que iluminam meus dias com suas alegrias e inocência, sendo uma das minhas maiores inspirações.

Aos queridos familiares, em especial meus avós **Raimundo Nonato Lages Filho** (*in memoriam*), **Luiz Alves de Araújo**, **Creuza Fontinele Lages** e **Eliza Maria Lopes de Araújo**! A todos os meus tios e primos que nunca duvidaram do meu potencial! Estavam sempre torcendo pelas minhas conquistas e sonhos, estando presentes em todos meus passos e realizações.

À minha cunhada **Samara Martins**, por todos os momentos felizes compartilhados e também pelo apoio nos momentos difíceis.

À minha orientadora **Prof^a Dr^a Malvina Thais Pacheco Rodrigues**. Obrigado pela confiança no meu trabalho, pelo respeito, por me ensinar, pela compreensão e pelos conselhos sábios, paciência e por prontamente me ajudar sempre que o procurei. Gratidão pela orientação e compreensão! Eu realmente aprendi muito com você o princípio da autonomia e percebo agora, que o nosso vaso ficou lindo (certeza que a senhora irá lembrar de nossa primeira aula)!

À minha amiga e anjo **Bruna Sabrina Almeida** por ter me dado força e conselhos na nesta caminhada, agradeço a paciência que teve comigo ao longo deste tempo. Você foi uma

peça fundamental para a realização desse sonho! Tenho-te como exemplo a ser seguido no mundo científico! GRATIDÃO!

Aos meus amigos **Lívia Raíssa, Rogério Araújo, Gilmara Lopes, Alan, Diego Silva, Jesus, Umberto, Nayra** e ao meu primo **Carlos Vitor** pela amizade, atenção, companheirismo nos momentos difíceis, momentos de descontração e luta pelo tão sonhado título de mestre.

Gratidão ao **Dr Carlos Monte**, pela oportunidade e confiança de atuar junto ao Hospital Regional Leônidas Melo-HRLM. Pessoa que eu aprendi a admirar pela determinação e compromisso com o que faz. Agradeço por estar sempre pronto a me ajudar e pela convivência agradável ao longo deste ano. Tenho certeza de que vem muito mais por aí!

À minha amiga e gestora do HRLM, **Dr^a Lianne Santos**, a quem eu considero como uma segunda irmã, pessoa iluminada, e prova de que Deus coloca anjos em nosso caminho. Um grande exemplo de força e serenidade. Obrigado por me oferecer um ombro amigo sempre que precisei. A você, minha eterna gratidão!

Aos **profissionais do serviço obstétrico do HRLM** e aos demais participantes de nosso estudo, que por tantas vezes depositaram em mim confiança, compartilharam suas angústias e inseguranças; sendo fundamentais na implementação desse sonho, me tornando uma pessoa melhor a cada dia, compartilhando momentos bons e inesquecíveis para o meu crescimento.

Aos **profissionais do HRLM** que estiveram ao meu lado, sempre acolhendo com carinho em todos os setores, sempre ao meu lado todos os dias; grandes profissionais dedicados que me estenderam as mãos e complementaram na prática o que era necessário para minha formação.

A todos, que direta ou indiretamente fizeram parte desta trajetória, o meu muito obrigado!

“A persistência é o menor caminho do êxito”.

(Charles Chaplin)

RESUMO

Introdução: Apesar do avanço no cuidado à saúde da mulher durante a gravidez, parto e pós-parto, ainda existem desafios nessa assistência como a prestação de um cuidado holístico e humanizado durante o Trabalho de Parto (TP). Neste contexto, as tecnologias em saúde constituem uma alternativa eficiente de melhorar a assistência à mulher nesse período.

Objetivos: Criar e Validar um aplicativo para dispositivo móvel sobre métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o Trabalho de Parto. **Método:** Estudo metodológico desenvolvido em três etapas: especificação, validação e desenvolvimento. Na especificação, elaborou-se uma revisão integrativa da literatura para embasamento das orientações. Em seguida ocorreu a validação de conteúdo e de aparência do protótipo com os juízes. Na etapa de desenvolvimento foi construído o aplicativo *Reduce Pain in Birth* – RPB e realizada a análise semântica com os usuários. Para análise dos dados foram calculados o Índice de concordância e o teste binomial, além da frequência absoluta (n), relativa (%) e média. **Resultados:** O conteúdo do aplicativo foi dividido com base nas evidências científicas obtidas na literatura em três partes: 1- O Trabalho de Parto 2- Métodos não farmacológicos e 3- Aplicação das Terapias Não Farmacológicas. A aplicação do teste Binomial, com $n=10$ e $p=0,85$, constatou que todas as proporções de concordância para cada atributo das áreas foram maiores ou iguais a 85% ($p > 0,05$). O instrumento foi validado com IC geral de conteúdo de 97% e 100% de aparência. Na etapa de análise semântica foram alteradas palavras ou expressões de acordo com sugestões dos profissionais de saúde da unidade onde o estudo foi realizado. **Conclusão:** O software obedece às métricas necessárias para um produto tecnológico em saúde e seu conteúdo é confiável. O *Reduce Pain in Birth* – RPB possibilita a aquisição de saberes e a melhoria das práticas em saúde voltadas para alívio da dor durante o TP.

Palavras-chaves: *Software*. Gestantes. Parto. Dor do parto. Manejo da dor.

ABSTRACT

Introduction: Despite advances in women's health care during pregnancy, childbirth and postpartum, there are still challenges in this assistance such as the provision of holistic and humanized care during Labor. In this context, health technologies constitute an efficient alternative to improve assistance to women during this period. **Objectives:** Develop and validate a mobile device software on non-pharmacological care for pain relief during labor. **Method:** Methodological study developed in three stages: specification, validation and development. In the specification, an integrative literature review was prepared to support the guidelines. Next, the content and appearance of the prototype were validated with the judges. In the development stage, the application Reduce Pain in Birth - RPB was built and the semantic analysis was carried out with the users. For data analysis, the concordance index and the binomial test were calculated, in addition to the absolute (n), relative (%) and mean frequencies. **Results:** The content of the application was divided based on the scientific evidence obtained in the literature into three parts: 1- The prepartum; 2- Non-pharmacological methods and 3- Application of Non-Pharmacological Therapies. The application of the Binomial test, with $n=10$ and $p=0.85$, showed that all proportions of agreement for each attribute of the areas were considered greater than or equal to 85% ($p > 0.05$). The instrument was validated with an overall CI of 97% content and 100% appearance. In the semantic analysis stage, words or expressions were changed according to suggestions from health professionals at the unit where the study was carried out. **Conclusion:** The software complies with the necessary metrics for a health technology product and its content is reliable. The *Reduce Pain in Birth* – RPB enables the acquisition of knowledge and the improvement of health practices aimed at relieving pain during labor.

Keywords: Software. Pregnant. Prepartum. Labor pain. Pain management.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

App's applications

BVS Biblioteca Virtual em Saúde

CAPES Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEP Comitê de Ética em Pesquisa

CNS Conselho Nacional de Saúde

DeCS Descritores em Ciências da Saúde

IVC Índice de Validade de Conteúdo

IVATES Instrumento de Validação de Aparência de Tecnologia Educacional em Saúde

IVCES Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde

MS Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial de Saúde

mHealth *mobile health*

OVA Objetos Virtuais de Aprendizagem

PAISM Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

PICS Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

PNAISM Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PSF Programa Saúde da Família

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo do Consentimento Livre e Esclarecido

TIC Tecnologias de Informação e Comunicação

TP-Trabalho de Parto

UFPI Universidade Federal do Piauí

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 Estratégia de busca nas bases de dados via Portal CAPES.....	34
QUADRO 2 Critérios de seleção para juízes especialistas.....	35
QUADRO 3 Métodos não farmacológicas.....	44
QUADRO 4 Descrição das alterações textuais na análise semântica.....	68

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 Caracterização sociodemográfica dos juízes.....	65
TABELA 2 Média, Índice de Concordância (IC), e teste binomial (P-valor) quanto o conteúdo (IVCES)	66
TABELA 3 Média, Índice de Concordância (IC) e teste binomial (P-valor) quanto aparência (IVATES).....	67

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 Fluxograma modelo <i>PRISMA Group 2009</i>	41
FIGURA 2 Representação esquemática do ponto Sp6 Sanyinjiao.....	45
FIGURA 3 Representação esquemática dos pontos BL31 Shanglia, BL32 Ciliao e BL33 Zong Liao.....	46
FIGURA 4 Localização dos pontos auriculares utilizados.....	47
FIGURA 4.1 Demonstração da técnica de massagem na promoção do relaxamento e alívio da dor.....	53
FIGURA 4.2 Demonstração da técnica de massagem na promoção do relaxamento e alívio da dor.....	53
FIGURA 4.3 Demonstração da técnica de massagem na promoção do relaxamento e alívio da dor.....	54
FIGURA 4.4 Demonstração da técnica de massagem na promoção do relaxamento e alívio da dor.....	54
FIGURA 4.5 Demonstração da técnica de massagem na promoção do relaxamento e alívio da dor.....	55
FIGURA 5 Representação esquemática do banho de banheira como alternativa de termoterapia.....	56
FIGURA 6 Representação esquemática do banho de chuveiro como alternativa de termoterapia.....	57
FIGURA 7 Representação esquemática posição Yoga.....	59
FIGURA 8 Exercício que pode ser realizado durante o pré-parto: Promove relaxamento e alongamento e permite o aumento dos diâmetros da pelve.....	60
FIGURA 9 Gestante sentada sobre a bola, postura em 90° MMII (membros inferiores). Promove a posição vertical, facilitando o alinhamento feto-materno.....	61
FIGURA 10 Realizar exercícios de propulsão e/ou rotação (rebolar sobre a bola), promove contrações eficazes e menos dolorosas, facilita a descida fetal e aumenta a abertura da pelve.....	61
FIGURA 11 - Posição que propicia alívio durante as contrações: em pé com o tronco apoiado sobre a bola, onde a cada contração a parturiente poderá apertar a bola além de também promover a postura vertical.....	62

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVOS.....	18
2.1 Geral.....	18
2.2 Específicos.....	18
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3.1 Políticas brasileiras de atenção à saúde materna.....	19
3.2 Períodos clínicos do parto e assistência ao parto.....	21
3.3 Métodos farmacológicos e não farmacológicos na assistência ao parto.....	26
3.3 Tecnologias de Informação e Comunicação.....	29
4 MÉTODO.....	32
4.1 Tipo de estudo.....	32
4.2 Etapas para elaboração do Aplicativo.....	32
4.2.1 Especificação.....	32
4.2.1.1 Revisão Integrativa da Literatura.....	33
4.2.2 Validação.....	35
4.2.2.1 Validação de conteúdo e aparência.....	35
4.2.2.2 Análise semântica.....	37
4.2.3 Desenvolvimento.....	38
4.3 Aspectos éticos da pesquisa.....	39
5 RESULTADOS.....	40
5.1. Roteiro de informações para a aplicação de métodos não farmacológicos no pré-parto...42	
5.1.1 O trabalho de parto (TP).....	42
5.2 Validação do conteúdo e aparência.....	65
6 DISCUSSÃO.....	72
7 CONCLUSÃO.....	76
8 REFERÊNCIAS.....	77
APÊNDICE A – CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS.....	89
APÊNDICE B - CARTA CONVITE AOS JUÍZES ESPECIALISTAS EM OBSTETRÍCIA.....	92
APÊNDICE C - CARTA CONVITE AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	93
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	94

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	97
APÊNDICE F - INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO.....	100
APÊNDICE G - INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA.....	104

1 INTRODUÇÃO

A assistência à saúde da mulher tem passado por alterações ao longo dos anos que caracterizam uma mudança do modelo tecnicista tradicional para o modelo de cuidado integral e humanizado que busca atender as necessidades materno-infantil e gestacional. Essa assistência ganhou nova perspectiva a partir de 1984, com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS) e surgiu com uma concepção ampliada de cuidado à mulher perante seus direitos sociais e reprodutivos, dentre outros aspectos voltados para a população feminina (BRASIL, 2011a; JORGE *et al.*, 2015).

Com o passar dos anos, corroborando com as demandas epidemiológicas e atenção ao ciclo gravídico, foi implementado, em 2000, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) para assegurar a assistência às grávidas, recém-nascidos e mães no pós-parto com foco no cuidado pré-natal, acessibilidade aos serviços e acompanhamento no parto e puerpério, favorecendo todo processo gestacional e seu desenvolvimento (BRASIL, 2002; PINTO *et al.*, 2019).

Paralelo a esse período, houve uma queda na mortalidade materna, algo que evidenciou as melhorias provindas das práticas voltadas à saúde reprodutiva. As ações de cuidado foram gradualmente direcionadas a compreender não somente a assistência obstétrica, mas também a saúde da mulher de maneira mais ampla. Assim, seguindo os princípios do PAISM, estabeleceu-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) em 2004, fundamentada nos múltiplos aspectos que envolvem o cuidado à mulher, a prevenção, promoção e recuperação da saúde com autonomia, direitos e igualdade no sistema de saúde (BRASIL, 2011a).

A área de saúde da mulher avançou à medida que novas ações de cuidado foram estabelecidas. Do mesmo modo, as questões envolvendo o ciclo gravídico receberam abordagens mais específicas, o que fez com que a assistência ao parto obtivesse o enfoque necessário. Em 2005, a portaria nº 1.067 designou a Política de Atenção Obstétrica e Neonatal que veio a reafirmar a necessidade de atendimento adequado e humanizado às mulheres do início do pré-natal até o período puerperal. Um diferencial para a área, pois promoveu a ampliação das ações na atenção obstétrica, além de garantir o direito da gestante ao atendimento qualificado, humanizado e seguro durante a gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2005a).

Dentre as políticas públicas implementadas para garantir os direitos gestacionais, pode-se destacar a Rede Cegonha, iniciativa criada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria de nº 1.459, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011). Propõe um conjunto de ações e arranjos de gestão para potencializar mudanças, ressaltando como pilar fundamental a garantia de acesso e a qualidade da atenção ofertada (LEAL *et al.*, 2021). Considerada uma ação eficiente, em uma década conseguiu aumentar o acesso das usuárias gestantes do SUS às boas práticas de atenção ao parto e nascimento nos hospitais públicos, privados e maternidades (BRASIL, 2011).

Apesar da evolução das políticas públicas, ainda existem desafios para a assistência à saúde da mulher na gravidez, parto e pós-parto, pois os serviços de atendimento e os profissionais de saúde precisam ser mais preparados para prestar um cuidado holístico e humanizado (PINTO *et al.*, 2019; MAMEDE; PRUDÊNCIO, 2015). Dentre as problemáticas atuais, poderia se destacar a carência na implementação de métodos não farmacológicos para minimizar a dor das mulheres durante o trabalho de parto (TP).

O TP é complexo e a dor está relacionada às interações que envolvem o corpo, a mente e o ambiente. Logo, é preciso que os profissionais de saúde promovam o cuidado, buscando diminuir a sensação de dor da mãe, o que aumentará sua autoestima e irá facilitar a relação com o recém-nascido (LEHUGEUR; STRAPASSON; FRONZA, 2017). Com isso, a equipe multiprofissional deve atuar com sensibilidade, respeito e eficiência de forma a promover a autonomia da gestante com postura empática e esclarecedora (SANTOS *et al.*, 2016).

Com foco na humanização, o alívio da dor durante o TP deve priorizar o bem-estar da mãe e do bebê, evitando intervenções desnecessárias e invasivas. Para tanto, existem métodos terapêuticos eficazes e não farmacológicos, como massagens, banhos de imersão e aspensão, musicoterapia, estímulo à deambulação, bola suíça, aromaterapia, dentre outros cuidados que minimizam a sensação dolorosa e deixam as parturientes mais relaxadas e tranquilas (CÔRTEZ *et al.*, 2015; LEHUGEUR; STRAPASSON; FRONZA, 2017; ARAÚJO *et al.*, 2018; DIAS *et al.*, 2018). Para adotar as medidas terapêuticas não farmacológicas, os profissionais de saúde precisam ter facilidade de acesso ao conhecimento, habilidades e atitudes sobre as medidas e, nesse contexto, o uso de tecnologias representa uma maneira positiva de dispor de informações com praticidade e interatividade. É crescente a quantidade de pessoas que utilizam dispositivos móveis como a principal forma de acessar dados e também como mecanismo para gerenciar a saúde o que tornam esses aparelhos aliados do cuidado (SILVA *et al.*, 2019a).

O uso de tecnologias de informação tem sido amplamente aceito no âmbito da educação e da saúde por ser uma ferramenta informativa de fácil manejo que propicia a divulgação e

atualização de saberes e, com isso, gera aprendizado e tomada de atitudes (BARRA *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2019a). Dessa forma, é relevante a elaboração de aplicativos que possam fornecer informações sobre cuidados não farmacológicos de alívio da dor no TP de forma a ajudar os profissionais da saúde a oferecer uma assistência de qualidade e humanizada.

Neste contexto, o presente estudo é norteado pelas seguintes questões: Quais os métodos não farmacológicos mais indicados para alívio da dor no trabalho de parto (TP)? Como um aplicativo atenderá as exigências científicas e tecnológicas sobre métodos não farmacológicos para alívio da dor no TP?

A motivação deste estudo surgiu por minha experiência profissional com a área de enfermagem obstétrica e pela concepção de que o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor no TP possibilita o atendimento humanizado e menos invasivo, ajudando mulheres a vivenciarem esse momento de modo mais confortável, seguro e holístico. Além disso, destaca-se que o uso do aplicativo irá facilitar o processo de implementação da educação continuada entre os profissionais de saúde, impedindo a estagnação profissional e pessoal e gerando um processo influente no desenvolvimento crítico e na percepção de que a busca de conhecimento seja sempre constante.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Criar e Validar um aplicativo para dispositivos móveis sobre métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto a ser utilizado por profissionais de saúde.

2.2 Específicos

- Especificar, a partir das evidências científicas, os métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto;
- Construir um roteiro com os métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto;
- Validar o conteúdo, a aparência e a análise semântica do roteiro sobre métodos farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto;
- Produzir aplicativo sobre métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Políticas brasileiras de atenção à saúde materna

Histórica e culturalmente, especialmente dentro da sociedade capitalista, sempre coube à mulher a responsabilidade pelos cuidados com a casa e com a família, independentemente de sua idade, condição de ocupação e nível de renda. Até o começo do século XX, a figura da mulher era vista sob a ótica reprodutiva e familiar sendo reconhecida apenas por seu papel de mãe, ou seja, em conceber os filhos e ser cuidadora da família no ambiente doméstico. Esse reconhecimento limitado provém de uma concepção histórica que, apesar de ter alcançado mudanças paulatinamente, ainda está muito presente nos dias atuais (GUERREIRO *et al.*, 2012; FERREIRA; SALES, 2016).

Por volta da década de 1940 a 1960, as mulheres já buscavam o rompimento da visão hegemônica que lhes era atribuída, pois compreendiam a importância de direitos e proteção social, cidadania e a necessidade de cuidados em saúde. Como fruto dos movimentos sanitaristas e feministas e da necessidade de melhorar o quadro de saúde materno-infantil, surge, em 1984, o PAISM para promover a saúde da mulher em múltiplas vertentes (AQUINO, 2014; JORGE *et al.*, 2015; FERREIRA; SALES, 2016).

Embora o PAISM tenha representado um marco para a saúde da população feminina, ainda havia aspectos que precisavam ser atendidos em busca de uma assistência em saúde ampliada. Com o surgimento do SUS, a partir da Lei Federal nº 8.080 de 1990, a atenção à mulher ganhou força pelo advento dos princípios da universalidade, integralidade e equidade que corroboravam para uma visão biopsicossocial do cuidado (BRASIL, 2011a).

Alguns anos depois, a criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, estabelecida como estratégia no ano de 2006, reorganizou a assistência em saúde e orientou a atenção básica com o cuidado centrado na promoção e prevenção em saúde. Essa estratégia aproximou as mulheres de atendimentos primários por meio do acompanhamento em saúde (BRASIL, 2000).

Em 2000, foi criado um importante programa para o ciclo gravídico, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) que objetivava garantir às mulheres o acesso, a cobertura ampliada e a qualidade no acompanhamento pré-natal e na assistência durante o parto e puerpério, com práticas de cuidado humanizado voltado para a gestante e o recém-nascido (BRASIL, 2002).

Em 2004, surgiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), sob o paradigma de contemplar a saúde e qualidade de vida da mulher, com atenção às

problemáticas sociais que afetam seu bem-estar (BRASIL, 2011a). Essa política norteia as práticas de saúde que contribuem para a garantia dos direitos humanos das mulheres, redução da morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis e que propiciam uma assistência qualificada e integral. Nesse caso, são abordados eixos como os direitos sexuais e reprodutivos com foco na atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência sexual e doméstica (BRASIL, 2011a).

Com o passar do tempo, as políticas foram desenvolvidas em favor do cuidado integral, abrangendo a saúde da mulher no período gestacional e parturição, como também em todo ciclo vital e especificidades. Como consequência disso, a assistência em saúde para gestantes tornou-se uma prática um pouco mais humanizada, holística, segura, e, quando possível, menos invasiva e com melhores desfechos quanto a aspectos clínicos e níveis de satisfação. Porém, apesar da melhoria dessa prática, a assistência a mulher ainda é permeada por situações que configuram violência obstétrica.

Demoras na assistência, recusa de internações nos serviços de saúde e na administração de analgésicos, cuidado negligente, maus tratos físicos, verbais e ou psicológicos, desrespeito à privacidade e à liberdade de escolhas, realização de procedimentos coercivos ou não consentidos, utilização de procedimentos desnecessários, não recomendados e/ou obsoletos e que podem gerar consequências e iatrogenias, com efeitos evitáveis sobre a saúde da mulher e a do bebê, detenção de mulheres e seus bebês nas instituições de saúde, entre outros são exemplos de violência obstétrica (OMS, 2018).

Ainda no ano de 2004, foi criado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal com ações para redução dos elevados índices de mortalidade e eficácia da atenção obstétrica e neonatal. No ano seguinte, foi instituída a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, pelo respeito à sexualidade e autonomia, algo importante para a emancipação da população feminina na sociedade (BRASIL, 2004; 2016a).

Nos anos posteriores, outras leis e iniciativas públicas surgiram em prol da saúde da mulher e melhoraram significativamente os índices de saúde desse grupo populacional, como por exemplo, a Lei nº 11.340 de 2006, que designou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e a Lei nº 11.664 de 2008 que aborda ações para prevenção, detecção e tratamento dos cânceres do colo uterino e de mama (BRASIL, 2006; 2008).

Assim, os avanços relacionados a saúde da mulher são perceptíveis, pois ao longo dos anos a proteção à saúde do público feminino tem sido foco de muitos programas e políticas,

uma vez que reconhecer a mulher perante seus direitos e cidadania tem sido um compromisso global. Entretanto, a atenção integral à saúde da mulher ainda é um desafio, principalmente na presença de desigualdades e dificuldades de acesso ao atendimento (SANTANA *et al.*, 2019).

Ressalta-se que a promoção da saúde da população feminina deve partir de uma concepção multidimensional pautada na equidade e humanização que tem como base o reconhecimento dos direitos, respeito, ética e valorização dos indivíduos. Assim, as ações voltadas para a saúde da mulher devem ser pautadas em cuidados holísticos que a compreendam como sujeito social, mediante suas necessidades, aspirações e os determinantes sociais.

3.2 Períodos clínicos do parto e assistência ao parto

O período que compreende o TP é intenso e com significados distintos para cada mulher que o vivencia. Por envolver aspectos fisiológicos, emocionais e sociais requer cuidado humanizado, olhar holístico e ambiente acolhedor, embora persistam desafios para a efetividade dessa perspectiva de assistência em território nacional.

Desde a década de 1980 surgiram debates relacionados ao processo de escolha e realização do parto cesárea e parto vaginal devido às discrepâncias que existem de um parto para o outro e a incessante projeção para a qualidade da atenção obstétrica (PINTO *et al.*, 2019). Mesmo diante da busca pelo tipo de parto ideal para cada mulher e seu bebê, o modelo biomédico permanece e está reproduzido em números elevados de intervenções e tecnologias invasivas durante o parto. A realização demasiada de cesáreas, o uso de ocitocina e misoprostol, episiotomias e a alta quantidade de exames de imagem durante o pré-natal são algumas das ações que retratam o processo de medicalização recorrente (MAMEDE; PRUDÊNCIO, 2015; MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2016; BRASIL, 2017; WARMLING *et al.*, 2018).

O primeiro período do trabalho de parto, também conhecida como fase de Dilatação, tem início com as primeiras contrações uterinas que são dolorosas e culminam na modificação da cérvix, terminando quando a mesma alcança os 10cm de dilatação. Para isso, nas primíparas, o colo uterino primeiro esvaece e, posteriormente, dilata enquanto que nas múltíparas, o processo ocorre de forma simultânea. Este período se divide em três fases: Latente, Ativa e de Transição. Não foi estabelecida uma duração padrão para o primeiro período latente e pode variar muito de uma mulher para outra (ZUGAIB, 2016).

Com relação aos sinais da fase Latente têm-se o aumento gradual da atividade uterina (contrações com ritmo irregular, por vezes dolorosas) e pode haver alguma modificação

cervical, incluindo apagamento e dilatação até 4 cm (ZUGAIB, 2016). Como conduta neste sinal, deve-se realizar registro de exame obstétrico: Batimentos Cardio Fetais-(BCF), medida de altura uterina, avaliação da dilatação e apagamento cervical, altura da apresentação, integridade da bolsa, secreções vaginais, integridade do canal vaginal e vulva (ZUGAIB, 2016). Outro sinal sugestivo desta fase é o aumento das secreções cervicais, perda do tampão mucoso e eliminação de muco, por vezes acompanhado de sangue. Diante disso, deve-se observar as perdas vaginais (realizar exame especular se julgar necessário) e orientar sobre a diferença entre líquido amniótico para e tampão mucoso (ZUGAIB, 2016).

Na fase Latente é necessário orientar a gestante que retorne ao serviço de saúde em caso de presença de sinais de trabalho de parto ativo ou sinais de alerta (perda de líquido, sangramento uterino, contrações eficientes a cada 5 minutos, diminuição dos movimentos fetais ou qualquer mal-estar). Pode-se, também, optar por manter essas pacientes em observação e reavaliá-las dentro de 1-2h. Àquelas gestantes que residem em bairros distantes ou em outros municípios, deverá ser providenciado o internamento desde que o serviço disponha de vagas no momento. Além disso, deve-se orientar a mulher e a família sobre as contrações do trabalho de parto ativo, a frequência e duração das mesmas e estimular a mulher em condutas ativas, como: deambular, manter-se em posição verticalizada, uso de banhos para relaxamento, aumentar a ingestão hídrica e evitar jejuns (WHO, 2018; BRASIL, 2017).

Na fase Ativa, as contrações uterinas são rítmicas, em geral dolorosas, que se estendem por todo o útero (mínimo de 2 contrações em 10 min). A duração do primeiro período ativo pode durar em média 8 horas em primíparas e 5 horas em múltíparas (BRASIL, 2017). Como assistência deve-se realizar admissão e avaliar e registrar a dinâmica uterina e fluidos administrados (a cada 1 hora); ausculta fetal (a cada 30 min) e a dilatação cervical (a cada 4 horas), mantendo vigília constante sobre a mulher (BRASIL, 2017). Nesta fase ainda, o colo uterino fica dilatado para, no mínimo 4 cm, com apagamento total ou 5 cm, independente do apagamento (WHO, 2018). Neste caso, o partograma deve ser aberto quando se identificar dilatação cervical de 6 cm (ZHANG et al., 2010).

Como medidas assistenciais na fase ativa deve-se: promover a participação ativa da parturiente e acompanhante (de livre escolha); utilizar métodos para alívio da dor; evitar uso de práticas comprovadamente ineficazes e que promovem danos e realizar boas práticas no parto e nascimento. Parturientes com critérios de risco habitual devem prioritariamente ser assistidas pela enfermeira obstetra e residentes em enfermagem obstétrica (WHO, 2018; BRASIL, 2017).

A fase de transição, uma das mais intensas do processo, situa-se na fase ativa e tem duração variável de 15 a 60 minutos. O ritmo das contrações é muito intenso, de 2 em 2 minutos, durando mais de 1 minuto cada. Ocorre quando a dilatação vai dos 8 aos 10 cm, podendo haver vontade de evacuar.

O segundo período do parto, Expulsão do Feto, tem início quando o colo do útero chega aos 10cm de dilatação e finaliza com a saída completa do concepto (ZUGAIB, 2016). Recomenda-se que o profissional estimule a paciente a procurar a posição que mais achar confortável, podendo ser de quatro apoios, cócoras, em pé, lateral, entre outras, pois dessa forma há maior mobilidade pélvica e melhor progresso da expulsão fetal (BRASIL, 2017).

O terceiro período do parto, Dequitação, conhecido também como secundamento ou delivramento, inicia após a saída do concepto e finaliza com a saída da placenta. Existem dois tipos de descolamento: central, conhecido como Baudelocque-Shultze, e o marginal ou periférico chamado de Baudelocque-Ducan (ZUGAIB, 2016). Neste período recomenda-se ações que devem ser adotadas ainda em sala de parto, tais como, contato pele a pele com a mãe, clampeamento tardio de cordão e uso de Ocitocina (ZUGAIB, 2016).

A primeira hora pós-parto, Período de Greenberg, tem início imediato após a saída da placenta, sendo, portanto, a primeira hora do puerpério. Nesse momento ocorre o miotamponamento e trombotamponamento, assim como a redução uterina formando o Globo de Segunda de Pinard (ZUGAIB, 2016).

Em relação a assistência ao parto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) indica práticas necessárias e desnecessárias para o parto normal, que são divididas em quatro categorias: 1) Práticas no parto normal claramente úteis e que devem ser estimuladas; 2) Práticas no parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; 3) Práticas no parto normal que não existem evidências para apoiar sua recomendação e que devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão; e 4) Práticas no parto normal frequentemente utilizadas de modo inadequado (BRASIL, 2017, OMS, 2017).

As práticas que devem ser estimuladas no pré-parto e parto são: oferta de líquidos via oral, apoio por parte dos profissionais, respeito ao direito à privacidade no local do parto, direito a acompanhante, esclarecimento de dúvidas e fornecimento de informações, utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, monitoramento fetal por ausculta intermitente, estímulo a posições não supinas (deitada), liberdade de posição e movimento, uso do partograma, contato pele a pele precoce entre mãe e bebê e início da amamentação na primeira hora do pós-parto (BRASIL, 2017, OMS, 2017).

Por outro lado, as práticas que são prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas consistem em uso rotineiro de enema e tricotomia, infusão intravenosa rotineira em pré-parto, cateterização venosa profilática de rotina, uso de posição supina, exame retal, administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto, uso rotineiro da posição de litotomia (ginecológica) durante pré-parto e parto, manobra de Valsalva, uso de comprimidos orais ou por via parenteral de ergometrina na dequitação para prevenir ou controlar hemorragias e lavagem de útero no pós-parto (BRASIL, 2017, OMS, 2017).

Entre as práticas que não existem evidências suficientes para apoiar sua recomendação e que devem ser utilizadas com cautela, estão: método não farmacológico para o alívio da dor durante o pré-parto como ervas e estimulação de nervos, amniotomia precoce (romper bolsa d'água) no primeiro estágio de pré-parto, pressão no fundo uterino durante o pré-parto e parto, manipulação ativa do feto no momento do nascimento, uso rotineiro de ocitocina, clampeamento precoce do cordão umbilical e estimulação do mamilo para aumentar contrações uterinas (BRASIL, 2017, OMS, 2017).

As práticas que são frequentemente utilizadas de modo inadequado, incluem: restrição hídrica e alimentar durante o pré-parto, controle da dor por agentes sistêmicos, controle da dor por analgesia peridural, exames vaginais repetidos e frequentes, correção da dinâmica com a utilização de ocitocina, cateterização da bexiga, estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a própria mulher sinta o puxo involuntário, parto operatório, uso rotineiro e liberal da episiotomia e exploração manual do útero depois do parto (BRASIL, 2017, OMS, 2017).

Essas recomendações têm por finalidade preconizar que as parturientes sejam frequentemente avaliadas em relação aos riscos e evolução do pré-parto evitando, assim, que sejam utilizadas técnicas que podem ser desnecessárias e prejudiciais à mulher e seu bebê (BRASIL, 2017, OMS, 2017). Destaca-se que prestar uma assistência humanizada no parto não é somente deixar de utilizar práticas desnecessárias. A parturiente deve ser respeitada em sua totalidade, participando ativamente das decisões que envolvam seu atendimento (BRASIL, 2017; WARMLING *et al.*, 2018).

Outro documento importante no contexto do TP elaborado pela OMS foi uma lista de verificação para partos seguros com a finalidade de auxiliar os profissionais de saúde na prestação de cuidados às parturientes desde o início do atendimento até após o nascimento do bebê (OMS, 2017). Além disso, um grupo multidisciplinar produziu um documento com as diretrizes para o parto normal sob o propósito de orientar a assistência e qualificar o modo de

nascer no Brasil, com informações e recomendações relevantes (BRASIL, 2017). Já as diretrizes estabelecidas de atenção à gestante a respeito do parto cesariana visam orientar sobre as melhores práticas ao parto e especificidades com base nas evidências científicas (BRASIL, 2016c).

A cesariana é indicada apenas em situações delicadas onde o risco para a mãe e o bebê não permitisse deixar a natureza agir por si. Porém, no Brasil, vivenciamos uma espécie de epidemia de cesarianas, com taxas situadas ao redor de 56%, com ampla variação entre os serviços públicos e privados (40% nos serviços públicos e 85% nos serviços privados) (BRASIL, 2010). Diante dessas amplas taxas de cesarianas, foi lançado no Brasil a estratégia Rede Cegonha, por meio da Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011, iniciativa nacional orientada à gestante e à mãe brasileira usuárias do serviço público de saúde onde reforça as estruturas da rede pública para incentivar o parto normal (BRASIL, 2011b).

Essa proposta parece colocar-nos diante de duas possibilidades interpretativas. De um lado, implica o importante reconhecimento da cidadania e efetivação do direito de acesso à saúde, onde há uma defesa ao direito da mulher, planejamento reprodutivo, humanização na gestação, parto e puerpério e o direito ao nascimento e crescimento saudável das crianças, com intento na qualidade de vida e bem-estar (BRASIL, 2011b). De outro, abre espaço para a problematização de sua orientação, eficácia e seus limites, quando e se questionado a partir de discussões teóricas da pluralidade da categoria mulher, e, sobretudo, das críticas à prática obstétrica brasileira pelos adeptos do ideário do parto humanizado a partir dos anos 2000. Dado que o Brasil é o recordista mundial no número de cesáreas, tematiza-se esse programa à luz dessas duas matrizes discursivas e a partir de tensões como medicina x despersonalização e saúde x doença, e de noções de pessoa, corpo, experiência e singularidade na contemporaneidade (CARNEIRO, 2017).

Como consequência dessas possibilidades interpretativas se tem um programa muito vasto, mas que o próprio governo não fornece todo o subsídio para a sua implementação de fato. Além disso, o programa ainda se tornou um elemento de politização governista. Outra consequência que se observa é que mesmo tendo todas as vertentes para diminuir os números de partos cesáreas, as fragilidades como a qualidade de atenção em saúde ainda são fragmentadas e não é satisfatória e muitas ações de educação em saúde, por exemplo, na maioria das vezes não levam em consideração as necessidades educacionais, reprodutivas e sexuais de mulheres e homens (CARNEIRO, 2017).

Assim, com o advento de protocolos e políticas públicas e da integralidade, ganhou força o movimento de valorização ao protagonismo da mulher no momento do parto que remete a humanização do parto e nascimento, a liberdade e autonomia da gestante (LEHUGEUR; STRAPASSON; FRONZA, 2017). É primordial que as grávidas sejam orientadas, bem informadas e acolhidas, pois essa atmosfera agradável é importante para a confiança e tranquilidade da mulher. Na prestação desse cuidado, a equipe de saúde é fundamental e deve oferecer atenção, conforto e alívio da dor para que a gestante receba uma assistência humanizada e tenha uma visão positiva acerca do momento do parto (SOUZA; AGUIAR; SILVA, 2015; SILVA *et al.*, 2020a).

Neste sentido, os profissionais da equipe de saúde devem refletir e moldar suas atitudes e práticas em favor de apoiar e dar segurança a mulher, além de garantir que ela se sinta acolhida perante suas escolhas no TP (BRASIL, 2017). Além disso, os serviços de saúde também precisam ter uma organização e estrutura que proporcione acolhimento para receber a mulher e sua família com respeito e eficiência (BRASIL, 2002).

3.3 Métodos farmacológicos e não farmacológicos na assistência ao parto

O parto no ambiente hospitalar abrange o uso de diversos procedimentos clínicos com intenção de tornar o ato do nascimento mais seguro para mãe e bebê (BRASIL, 2017). Esses procedimentos podem ser desde medidas mais simples às invasivas. Dentre as técnicas invasivas, destacam-se as operações cesarianas, que representam o modo de nascer mais comum no país e, quando ocorrem de forma eletiva, ou seja, sem indicações clínicas são negativas para o quadro da saúde materno-infantil (BRASIL, 2016c; ENTRIGER; PINTO; GOMES, 2019). As cesarianas expõem a mulher a mais chances de infecção puerperal e têm um custo maior quando comparado ao parto normal, como também incluem a adoção de mais intervenções e farmacologia no corpo gravídico (GRISOLI, 2018).

Além disso, o uso de intervenções de risco, dolorosas e, muitas vezes evitáveis, como a episiotomia, enteroclisma, amniotomia, manobra de *Kristeller* e indução/condução do TP persistem e evidenciam a necessidade de abordar novas condutas nessa fase (LEAL *et al.*, 2014; MONTESCHIO *et al.*, 2016).

A prática de medidas farmacológicas é recorrente na assistência a parturiente, inclusive no que tange ao alívio da dor materna, que pode ser somática ou difusa, pois oferece um conforto maior a parturiente ao amenizar a algia. A utilização de opioides, por exemplo, ameniza a dor moderadamente, mas, por outro lado, gera efeitos colaterais que chegam a ser

prejudiciais por causar náusea e tontura na mãe e depressão respiratória e sonolência no bebê e, por esses motivos, devem ser utilizados com precaução e não de modo rotineiro (BRASIL, 2017).

Os fármacos que geram analgesia podem ser aplicados por via endovenosa, intramuscular, inalatória e por via espinhal ou epidural. Destes, os analgésicos epidurais são os mais comuns e geram o bloqueio da condução nervosa que levaria o estímulo doloroso do útero ao cérebro. É um método eficiente e não impede que a mulher permaneça ativa, muito embora possam diminuir os níveis de ocitocina, hormônio responsável pelas contrações e pela produção do leite materno (FELISBINO-MENDES *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2020b; VEIGA *et al.*, 2021). Já a classe de anti-inflamatórios é considerada menos eficaz no alívio das algias. Esses medicamentos, em geral, possuem capacidade de prejudicar a capacidade cognitiva, algo que limita a autonomia e expressão da parturiente (COMMITTEE ON PRACTICE BULLETINS-OBSTETRICS, 2017).

Uma pesquisa realizada em uma maternidade filantrópica verificou que mulheres que receberam analgesia tiveram seu TP com maior duração e tiveram quase quatro vezes mais chance de ter um parto com auxílio de fórceps ou vácuo quando comparado àquelas que não receberam analgesia (FELISBINO-MENDES *et al.*, 2017). Salienta-se que administração farmacológica e outras intervenções devem ser prescritas e realizadas com a devida cautela e perante real necessidade para saúde e bem-estar da gestante e do bebê. Além disso, é preciso considerar a opinião e a vontade da mulher que deve ser informada sobre os procedimentos e orientada quanto a riscos e benefícios, bem como os desfechos das medidas para a evolução do TP (BRASIL, 2017; SILVA *et al.*, 2020b).

Um estudo desenvolvido com puérperas internadas em um alojamento conjunto, constatou que mais de 90% delas fizeram uso de algum método farmacológico na realização do parto (MONTESCHIO *et al.*, 2016). Esse quantitativo expressivo aponta a necessidade de superar a medicalização no TP, no intuito de diminuir as intercorrências que surgem a partir dos procedimentos clínicos, além de aumentar a liberdade e bem-estar da parturiente nesse momento sensível.

O parto normal, geralmente está associado a sofrimento, ainda que seja um evento fisiológico e não patológico. Como um momento que gera ansiedade e requer preparação, as gestantes costumam ter receio de complicações e da dor presente no parto normal (ARAÚJO *et al.*, 2018). Por isso, visando o bem-estar e tranquilidade da gestante, medidas terapêuticas sem uso de fármacos e estratégias de apoio são empregadas. As mulheres devem ser apoiadas frente

a sua escolha por práticas de relaxamento para alívio da dor e os profissionais de saúde precisam oferecer os métodos não farmacológicos antes dos farmacológicos (BRASIL, 2017).

A maior parte das mulheres no pré-parto solicitam uma forma de aliviar a sua dor (WHO, 2018) e a equipe multiprofissional que assiste a gestante deve estabelecer ações não farmacológicas como: deambulação, realização de massagens, uso da bola suíça e “banquinho U”, “método cavalinho”, banhos de imersão/aspersão, entre outras. O uso desses métodos é benéfico, pois corresponde a uma assistência humanizada que propicia relaxamento, alívio das sensações dolorosas e tranquilidade, o que favorece o contentamento durante o TP (SOUSA *et al.*, 2021).

Banhos de imersão/aspersão com uso de água morna são bastante utilizados, visto funcionarem como uma terapia térmica que estimula a circulação sanguínea inibindo agentes estressores da contração uterina (CÔRTEZ *et al.*, 2015; LEHUGEUR; STRAPASSON; FRONZA, 2017; ARAÚJO *et al.*, 2018). A bola suíça ou bola de parto é um equipamento que ajuda na diminuição da dor e auxilia na evolução do TP abreviando-o, pois envolve a movimentação e melhora a mobilidade pélvica (SANTOS *et al.*, 2020).

Métodos de relaxamento também são eficientes, como a aromaterapia e a musicoterapia (LEHUGEUR; STRAPASSON; FRONZA, 2017; ARAÚJO *et al.*, 2018). A aromaterapia envolve óleos essenciais produzidos a partir de plantas e possuem efeito relaxante ao corpo, principalmente quando aliada à deambulação e ao controle da respiração. Já a musicoterapia gera distração e desfoca sua atenção da dor para a música, ocasionando sentimentos agradáveis e aliviando a tensão de maneira simples (SANTOS *et al.*, 2020).

As práticas de oração e yoga ajudam a gestante a mentalizar bons pensamentos, diminuindo a dor e possível ansiedade através do relaxamento, pois transmitem sentimentos de tranquilidade, concentração em focos positivos e equilíbrio. A Ioga pode diminuir a rigidez da musculatura abdominal o que reduz a sensação álgica enquanto as orações estimulam a futura mãe, dando-lhe força e ânimo a partir de sua crença (BRASIL, 2018a; 2019; WHO, 2018). Em um estudo de intervenção que verificou práticas assistenciais no TP e desfechos maternos, observou-se que deambulação e massagem foram os métodos não farmacológicos mais empregados no TP. Essas são medidas de fácil execução, não invasivas, de baixo custo e que proporcionam o relaxamento do corpo e da mente. A deambulação ajuda a movimentar o bebê em direção à pélvis e a massagem diminui a tensão muscular, sendo práticas positivas para a evolução do TP (CÔRTEZ *et al.*, 2015).

A acupuntura é outra medida eficaz para a diminuição da dor no TP, porém precisa de um profissional habilitado para ser realizada (BRASIL, 2017). Trata-se de uma terapia de origem chinesa que consiste na inserção de agulhas em regiões do corpo, com o propósito de manter o equilíbrio da energia corporal gerando um efeito analgésico (TORRES *et al.*, 2021).

De modo geral, os métodos não farmacológicos para alívio da dor das parturientes tendem a minimizar o desconforto e tensão e tornar a experiência do parto exitosa e o mais satisfatória possível para a vivência da mulher. Nesse contexto, o uso de métodos não farmacológicos deve ser incentivado por se tratar de cuidados mais seguros à mãe e bebê, menos invasivos e que incentivam a autonomia da mulher e acolhimento por parte da equipe de saúde (SOUZA; AGUIAR; SILVA, 2015). Essa assistência fortalece o cenário de humanização, uma vez que viabiliza a qualidade da atenção materna e neonatal e tem implicações positivas no pré-parto, parto e puerpério, segundo as preconizações mais atuais para o cuidado em saúde.

3.4 Tecnologias de Informação e Comunicação

As Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) são mecanismos tecnológicos que propiciam o desenvolvimento da comunicação e tratamento da informação por meio de softwares, programas operacionais e outros. Esses recursos são facilitadores para o gerenciamento de diversas áreas, inclusive da saúde, pois compõem os sistemas eletrônicos dos serviços, administração dos dados, além de permitir aos cidadãos o acesso a informações sobre promoção da saúde (BARBOSA, 2015).

A utilização de TICs é crescente nos estabelecimentos de saúde em prol da qualidade da gestão e do atendimento, por meio de ferramentas computacionais (TIBES; DIAS; ZEM-MASCARENHAS, 2014; BARRA *et al.*, 2017). A aplicação das TICs na saúde pública é definida pelo termo *e-Health* e representa uma estratégia acessível a um grande contingente de usuários e com bom custo-benefício (BARBOSA, 2015; BONIFÁCIO; SOUZA; VIEIRA, 2019). Nessa vertente, a área de *mHealth* (*mobile health*) é componente da saúde eletrônica (*e-Health*) que inclui as práticas de saúde que podem ser amparadas por dispositivos móveis. Os recursos *mHealth* caracterizam-se pelo uso acessível e seguro de tecnologias de informação para apoio à saúde, incluindo o cuidado, a vigilância, a educação em saúde, o ensino e a pesquisa (LEITE, 2016).

Dentre as TICs, ressaltam-se as tecnologias móveis como *smartphones e tablets* que permitem o uso sem restrição de tempo e espaço e com maior comodidade, fatores que motivam uma aceitação generalizada desses dispositivos (BARRA *et al.*, 2017). Esses aparelhos pessoais

disponibilizam a execução de *softwares* que fornecem uma variedade de informações e podem ser utilizados com frequência ilimitada e de modo simplificado. O uso de *softwares* no âmbito da saúde possibilita a melhoria da tomada de decisões clínicas, acesso ao conhecimento e qualificação de profissionais da área. A maioria dos *softwares* de saúde disponíveis são considerados estratégias para promoção da saúde, prevenção de doenças, cuidado e bem estar (ARANDA, 2016).

Eles também se constituem como Objetos Virtuais de Aprendizagem (OVA) que são recursos digitais com natureza didática e tecnológica que objetivam dar suporte ao processo de ensino e aprendizado por meio de jogos, vídeos, sites e softwares (SALVADOR *et al.*, 2017; SANTIGO *et al.*, 2020). A importância da implementação de Ovas no tocante a educação em saúde é verificada pela capacidade de interação, informação e acessibilidade que proporcionam. Tais pontos positivos facilitam essa abordagem para práticas de cuidado e acompanhamento, como o pré-natal e assistência em TP, por exemplo. No que se refere à saúde materno-infantil, estudos recentes expõem benefícios acerca do uso de tecnologias para cuidados com a gestação (ARANDA, 2016; CONSUELO VÉLEZ *et al.*, 2017; SANTIGO *et al.*, 2020).

Neste contexto, a evolução das tecnologias direcionadas para o campo da saúde e o uso rotineiro de telefones celulares oportunizam melhorias para as condições de saúde dos indivíduos. Hoje, o uso do celular corresponde a principal forma de acesso à informação e pode ser benéfica para o gerenciamento da saúde no dia a dia como também durante a assistência (BANOS *et al.*, 2015). Em posse de um dispositivo móvel, uma pessoa pode efetuar uma vasta quantidade de atividades com a facilidade de não ter a obrigatoriedade por parte do equipamento de se manter inerte. Com o acesso à internet, estas atividades são ampliadas, pois existe a possibilidade de troca de dados entre dispositivos por meio da conexão e o acesso a informações é expandido e pode ser direcionado de acordo com a busca do usuário (SOUZA *et al.*, 2013).

Esse caráter dinâmico estimula o uso habitual dos *smartphones* e App's (aplicativos) por diferentes interesses. Comumente, a utilização dos App's ocorre por entretenimento, porém, o uso no meio profissional é uma realidade constante e progressiva. Por se tratar de ferramentas digitais interativas, as informações são disponibilizadas de modo rápido e multifacetado por meio de imagens, links e textos personalizados, o que facilita a compreensão do usuário e permite uma maior aquisição e memorização de conteúdo (CHAVES *et al.*, 2018).

Perante a facilidade do acesso, programas de *mHealth* melhoram o desempenho de profissionais da saúde no gerenciamento do cuidado e como ferramenta para o aprendizado e treinamento diário (WHO, 2016). Um estudo que abordou o uso de tecnologias móveis em

pesquisas da área da saúde verificou que a equipe multiprofissional é a categoria mais beneficiada no desenvolvimento de App's para o campo da saúde. Contudo, ainda é necessária maior abordagem das TICs no cotidiano e práticas dos trabalhadores da área (BARBOSA, 2015).

Nessa concepção, é importante a incorporação das TICs nos cenários de cuidado, em virtude da promoção da saúde, do empoderamento dos indivíduos com o autocuidado e para que profissionais de saúde tenham acesso facilitado a conhecimentos voltados para a assistência (OMS, 2008). Para isso, na utilização da internet, App's móveis precisam contemplar aspectos como boa apresentação ao público, qualidade da informação, presença de animações, janelas de alerta, e estrutura interativa para proporcionar estímulo e satisfação (CAVALCANTE *et al.*, 2017; ALVAREZ *et al.*, 2018).

Logo, o desenvolvimento de TICs para fins de ensino, treinamento e capacitação profissional caracteriza-se como uma estratégia eficiente para a educação em saúde, tendo em vista que a tecnologia é um recurso emergente e bem aceito a nível global, além de possuir a capacidade de favorecer e oportunizar, com prontidão e usabilidade, o conhecimento a usuários e profissionais dos serviços de saúde.

4 MÉTODO

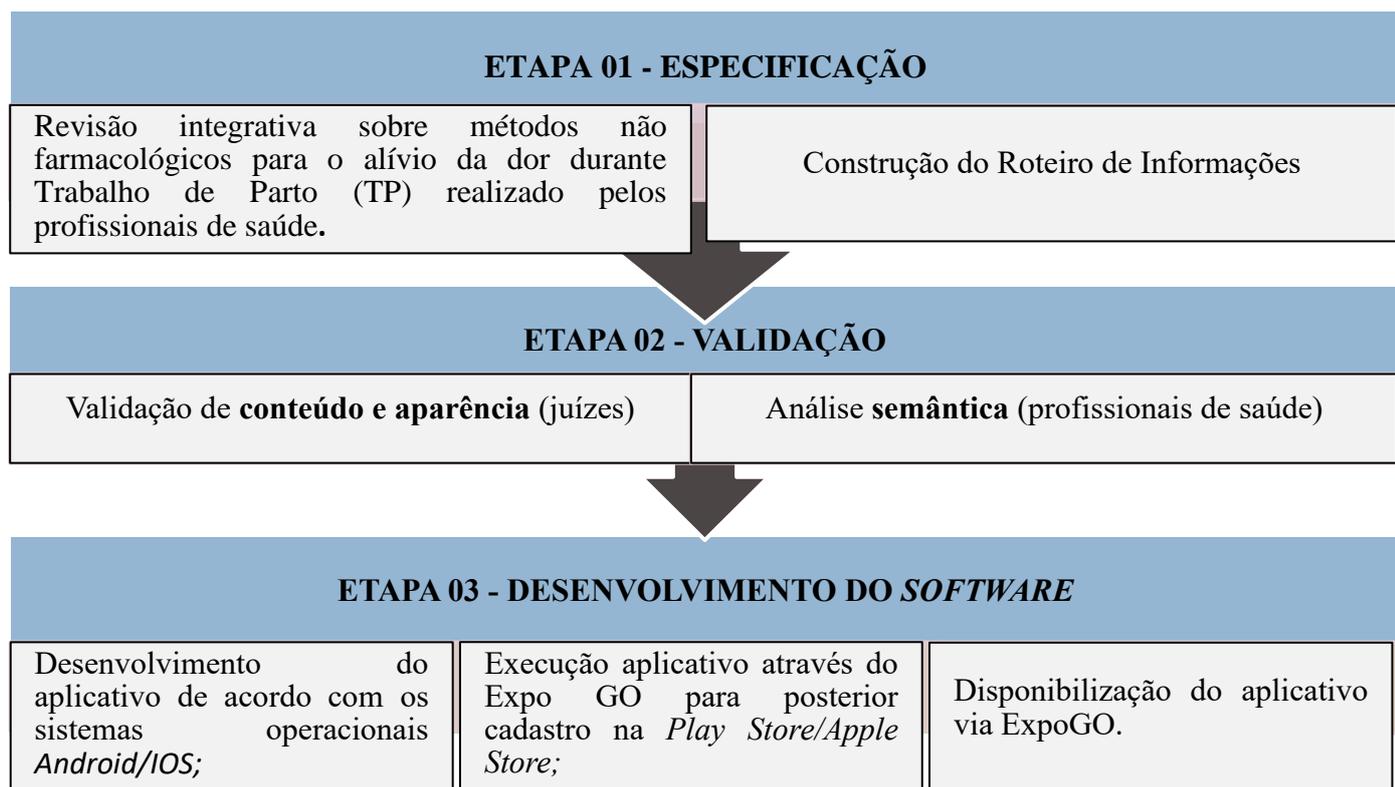
4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico que consiste no processo de desenvolvimento e validação de ferramenta com métodos de pesquisa e criação de um produto novo, atividade ou serviço (POLIT; BECK, 2011).

4.2 Etapas para elaboração do Aplicativo

Para a elaboração do software são recomendadas quatro etapas: especificação, validação, desenvolvimento e evolução. Neste estudo, foram realizadas as três primeiras etapas citadas (SOMMERVILLE, 2011).

Fluxograma da trajetória metodológica. Teresina-PI, Brasil, 2022.



Fonte: Adaptado das etapas de Sommerville (2011).

4.2.1 Especificação

Para esta etapa, foi realizada uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de reunir e analisar as evidências científicas acerca de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o TP prestados pelos profissionais de saúde.

4.2.1.1 Revisão Integrativa da Literatura

A revisão integrativa utiliza as seguintes etapas: identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, interpretação dos resultados e síntese do conhecimento (GALVÃO; MENDES; SILVEIRA, 2010).

Para a estruturação da pergunta de pesquisa, adotou-se a estratégia PICO, em que P é a população a ser estudada, I é o interesse da pesquisa e Co, o contexto em que se insere a pesquisa. Desse modo, tem-se como pergunta: quais os métodos não farmacológicos de alívio da dor são utilizados em gestantes durante o TP? A estratégia PICO foi representada da seguinte forma: População (Gestantes), Interesse (Métodos não farmacológicos de alívio da dor) e Contexto (TP).

A coleta de dados foi realizada de forma sistematizada recuperando artigos indexados nas bases de dados *Medical Literature and Retrivial System online* MEDLINE (via National Library of Medicine), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*, CINAHL (via elton b. stephens company -EBSCO), SCOPUS, e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde- LILACS (via Biblioteca Virtual em Saúde- BVS) acessadas por meio do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal (CAPES).

Utilizou-se também os **operadores booleanos** (delimitadores) *and* e *or*. As palavras-chave foram pesquisadas em português, inglês e espanhol, conforme língua exigida por cada base de dados. Para a formulação das estratégias de busca foram usados descritores, como por exemplo: “*Pregnant Women*”, “*Pregnancy*”, “*Labor Pain*”, “*Therapy*”, “*Complementary Therapies*”, “*Alternative Therapies*”. Para cada base de dados foi estabelecida uma estratégia de busca com base na pergunta de pesquisa (Quadro 1).

A estratégia de busca foi construída de forma a atender os requisitos de cada base de dados, ou seja, os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foram utilizados nas bases de dados LILACS e Cochrane, os descritores Mesh para a busca na MEDLINE e os títulos CINAHL para a base de dados CINAHL. Para a busca na base de dados SCOPUS, foram utilizados descritores não controlados. A relação completa das estratégias de busca desenvolvida segue o quadro logo abaixo.

Quadro 1. Estratégia de busca nas bases de dados via Portal CAPES.

MEDLINE/PubMed	((("pregnant women"[MeSH Terms] OR ("pregnant"[All Fields] AND "women"[All Fields]) OR "pregnant women"[All Fields]) AND "complementary therapies"[All Fields]) AND "labor pain"[All Fields]) NOT ("drug therapy"[Subheading] OR ("drug"[All Fields] AND "therapy"[All Fields]) OR "drug therapy"[All Fields] OR "drug therapy"[MeSH Terms] OR ("drug"[All Fields] AND "therapy"[All Fields]))
CINAHL	("pregnant women" OR "pregnancy" OR "expectant mothers") AND ("labor pain" OR "labor, obstetric") AND ("complementary therapies" OR "alternative therapies") NOT ("drug therapy" OR "pharmacotherapy" OR "medications" OR "drugs")
LILACS	(tw: ("pregnant women")) AND (tw: ("complementary therapies")) AND (tw: ("labor pain")) AND NOT (tw: ("drug therapy"))
SCOPUS	("pregnant women") AND ("complementary therapies") AND ("labor pain") AND NOT ("drug therapy")
COCHRANE	"pregnant women" AND "complementary therapies" AND "labor pain" AND NOT "drug therapy"

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Foram incluídos estudos sobre métodos não farmacológicos de alívio da dor utilizados durante o TP disponíveis na íntegra, sem recorte temporal e sem filtro de idioma. Ensaio de opinião, editoriais e resumos foram excluídos. A seleção dos estudos ocorreu em novembro de 2020, sendo realizada por dois revisores, de forma independente, para garantir o rigor no processo de seleção dos artigos. Os casos de dúvida foram julgados por um terceiro revisor. Os estudos foram classificados quanto ao nível de evidência com base na categorização de Melnyk e Fineout-Overholt (2005) em sete níveis:

- ✓ Nível 1 – evidências oriundas de revisão sistemática ou meta-análise de ensaios clínicos randomizados controlados ou provenientes de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados;
- ✓ Nível 2 – evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado;
- ✓ Nível 3 – evidências de ensaios clínicos sem randomização;
- ✓ Nível 4 – evidências de estudos de coorte e de caso-controle;
- ✓ Nível 5 – evidências de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos;
- ✓ Nível 6 – evidências de estudo descritivo ou qualitativo;

- ✓ Nível 7 – evidências procedentes de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

Com base nos resultados do levantamento bibliográfico, foi construído o roteiro de informações e, em seguida, planejou-se a inserção destas informações no software, ou seja, a fase de especificação.

Tanto a análise quanto a síntese dos dados extraídos dos artigos foram realizadas de forma descritiva, possibilitando descrever e classificar os dados, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão. Na extração dos dados foi utilizado um instrumento contendo informações como Autor, Ano, País, Tipo de Estudo, Nível de Evidência, Métodos não farmacológicos, Categoria profissional, Avaliação da dor e Efetividade do Método não farmacológico (APÊNDICE A).

4.2.2 Validação

4.2.2.1 Validação de conteúdo e aparência

Para essa etapa, selecionou-se um grupo de avaliadores composto por especialistas com notório conhecimento nas áreas de obstetrícia e tecnologias em saúde. Esse processo ocorreu para que o material obtivesse validação, ou seja, verificar se um instrumento está apto para avaliar o que foi proposto com base em critérios metodológicos (POLIT; BECK; 2011; JOVENTINO, 2010).

O levantamento para elegibilidade dos participantes à função de especialistas de conteúdo foi realizado por meio da Plataforma Lattes do Portal CNPq e por amostragem bola de neve, na qual o participante identificado indica outros participantes (POLIT; BECK, 2011). Adotaram-se os critérios de seleção de Guimarães *et al.*, (2015) que considera a titulação acadêmica, experiência profissional e produção científica na área. Os juízes considerados aptos foram aqueles que obtiveram mais de seis pontos, ou seja, enquadrados nas categorias Especialista Master ou Especialista Sênior.

Quadro 2. Critérios de seleção para juízes especialistas.

Características	Pontuação
Experiência clínica de pelo menos quatro anos na área de interesse*	05 pontos
Experiência de pelo menos um ano em ensino clínico da área específica *	04 pontos
Experiência em pesquisa com artigos publicados em periódicos de referência*	04 pontos
Participação de pelo menos dois anos em grupo de pesquisa na área específica*	03 pontos
Doutor em enfermagem/medicina/fisioterapia na área específica*	03 pontos

Mestre em enfermagem/medicina/fisioterapia na área específica*	02 pontos
Residência em área específica à área de interesse.	01 ponto

**Obstetrícia/Elaboração e validação de materiais educativos.*

Fonte: Adaptado de Guimarães *et al.*, (2015).

Em relação à quantidade recomendável de especialistas necessários para a validação do conteúdo, não há um consenso na literatura. Para a operacionalização deste estudo, consideraram-se os pressupostos de Pasquali (1997) que recomenda que esse quantitativo seja entre seis a 20 especialistas. Para este estudo participaram 10 juízes especialistas.

A validação com os juízes especialistas ocorreu de novembro de 2021 a janeiro de 2022 por meio do envio da carta convite (APÊNDICE A), via e-mail, com link em formato *Google Forms*, contendo o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE C), o aplicativo e instrumentos de avaliação. A ferramenta *Google Forms* possibilita praticidade para elaboração e envio do instrumento aos juízes, além de ser um formato que está disponível para todos que possuem conta no Google por meio do acesso em plataformas como web, smartphones e desktop (ALENCAR, 2020).

Foi direcionado aos especialistas de conteúdo um instrumento baseado na proposta de Leite *et al.*, (2018) denominado Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES) (APÊNDICE F). O instrumento foi dividido em partes estruturadas: itens sobre objetivos, itens sobre estrutura/apresentação e itens sobre relevância, totalizando 17 itens referentes ao conteúdo educativo em saúde. As respostas foram julgadas utilizando o padrão da escala psicométrica Likert (ECHAURI; MINAMI; SANDOVAL, 2012) que denomina: 0= discordo, 1= concordo parcialmente e 2= concordo. Ao final de cada item, havia um espaço aberto para que os especialistas pudessem colocar seus comentários de opiniões pessoais.

Para a validação de aparência (APÊNDICE G) foi utilizado o Instrumento de Validação de Aparência de Tecnologia Educacional em Saúde (IVATES), criado por Souza, Moreira e Borges (2020). O material possui uma parte de identificação e caracterização sociodemográfica e outra parte composta por nove itens de avaliação. Após cada item, há um espaço destinado às observações e comentários. A pontuação é efetuada com escala tipo Likert, assim pontuado: 1= discordo totalmente, 2= discordo, 3= discordo parcialmente, 4= concordo e 5= concordo totalmente.

Foi estipulado para os juízes um prazo inicial de 15 dias para a devolução do instrumento de avaliação sendo ampliado para mais 15 dias. Após 30 dias, caso não houvesse devolução da avaliação, o juiz seria excluído.

Para análise dos dados, foram utilizados os procedimentos usuais da estatística descritiva, tais como distribuição de frequência absoluta (n) e relativa (%). Foi calculado o Índice de Concordância (IC) que quantifica a concordância entre os especialistas (POLIT; BECK, 2011). Como aceitável, considerou-se índice mínimo de 0,85 tanto para avaliação de cada item como para avaliação geral do instrumento. Abaixo deste ponto foi considerado um valor inadequado tanto para cada item respondido quanto para o instrumento como um todo (POLIT; BECK, 2006).

O IC é calculado com a utilização de uma escala tipo *Likert*, de 3 pontos ordinais. Para o índice de conteúdo (IVCES) o mesmo foi calculado por meio do somatório de concordância dos itens marcados como “1” e “2” pelos especialistas, dividido pelo total de juízes participantes, conforme a fórmula abaixo:

$$\text{IC} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de respostas "1" e "2"}}{\text{N}^\circ \text{ total de juizes participantes}}$$

Já o o índice de validação de aparência (IVATES) foi calculado por meio do somatório de concordância dos itens marcados como “4” e “5” pelos especialistas, dividido pelo total de juízes participantes.

$$\text{IC} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de respostas "4" e "5"}}{\text{N}^\circ \text{ total de juizes participantes}}$$

Também foi aplicado o Teste Binomial para verificar a concordância entre os juízes, partindo do pressuposto de que a proporção de concordância (p) é maior ou igual a 85,0% (unilateral), com nível de significância (α) de 5%. Considerando (p) a probabilidade de um examinador atribuir as duas notas mais altas de concordância de acordo com cada instrumento para o atributo da área, a hipótese de interesse foi formulada como:

$$H_0 = p \geq 0,85$$

$$H_1 = p < 0,85$$

4.2.2.2 Análise semântica

A análise semântica foi realizada com profissionais de saúde da ala obstétrica do Hospital Regional Leônidas Melo, na cidade de Barras (PI), que acompanham o TP e que se disponibilizaram participar da pesquisa. Foram excluídos da pesquisa aqueles que estavam de licença médica ou férias. A população corresponde a um total de 10 profissionais de saúde,

sendo dois médicos obstetras, um aromaterapeuta e massoterapeuta, três enfermeiras obstetras, dois enfermeiros assistenciais e dois fisioterapeutas. De acordo com Nietzsche *et al.*, (2014), uma amostra de 10 a 12 pessoas é considerada representativa no que se refere a esse tipo de pesquisa.

Os profissionais foram abordados individualmente e, após o aceite em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice D). Em seguida, o pesquisador realizou a exposição das informações contidas em cada uma das três áreas que compunham o roteiro de informações. Esta etapa foi realizada para grupos de dois, quatro ou individualmente, pois dependia da dinâmica de trabalho dos profissionais do setor obstétrico. O pesquisador solicitou que os profissionais relatassem em voz alta o que entenderam durante a exposição após a leitura. A partir das informações que geraram dúvidas ou que não foram compreendidas pelos mesmos foram efetuadas alterações produzindo uma nova versão do conteúdo a ser inserido no aplicativo.

4.2.3 Desenvolvimento

Para desenvolver o aplicativo *Reduce Pain in Birth* (RPB) contou-se com o suporte de um aluno do Curso de Ciências da Computação da Universidade Federal do Piauí – UFPI, do Laboratório OASIS (*Optimization, Autonomous Solutions and Intelligent Systems*). Durante esse processo foram observadas as métricas recomendadas para qualificar a produção do software nos Programas de Pós-graduação da Medicina III. Scarpi (2015) coloca que as métricas selecionadas obedecem às recomendações da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), em parceria com a *International Organization Standardization* (ISO) e com a *International Electrotechnical* (IEC).

Seguiu-se a norma ISO/IEC 29110 de 2012, que dispõe sobre o processo de realizar sistematicamente as atividades de análise, projeto, construção, integração e testes para um novo *software*. A validação técnica seguiu as orientações da ISO/IEC 9126 e 14598 que fornecem um modelo de qualidade e métricas que definem seis amplas categorias de qualidade de *software*: funcionalidade, confiabilidade, usabilidade, eficiência, manutenibilidade e portabilidade.

Na elaboração do software, utilizou-se o ambiente Node.js que permite executar o código Javascript sem depender de um navegador. A linguagem empregada foi a do pacote TypeScript (um superset do JavaScript com o mesmo funcionamento básico, mas com muitas

funcionalidades importantes adicionadas) para tipagem estática e a biblioteca React Native para realizar a construção da interface para dispositivos móveis.

Tendo em vista que o ambiente de desenvolvimento deve auxiliar o desenvolvedor para que o código seja escrito com eficiência, foi utilizado o editor de texto Visual Studio Code e o Prettier e o Eslint que são ferramentas de lint e padronização de código, pois suas funcionalidades se integram perfeitamente com o editor de código escolhido. Por fim, o aplicativo desenvolvido será disponibilizado na plataforma *Android* e *IOS*, a fim de estar acessível a todos os usuários.

O protótipo do aplicativo foi construído a partir das telas apresentadas no roteiro de informações sobre os métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto.

4.3 Aspectos éticos da pesquisa

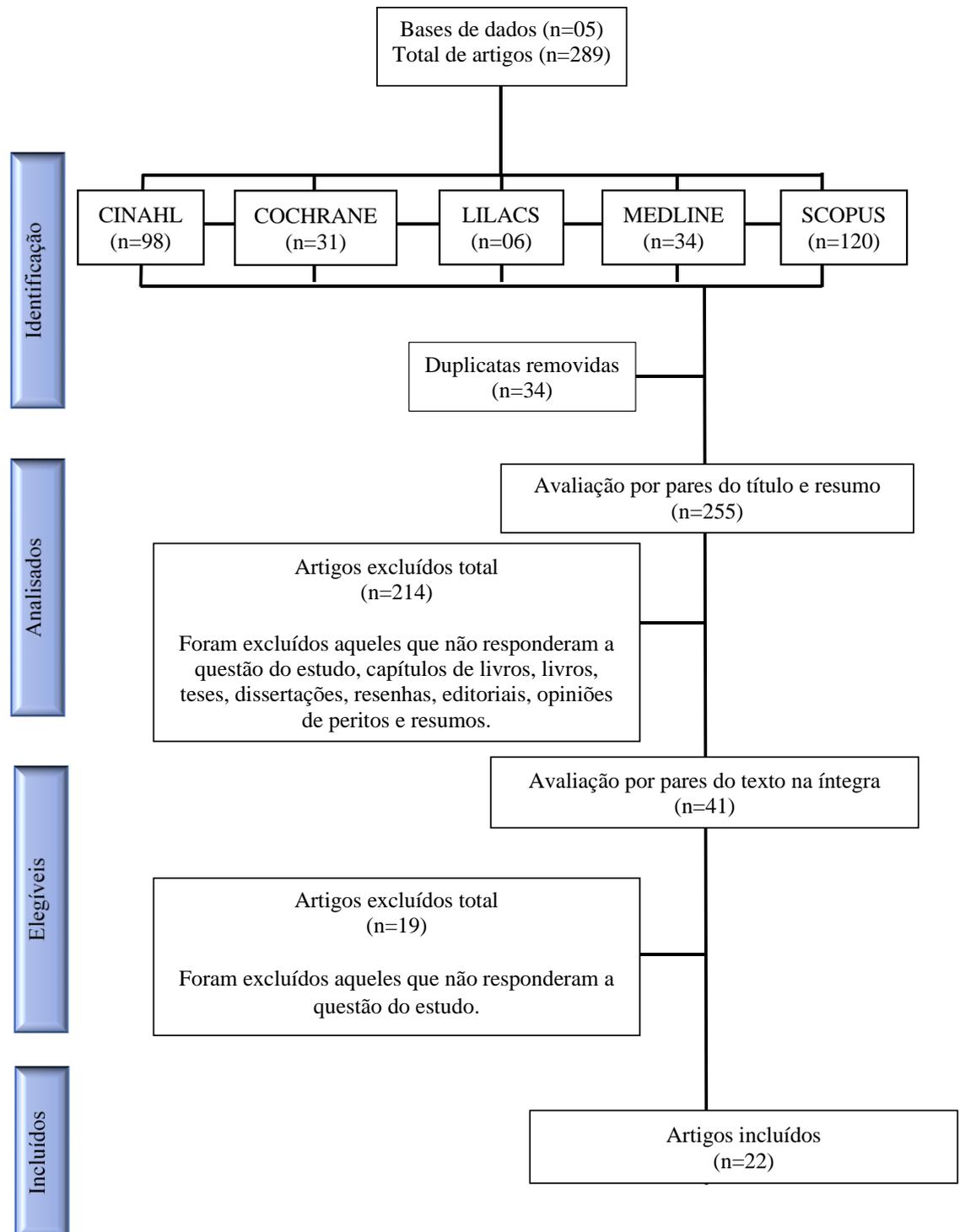
A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí, sob o Parecer nº 4.305.508. O estudo obedece a todas as exigências éticas e científicas fundamentais para uma pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS (BRASIL, 2012).

5 RESULTADOS

A revisão integrativa da literatura elencou o conteúdo de informações para compor o aplicativo. Na busca e seleção de evidências científicas sobre os cuidados não farmacológicos para o alívio da dor durante o TP, foram recuperados, inicialmente, 289 artigos relacionados à temática em questão, sendo que 98 foram encontrados na CINAHL, 31 na COCHRANE, 06 na LILACS, 34 na MEDLINE e 120 artigos na SCOPUS. Após a aplicação do primeiro filtro (critérios de inclusão) com a retirada dos artigos duplicados, contabilizou-se 255 artigos que foram submetidos à avaliação por pares do título e resumo.

Após avaliação de título e resumo, foram excluídas 214 produções, por não responderem à questão do estudo ou por serem dissertações, resenhas, editoriais, opiniões de peritos e resumos. Sendo assim, permaneceram 41 artigos elegíveis. Em seguida, estes artigos foram submetidos à avaliação a partir da leitura do texto na íntegra, e destes, foram excluídos 19. Dessa forma, foram incluídos 22 artigos na revisão de literatura. Para a apresentação das etapas de seleção dos artigos utilizou-se o modelo PRISMA *Group* 2009 (MOHER *et al.*, 2009) apresentado na figura 1.

Figura 1. Fluxograma modelo PRISMA Group 2009



*Foram excluídos aqueles que não responderam à questão do estado, capítulos de livros, livros, teses, dissertações, resenhas, editoriais, opiniões de peritos e resumos.

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Com relação ao ano de publicação, 2018 foi o ano com mais artigos publicados (18%), seguido dos anos de 2020, 2019 e 2013 com 13% cada. No tocante ao país de realização do estudo, 68,5% foram internacionais. A maior parte dos estudos analisados foram ensaios clínicos randomizados (59%).

A respeito dos métodos não farmacológicos utilizados no alívio da dor durante o TP, foram utilizados 11 diferentes tipos de métodos. A maioria utilizou a acupuntura e suas principais variações (acupressão e auriculoterapia) com 55%, seguido da massagem (23%), aromaterapia (18%), terapias térmicas (13%), hipnose (9%), relaxamento (9%), audioanalgesia (9%) e outras terapias (exercícios perineais com a bola suíça, programa de oração islâmica, estimulação elétrica nervosa transcutânea e ioga) (5%). No Brasil, os métodos não farmacológicos mais utilizados foram a acupuntura, o banho quente, a massagem e os exercícios perineais com a bola suíça.

As categorias profissionais que utilizaram os métodos não farmacológicos foram: enfermagem, medicina, fisioterapia e parteira. Os métodos utilizados para avaliação da dor foram a escala visual analógica, a escala de observação dos comportamentos de dor, Questionário McGill e a Escala Likert. Todos os resultados dos artigos analisados apontam para a efetividade dos métodos não farmacológicos na redução da dor durante o TP.

5.1. Roteiro de informações para a aplicação de métodos não farmacológicos no pré-parto

Com base nas evidências científicas obtidas na literatura e em documentos oficiais pertinentes realizou-se uma categorização das informações para produção do conteúdo do software que foi dividida em três partes:

1. O parto
2. Métodos não farmacológicos
3. Aplicação dos métodos não farmacológicos

5.1.1 O trabalho de parto (TP)

Com o objetivo de compreender o TP, o tema 01 discorre sobre esse processo de parturição e as características relacionadas a esse momento intenso e complexo para o contexto familiar, social e de saúde.

O trabalho de parto (TP)

O TP é um período caracterizado pela presença de contrações uterinas frequentes e regulares com alterações do colo do útero e posterior saída do feto. Conhecido como período clínico do parto, ele é dividido em quatro fases: Dilatação, Período Expulsivo, Delivramento e Período de Greenberg (ZUGAIB, 2016; WHO, 2018; SOGESP, 2019).

A fase de dilatação tem início com as primeiras contrações uterinas que são dolorosas e culminam na modificação da cérvix, terminando quando a mesma alcança os 10cm de dilatação. Para isso, o colo uterino esvaece e dilata nas primíparas, enquanto nas múltiparas ocorre de forma simultânea (ZUGAIB, 2016). Esta fase se caracteriza por três subfases: fase latente, fase ativa e de transição.

A fase latente (preparação) é caracterizada por contrações uterinas regulares e irregulares, onde a primeira é mensurada por meio de duas contrações em 10 minutos que duram de 40 a 60 segundos, responsáveis pela dilatação de 3 a 5cm (BRASIL, 2017; WHO, 2018; SOGESP, 2019).

A fase ativa ou dilatação compreende o período em que as contrações se tornam dolorosas, pois a frequência e intensidade aumentam progressivamente no intuito de promover a rápida dilatação do colo uterino a partir de 4 cm com apagamento total e 5 cm independente do apagamento. Nesta fase, os métodos não farmacológicos estão mais indicados para sua implementação (BRASIL, 2017; WHO, 2018; SOGESP, 2019).

A fase de transição, período dentro da fase ativa, ocorre quando a dilatação atinge entre 8 e 10 cm com duração variável de 15 a 60 minutos. É considerada uma das fases mais intensas do processo. Ao ser verificada dilatação adequada, a mulher deve começar a fazer força para a descida da apresentação fetal. (ZUGAIB, 2016.; WHO, 2018; SOGESP, 2019).

O Período expulsivo, em geral, é identificado por meio da dilatação cervical total. Nessa fase, a mulher vai apresentar necessidade de empurrar o feto, ajudando até expulsão do bebê que é o marco do término dessa fase (BRASIL, 2017; WHO, 2018; SOGESP, 2019).

A fase de Delivramento/Secundamento é caracterizada pela continuidade de contrações uterinas rítmicas, onde as três primeiras contrações usualmente descolam a placenta

de sua inserção uterina e a impelem para o canal do parto. As contrações são indolores e proporcionam um alívio imediato às pacientes (MONTENEGRO; REZENDE, 2013).

A última fase do processo do TP, período de Greenberg, inicia-se até uma hora após a saída da placenta. Nessa etapa, o útero se contrai e forma coágulos internos para controle do sangramento. Nesse período há um maior risco de hemorragia pós-parto e, por isso, a mulher deve ser rigorosamente observada (BRASIL, 2017; WHO, 2018; SOGESP, 2019).

Durante o TP deve haver o controle da frequência cardíaca fetal a depender do período de dilatação. Na fase latente a ausculta intermitente deve ser realizada, com intervalo de uma hora, com uso de Pinard ou Doppler e o toque vaginal deverá ser executado a cada quatro horas (WHO, 2018). A assistência recomendada inclui o cuidado holístico com as parturientes, fornecimento de informações à mulher, estímulo à deambulação e ingestão de líquidos e alimentos para as gestantes com poucas chances de utilização da anestesia geral. Medidas como alongamento, sentar em cadeira e posições relaxantes são práticas que podem ser exercidas mediante dilatação de 3 a 8 cm, por exemplo (AKBARZADEH *et al.*, 2014).

Quadro 3. Terapias não farmacológicas.

Terapias não farmacológicas

1. ACUPUNTURA E ACUPRESSÃO:



As terapias chinesas acontecem por meio do estímulo nas terminações nervosas do corpo para obter o equilíbrio de energia vital e são implementadas através da aplicação de agulhas (acupuntura) ou por aplicação de uma pressão na pele da região (acupressão). É necessário um profissional habilitado para que essa prática seja realizada.

Os pontos mais comuns da acupuntura são o SP6 ou sanyinjiao, BL32. O ponto SP6 está localizado na largura de aproximadamente três dedos acima da ponta do maléolo interno, logo posterior à borda da tíbia (ALLAMEH; TEHRANI; GHASEMI, 2015; AKBARZADEH *et al.*, 2014; BRASIL, 2017; HAMID; OBAYA; GAAFAR, 2013; MAFETONI; SHIMO, 2016; SMITH *et al.*, 2020).



FIGURA 2 - Representação esquemática do ponto Sp6 *Sanyinjiao*.

O ponto BL32 encontra-se no segundo orifício do osso sacral, aproximadamente um dedo indicador de distância acima da parte superior do vinco das nádegas. O toque nessas áreas promove efeito de analgesia (AKBARZADEH *et al.*, 2014; HAMID; OBAYA; GAAFAR, 2013; MAFETONI; SHIMO, 2016).

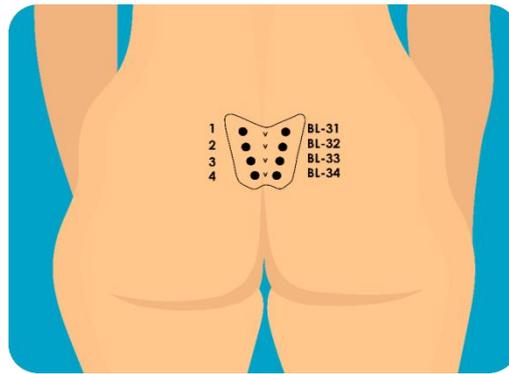


FIGURA 3 - Representação esquemática dos pontos BL31 *Shanglia*, BL32 *Ciliao* e BL33 *Zong Liao*.

Procedimento:

1. Higienize as mãos;
2. Avalie e escolha qual a região você irá fazer a técnica;
3. Posicione a paciente em decúbito dorsal para o ponto BL32, e em decúbito lateral para o ponto SP6 ou *sanyinjiao*. (Deixar que a parturiente possa encontrar uma posição confortável, desde que a mesma siga o posicionamento ideal);
4. Localize o ponto SP6 na largura de aproximadamente quatro dedos acima da ponta do maléolo interno, lado posterior à borda tibial ou o ponto BL32 que se encontra no segundo orifício do osso sacral, aproximadamente um dedo indicador de distância acima da parte superior do vinco das nádegas;
5. Aperte o ponto escolhido e pressione-o repetidamente para tonificar em movimento circular no sentido horário, durante pelo menos 3 minutos.
6. Para definir a percepção da dor durante o TP, utilize a escala visual analógica (EVA) que varia de 0 a 10, em que o 0 é ausência de dor e 10 significa dor intensa (http://www.henriquecarneiro.com.br/wp-content/uploads/2011/04/regua_dor1.jpg).
7. Realizar registro da intervenção e de acompanhamento dos sintomas e intensidade da dor.

1.1 Auriculoterapia: a acupressão pode ser empregada em diferentes áreas do corpo, como na região auricular. Nessa técnica, o estímulo acontece por meio da fixação de microesferas de cristais em determinados pontos da orelha. Os cristais são fixados por adesivos na orelha das gestantes realizando-se uma leve pressão que irá ser mantida por cerca de 01

minuto ou por um intervalo de tempo em que esta pressão gere uma sensação dolorosa e ative o ponto de energia causando a liberação de endorfinas (MAFETONI *et al.*, 2019).

Procedimento:

1. Higienize as mãos;
2. Posicione a paciente em decúbito lateral ou sentada;
3. Observe o pavilhão auricular para identificar o ponto no qual será realizado o procedimento. Essa fase é chamada de inspeção e, além de escolher o local de aplicação, é importante para encontrar possíveis patologias na área auricular;
4. Realize antisepsia com álcool etílico 70% no pavilhão auricular;
5. Faça o diagnóstico por meio da palpação com o auxílio de uma sonda ou caneta de detecção através da pressão para identificar os pontos sensíveis auriculares;
6. Utilize a caneta de palpação para pressionar os pontos auriculares;
7. Tenha como referência os pontos: I) **Shen Men**, que predispõe o tronco cerebral e o córtex a receber, condicionar e codificar os reflexos auriculares, tendo efeitos sedativos, analgésicos; II) **Útero**, que é indicado nas alterações ginecológicas e obstétricas, na indução do parto ou redução do período expulsivo e na redução da dor no pós-parto; III) área de **Neurastenia**, indicado para o tratamento da ansiedade; IV) **Endócrino**, que regula as funções das glândulas de secreção endógenas, sendo usado em distúrbios ginecológicos, entre outros.

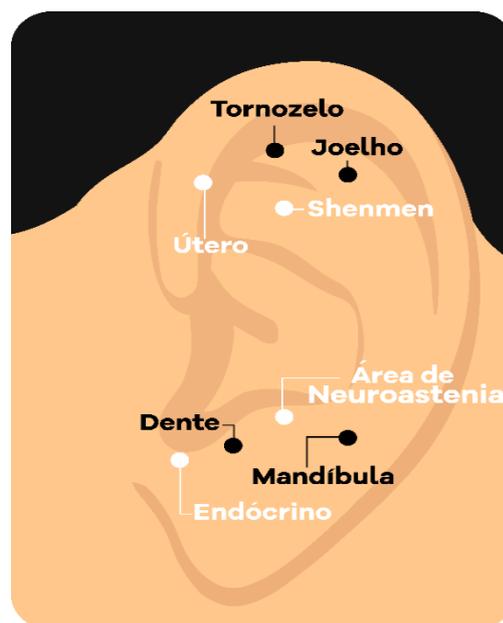


FIGURA 4 - Localização dos pontos auriculares utilizados.

8. Achado os pontos, fixe à pele as esferas de cristal polido com 1,5mm ou sementes de mostarda com fitas hipoalérgicas e realize uma leve pressão que deve ser mantida por 01 minuto ou por um intervalo de tempo em que a pressão gere uma sensação dolorosa e ative o ponto de energia, causando liberação de endorfinas.
9. Para definir a percepção da dor durante o TP, utilize a escala visual analógica (EVA) que varia de 0 a 10, em que o 0 é ausência de dor e 10 significa dor intensa (http://www.henriquecarneiro.com.br/wp-content/uploads/2011/04/regua_dor1.jpg).
10. Realize o registro da intervenção e de acompanhamento dos sintomas e intensidade da dor.

2. AROMATERAPIA



Consiste no emprego de óleos essenciais, aromas e fragrâncias que estimulam sensações de bem-estar e alívio de dores. A utilização pode ocorrer por inalação com incenso, aromatizadores e difusores de ambiente, além da aplicação em superfícies, compressas ou durante massagens (BRASIL, 2019).

A principal e mais benéfica forma de utilizar os óleos essenciais é por inalação. No entanto, estes podem ser usados de outras formas, adequando-se ao problema a tratar ou ao estilo de vida de cada parturiente.

O efeito analgésico é gerado à medida que o cheiro do aroma ativa as células nervosas olfatórias por meio da liberação de neurotransmissores. Incensos de sálvia podem encurtar a duração do primeiro e segundo estágios do TP e, após 30 minutos de aplicação, pode aliviar a intensidade da dor (BRASIL, 2019; POLLARD, 2008; SMITH; COLLINS; CROWTHER, 2011; KAVIANI *et al.*, 2014).

A lavanda auxilia no alívio da dor, pois ajuda a parturiente a se acalmar e focar no TP. Esse óleo vegetal pode ainda ser aplicado no corpo por meio de massagem (BRASIL, 2019).

Os óleos essenciais mais utilizados em aromaterapia para o alívio da dor durante o TP são Sálvia Esclaréia (*Salvia sclarea*) e Camomila Romana (*Anthemis nobilis*) enquanto os de Lavanda (*L. angustifolia*), Rosa (*R. damascena*) e Olíbano (*Boswellia sp.*) são mais efetivos para o alívio do medo e ansiedade. O óleo de Hortelã-pimenta (*M. piperita*) mostra-se eficaz para o alívio da náusea e vômitos, muitas vezes causado por efeitos colaterais de outros medicamentos. Os óleos essenciais de Eucalipto (*Eucalyptus globulus*), Limão (*Citrus limon*) e Mandarina (*Citrus reticulata*) podem aumentar a sensação de bem-estar e os sentimentos positivos em relação ao processo do parto (PRICE, 2019).

Os óleos de Jasmim (*Jasminum*) e Lavanda (*lavandula Augustifolia*) oferecem vantagens ligeiramente diferentes, embora algumas de suas propriedades coincidam. Apesar de serem analgésicos, o de Jasmim é um pouco mais eficaz para intensificar as contrações, abreviando, assim, o TP (PRICE, 2019).

A evaporação – outra forma de se utilizar a aromaterapia – consiste em aplicar algumas gotas em bolas de algodão, compressas ou num pano limpo de forma a permitir que o óleo vá evaporando e liberando o seu aroma. Esta é uma ótima forma de regular a intensidade do aroma, pois quando mais perto se estiver do algodão, compressa ou pano, mais intenso será o cheiro (SMITH; COLLINS; CROWTHER, 2011).

Procedimento:

1. Higienize as mãos;
2. Oriente a parturiente a segurar o frasco de óleo essencial próximo ao nariz, ou pingue de 01 a 03 gotas nas palmas das suas mãos e oriente que passe uma mão na outra aproximando-as 15 cm do nariz em forma de concha. A inalação deverá iniciar devagar e depois ir aumentando o número de inalações e a intensidade como indicado abaixo:
 - ✓ Inalações **curtas**: 03 a 07 respirações seguidas, várias vezes durante o pré parto;
 - ✓ Inalações **médias**: 10 a 15 respirações seguidas, várias vezes durante a fase de dilatação;
 - ✓ Inalações **longas**: 10 a 15 minutos de respirações seguidas, 02 a 03 vezes na fase de transição à fase de expulsão (SMITH; COLLINS; CROWTHER, 2011).

3. Outra forma de utilizar aromaterapia é por meio do Aromatizador. Neste caso, adicione 02 ou 03 gotas do óleo escolhido no interior de um difusor de aromas com água em temperatura ambiente ou fria, até criar uma nuvem de fumaça aromatizada. A indicação do uso da água fria é devido ao fato de as moléculas dos óleos permanecerem no ar intactas durante horas. Já vaporização quente, sem o controle de temperatura, pode alterar a composição química dos óleos essenciais.
4. Caso não tenha o difusor de aromas, coloque 05 a 20 gotas em uma xícara (com capacidade de aproximadamente 80 ml) com água fervente com temperatura máxima de 50-60°C, até quando a água for evaporando e o aroma for liberado para o ar (SMITH; COLLINS; CROWTHER, 2011). Com o auxílio de um termômetro verifique a temperatura da água.
5. Para definir a percepção da dor durante o TP, utilize a escala visual analógica (EVA) que varia de 0 a 10, em que o 0 é ausência de dor e 10 significa dor intensa (http://www.henriquecarneiro.com.br/wp-content/uploads/2011/04/regua_dor1.jpg).
6. Realize registro da intervenção e de acompanhamento dos sintomas e intensidade da dor.

3. MASSAGEM:

Terapêutica que pode ser aplicada para induzir o relaxamento e diminuir o estresse. Pode ser aplicada em diferentes regiões do corpo como nas costas, região sacral, ombro, pescoço, braços, pernas e pés (regiões que costumam estar em tensão no momento do TP). Na região sacral, por exemplo, a massagem é realizada com as mãos rítmicas, ascendentes e com movimentos com variação da pressão, retorno e deslizamento pela região lateral do tronco (ÇEVİK; KARADUMAN, 2018; GAYESKI; BRÜGGEMANN, 2010; GALLO *et al.*, 2013; GÖNENÇ; TERZIOĞLU, 2020; BRASIL, 2018a; SMITH *et al.*, 2018a).

Quando aplicada durante a fase de dilatação no TP, a massagem pode gerar redução da dor e, por isso, costuma ser aplicada no início do momento de latência. Quando associada à acupressão tende a ser ainda mais eficaz para o alívio da dor materna (WHO, 2018; GÖNENÇ; TERZIOĞLU, 2020).

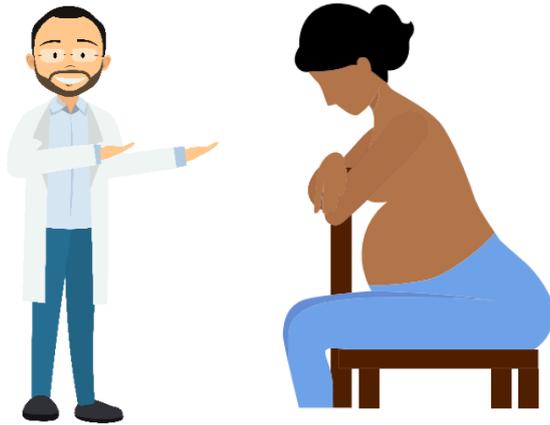
Na segunda fase do TP, a parturiente pode não desejar ser tocada nas costas; neste caso, movimentos tranquilos na testa podem ser mais apropriados. A massagem deve ser aplicada sempre que necessária, até mesmo no abdome. Caso a gestante opte por técnicas de massagem

que ela esteja habituada ou que tenham sido ensinadas aos seus acompanhantes, deve ser apoiada em sua escolha (BRASIL, 2017; 2018a; 2019).

Procedimento:

1. Prepare a sala de parto com o objetivo de criar um bom ambiente, mantendo as luzes baixas e a música suave. Os lençóis da cama devem estar limpos e bem esticados;
2. Higienize as mãos;
3. Posicione a parturiente de uma forma na qual ela se sinta confortável. Posição de decúbito lateral é uma escolha, recorrendo ao apoio de almofadas. Sentar de pernas abertas em uma cadeira também é um arranjo útil; neste caso, a paciente deve inclinar-se para frente;
4. Em um vidro escuro faça a diluição de 30 gotas de óleo essencial (*Casca de Canela, Canela-Cássia, Cravo, Capim-Limão, Gerânio, Orégano*) em 10 ml de óleo vegetal;
5. Antes de aplicar qualquer tipo de produto na pele (seja um óleo essencial ou qualquer outro), entenda como usar o produto e esteja ciente de como ele pode reagir com a pele ou o corpo;
6. Aplique várias doses pequenas ao longo do período de TP, em vez de uma dose grande. Comece com 01 a 02 gotas repetindo assim quando necessário a cada 01 ou 02 horas. Não coloque o óleo essencial diluído diretamente com a pele da parturiente, pois deve ser colocado, primeiramente na palma da mão do profissional, esfregando uma a outra, para espalhar e aquecer o óleo;
7. Coloque as mãos no corpo da parturiente, colocando-as espalmadas na parte superior ou inferior das costas e fazendo movimentos laterais durante 15 segundos;
8. Mantenha sempre o contato de uma das mãos no corpo da mulher, mesmo quando esta se desloca de uma parte do corpo para outra;
9. Adote uma postura semi ereta, com as pernas separadas de forma a evitar dores nas costas, minimizar a fadiga dos braços e conservar as forças. A parturiente deve sentir apenas um fluxo rítmico e leve de movimentos;

- 10.** Realize um toque suave e ligeiro utilizando movimentos leves e longos no início. Depois, quando a área estiver relaxada, aumente a pressão fazendo movimentos circulares ao lado da coluna, desde o quadril até a região dos ombros;
- 11.** Para massagear áreas maiores, faça um movimento tipo leque, iniciando com movimentos curtos no início da manobra e mais longo no final aplicando sobre as costas e pernas.
- 12.** Realize a manobra de amassamento, que é um movimento feito com as mãos trabalhando de forma alternada, apertando e rolando os músculos, onde devem ser executados com firmeza, usando o peso do corpo e aplicando pressão extra com os polegares. Essa manobra comprime o músculo suavemente estimulando o fluxo sanguíneo e fornecendo oxigênio e nutrientes que podem aliviar a dor e também ajudar a reconstruir o tecido muscular danificado. Esse método deve ser usado nos músculos suficientemente grandes para serem pressionados de modo firme e estirados na direção transversal.
- 13.** Com as duas mãos colocadas no sentido ascendente em ambos os lados da coluna vertebral execute movimentos de vai e vem (de baixo para cima) do quadril até os ombros e, ao chegar na região do sacro, aplique uma pressão. Esta massagem nunca deve ser feita diretamente sobre a coluna vertebral;
- 14.** Deve-se massagear da região glútea no sentido ascendente até ao nível dos ombros e, posteriormente, dos ombros até a região glútea, com movimentos de passos com os dedos;
- 15.** Para definir a percepção da dor durante o TP, utilize a escala visual analógica (EVA) que varia de 0 a 10, em que o 0 é ausência de dor e 10 significa dor intensa (http://www.henriquecarneiro.com.br/wp-content/uploads/2011/04/regua_dor1.jpg).
- 16.** Realize registro da intervenção e de acompanhamento dos sintomas e intensidade da dor.



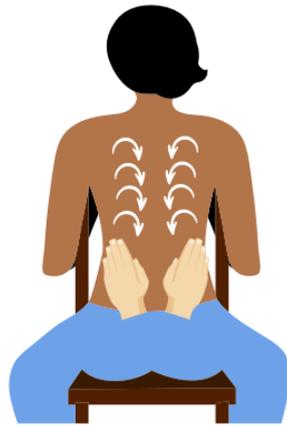
1. Sente-se com as pernas abertas para o encosto da cadeira e apoie os braços.

FIGURA 4.1 - Demonstração da técnica de massagem na promoção do relaxamento e alívio da dor.



2. Lubrifique a palma das mãos com Óleo de Massagem disponível no setor, apoie elas no quadril e faça movimentos laterais

FIGURA 4.2 - Demonstração da técnica de massagem na promoção do relaxamento e alívio da dor.



3. Agora, peça movimentos circulares ao lado da coluna desde o quadril até a região dos ombros.

FIGURA 4.3 - Demonstração da técnica de massagem na promoção do relaxamento e alívio da dor.



4. Agora, movimentos de vai e vem (de baixo para cima), também do quadril até os ombros

FIGURA 4.4 - Demonstração da técnica de massagem na promoção do relaxamento e alívio da dor.



5. Movimentos de passos com os dedos, dos quadris até os ombros e depois ao contrário.

FIGURA 4.5 - Demonstração da técnica de massagem na promoção do relaxamento e alívio da dor.

4. TERAPIAS TÉRMICAS OU TERMOTERAPIA:

São cuidados que envolvem as propriedades térmicas, como compressas e banhos quentes. São técnicas positivas para o controle da dor devido sua capacidade de promover relaxamento muscular pelo aumento do fluxo sanguíneo que ocorre a partir da dilatação dos vasos. O alívio da dor acontece devido à estimulação dos termorreceptores da epiderme que são ativados pelo banho quente e alcançam o cérebro mais rápido que os receptores da dor. Além disso, o calor tende a acentuar a circulação do sangue e acalmar o estresse que provém das contrações uterinas. A associação entre banho quente com a bola suíça pode reduzir significativamente a intensidade da dor (BARBIERI *et al.*, 2013; FARAHMAND *et al.*, 2020; WHO, 2018).

Essa prática deve ser realizada de forma rápida, pois banhos quentes de imersão podem alterar os sinais vitais maternos, como o pulso e a temperatura corporal, e isso pode, de alguma forma, gerar efeitos sob o feto. Acredita-se que seja positiva no primeiro estágio do parto, mas também pode ser aplicada na região lombar e perineal durante o período expulsivo (GAYESKI; BRÜGGEMANN, 2010; MASCARENHAS *et al.*, 2019).

Procedimento:

1. Prepare a sala de parto e o banheiro com o objetivo de criar um bom ambiente, mantendo as luzes baixas e uma música suave de acordo com o gosto da parturiente. As roupas de banho devem favorecer o conforto da parturiente. Pode usar suas próprias roupas ou ficar despida, a depender da preferência da mulher;
2. Certifique que a parturiente não tenha histórico de hipotensão, pois esse método causa vasodilatação dos vasos sanguíneos e conseqüentemente poderá acelerar o processo hipotenso;
3. Realize a higienização das mãos;
4. Realize o toque vaginal (enfermeiro ou médico obstetra) para observar a dilatação cervical. Para a execução desse procedimento, a mesma deve estar entre 4 a 5 cm;
5. Primeiramente aplica-se o banho de imersão. A temperatura da água deve estar em torno de 37 a 38° C, sendo importante que a paciente permaneça, no mínimo, 20 minutos na banheira;
6. Adicionar óleos essenciais na banheira pode ser uma alternativa adicional para o relaxamento da parturiente. O produto deve ser acrescido no momento que a mesma já esteja dentro da banheira, colocando em média 15 a 20 gotas;



FIGURA 5 - Representação esquemática do banho de banheira como alternativa de termoterapia.

7. A presença do pai no momento é importante, pois pode trazer mais segurança a mãe e facilita o processo de apoio, ficando facultada a participação ou não do pai no TP;
8. Caso não tenha banheira, pode ser realizado o banho de aspersão. A parturiente deve ser posicionada em uma cadeira ou na bola suíça;
9. Ligue o chuveiro e regule a temperatura em torno de 37 a 39 °C com ajuda de um termômetro, sempre respeitando a sensibilidade da paciente em relação à temperatura

e a intensidade do jato de água. Recomenda-se que um jato de leve a moderada intensidade por um período de, no mínimo, 20 minutos;

10. Com a parturiente enxuta, direcione e auxilie a parturiente até a sala de parto;
11. Realize novamente o toque vaginal (enfermeiro ou médico obstetra) para observar a dilatação cervical que deve estar acima de 4 a 5 cm. Caso não tenha atingido essa dilatação e, se for da vontade da paciente, repita todo o processo anterior;
12. Se a dilatação estiver acima de 5 cm aplique compressas quentes, por um intervalo curto de tempo, em média de 2 a 5 minutos. A aplicação deve ser rápida porque ativa a sensibilidade e gera o efeito analgésico na gestante;
13. Coloque uma toalha do tipo microfibra ou bolsa térmica nas regiões onde a parturiente esteja sentindo mais dor, sempre obedecendo ao tempo acima já descrito;
14. Para definir a percepção da dor durante o TP, utilize a escala visual analógica (EVA) que varia de 0 a 10, em que o 0 é ausência de dor e 10 significa dor intensa (http://www.henriquecarneiro.com.br/wp-content/uploads/2011/04/regua_dor1.jpg).
15. Realizar registro da intervenção e de acompanhamento dos sintomas e intensidade da dor.



FIGURA 6 – Representação esquemática do banho de chuveiro como alternativa de termoterapia.

5. IOGA

Não existe comprovação científica que a Ioga é efetivo em nenhuma das fases do TP, porém, se for realizada durante a gestação poderá ser eficaz no controle da ansiedade, respiração

e relaxamento. Durante a gestação, os *pranayamas* (controle da energia vital por meio da respiração) cumprem um papel importante para o controle da pressão arterial, além de relaxar, distender e deixar mais flexível a musculatura da parede abdominal e a região torácica para que se tenha um melhor controle da dor durante a fase ativa do TP (DESMAWATI; KONGSUWAN; CHATCHAWET, 2019).

O método descrito abaixo deve ser empregado principalmente na fase de dilatação do TP pois irá causar o relaxamento dos músculos abdominais e diminuir o desconforto (BRASIL, 2018a; 2019; WHO, 2018).

Procedimento:

1. Prepare a sala de parto com o objetivo de criar um bom ambiente, mantendo as luzes baixas e a música suave. O uso de tapetes de borracha ou tatames antiderrapantes pode ser uma alternativa;
2. Realize o toque vaginal (enfermeiro ou médico obstetra) para observar a dilatação cervical. A técnica só deverá ser realizada se a dilatação cervical esteja até 5 cm;
3. Posicione a gestante sentada no tapete, dobrando o joelho direito e colocando calcanhar direito sobre a coxa esquerda. Em seguida, incline cuidadosamente o joelho esquerdo, puxe o calcanhar esquerdo sobre a perna direita e coloque-o sobre a coxa direita. Lembre-se que a parturiente pode não optar por essa posição ou não se adaptar e dever ser colocada na posição mais confortável possível;
4. Em um tom suave, o toque da música pode melhorar a concentração, assim como o ato de fechar os olhos, pois esse ato ajuda a gestante a se desconectar de estímulos externos visuais que possam diminuir sua concentração e relaxamento;
5. Quando a paciente sentir uma contração, peça para que ela sinalize e classifique em: **leve, moderada ou forte**. Utilize o temporizador de contração (<https://pt.calcuworld.com/calculadorasdegravidez/contracoes/>) para contabilizar quantas contrações a parturiente teve por minuto.
6. Peça que a parturiente realize o exercício de *Sama Vritti Pranayama* (Ioga-Respiração Equalizada);
7. Oriente que ela inicie a inspiração *Sama Vritti Pranayama* e peça para que ela conte mentalmente e inspire o ar pelo nariz contando de 1 à 5 – (1 2 3 4 5). Quando ela expirar, oriente a soltar o ar pela boca e contar – (5 4 3 2 1), ou seja, de modo decrescente e oposta ao da inspiração;

8. Para definir a percepção da dor durante o TP, utilize a escala visual analógica (EVA) que varia de 0 a 10, em que o 0 é ausência de dor e 10 significa dor intensa (http://www.henriquecarneiro.com.br/wp-content/uploads/2011/04/regua_dor1.jpg).
9. Realizar registro da intervenção e de acompanhamento dos sintomas e intensidade da dor.



FIGURA 7 - Representação esquemática posição Yoga.

6. ORAÇÃO

A oração envolve os aspectos emocionais, espirituais e culturais do ser humano e pode gerar efeitos positivos no parto, estimulando ânimo e disposição. Algumas gestantes costumam obter conforto e força por meio de textos sagrados e orações lidas durante o TP, como um suporte espiritual (WHO, 2018).

Caso a gestante não se enquadre em nenhuma religião, pode realizar uma oração pessoal. Neste momento, pode ser utilizado também o método da musicoterapia para que se possa criar um ambiente propício uma sinestesia com o sagrado.

7. BOLA SUIÇA

Conhecida como bola obstétrica, pode ser usada diversas vezes ao longo do TP a depender da vontade da parturiente. Esse recurso permite a mobilidade pélvica, estimula a dilatação e a descida fetal, além de diminuir o desconforto doloroso e provocar relaxamento. A realização de exercícios com a bola na posição vertical (sentada) trabalha a musculatura do assoalho pélvico, em especial, os músculos levantadores do ânus e pubococígeos e a fásia da pelve (MOTA e SILVA *et al.*, 2011).

Recomenda-se que a Bola Suíça seja ofertada a parturiente, quando esta estiver em fase ativa de TP, a partir de 6 cm de dilatação (BRASIL, 2017).

O profissional precisa ter atenção para que a bola não esteja muito cheia, pois isso pode deixá-la mais resistente e menos flexível para se moldar ao períneo quando a mulher se sentar nela. Além disso, deve-se observar o tamanho da bola, onde a mesma pode variar de acordo com o tamanho da parturiente (BRASIL, 2019).

Procedimento

1. No período de dilatação inicial não deve ser realizado movimentos de abaixar e levantar (quicando) na bola, pois este movimento pode gerar um edema no colo uterino.
2. Em caso de dilatação total, solicite que a parturiente faça movimentos de subir e descer com cautela e usando uma proteção ou cobertura para que a região perineal não fique em contato direto com a bola. A bolsa rota não contraindica o uso da bola suíça (BRASIL, 2019).



FIGURA 8 - Exercício que pode ser realizado durante o pré-parto: Promove relaxamento e alongamento e permite o aumento dos diâmetros da pelve.



FIGURA 9 - Gestante sentada sobre a bola, postura em 90° MMII (membros inferiores). Promove a posição vertical, facilitando o alinhamento feto-materno.

Essa posição (Fig 10) ainda proporciona liberdade de mudança de posição à parturiente, o que contribui para a participação ativa da mulher no processo do nascimento. O balanço da região pélvica produz gradualmente o relaxamento da musculatura e ampliação da pelve facilitando a descida do bebê pelo canal vaginal (SILVA *et al.*, 2011).

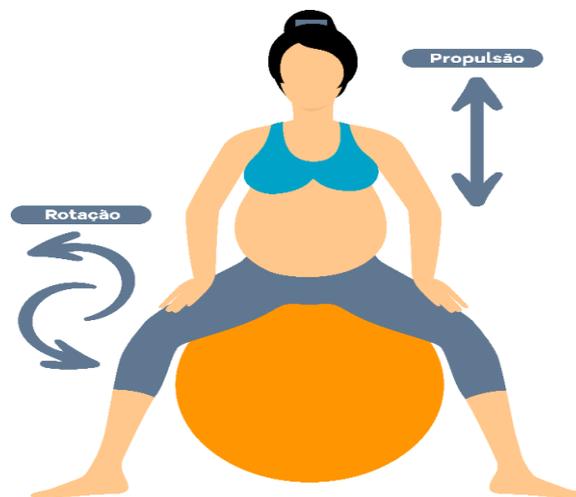


FIGURA 10 - Realizar exercícios de propulsão e/ou rotação (rebolar sobre a bola), promove contrações eficazes e menos dolorosas, facilita a descida fetal e aumenta a abertura da pelve.

Fonte: Adaptado de Silva *et al.*, (2019b)



FIGURA 11 - Posição que propicia alívio durante as contrações: em pé com o tronco apoiado sobre a bola, onde a cada contração a parturiente poderá apertar a bola além de também promover a postura vertical.

Fonte: Adaptado de Silva *et al.*, (2019b)

8. MUSICOTERAPIA E AUDIOANALGESIA

A **musicoterapia** e **audioanalgesia** correspondem à utilização de músicas e sons para prática terapêutica a fim de produzir efeitos analgésicos. Uma música pode ajudar a relaxar e entrar em contato com os sentimentos e sensações. Entretanto, ainda são necessárias mais evidências que comprovem a eficiência durante o TP (BRASIL, 2016b; SMITH *et al.*, 2006).

As gestantes podem escolher as músicas segundo seu desejo para que a terapia propicie bons resultados. Abaixo segue o link de sugestões de músicas que podem ser utilizadas no momento do TP.

1. Reconhecimento – Isadora Canto

<https://www.youtube.com/watch?v=sLnuRB07Ckc>

Conhecida nas rodas de gestantes e frequentadores do mundo humanizado, a Isadora Canto fala com a alma das pessoas. Este é praticamente o hino do nascimento com respeito.

2. Espatódea – Nando Reis

https://www.youtube.com/watch?v=5ixcoTs3t_g

A doçura na voz do Nando Reis sozinha já seria suficiente. Mas ele segue emocionando: “não sei se o mundo é bom, mas ele ficou melhor quando você chegou”.

3. Anunciação – Alceu Valença

<https://www.youtube.com/watch?v=PrdBUorYboU>

“Tu vens, tu vens, e eu já escuto os teus sinais”. Deixe Alceu Valença embalar o parto para que a parturiente possa sentir seu filho chegando com toda a entrega que essa música convida.

4. Paciência – Lenine

<https://www.youtube.com/watch?v=bjtl2gboISI>

Música para lembrar que cada coisa chega em sua hora, que nada está adiantado ou atrasado. Estimule-a por meio da calma, respiração e espera.

5. Vilarejo – Marisa Monte

https://www.youtube.com/watch?v=r7qrFD19c_Y

“Peitos fartos, filhos fortes, sonhos semeando o mundo real”, Marisa Monte canta sobre a casa cheia de amor que está à espera da chegada.

6. Vieste – Ivan Lins

<https://www.youtube.com/watch?v=d2zNBq1zA0I>

Mais uma para lembrar que tudo acontece na hora que tem que ser e celebrar quem está por chegar.

7. Tudo Diferente – Maria Gadu

<https://www.youtube.com/watch?v=xzzuztLhRXw>

“Todas as trilhas caminham pra gente se achar” é para fazer qualquer parturiente se encher de força e amor pelo que está acontecendo!

8. As Coisas Tão Mais Lindas – Cássia Eller

<https://www.youtube.com/watch?v=6Y2JUmlp1WQ>

Cássia Eller deixa também qualquer parturiente cheia de força, cantando sobre o quão bem-vindo (e lindo!) é o “amorzinho” que está chegando.

9. Pra Você Guardei O Amor – Nando Reis e Ana Cañas

https://www.youtube.com/watch?v=sB8_zYjxSGg

O Nando Reis muito bem acompanhado de Ana Cañas embala o pré-parto de um jeito incrível!

10. Nascer – Isadora Canto

<https://www.youtube.com/watch?v=0U9OTTyKLwY>

Isadora chama o bebê para o lado de cá e sua voz macia completa o clima de expectativa e promessa de algo bom.

11. Debaixo D’água – Maria Bethânia

<https://www.youtube.com/watch?v=wsGfJf6bqxY>

Trilha clássica dos partos, essa canção é forte, profunda, fundamental. Impossível não haver emoção com a letra que fala do ponto de vista do bebê e sua vivência com a água.

12. Acalanto – Adriana Calcanhoto

<https://www.youtube.com/watch?v=MN1IarWKQDo>

Para embalar a gestante no cantar para o bebê do lado de dentro (ou de fora!).

13. Só Tinha Que Ser Com Você – Elis Regina

<https://www.youtube.com/watch?v=vBVhRyAQNhA>

“Só eu sei quanto amor eu guardei, sem saber que era só pra você” – verdadeiro e totalmente apropriado para esse ser que a mãe nem viu ainda, mas já ama demais!

14. O Que Você Quer Saber De Verdade – Marisa Monte

<https://www.youtube.com/watch?v=wk35pc4yWX0>

Essa é especial para o momento em que a força parece ter acabado e a mulher acha que não aguenta mais: liberte-se, entregue-se! “Faça a sua dor dançar, atenção para escutar esse movimento que traz paz”.

15. Beautiful Boy – John Lenon

<https://www.youtube.com/watch?v=wk35pc4yWX0>

É um menino? É agradável que a parturiente ouça esse clássico de John Lennon para embalar seu amor!

16. She – Elvis Costello

https://www.youtube.com/watch?v=VL9KxBE0_rY

Se for uma menina, essa música tem potencial de emocionar muito a mãe.

17. Better Together – Jack Johnson

<https://www.youtube.com/watch?v=nuLr8LP4OD8>

Uma animadinha que diz o mais importante de tudo: estamos melhores quando estamos juntos! Para a mulher dançar com o marido e relaxar das contrações com um sorriso no rosto.

18. Eu sei que vou te amar – Tom Jobim

<https://www.youtube.com/watch?v=TARRNm0x1Iw>

Na voz de Caetano Veloso, esse hino ao amor fica ainda mais lindo. “Eu sei que vou te amar por toda a minha vida” é apenas tudo que uma mãe pode cantar para um filho, não é mesmo?

19. Dia Branco – Geraldo Azevedo

https://www.youtube.com/watch?v=UTd_M89rFvk

Vem, bebê! “Se você quiser e vier pro que der e vier comigo.” Uma promessa de amor da gestante para o seu filho!

20. Mãe do eterno amor à Nossa Senhora do Bom Parto- Adriana Arydes

<https://www.youtube.com/watch?v=YjgKYeSpKrY>

A parturiente poderá sentir uma paz e maior calma enquanto realizar a oração em honra a Nossa Senhora do Bom Parto. Essa música vai lembrá-la disso.

5.2 Validação do conteúdo e aparência

A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica dos juízes que participaram deste estudo. A maioria dos participantes tem de cinco até 10 anos de formação (40,0%) e tempo de atuação na área de cinco a 10 anos (40,0%). Todos fizeram especialização e 20% fizeram mestrado.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos juízes.

VARIÁVEIS	n (%)
Sexo	
Feminino	5 (50,%)
Masculino	5 (50,%)
Faixa etária	
20 a 30 anos	4 (40,%)
31 a 40 anos	6 (60,%)
Função/ Cargo que exerce na instituição	
Aromaterapeuta e Massoterapeuta	1 (10,%)

Enfermeiro (a)	5 (50,%)
Fisioterapeuta	1 (10,%)
Médico (a)	3 (30,%)
Tempo de trabalho na área	
Menos de 5 anos	4 (40,%)
De 5 a 10 anos	4 (40,%)
Mais de 10 anos	2 (20,%)
Tempo de formação (Anos)	
Menos de 5 anos	3 (30,%)
De 5 a 10 anos	4 (40,%)
Mais de 10 anos	3 (30,%)
Especialização	
Sim	10 (100,%)
Não	-
Mestrado	
Sim	2 (20,%)
Não	8 (80,%)
Doutorado	
Sim	-
Não	10 (100,%)

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

A Tabela 2 apresenta o Índice de Concordância (IC) quanto ao conteúdo do Instrumento de validação de conteúdo educativo em saúde (IVCES) e o Teste Binomial. O IC entre os juízes para todo o conteúdo foi de 97%. A aplicação do teste Binomial com $n = 10$ e $p = 0,85$ demonstrou que todas as proporções de concordância para cada atributo das áreas foram maiores ou iguais a 85,0% ($-p > 0,05$), ou seja, não rejeitando a H_0 , ao nível de significância de 5%.

Tabela 2. Média, Índice de Concordância (IC) e teste binomial (P-valor) quanto o conteúdo (IVCES).

Variáveis	Média	IC %	p-valor
Contempla tema proposto	3,0	100%	1,000
Adequado ao processo de ensino-aprendizagem	3,0	100%	1,000
Esclarece dúvidas sobre o tema abordado	2,9	90%	0,803
Proporciona reflexão sobre o tema	3,0	100%	1,000
Linguagem adequada ao público-alvo	3,0	100%	1,000
Linguagem apropriada ao material educativo	3,0	100%	1,000

Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo.	2,9	90%	0,803
Informações corretas	2,9	90%	0,803
Informações objetivas	3,0	100%	1,000
Informações esclarecedoras	2,9	90%	0,803
Informações necessárias	3,0	100%	1,000
Sequência lógica das ideias	3,0	100%	1,000
Tema atual	3,0	100%	1,000
Tamanho do texto adequado	2,8	90%	0,803
Estimula o aprendizado	3,0	100%	1,000
Contribui para o conhecimento na área	3,0	100%	1,000
Desperta interesse pelo tema	3,0	100%	1,000
Global (n = 170)	3,0	97%	0,999

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

A tabela 3 mostra a média e o IC quanto a aparência do software RPB. A tecnologia alcançou IC de 100%.

Tabela 3. Média, Índice de Concordância (IC) e teste binomial (p-valor) quanto aparência (IVATES)

Variáveis	Média	IC (%)	p-valor
As ilustrações estão adequadas para o público-alvo.	4,7	100%	1,000
As ilustrações são claras e transmitem facilidade de compreensão.	4,5	100%	1,000
As ilustrações são relevantes para compreensão do conteúdo pelo público-alvo.	4,6	100%	1,000
As cores das ilustrações estão adequadas para o tipo de material.	4,4	100%	1,000
As formas das ilustrações estão adequadas para o tipo de material.	4,5	100%	1,000
As ilustrações retratam o cotidiano do público-alvo da intervenção.	4,3	100%	1,000
A disposição das figuras está em harmonia com o texto.	4,5	100%	1,000
As figuras utilizadas elucidam o conteúdo do material educativo.	4,6	100%	1,000
As ilustrações ajudam na exposição da temática e estão em uma sequência lógica	4,5	100%	1,000
As ilustrações estão em quantidade adequada no material educativo.	4,3	100%	1,000
As ilustrações estão em tamanhos adequados no material educativo.	4,5	100%	1,000
As ilustrações ajudam na mudança de comportamentos e atitudes do público-alvo.	4,3	100%	1,000
IC Geral	4,5	100%	1,000

O Quadro 4 apresenta as alterações realizadas na Versão 2 do conteúdo do software. Essas alterações foram realizadas a partir da análise semântica. As alterações textuais ocorreram após observação de palavras, expressões ou ideias que não foram compreendidas pelos usuários e que necessitavam de modificações que imprimissem mais clareza as informações.

Quadro 4 - Descrição das alterações textuais na análise semântica.

INSTUMENTO DE AVALIAÇÃO	PALAVRA OU TEXTO	ALTERADO PARA
Validação de aparência	“As ilustrações são claras e transmitem facilidade de compreensão.”	Item retirado por repetição de ideia, devido semelhança com outro item apresentado logo em sequência.
Validação de aparência	“As ilustrações são relevantes para compreensão do conteúdo pelo público-alvo.”	“As ilustrações são claras e relevantes para compreensão do conteúdo pelo público-alvo.”
Validação de aparência	“As ilustrações retratam o cotidiano do público-alvo da intervenção.”	Item retirado considerando que nem todos os profissionais de saúde abordados tem contato regular com práticas não farmacológicas.
Validação de aparência	“As ilustrações ajudam na exposição da temática e estão em uma sequência lógica.”	Retirada por motivo de semelhança com outro item apresentado.
Validação de aparência	“As ilustrações ajudam na mudança de comportamentos e atitudes do público-alvo.”	“As ilustrações ajudam na mudança e melhoria de condutas do público-alvo.”

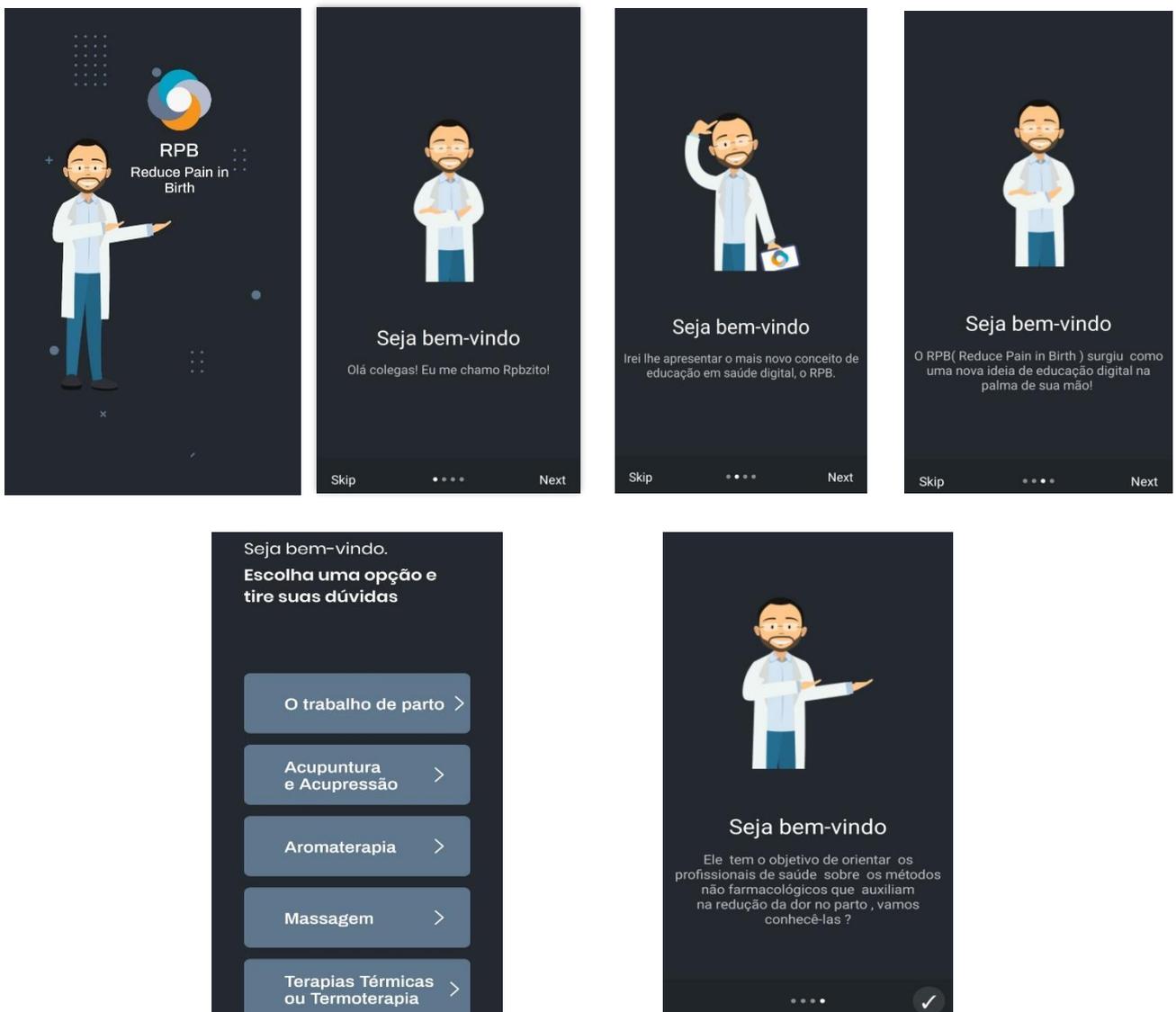
Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Além de orientações específicas quanto ao conteúdo das informações a serem disponibilizadas para os usuários, também emergiram as seguintes sugestões: reduzir a quantidade de texto retirando informações sucessivas; tornar o conteúdo mais claro e explicativo retirando termos difícil compreensão.

Este é o ícone de acesso ao aplicativo *Reduce Pain in Birth-RPB* que ficará disponível na tela do smartphone após download do software nas lojas virtuais (*Play Store e Apple Store*).



1) Design Home Interface:



Ao clicar no ícone da tela RPB, o usuário terá acesso ao conteúdo das áreas de abordagem da tecnologia referentes à métodos não farmacológicos para o alívio da dor no TP.

De início a tela se apresenta em uma interface de boas vindas mostrando o aplicativo e seus objetivos. Logo em seguida aparece a tela onde o usuário poderá escolher qual conteúdo quer acessar, desde uma introdução de qual cuidado se trata até toda a técnica de implementação da assistência. Estes conteúdos poderão ser acessados em sequência ou de forma individual, conforme o interesse do profissional. O acesso se dá através de barras de acesso às seguintes informações: Acupuntura e Acupressão; Aromaterapia; Massagem; Terapias térmicas ou termoterapia; Oração; Bola Suíça, Musicoterapia e Audioanalgesia. Como funcionalidade, além do conteúdo informativo, o RPB ainda conta com um cronômetro de contrações e também uma escala visual analógica da dor.

2) Telas de Conteúdo



3) Tela Funcionalidade



6. DISCUSSÃO

Os métodos não farmacológicos possuem eficácia para o alívio da dor materna durante o TP e correspondem às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). Tratam-se, portanto, de recursos terapêuticos implementados pelo SUS e que têm alcançado notoriedade na área obstétrica. Além disso, são técnicas não invasivas, com estímulos naturais no corpo e que favorecem a saúde desde o nível fisiológico ao psicológico, influenciando o bem-estar e tornando a experiência do parto menos dolorosa e mais dinâmica (BRASIL, 2018b).

No âmbito do SUS, as PICS fazem parte da Rede de Atenção à Saúde, sendo desenvolvidas principalmente no setor da Atenção Básica. Porém, também estão presentes nos atendimentos de média e alta complexidade, como nas maternidades e hospitais com ala obstétrica. Nessas unidades, para realização de partos, o uso de técnicas não farmacológicas, como a acupuntura e auriculoterapia é crescente (BRASIL, 2018b; TORRES *et al.*, 2021).

A terapia de acupuntura e acupressão geram efeitos analgésicos ao promoverem o relaxamento dos músculos (MASCARENHAS *et al.*, 2019; MOUTA *et al.*, 2021). Um ensaio clínico randomizado evidenciou que a acupressão é uma medida efetiva para a redução da dor durante o TP (MAFETONI; SHIMO, 2016). Pesquisa que abordou fundamentos e aplicações clínicas das referidas terapias chinesas concluiu que a estimulação de pontos auriculares ativa áreas somático-sensoriais, corticais e límbicas que compõem a matriz da dor o que pode modificar essa sensação (MATOS *et al.*, 2021).

O uso de óleos essenciais é outra prática não farmacológica para alívio da dor no TP. Estudo iraniano que comparou o efeito dos aromas de Sálvia e Jasmim na dor do parto constatou que, 30 minutos após a realização da aromaterapia, a intensidade da dor das gestantes foi menor no grupo de aromaterapia com Sálvia. Além disso, o tempo de TP também diminuiu (KAVIANI *et al.*, 2014). Na Indonésia, uma pesquisa que investigou o potencial do óleo de frangipani sob a dor de parturientes em TP normal apontou que, após a realização de massagens nas regiões lombar e torácica, a maioria das mulheres sentiu a redução da dor (SRIASIH *et al.*, 2019).

A massagem é uma terapia que também pode diminuir a ansiedade e a tensão emocional das parturientes, além de gerar efeitos analgésicos perante a dor muscular (COELHO; ROCHA; LIMA, 2018). Um estudo controlado randomizado realizado com mais de 200 parturientes constatou que a dor e a duração do TP diminuíram em mulheres que receberam massagem terapêutica, em comparação com as que não receberam essa intervenção. Ao mesmo tempo, a massagem influenciou o aumento da satisfação com o parto (KAÇAR; KESER, 2021).

Considerando-se os benefícios da massagem, é válido ressaltar que esta é bastante positiva quando realizada por alguém de maior envolvimento afetivo. O parceiro/pai desempenha um papel importante no acompanhamento a gestante e na redução da dor (BRASIL, 2018a). Revisão sistemática que descreve o método Bonapace, uma estratégia de envolvimento dos pais durante o parto para ajudar na realização de técnicas como massagem, musicoterapia, exercícios de respiração e uso da bola suíça confirma essa afirmação (CHANG *et al.*, 2022).

A gestante pode utilizar a bola suíça com ou sem auxílio de um acompanhante, uma vez que o recurso permite a autonomia corporal para trabalhar as regiões lombossacral e pélvica. A associação de técnicas terapêuticas é indicada para relaxamento como exercícios na bola durante o banho. Os banhos são potencializados com a termoterapia, pois a água aquecida diminui os níveis de hormônios neuroendócrinos que desencadeiam o estresse, induz a vasodilatação periférica e inibe o sistema nervoso simpático e a sensação dolorosa (NOGUEIRA *et al.*, 2017; COELHO; ROCHA; LIMA, 2018; MASCARENHAS *et al.*, 2019; SOUSA; SENA; CUNHA, 2021). A termoterapia remete a uma prática analgésica sensorial que abrange o calor assim como o frio. Temperaturas mais baixas podem bloquear a transmissão sensorial da dor e diminuir a ansiedade através do aumento de endorfinas (PIMENTEL *et al.*, 2021).

O yoga também ajuda a controlar os níveis hormonais do corpo. Estudos internacionais têm exposto efeitos positivos dessa prática como uma preparação durante a gestação e no TP para minimizar as chances de complicações (WADHWA, ALGHADIR, IQBAL, 2020; YEKEFALLAH *et al.*, 2021). Um estudo de revisão com ensaios clínicos apontou a efetividade do yoga na diminuição da dor do parto e no aumento do conforto e satisfação da mulher durante o TP (SMITH *et al.*, 2018b). Na implementação de um programa de yoga para gestantes, observou-se que, entre aquelas que realizavam a terapia durante a reta final da gestação, foi relatado menor intensidade de dor no parto e diminuição do tempo de TP quando comparado às gestantes que não praticavam exercícios de yoga (JAHDI *et al.*, 2017).

As terapias que associam corpo e mente conquistaram espaço na assistência às parturientes, incluindo a musicoterapia e orações por se tratar de técnicas simples, naturais e interativas, capazes de aliviar sensações como tensão, dor e ansiedade no TP. A música estimula áreas cerebrais que comandam as emoções fazendo com que a mente libere sensações positivas como relaxamento, ânimo e distração das algias (SILVA *et al.*, 2019c). Estudos de intervenção com musicoterapia no TP constataram uma diminuição da dor das parturientes cerca de uma

hora após o parto (SURUCU *et al.*, 2018; BUGLIONE *et al.*, 2020). Em uma pesquisa com a mesma intervenção terapêutica, as mulheres referiram menor intensidade da dor já na fase latente do TP (SMITH *et al.*, 2018b).

A oração também exerce forte influência sob a força interior e disposição da parturiente, ao passo que recorrer à espiritualidade pode diminuir a ansiedade e fortalecer o otimismo diante do TP. Em um programa de oração islâmico para o TP foi constatado que, após as orações, os comportamentos de dor diminuíram durante os estágios do parto (DESMAWATI; KONGSUWAN; CHATCHAWET, 2019). Compreende-se que a oração envolve aspectos emocionais, espirituais e culturais, elementos que merecem ser abordados nos cuidados em saúde. Muitas vezes vista como a última opção de muitas pessoas nos momentos de desespero/dor, a oração independe de religião, da hora, do dia ou de sua localização física sendo algo íntimo, pessoal e intransferível.

De modo geral, as evidências científicas convergem para a necessidade de maior adesão aos métodos não farmacológicos de alívio da dor nas parturientes considerando que estes demonstram efetividade em todos os estágios do TP. O uso de métodos não farmacológicos deve ser incentivado e conduzido pelos profissionais de saúde nas salas de parto, e para tanto, são relevantes as pesquisas que ampliam o conhecimento e prática sobre a temática, associando-as a aplicabilidade de tecnologias móveis.

Os métodos não farmacológicos mostraram-se positivos para o manejo da dor, embora ainda haja barreiras que limitam esses cuidados, a qual poderíamos citar a falta de infraestrutura e materiais para realização das terapias não farmacológicas nas salas de parto, o conhecimento limitado e a não adesão dos profissionais de saúde quanto a essa abordagem assistencial.

Uma eficiente estratégia para contornar tais barreiras é a educação em saúde por intermédio de aplicativos móveis, pois são capazes de transmitir um conteúdo relevante e torná-lo mais acessível ao público em geral ou a um grupo específico. Portanto, o desenvolvimento de softwares destinados à profissionais de saúde vem sendo cada vez mais incentivado, com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre práticas de cuidado de forma prática e hábil.

Os aplicativos móveis pertencem ao cotidiano de grande parte da população, tanto no meio social, educacional quanto laboral, pois as inovações tecnológicas têm sido associadas a rotina de grande parte da população com resultados positivos. Além de fornecer informações, os app's contribuem para melhoria das habilidades técnicas, como no caso do *software* construído nessa dissertação que dispõe de conhecimentos e orientações sobre métodos não

farmacológicos para alívio da dor no TP tendo potencial para incentivar e qualificar os profissionais de saúde nesse atendimento às parturientes.

O *Reduce Pain in Birth-RPB* possui validade para ser aplicado no atendimento em saúde, pois foi alta a proporção de concordância dos juízes acerca do roteiro de informações atingindo IVC geral de 97 % e teste binomial superior a 0,85 que é o score adequado proposto pela literatura. Desse modo, os resultados evidenciaram que o *software Reduce Pain in Birth-RPB* possui confiabilidade, uma vez que os juízes concordaram com os itens julgados e, aqueles que necessitavam de adequações, foram modificados segundo as recomendações estabelecidas na validação de conteúdo e de aparência bem como na análise semântica.

7. CONCLUSÃO

O presente estudo validou o roteiro de informações que demonstrou a sua confiabilidade e em seguida o aplicativo *Reduce Pain in Birth* foi desenvolvido seguindo as evidências científicas da literatura e o processo de validação. Trata-se de um produto, destinado aos profissionais de saúde, para fornecer conhecimento acessível e ampliado sobre métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o TP.

O software obedece às métricas necessárias para um produto tecnológico em saúde e seu conteúdo é confiável, o que possibilita a aquisição de saberes e a melhoria das práticas em saúde voltadas para a assistência durante o TP. Considera-se o *Reduce Pain in Birth* como um recurso que pode ser eficaz em relação a métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o TP, pois poderá permitir o aperfeiçoamento, o conhecimento e as competências teóricas e clínicas dos profissionais de saúde, contribuindo com a melhoria da qualidade da assistência à mulher em TP.

8. REFERÊNCIAS

- AKBARZADEH, M.; *et al.* Comparison of the effects of maternal supportive care and acupressure (BL32 Acupressure) on women gestantes pain intensity and delivery outcome. **J Pregnancy.**, v. 2014, n. 1, p. 1-7, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25210629/>. Acesso em: 21 dez. 2021.
- ALLAMEH, Z.; TEHRANI, H. G.; GHASEMI, M. Comparing the impact of acupuncture and pethidine on reducing labor pain. **Adv Biomed Res.**, v. 4, n. 12, p. 46-59, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4358033/>. Acesso em: 22 dez. 2021.
- ALENCAR, F. **Google Forms**. Descrição. Disponível em: www.techtudo.com.br/tudosobre/google-forms.html. Acesso em: 24 de jul. 2020.
- ALVAREZ, A. G.; *et al.* Análise de qualidade de objeto virtual de aprendizagem para avaliação da dor em enfermagem. **Rev Cuba Enferm.**, [S.l.], v. 34, n. 3, p. 626-627, dec. 2018. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1447/375>. Acesso em: 22 dez. 2021.
- ARANDA, M. I. F. El uso de SMS como herramienta de promoción de la salud de la mujer gestante. **Metas de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 74-77, mar. 2016. Disponível em: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80885/el-uso-de-sms-como-herramienta-de-promocion-de-la-salud-de-la-mujer-gestante/>. Acesso em: 20 dez. 2021.
- AQUINO, E. M. L. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, (Suppl 1), p. 8-10, ago. 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2014.v30suppl1/S8-S10/pt/>. Acesso em: 22 dez. 2021.
- ARAÚJO, A. C. S. *et al.* Métodos não farmacológicos no parto domiciliar. **Rev enferm UFPE online**, Recife, v.12, n.4, p.1091-6, abr. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230120>. Acesso em: 19 jan. 2021.
- BARBIERI, M.; *et al.* Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no pré-parto. **Acta paul. enferm.**, v. 26, n. 5, p. 478-84, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/djZsHrgCpPb5LrShZnXyGKh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 dez. 2021.
- BARBOSA, A. F. [coordenação executiva e editorial]. **TIC SAÚDE 2013**: pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros. 2 ed., 460 p. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2015.
- BANOS, O.; *et al.* Design, implementation and validation of a novel open framework for agile development of mobile health applications. **Biomed Eng Online.**, v. 14, n. 2, p. 1-12, ago. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26329639/>. Acesso em: 22 dez. 2021.
- BARRA, D. C. C.; *et al.* Métodos para desenvolvimento de aplicativos móveis em saúde: revisão integrativa da literatura. **Texto contexto - enferm.**, v. 26, n. 4, , p. 1-12, ago. 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/M3ZvQ3YrvbBb4p7n749JwLv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Caderno 1 A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília (DF): MS, 2000.

Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_cab1.pdf.

Acesso em: 22 dez. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana**.

Relatório de recomendação CONITEC. Brasília-DF, Abr 2018. Disponível em:

http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes-Cesariana_final.pdf

Acesso em: 30 de mar. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no pré-natal e nascimento**.

Brasília (DF): MS, 2002. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Informe da Atenção Básica. **Pacto nacional pela redução da Mortalidade materna e neonatal**. Brasília (DF): MS, Ano V, maio/junho de 2004.

Disponível em: <https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/80/pactopsfinfo22.pdf>.

Acesso em: 22 dez. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.067, de 4 de julho de 2005**. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 04 jul. 2005. Disponível em:

<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=193664>. Acesso em: 20 dez. 2021.

_____. Presidência da República. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 07 ago. 2006. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/111340.htm. Acesso em: 23

dez. 2021.

_____. Presidência da República. **Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008**. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS., Brasília (DF): Diário Oficial da União, 29 abr. 2008. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2008/lei/111664.htm. Acesso em: 23

dez. 2021.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. 1º ed. 2º reimpressão, Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.p](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf)

[df](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf). Acesso em: 25 jun. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 24 jun. 2011b. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 08 ago. 2020.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 12 dez. 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2021.

_____. Política de Saúde da Mulher comemora 25 anos. **Fiocruz**. 2016a. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/politica-de-saude-da-mulher-comemora-25-anos>. Acesso em: 22 dez. 2021.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONITEC. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**: relatório. Brasília. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, CONITEC; 2016b. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf. Acesso em: 19, jan. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de Atenção à Gestante**: a operação cesariana. Brasília: MS, 2016c. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes-Cesariana_final.pdf. Acesso em: 22 dez. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Brasília (DF): MS, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 20 dez. 2021.

_____. Ministério da saúde. Fiocruz. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**. A dor do parto: significados e manejo, 2018a. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/a-dor-no-parto-significados-e-manejo/>. Acesso em: 22 jan, 2021

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS**. 1 ed. 56p. Brasília (DF): MS, 2018b. Disponível em: https://www.coffito.gov.br/nsite/wp-content/uploads/2018/04/manual_implantacao_servicos_pics.pdf. Acesso em: 22 dez. 2021.

_____. Ministério da Saúde. FIOCRUZ. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**. Principais Questões sobre Dor no trabalho de -parto e parto: métodos de alívio não farmacológico. Brasília (DF): MS, 2019. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-dor-no-trabalho-de-parto-e-parto-metodos-de-alivio-nao-farmacologico/>. Acesso em: 22 jan, 2021.

BUGLIONE, A.; *et al.* Effect of music on labor and delivery in nulliparous singleton pregnancies: a randomized clinical trial. **Arch Gynecol Obstet**, v.301, n.3, p.693–698, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05475-9>. Acesso em: 08 fev. 2022.

BONIFÁCIO, L.P.; SOUZA, J.P.; VIEIRA, E.M. Adaptação de mensagens educativas para parceiros de gestantes para uso em tecnologias móveis em saúde (mHealth)*. **Interface (Botucatu)**, v.23, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/cBPXmMgGmNxxXDPwLZ8qZs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2021.

CAVALCANTE, R. B.; *et al.* Inclusão digital e uso de tecnologias de informação: a saúde do adolescente em foco. **Perspect. ciênc. inf.**, v.22, n.04, p. 14-16, oct./dec. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pci/a/xFh3WbDfWjDMLXc7cqTnTNC/?lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2021.

ÇEVIK, S. A.; KARADUMAN, S. The effect of sacral massage on labor pain and anxiety: A randomized controlled trial. **Jpn J Nurs Sci.**, v. 17, n. 1, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31298494/>. Acesso em: 20 dez. 2021.

CHANG, C. Y.; *et al.* Effects of non-pharmacological coping strategies for reducing labor pain: A systematic review and network meta-analysis. **PLoS One**, v.17, n.1, p. 8-10, e0261493, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261493>. Acesso em: 04 fev. 2022.

CHAVES, A. S. C.; *et al.* Uso de aplicativos para dispositivos móveis no processo de educação em saúde: reflexos da contemporaneidade. **Rev. Humanidades e Inovação**, v.5, n.6, p.35-42, 2018. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/download/744/682>. Acesso em: 21 mar. 2022.

Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No. 177: Obstetric Analgesia and Anesthesia. **Obstet Gynecol.**, v.129, n.4, e73-e89, 2017.

CÔRTEZ, C. T. *et al.* Metodologia de implementação de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal: estudo piloto. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 716-72, set. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/vB9LtRDcpWYB5DTqnWf4FCv/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 22 dez. 2021.

COELHO, K. C.; ROCHA, I. M. S.; LIMA, A. L. S. Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto. **Revista Recien**, v.8, n.22, p.14-21, 2018. Disponível em: <http://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/149>. Acesso em: 23 dez. 2021.

CONSUELO VÉLEZ, A.; *et al.* Utilización de mensajes de texto para el fortalecimiento del autocuidado de la mujer gestante. **Comunidad y Salud**, v.15, n.2, p.24-30, jul./dic, 2017. Disponível: <https://www.redalyc.org/pdf/3757/375754623004.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2021.

DESMAWATI, K. W; KONGSUWAN, W.; CHATCHAWET, W. Effect of Nursing Intervention Integrating an Islamic Praying Program on Labor Pain and Pain Behaviors in Primiparous Muslim Women. **Iran J Nurs Midwifery Res.**, v. 24, n. 3, p. 220-226, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6485027/>. Acesso em: 22 dez. 2021.

DIAS, E.G.; *et al.* Eficiência de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto normal. **Enferm. foco**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 35-9, jan. 2018. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1398>. Acesso em: 22 dez. 2021.

ECHAURI, A. M. F.; MINAMI, H.; SANDOVAL, M. J. I. La Escala de Likert en la evaluación docente: acercamiento a sus características y principios metodológicos. **Perspectivas docentes**, n.50, p.31-40, 2012. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6349269>. Acesso em: 20 dez. 2021.

ENTRIGER, A. P.; PINTO, M. F. T.; GOMES, M. A. S. M. Análise de custos da atenção hospitalar ao parto vaginal e à cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde colet.**, v.24, n.4, Abr. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WxFKgfN6FFYmTf3HFgtxsfR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 dez. 2021.

FARAHMAND, M. *et al.* The effect of warm compress bi-stage on pain strength in labor stages and after delivery. **Inter J Wom Health Repr Scienc.**, v. 8, n. 1, p. 46-52, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/341126509_The_Effect_of_Warm_Compress_Bi-stage_on_Pain_Strength_in_Labor_Stages_and_After_Delivery. Acesso em: 21 dez. 2021.

FELISBINO-MENDES, M. S.; *et al.* O uso de analgesia farmacológica influencia no desfecho de parto?. **Acta paul. enferm.**, v. 30, n. 5, p. 458-65, out. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/mkd4SCSBbv5gDTQsFCW85zG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2021.

FERREIRA, H. M.; SALES, M. D. C. Saúde da mulher enquanto Políticas Públicas. **Salus J Health Sci.**, v.3, n.2, p.58-65, 2017. Disponível em: <http://www.salusjournal.org/magazine/saude-da-mulher-enquanto-politicas-publicas/>. Acesso em: 22 dez. 2021.

GAYESKI, M. E.; BRÜGGEMANN, O. M. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 774-782, Dec. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/y6DsCXHqtTT6qNvcBYMwgsn/?lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2021.

GALLO, R. B. S. *et al.* Massage reduced severity of pain during labour: a randomised trial. **J Physiotherapy.**, v. 59, n. 2, p. 109-116, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23663796/>. Acesso em: 20 dez. 2021.

GALVÃO, C.M.; MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P. **Revisão integrativa:** método de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura. In: Brevidelli MM, Sertório SCM (Org.). Trabalho de conclusão de curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde. São Paulo: Iátrica, 2010, p.105-126.

GUERREIRO, E. M.; *et al.* O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **REME – Rev. Min. Enferm.**, v.16, n.3, p.315-23, jul./set., 2012. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/533>. Acesso em: 22 dez. 2021.

GÖNENÇ, I. M.; TERZIOĞLU, F. Effects of massage and acupressure on relieving labor pain, reducing labor time, and increasing delivery satisfaction. **J Nurs Research**, v. 28, n. 1, p. 68-75, 2020.

GRISOLI, N. M. L. A recente queda na epidemia de cesarianas no Brasil: uma análise sócio-demográfica. **REVA Acad. Rev. Cient. da Saúde**, v.3, n.1, p. 24-38, jan./abr. 2018. DOI10.24118/reva1806.9495.3.1.2018.408

HAMID, N. A. E. F. A.; OBAYA, H. E.; GAAFAR H. M. Effect of acupressure on labor pain and duration of delivery among laboring women attending Cairo University Hospital. **Indian J Physiot Occupat Therapy**, v. 7, n. 2, p. 71-76, 2013.

JAHDI, F.; *et al.* Yoga during pregnancy: The effects on labor pain and delivery outcomes (A randomized controlled trial). **Complement Ther Clin Pract**, v.27, p.1-4, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28438273/>. Acesso em: 10 fev. 2022.

JOVENTINO, E. S. **Construção e validação de escala para mensurar a auto eficácia materna na prevenção da diarreia infantil [dissertação]**. Fortaleza (CE): Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará; 2010.

JORGE, H. M. F. *et al.* Assistência pré-natal e políticas públicas de saúde da mulher: revisão integrativa. **Rev Bras Prom Saúde**, Fortaleza, v.28, n.1, p.140-48, jan/mar., 2015. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2864>. Acesso em: 20 dez. 2021.

KAÇAR, N.; KESER, N.O. Comparison of the effect of mechanical massage and warm mechanical massage application on perceived labor pain and childbirth experience: A randomized clinical trial. **Eur J Midwifery**, v.5, n.5, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33655203/>. Acesso em: 04 fev. 2022.

KAVIANI, M. *et al.* Comparison of the effect of aromatherapy with Jasminum officinale and Salvia officinale on pain severity and labor outcome in nulliparous women. **Iran J Nurs Midwifery Res.**, v. 19, n. 6, p. 666-72, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25558267/>. Acesso em: 20 dez. 2021.

LEAL, M.C.; *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual **Cad. Saúde Pública**, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gydTTxDCwvmPqTw9gTWfgGd/?lang=pt>. Acesso em: 19 dez. 2021.

LEAL, M. C. *et al.* Redução das iniquidades sociais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto na Rede Cegonha. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.26, n.03, p.823 – 835, 2021.

LEHUGEUR, D.; STRAPASSON, M.R.; FRONZA, E. Manejo não farmacológico de alívio da dor em partos assistidos por enfermeira obstétrica. **Rev enferm UFPE online**, Recife, v. 11, n. 12, p. 4929-37, dec. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22487>. Acesso em: 19 dez. 2021.

LEITE, R. A. F. *et al.* Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. **Interface (Botucatu)**, v. 18, n. 51, p. 661-671, 2016.

LEITE, S.S.; *et al.* Construction and validation of an Educational Content Validation Instrument in Health. **Rev Bras Enferm**, v.71, (Suppl 4), p.1635-41, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xs83trTCYB6bZvpccTgfK3w/abstract/?lang=en>. Acesso em: 21 dez. 2021.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação, crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MAIA, M. B. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. 189p.

MAFETONI, R. R.; SHIMO, A. K. K. The effects of acupressure on labor pains during child birth: randomized clinical trial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, p. 1-8, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/hPBZmPtFX4gjmkp6hChT35j/?lang=en>. Acesso em: 18 dez. 2021.

MAFETONI, R. R. *et al.* Effectiveness of auricular therapy on labor pain: a randomized clinical trial. **Texto contexto - enferm.**, v. 28, n. 1, p. 1-14, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/L4YcC3KsSrDC7cxBgNBpygB/abstract/?lang=en>. Acesso em: 22 dez. 2021.

MAMEDE, F. V.; PRUDÊNCIO, P. S. Contribuições de programas e políticas públicas para a melhora da saúde materna. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, (n. spe), p. 262-266, set. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rge/f/a/Gf3NS7vqwDzLVV77RVrPjFJ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 22 dez. 2021.

MASCARENHAS, V. H. A.; *et al.* Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. **Acta Paul Enferm.**, v.32, n.3, p.350-7, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/OPfVQVTpmczQgjL783B9bVc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2021.

MATOS, L. C.; *et al.* Understanding Traditional Chinese Medicine Therapeutics: An Overview of the Basics and Clinical Applications. **Healthcare (Basel)**, v.9, n.3, mar. 2021. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2227-9032/9/3/257>. Acesso em: 20 dez. 2021.

MATTOS, D. V.; VANDENBERGHE, L.; MARTINS, C. A. O enfermeiro obstetra no parto domiciliar planejado. **Rev enferm UFPE on line**, v.10, n.2, p.568-75, fev. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10991>. Acesso em: 23 dez. 2021.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: **Evidence Based Practice in Nursing & Healthcare: a guide to best practice**. Philadelphia: Lippincot Williams, p. 3-24, 2005.

- MOHER, D.; *et al.* Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **PLoS Med**, v.6, n.7, e100097, jul. 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19621072/>. Acesso em: 20 jan. 2021.
- MONTESCHIO L. V.; *et al.* Prevalence of medicalization of labor and delivery in the public health network. **Cienc Cuid Saude**. v.15, n.4, p.591-98, 2016. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/33420/18422>. Acesso em: 19 dez. 2021.
- MOUTA, R. J. O.; *et al.* A utilização da acupuntura na indução do trabalho de -parto: uma revisão de escopo. **Braz. J. of Dev.**, v.7, n.8, p.83291-302, aug. 2021. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/34834/pdf>. Acesso em: 22 dez. 2021.
- MOTA e SILVA, L.; *et al.* Uso da bola suíça no pré-parto. **Acta Paul Enferm.**, v.24, n.5, p.656-62, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/yPdJyFVprHVQVYRrXGrh75N/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 dez. 2021.
- NIETSCHKE, E. A. *et al.* **Tecnologias Cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do (a) enfermeiro (a).** Porto Alegre: Moriá, 2014.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Guia de implementação da lista de verificação da OMS para partos seguros: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e recém-nascidos.** Genebra: Ariadne Labs; 2017, 67p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199177/9789248549458-por.pdf;sequence=5>. Acesso em: 15 jan. 2021.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde Genebra:** Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa/OMS; 2018.
- PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicações.** Brasília, Brasil: UnB, 1997.
- PIMENTEL, M. M.; *et al.* Tecnologias não invasivas para o alívio da dor na parturição. **R. pesq.: cuid. fundam. online**, v.13, p.671-677, jan/dez. 2021. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9423>. Acesso em: 10 fev. 2022.
- PINTO, E. K. B. S. *et al.* Os cuidados de enfermagem ao parto humanizado. **ReBIS**, Brasília, v. 1, n. 3, p. 60-5, out. 2019.
- POLLARD, K. R. Introducing aromatherapy as a form of pain management into a delivery suite. **J Assoc Chart Physiot Women's Health**, v. 103, n. 2, p. 12-16, 2008. Disponível em: https://pogp.csp.org.uk/system/files/acpwh103_05_introducingaromatherapy.pdf. Acesso em: 21 dez. 2021.
- POLIT D. F.; BECK C. T. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem.** 7. ed. Porto Alegre (RS): Editora Artmed, 2011.

POLIT D. F.; BECK C. T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Res Nurs Health.**, New York, v. 19, n. 5, p. 489-97, out. 2006.

SANTANA, T. D. B.; *et al.* Avanços e desafios da concretização da política nacional da saúde da mulher: uma revisão de literatura. **Rev. Aten. Saúde**, v. 17, n. 61, p. 135-41 jul./set., 2019. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/6012/pdf. Acesso em: 20 dez. 2021.

SANTOS, F. A. P. S. *et al.* Integralidade e atenção obstétrica no Sistema Único de Saúde (SUS): reflexão à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1-12, set., 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/nxZ7G4QRPNKvq5QhYcTDB3C/abstract/?lang=pt>. Acesso em: dez. 2021.

SANTOS, C.B.; *et al.* Métodos não farmacológicos de alívio da dor utilizados durante o trabalho de parto. **Glob Acad Nurs.**, v.1, n.1, e2, 2020. Disponível em: <https://www.globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/1>. Acesso em: 20 dez. 2021.

SANTIAGO, R. F.; *et al.* Avaliação de objeto virtual de aprendizagem sobre pré-natal para adolescentes grávidas na atenção básica. **Acta Paul Enferm.**, v.33, p.1-12, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/mGmKFzfStkBK4VqRKzDGTjs/?lang=pt>. Acesso em: 22 dez. 2021.

SCARPI, M. J. Desenvolvimento de métricas para o qualis de produção técnica de software. **Rev. Col. Bras. Cir.** 42, suppl. 1, P.73-75, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/6bsxRpCfFB8WcgRGSzCwchp/?lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2021.

SILVA, L. M.; *et al.*, Uso da bola suíça no trabalho de parto. **Acta Paul Enferm.**, v.24, n.5, p.656-62, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/yPdJyFVprHVQVYRrXGrh75N/?lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2021.

SILVA, R. M. *et al.* Uso de tecnologia móvel para o cuidado gestacional: avaliação do software GestAção. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, n. 3, p. 266-273, dez. 2019a.

SILVA, J. S. S. A.; *et al.* Bola suíça no trabalho de parto: Revisão de literatura. **Braz. J. of Dev.**, v. 5, n. 12, p. 32867-76, dec. 2019b. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/5726>. Acesso em: 22 dez. 2021.

SILVA, P. C. S.; *et al.* O significado da música para puérperas acerca da vivência no pré-parto. **REFACS (online)**, v.7, n.3, p.331-337, 2019c. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/3755>. Acesso em: 10 fev. 2022.

SILVA, E. N.; *et al.* Avaliação das gestantes com relação as orientações e cuidados recebidos sobre o parto seguro. **REAEnf.**, v. 3, p. e3429, 4 jun. 2020a. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/enfermagem/article/view/3429>. Acesso em: 18 dez. 2021.

SILVA, Y. A. P.; *et al.* Analgesia obstétrica no trabalho de parto e sua associação com desfechos neonatais. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, n. 5, e20180757, 2020b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/rjM86m9LkZx36JZcpLV6VSn/?lang=pt>. Acesso em: 18 dez. 2021.

SMITH, C. A. *et al.* Complementary and alternative therapies for pain management in labour. **Cochrane Database Syst Rev.**, v. 2006, n. 4, p. 1-41, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17054175/>. Acesso em: 17 dez. 2021.

SMITH, C. A.; COLLINS, C. T.; CROWTHER, C. A. Aromatherapy for pain management in labour. **Cochrane Database Syst Rev.**, v. 1, n. 7, p. 1-26, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21735438/>. Acesso em: 18 dez. 2021.

SMITH, C. A. *et al.* Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. **Cochrane Database Syst Rev.**, v. 1, n. 3, p. 1-78, 2018a. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6494169/>. Acesso em: 20 dez. 2021.

SMITH, C. A.; *et al.* Relaxation techniques for pain management in labour. **Cochrane Database Syst Rev.**, n.3, CD009514, 2018b. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009514.pub2/full>. Acesso em: 05 fev. 2022.

SMITH, C. A. *et al.* Acupuncture or acupressure for pain management during labour. **Cochrane Database Syst Rev.**, v. 1, n. 2, p. 1-115, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32032444/>. Acesso em: 20 dez. 2021.

SOMMERVILLE, I. **Engenharia de software**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2011.

SOUZA, E. N. S.; AGUIAR, M. G. G.; SILVA, B. S. M. Métodos não farmacológicos no alívio da dor: equipe de enfermagem na assistência a parturiente em trabalho de -parto e parto. **Enfermagem Revista**, v.18, n.2, 2015. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/11693>. Acesso em: 20 dez. 2021.

SOUZA, R. C. *et al.* Processo de criação de um aplicativo móvel na área de odontologia para pacientes com necessidades especiais. **Rev ABENO**, v. 13, n. 2, p. 58-61, dez. 2013. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/abeno/v13n2/a08v13n2.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2021.

SOUZA, A. C. C.; MOREIRA, T. M. M.; BORGES, J. W. P. Desenvolvimento de instrumento para validar aparência de tecnologia educacional em saúde. **Rev. Bras. Enferm.** v.73, (suppl 6), e20190559, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/j4nNFSCVRjLFkTfXYBkLWgk/?lang=pt>. Acesso em: 22 dez. 2021.

SOUSA, M. R. S.; *et al.* Non-pharmacological methods for pain relief during labor. **Res., Soc. Dev.**, v.10, n.5, e109101522572, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/22572/20133>. Acesso em: 21 dez. 2021.

SOUSA; K. H. J. F.; SENA; A. F.; CUNHA, K. J. B. Tecnologias não farmacológicas e tempo de trabalho de parto e parto: revisão sistemática sem metanálise. **Rev Enferm Atual In Derme** v. 95, n. 33, 2021. Disponível em: <http://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/770>. Acesso em: 10 fev. 2022.

SRIASIH, N. G. K.; *et al.* The Effect of Massage Therapy Using Frangipani Aromatherapy Oil to Reduce the Childbirth Pain Intensity. **Int J Ther Massage Bodywork**, v.12, n.2, p.18-24, jun. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31191785/>. Acesso em: 22 dez. 2021.

SURUCU, S. G.; *et al.* The effect of music on pain and anxiety of women during labour on first time pregnancy: A study from Turkey. **Complement Ther Clin Pract**, v.30, p.96-102, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29389487/>. Acesso em: 08 fev. 2022.

TEIXEIRA, E.; MOTA, V.M.SS. Tecnologias Educacionais em Foco. Editora: Difusão. São Caetano do Sul, SP. 3ª edição.2018.

TIBES, C. M. S.; DIAS, J. D.; ZEM-MASCARENHAS, S. H. Aplicativos móveis desenvolvidos para a área da saúde no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p.471-478. São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/940>. Acesso em: 20 jan. 2021.

TORRES, R. L. N.; *et al.* Repercussions of the use of acupuncture on the agricultural framework during childbirth. **J. Health Rev.**, v.4, n.6, p. 27586-27599, nov./dez. 2021. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/41209/pdf>. Acesso em: 21 dez. 2021.

VEIGA, A. V. M.; *et al.* Relação entre analgesia do parto e seus desfechos obstétricos. **Res., Soc. Dev.**, v.10, n.3, e25410313307, 2021. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13307/11956>. Acesso em: 18 dez. 2021.

WARMLING, C. M. *et al.* Práticas sociais de medicalização & humanização no cuidado de mulheres na gestação. **Cad. Saúde Pública**, v.34, n.4, mar. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2018.v34n4/e00009917/>. Acesso em: 23 dez. 2021.

WADHWA, Y.; ALGHADIR, A. H.; IQBAL, Z. A. Effect of Antenatal Exercises, Including Yoga, on the Course of Labor, Delivery and Pregnancy: A Retrospective Study. **Int J Environ Res Public Health**, v.17, n.15, 5274, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32707830/>. Acesso em: 04 fev. 2022.

WHO. World Health Organization. **Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable.** Report of the third global survey on eHealth. Geneva: World Health Organization; 2016. Disponível em:

https://www.who.int/goe/publications/global_diffusion/en/. Acesso em: 20 dez. 2021.

WHO. World Health Organization. **WHO recommendations**: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>. Acesso em: 18 jan. 2021.

YEKEFALLAH, L.; *et al.* The effect of yoga on the delivery and neonatal outcomes in nulliparous pregnant women in Iran: a clinical trial study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, 21: 351, 2021. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-021-03794-6>. Acesso em: 10 fev. 2022. ZUGAIB, M.; FRANCISCO, R.P.V. **Zugaib obstetrícia**. 3ed. BARUERI: Manole, 2016.

Apêndice A- Caracterização dos estudos

Autor	Ano	País	Tipo de Estudo	Nível de Evidência	Métodos não farmacológicos	Categoria profissional	Avaliação da dor	Efetividade do Método não farmacológico
Farahmand et al.	2020	Irã	Ensaio clínico randomizado	01	Compressa quente	Parteira	Escala Visual Analógica	Menos dor durante o trabalho de parto e após o parto com o uso de compressa quente em dois estágios com dilatações de 7 e 10 cm.
Gönenç e Terzioğlu	2020	Alemanha	Ensaio clínico randomizado	01	Massagem e acupressão	Enfermagem	Escala Visual Analógica	A aplicação dupla de massagem e acupressão é relativamente mais eficaz do que qualquer terapia aplicada sozinha e que a massagem é mais eficaz do que a acupressão.
Smith et al.	2020	-	Revisão sistemática	02	Acupuntura Acupressão	-	Escala Visual Analógica	28 ensaios foram incluídos na revisão. A acupuntura, comparada com a acupuntura simulada, pode aumentar a satisfação com o manejo da dor e reduzir o uso de analgesia farmacológica. A acupressão, comparada com um controle combinado e com cuidados habituais, pode reduzir a intensidade da dor. Porém, estamos incertos sobre os efeitos da acupuntura e da acupressão na intensidade da dor e satisfação com o alívio da dor. Isso se deve ao fato da qualidade dessa evidência ser muito baixa.
Çevik e Karaduman	2019	Turquia	Ensaio clínico randomizado	01	Massagem sacral	Enfermagem e Parteiras	Escala Visual Analógica	A massagem sacral aplicada durante o trabalho de parto reduziu a dor do parto das mulheres, diminuiu os níveis de preocupação e ansiedade
Desmawati et al.	2019	Indonésia	Estudo quase-experimental (pré e pós teste)	03	Intervenções de enfermagem integrando um programa de oração islâmica	Enfermagem	Escala Visual Analógica e Escala de observação dos comportamentos de dor	O programa resultou efetivamente em redução da dor.
Mafetoni et al.	2019	Brasil	Ensaio clínico randomizado	01	Auriculoterapia	Enfermagem	Escala Visual e Analógica	As parturientes que receberam auriculoterapia durante o trabalho de parto mostraram redução na intensidade da dor

Báez-Suárez et al.	2018	Espanha	Ensaio clínico randomizado	01	Estimulação elétrica nervosa transcutânea	Enfermagem	Escala Visual Analógica	A estimulação elétrica nervosa transcutânea com altas frequências modificadas com o tempo, bem como alta largura de pulso, são eficazes para aliviar a dor do parto
Smith et al.	2018	-	Revisão sistemática	02	Relaxamento Ioga Analgesia de áudio	-	Escala Visual Analógica	19 ensaios foram incluídos na revisão. Relaxamento, ioga e música podem ter um papel na redução da dor e no aumento da satisfação com o alívio da dor, embora a qualidade da evidência varie de muito baixa a baixa.
Smith et al.	2018	-	Revisão sistemática	02	Massagem Métodos manuais térmicos	-	Escala Visual Analógica	14 ensaios foram incluídos na revisão. Massagem, compressas quentes e métodos manuais térmicos podem ter um papel na redução da dor, reduzindo a duração do trabalho de parto e melhorando o senso de controle das mulheres e a experiência emocional do trabalho de parto, embora a qualidade da evidência varie de baixa a muito baixa e poucos estudos relatados sobre a chave Resultados GRADE.
Valiani et al.	2018	Irã	Ensaio clínico randomizado	01	Auriculoterapia	Enfermagem	Escala Visual Analógica	A auriculoterapia reduz a gravidade da dor do parto em mulheres primíparas
Madden et al.	2016	-	Revisão sistemática	03	Hipnose	-	Escala Visual Analógica	09 ensaios foram incluídos na revisão. A hipnose pode reduzir o uso geral de analgesia durante o trabalho de parto, mas não o uso epidural. Não foram encontradas diferenças claras entre as mulheres no grupo de hipnose e aquelas nos grupos de controle para satisfação com o alívio da dor, sensação de lidar com o trabalho de parto ou parto vaginal espontâneo.
Mafetoni e Shimo	2016	Brasil	Ensaio clínico randomizado	02	Acupressão	Enfermagem	Escala Analógica Visual	A acupressão no ponto sanyinjiao se mostrou uma medida útil no alívio da dor
Allameh, Tehrani e Ghasemi	2015	Irã	Ensaio clínico randomizado	03	Acupuntura	Medicina	Escala Visual Analógica e Questionário McGill	A acupuntura pode reduzir significativamente a dor do parto 30 minutos após a intervenção
Akbarzadeh et al.	2014	Irã	Ensaio clínico randomizado	01	Cuidados de suporte materno e a acupressão	Doula (Enfermagem)	Escala Visual Analógica	Cuidados de suporte materno e a acupressão durante o trabalho de parto reduziram a intensidade da dor
Kaviani et al.	2014	Irã	Ensaio clínico randomizado	03	Aromaterapia	Enfermagem	Escala Visual Analógica	A aromaterapia com saliva teve efeitos benéficos no alívio da dor, encurtou as

								etapas do trabalho de parto e não teve impacto negativo no escore APGAR do bebê
Barbieri et al.	2013	Brasil	Ensaio clínico randomizado	03	Banho quente de aspersão, bola suíça	Enfermagem	Escala Visual Analógica	A utilização associada dos métodos não farmacológicos para alívio da dor, está relacionada com a redução da dor
Hamid, Obaya e Gaafar	2013	Egito	Estudo quase-experimental	01	Acupressão	Enfermagem	Escala Visual Analógica	A acupressão SP6 foi eficaz em relação à redução das dores do parto e duração do parto
Gallo et al.	2013	Brasil	Ensaio clínico randomizado	03	Massagem	Fisioterapia	Escala Visual Analógica	A massagem reduziu a intensidade da dor do parto
Smith, Collins e Crowther	2011	-	Revisão sistemática	03	Aromaterapia	-	Escala Visual Analógica	Dois ensaios foram incluídos na revisão. Há uma carência de estudos avaliando o papel da aromaterapia no manejo da dor do parto. Mais pesquisas são necessárias antes que recomendações possam ser feitas para a prática clínica.
Pollard	2008	Inglaterra	Transversal descritivo	05	Aromaterapia	Medicina	Escala Likert	A aromaterapia no atendimento convencional dentro de uma suíte de parto liderada por consultor reduz a necessidade de formas mais invasivas de controle da dor
Smith et al.	2006	-	Revisão sistemática	02	Acupressão Acupuntura Aromaterapia Audioanalgesia Hipnose Massagem Relaxamento	-	Escala Visual Analógica	14 ensaios foram incluídos na revisão. A acupuntura e a hipnose podem ser benéficas para o controle da dor durante o trabalho de parto; entretanto, o número de mulheres estudadas foi pequeno. Poucas outras terapias complementares foram submetidas a estudos científicos adequados.
Lee, Chang e Kang	2004	Coreia do Sul	Ensaio clínico randomizado	01	Acupressão	Enfermagem	Escala Visual Analógica	A acupressão SP6 foi eficaz para diminuir a dor do parto e encurtar o tempo do parto



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER**



**APÊNDICE B – CARTA CONVITE AOS JUÍZES ESPECIALISTAS EM
OBSTETRÍCIA**

Caro(a) Especialista,

Eu, Patriotino Fontinele Lages Filho, aluno do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher, da Universidade Federal do Piauí – UFPI sob orientação da Profa. Dra. Malvina Thais Pacheco Rodrigues, estamos realizando um estudo intitulado **“DESENVOLVIMENTO DE UM SOFTWARE SOBRE CUIDADOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR NO PRÉ-PARTO”**. Reconhecendo sua experiência profissional e certo de sua valiosa contribuição nessa etapa do estudo, venho convidá-lo (a) a emitir seu julgamento sobre o conteúdo e tecnologia. Aguardo resposta de aceitação via correio eletrônico num prazo de 7 (sete) dias.

Após sua aceitação em participar deste estudo, lhe encaminharei todo o material onde terá que realizar os seguintes passos:

- 1) Leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).
- 2) Acesso ao material para validação disponível no link a seguir.
- 3) Preenchimento do questionário sobre a caracterização dos juízes.
- 4) Preenchimento de dois instrumentos após avaliação de tecnologia, para realização de validação de conteúdo e aparência do material exposto.

Entendemos que desempenha muitas atividades, porém solicitamos que retorne a sua avaliação no prazo de 15 (quinze) dias de forma a darmos continuidade às demais etapas da pesquisa. Gostaríamos também de pedir sua ajuda na indicação de outros profissionais envolvidos com a temática, para possivelmente também participarem como juízes. Sua participação é de grande importância e esperamos poder contar com sua colaboração. Qualquer dúvida estaremos disponíveis através do e-mail: patriotinofontinele1234@gmail.com e malvina@ufpi.edu.br.

Atenciosamente,

Patriotino Fontinele Lages Filho.
Patriotino Fontinele Lages Filho.
MESTRANDO

Malvina Thais P. Rodrigues
Malvina Thais Pacheco Rodrigues
ORIENTADORA



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER**

APÊNDICE C – CARTA CONVITE AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Caro(a) Especialista,

Eu, Patriotino Fontinele Lages Filho, aluno do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher, da Universidade Federal do Piauí – UFPI sob orientação da Profa. Dra. Malvina Thais Pacheco Rodrigues, estamos realizando um estudo intitulado “**DESENVOLVIMENTO DE UM SOFTWARE SOBRE CUIDADOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR NO PRÉ-PARTO**”. Reconhecendo sua experiência profissional e certo de sua valiosa contribuição nessa etapa do estudo, venho convidá-lo (a) a emitir seu julgamento sobre o conteúdo e tecnologia. Aguardo resposta de aceitação via correio eletrônico num prazo de 7 (sete) dias.

Após sua aceitação em participar deste estudo, lhe encaminharei todo o material onde terá que realizar os seguintes passos:

- 1) Leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).
- 2) Acesso ao material para validação disponível no link a seguir.
- 3) Preenchimento do questionário sobre a caracterização dos juízes.
- 4) Preenchimento de dois instrumentos após avaliação de tecnologia, para realização de validação de conteúdo e aparência do material exposto.

Entendemos que desempenha muitas atividades, porém solicitamos que retorne a sua avaliação no prazo de 15 (quinze) dias de forma a darmos continuidade às demais etapas da pesquisa. Gostaríamos também de pedir sua ajuda na indicação de outros profissionais envolvidos com a temática, para possivelmente também participarem como juízes. Sua participação é de grande importância e esperamos poder contar com sua colaboração. Qualquer dúvida estaremos disponíveis através do e-mail: patriotinofontinele1234@gmail.com e malvina@ufpi.edu.br.

Atenciosamente,

Patriotino Fontinele Lages Filho.
Patriotino Fontinele Lages Filho.
MESTRANDO

Malvina Thais P. Rodrigues
Malvina Thais Pacheco Rodrigues
ORIENTADORA



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER**

**APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
JUÍZES ESPECIALISTAS EM OBSTETRÍCIA**

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **“DESENVOLVIMENTO DE UM SOFTWARE SOBRE CUIDADOS NÃO FARMACOLÓGICOS NO PRÉ-PARTO”**, que está sob a responsabilidade da **Profa. Dra. Malvina Thais Pacheco Rodrigues** (pesquisadora responsável), e **Patriotino Fontinele Lages Filho** (pesquisador participante), do curso do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí.

O objetivo geral desta pesquisa é desenvolver e validar um *software* de dispositivo móvel sobre cuidados não farmacológicos para alívio da dor durante o pré-parto destinado aos profissionais da saúde. Esta pesquisa tem por finalidade contribuir para a melhoria dos cuidados em saúde materna e infantil e para a produção científica na área, com base no propósito de construção do conhecimento de profissionais de saúde em prol da assistência a gestantes no período de pré-parto.

O convite para sua participação se justifica diante de sua experiência na área de obstetrícia e nesse sentido, solicitamos sua colaboração mediante a assinatura desse documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que visa assegurar seus direitos como participante. Destaca-se que sua participação é de suma importância para a execução da pesquisa, e ela acontecerá de forma voluntária e você tem autonomia para decidir se deseja ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento, sendo que não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo e o (os) pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento.

A sua participação ocorrerá após seu consentimento, perante a assinatura das páginas deste Termo que está em duas vias, no qual o mesmo também será assinado pelo pesquisador em todas as páginas, ficando uma via em sua posse e a outra via em posse do pesquisador. Por favor, leia com atenção e aproveite para esclarecer todas as suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de indicar sua concordância, você poderá esclarecê-las com o pesquisador responsável pela pesquisa através do seguinte telefone (Profa. Dra. Malvina Thais

Pacheco Rodrigues: (86) 9981-4361) Se mesmo assim, as dúvidas ainda persistirem você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI, que acompanha e analisa as pesquisas científicas que envolvem seres humanos, no Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, Bairro Ininga, Teresina –PI, telefone (86) 3237-2332, e-mail: cep.ufpi@ufpi.br; no horário de atendimento ao público, segunda a sexta, manhã: 08h00 às 12h00 e a tarde: 14h00 às 18h00. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar.

A pesquisa tem como justificativa a importância de proporcionar aos profissionais da saúde uma ferramenta tecnológica que possibilita o conhecimento acerca de cuidados para as parturientes, compreendendo que o acesso rápido e seguro a informações representa uma estratégia eficaz para auxiliar a assistência em saúde. Para sua realização, serão desenvolvidas três etapas: especificação, validação e desenvolvimento. A fase de especificação envolve a construção da revisão integrativa da literatura para embasamento de conteúdo e formulação de roteiro de informações. Em seguida, será a validação de conteúdo (com juízes especialistas em obstetrícia) e análise semântica (com profissionais de saúde). Na etapa de desenvolvimento, será organizada a construção do *software* móvel.

Sua participação consistirá em responder a um instrumento de avaliação do conteúdo para o *software*. Serão avaliados os critérios de conteúdo, linguagem, apresentação, estimulação e adequação cultural. As respostas serão analisadas utilizando o padrão da escala psicométrica Likert. Vale destacar que o *software* será elaborado após suas sugestões.

Esclareço que esta pesquisa acarreta os seguintes riscos: o preenchimento do questionário poderá expor o participante ao cansaço e desconforto pelo tempo gasto para responder o material. Pode haver receio quanto ao sigilo das informações e/ou crítica ao que for comentado. No entanto, estes riscos serão minimizados por meio da abordagem ética e cautelosa, que priorize a privacidade dos participantes. Os benefícios irão surgir por meio da publicação científica dos resultados deste estudo, com base nos propósitos de contribuir com a construção do conhecimento voltado a assistência de gestantes no período de pré-parto.

Os resultados obtidos nesta pesquisa serão utilizados para fins acadêmico-científicos, por meio da divulgação em periódicos e eventos científicos, e os pesquisadores se comprometem a manter o sigilo e identidade anônima, como estabelecem as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde n.º. 466/2012 e 510/2016 e a Norma Operacional 01 de 2013 do Conselho Nacional de Saúde, que tratam de normas regulamentadoras de pesquisas que

envolvem seres humanos. Você terá livre acesso as todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo, bem como lhe é garantido acesso a seus resultados.

Informo ainda que você não terá nenhum custo com a pesquisa, e caso haja por qualquer motivo, asseguramos que você será devidamente ressarcido. Não haverá nenhum tipo de pagamento por sua participação, haja vista que ela é voluntária. Caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente de sua participação neste estudo você poderá ser indenizado conforme determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, bem como lhe será garantido a assistência integral.

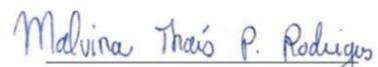
Declaro participar desta pesquisa, dando pleno consentimento para uso das informações por mim prestadas.

() SIM

() NÃO

Assinatura do Participante


Patriotino Fontinele Lages Filho.
MESTRANDO


Malvina Thais Pacheco Rodrigues
ORIENTADORA



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER**

**APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **“DESENVOLVIMENTO DE UM *SOFTWARE* SOBRE CUIDADOS NÃO FARMACOLÓGICOS NO PRÉ-PARTO”**, que está sob a responsabilidade da **Profa. Dra. Malvina Thais Pacheco Rodrigues** (pesquisadora responsável), e **Patriotino Fontinele Lages Filho** (pesquisador participante), do curso do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí.

O objetivo geral desta pesquisa é desenvolver e validar um *software* de dispositivo móvel sobre cuidados não farmacológicos para alívio da dor durante o pré-parto destinado aos profissionais da saúde. Esta pesquisa tem por finalidade contribuir para a melhoria dos cuidados em saúde materna e infantil e para a produção científica na área, com base no propósito de construção do conhecimento de profissionais de saúde em prol da assistência a gestantes no período de pré-parto.

O convite para sua participação se justifica diante de sua experiência na área de obstetrícia e nesse sentido, solicitamos sua colaboração mediante a assinatura desse documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que visa assegurar seus direitos como participante. Destaca-se que sua participação é de suma importância para a execução da pesquisa, e ela acontecerá de forma voluntária e você tem autonomia para decidir se deseja ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento, sendo que não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo e o (os) pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento.

A sua participação ocorrerá após seu consentimento, perante a assinatura das páginas deste Termo que está em duas vias, no qual o mesmo também será assinado pelo pesquisador em todas as páginas, ficando uma via em sua posse e a outra via em posse do pesquisador. Por favor, leia com atenção e aproveite para esclarecer todas as suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de indicar sua concordância, você poderá esclarecê-las com o pesquisador responsável pela pesquisa através do seguinte telefone (Profa. Dra. Malvina Thais

Pacheco Rodrigues: (86) 9981-4361) Se mesmo assim, as dúvidas ainda persistirem você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI, que acompanha e analisa as pesquisas científicas que envolvem seres humanos, no Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, Bairro Ininga, Teresina – PI, telefone (86) 3237-2332, e-mail: cep.ufpi@ufpi.br; no horário de atendimento ao público, segunda a sexta, manhã: 08h00 às 12h00 e a tarde: 14h00 às 18h00. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar.

A pesquisa tem como justificativa a importância de proporcionar aos profissionais da saúde uma ferramenta tecnológica que possibilita o conhecimento acerca de cuidados para as parturientes, compreendendo que o acesso rápido e seguro a informações representa uma estratégia eficaz para auxiliar a assistência em saúde. Para sua realização, serão desenvolvidas três etapas: especificação, validação e desenvolvimento. A fase de especificação envolve a construção da revisão integrativa da literatura para embasamento de conteúdo e formulação de roteiro de informações. Em seguida, será a validação de conteúdo (com juízes especialistas em obstetrícia) e análise semântica (com profissionais de saúde). Na etapa de desenvolvimento, será organizada a construção do *software* móvel.

Sua participação consistirá em responder a um instrumento de avaliação do conteúdo para o *software*. Serão avaliados os critérios de conteúdo, linguagem, apresentação, estimulação e adequação cultural. As respostas serão analisadas utilizando o padrão da escala psicométrica Likert. Vale destacar que o *software* será elaborado após suas sugestões.

Esclareço que esta pesquisa acarreta os seguintes riscos: o preenchimento do questionário poderá expor o participante ao cansaço e desconforto pelo tempo gasto para responder o material. Pode haver receio quanto ao sigilo das informações e/ou crítica ao que for comentado. No entanto, estes riscos serão minimizados por meio da abordagem ética e cautelosa, que priorize a privacidade dos participantes. Os benefícios irão surgir por meio da publicação científica dos resultados deste estudo, com base nos propósitos de contribuir com a construção do conhecimento voltado a assistência de gestantes no período de pré-parto.

Os resultados obtidos nesta pesquisa serão utilizados para fins acadêmico-científicos, por meio da divulgação em periódicos e eventos científicos, e os pesquisadores se comprometem a manter o sigilo e identidade anônima, como estabelecem as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/2012 e 510/2016 e a Norma Operacional 01 de 2013 do Conselho Nacional de Saúde, que tratam de normas regulamentadoras de pesquisas que

envolvem seres humanos. Você terá livre acesso as todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo, bem como lhe é garantido acesso a seus resultados.

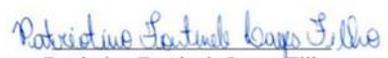
Informo ainda que você não terá nenhum custo com a pesquisa, e caso haja por qualquer motivo, asseguramos que você será devidamente ressarcido. Não haverá nenhum tipo de pagamento por sua participação, haja vista que ela é voluntária. Caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente de sua participação neste estudo você poderá ser indenizado conforme determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, bem como lhe será garantido a assistência integral.

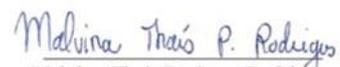
Declaro participar desta pesquisa, dando pleno consentimento para uso das informações por mim prestadas.

() SIM

() NÃO

Assinatura do Participante


Patriotino Fontinele Lages Filho.
MESTRANDO


Malvina Thais Pacheco Rodrigues
ORIENTADORA



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER**



APÊNDICE F – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Instrumento N° _____

PARTE 1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Formação/Profissão

Idade: _____ Sexo: () masculino () feminino

Telefone (WhatsApp) - (DDD) Número: _____

Estado: _____ Cidade: _____

Formação/Profissão: _____

Função/cargo que exerce na instituição: _____

Tempo de trabalho na área: _____ Tempo de formação (anos): _____

Titulação: () Especialização () Mestrado () Doutorado

Possuir habilidade/conhecimento adquiridos pela experiência

Tem experiência profissional em atividades de assistência na utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor no pré-parto? () Sim () Não

Tem experiência na realização de atividades individuais e coletivas na área das Práticas Integrativas e Complementares (PICS)? () Sim () Não

Participa de projeto de pesquisa na área de Saúde, na temática de não medicalização do parto? () Sim () Não

Possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo.

Tem experiência no desenvolvimento de pesquisas na área de saúde da mulher, práticas integrativas e complementares e/ou validação de tecnologias e instrumentos? () Sim () Não

Tem autoria em artigo(s) científico(s) com temáticas relativas em saúde da mulher, práticas integrativas e complementares e/ou validação de tecnologias e instrumentos, publicado(s) em periódico(s) classificado(s) pela CAPES? () Sim () Não

PARTE 2 – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO EDUCATIVO EM SAÚDE (IVCES). Fonte: Leite *et al.*, (2018).

Analise a tecnologia educativa seguindo os critérios listados no instrumento proposto para validação. Em seguida, de acordo com a sua experiência e conhecimento na área da pesquisa, classifique-os de acordo com o valor que mais se adeque à sua opinião conforme o quadro abaixo. Se você marcar a primeira opção (Discordo) descreva o motivo no espaço destinado às sugestões. Por favor responda todos os itens. Agradecemos sua colaboração!

OBJETIVOS: propósitos, metas ou finalidades

1-Contempla tema proposto

- Discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo

Comentário:

2. Adequado ao processo de ensino-aprendizagem

- Discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo

Comentário:

3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado

- Discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo

Comentário:

4. Proporciona reflexão sobre o tema

- Discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo

Comentário:

**ESTRUTURA/APRESENTAÇÃO: organização, estrutura, estratégia, coerência e
suficiência**

5. Linguagem adequada ao público-alvo

- Discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo

Comentário:

6. Linguagem apropriada ao material educativo

- Discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo

Comentário:

7. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo

- Discordo

Concordo parcialmente

Concordo

Comentário:

8. Informações corretas

Discordo

Concordo parcialmente

Concordo

Comentário:

9. Informações objetivas

Discordo

Concordo parcialmente

Concordo

Comentário:

10. Informações esclarecedoras

Discordo

Concordo parcialmente

Concordo

Comentário:

11. Informações necessárias

Discordo

Concordo parcialmente

Concordo

Comentário:

12. Sequência lógica das ideias

Discordo

Concordo parcialmente

Concordo

Comentário:

13. Tema atual

Discordo

Concordo parcialmente

Concordo

Comentário:

14. Tamanho do texto adequado

Discordo

Concordo parcialmente

Concordo

Comentário:

RELEVÂNCIA: significância, impacto, motivação e interesse

15. Estimula o aprendizado

Discordo

Concordo parcialmente

Concordo

Comentário:

16. Contribui para o conhecimento na área

Discordo

Concordo parcialmente

Concordo

Comentário:

17. Desperta interesse pelo tema

Discordo

Concordo parcialmente

Concordo

Comentário:



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER**



APÊNDICE G – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA

Instrumento N° _____

PARTE 1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Formação/Profissão _____

Idade: _____ Sexo: () masculino () feminino

Telefone (WhatsApp) - (DDD) Número: _____

Estado: _____ Cidade: _____

Formação/Profissão: _____

Função/cargo que exerce na instituição: _____

Tempo de trabalho na área: _____ Tempo de formação (anos): _____

Titulação: () Especialização () Mestrado () Doutorado

Possuir habilidade/conhecimento adquiridos pela experiência

Tem experiência profissional em atividades de assistência na utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor no pré-parto? () Sim () Não

Tem experiência na realização de atividades individuais e coletivas na área das Práticas Integrativas e Complementares (PICS)? () Sim () Não

Participa de projeto de pesquisa na área de Saúde, na temática de não medicalização do parto? () Sim () Não

Possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo.

Tem experiência no desenvolvimento de pesquisas na área de saúde da mulher, práticas integrativas e complementares e/ou validação de tecnologias e instrumentos? () Sim () Não

Tem autoria em artigo(s) científico(s) com temáticas relativas em saúde da mulher, práticas integrativas e complementares e/ou validação de tecnologias e instrumentos, publicado(s) em periódico(s) classificado(s) pela CAPES? () Sim () Não

PARTE 2 – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL EM SAÚDE (IVATES). Fonte: Souza, Moreira e Borges (2020).

Analise a tecnologia educativa seguindo os critérios listados no instrumento proposto para validação. Em seguida, de acordo com a sua experiência e conhecimento na área da pesquisa, classifique-os de acordo com o valor que mais se adeque à sua opinião conforme o quadro abaixo. Se você marcar a primeira opção (Discordo totalmente) descreva o motivo no espaço destinado às sugestões. Por favor responda todos os itens. Agradecemos sua colaboração!

1. As ilustrações estão adequadas para o público-alvo.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Discordo parcialmente
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário:

2. As ilustrações são claras e relevantes para compreensão do conteúdo pelo público-alvo.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Discordo parcialmente
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário:

3. As cores das ilustrações estão adequadas para o tipo de material.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Discordo parcialmente
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário:

4. As formas das ilustrações estão adequadas para o tipo de material.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Discordo parcialmente
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário:

5. A disposição das figuras está em harmonia com o texto.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Discordo parcialmente
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário:

6. As figuras utilizadas elucidam o conteúdo do material educativo.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Discordo parcialmente
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário:

7. As ilustrações estão em quantidade adequada no material educativo.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Discordo parcialmente
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário:

8. As ilustrações estão em tamanhos adequados no material educativo.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Discordo parcialmente
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário:

9. As ilustrações ajudam na mudança e melhoria de condutas do público-alvo.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Discordo parcialmente
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário:
