

ILANA BRUNA DE LIMA FEITOZA

**FADIGA MATERNA E DETERMINANTES DO
CUIDADO NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL:
INTERFACES ENTRE REDE ALYNE, OMS E
REALIDADE LOCAL**

**SANTA CRUZ/RN
2025**

ILANA BRUNA DE LIMA FEITOZA

**FADIGA MATERNA E DETERMINANTES DO
CUIDADO NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL:
INTERFACES ENTRE REDE ALYNE, OMS E
REALIDADE LOCAL**

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

Orientadora: Profa. Dra Adriana Gomes Magalhães

Santa Cruz/RN
2025



Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí - FACISA
- Santa Cruz

Feitoza, Ilana Bruna de Lima.

Fadiga materna e determinantes do cuidado no ciclo gravídico-puerperal: interfaces entre rede Alyné, OMS e realidade local / Ilana Bruna de Lima Feitoza. - 2025.

73 f.: il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Santa Cruz, RN, 2025.

Orientação: Profa. Dra. Adriana Gomes Magalhães.

1. Saúde da Mulher - Dissertação. 2. Gravidez - Dissertação. 3. Trabalho de parto - Dissertação. 4. Fadiga - Dissertação. 5. Cuidado Pré-Natal - Dissertação. I. Magalhães, Adriana Gomes. II. Título.

RN/UF/FACISA

CDU 618.2-083

Elaborado por Joyanne de Souza Medeiros - CRB-15/0533

ILANA BRUNA DE LIMA FEITOZA

**FADIGA MATERNA E DETERMINANTES DO CUIDADO NO CICLO
GRAVÍDICO-PUERPERAL: INTERFACES ENTRE REDE ALYNE, OMS E
REALIDADE LOCAL**

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

Área de concentração: Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Presidente da banca (orientador): Prof. Dr. Adriana Gomes Magalhães

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. José Jailson de Almeida Júnior

Examinador interno - Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Leonildo Santos do Nascimento Júnior

Examinador externo - Instituição: Universidade Federal da Paraíba

*Dedico essa dissertação
com todo amor aos meus
pais e ao meu esposo, por
todo apoio e incentivo na
minha formação
profissional.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me conceder a graça da concretização de mais uma etapa acadêmica da minha vida, fortalecendo-me nos momentos em que eu pensei que não iria conseguir.

A todos os meus familiares e amigos, que sempre acreditam nos meus esforços e vibram cada conquista como se fosse deles. Sou muito feliz em poder contar com cada um de vocês e, é com muito prazer que divido mais um momento especial da minha vida com as pessoas que amo.

A minha orientadora, a Professora Doutora Adriana Magalhães, por todo companheirismo e conhecimento transmitido ao longo da minha formação acadêmica, incentivando-me a ir além e mostrando-me os melhores caminhos. A senhora é um grande exemplo de profissional e inspiração na saúde obstétrica. Que Deus continue te abençoando poderosamente.

A todas as parturientes que se disponibilizaram a participar da pesquisa, compartilhando suas experiências durante um momento único de suas vidas, sem a contribuição de vocês, não seria possível realizar este trabalho.

Por fim, agradeço a Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí e todo corpo docente, por me fazer crescer profissionalmente desde a graduação até a etapa da dissertação do mestrado. Sinto-me agraciada por ter a oportunidade de desfrutar de um ensino tão completo.

*“Educação não
transforma o mundo.
Educação muda as
pessoas. Pessoas
transformam o mundo”.*
Paulo Freire

RESUMO

A fadiga materna é uma condição que exige estratégias de cuidado integral, envolvendo as dimensões física, psicológica e social da gestante. Analisar a fadiga materna durante o trabalho de parto, com base nas recomendações da Rede Alyne e da OMS, considerando fatores clínicos, sociodemográficos e intervenções obstétricas que influenciam o cuidado no ciclo gravídico-puerperal. Trata-se de um estudo observacional, de abordagem quantitativa, realizado com parturientes no interior do estado do Rio Grande do Norte, realizado no interior do estado do Rio Grande do Norte, incluindo 83 parturientes. Foram coletados dados sociodemográficos, obstétricos, antropométricos, da assistência pré-natal e ao parto, avaliação materna sobre fadiga durante o trabalho de parto e sobre dados do recém-nascido. Os critérios de inclusão foram: gestantes de risco habitual, com idade igual ou superior a 18 anos, capazes de compreender e responder as perguntas e que preencheram a avaliação de fadiga materna incluído no questionário de avaliação. Os critérios de exclusão incluíram: mulheres que não responderam o questionário de fadiga materna, com instabilidade clínica durante a realização da pesquisa, e aquelas que se retiraram do estudo em qualquer etapa. Foi realizada análise descritiva com testes não paramétricos. Posteriormente, aplicou-se o teste de correlação de Spearman e o teste de comparação de Mann Whitey entre a fadiga e variáveis sociodemográficas e obstétricas, utilizando o software estatístico SPSS, versão 25. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sob CAAE: 69296623.2.0000.5568. O estudo obteve a mediana da idade das participantes foi de 26 anos, a mediana da idade gestacional foi de 39 semanas e 5 dias e o número de consultas de pré-natal apresentou uma mediana de 10 consultas. Foi evidenciado que 95,2% das participantes apresentaram baixa fadiga durante o trabalho de parto e 4,8% apresentaram alta fadiga. Foi identificada correlação positiva entre o escore total de fadiga materna e variáveis obstétricas, como número de gestações ($p = 0,001$), número de partos anteriores ($p = 0,001$) e histórico de aborto ($p = 0,010$). Também houve correlação significativa entre os escores de fadiga nas fases latente e ativa do trabalho de parto ($p = 0,034$) e com a Escala Visual Analógica de dor ($p = 0,001$). Não foi observada correlação significativa com o escore de Bologna. A análise de associação pelo teste qui-quadrado entre os níveis de fadiga (alta e baixa) e variáveis sociodemográficas, obstétricas e assistenciais não revelou associação estatisticamente

significativa ($p > 0,05$). A fadiga materna durante o trabalho de parto demonstrou estar associada a fatores obstétricos específicos, com correlação positiva entre o escore total de fadiga e o número de gestações, partos anteriores e histórico de aborto. Esses resultados sugerem que mulheres com maior vivência obstétrica podem apresentar níveis mais elevados de exaustão física e emocional durante o parto. Diante disso, recomenda-se que profissionais de saúde considerem o perfil obstétrico da parturiente como elemento central na elaboração de estratégias de cuidado humanizado, respeitando as singularidades de cada mulher e promovendo intervenções que minimizem o desgaste físico e emocional durante o trabalho de parto.

Palavras-chave: Saúde da Mulher. Gravidez. Trabalho de parto. Fadiga. Cuidado Pré-Natal.

ABSTRACT

Maternal fatigue is a condition that requires comprehensive care strategies involving the physical, psychological, and social dimensions of the pregnant woman. This study aims to analyze maternal fatigue during labor, based on the recommendations of the Alyné Network and the World Health Organization (WHO), considering clinical, sociodemographic, and obstetric factors that influence care throughout the pregnancy–puerperal cycle. This is an observational study with a quantitative approach, conducted with women in labor in the interior of the state of Rio Grande do Norte, including 83 participants. Sociodemographic, obstetric, anthropometric, prenatal care, and childbirth data were collected, as well as maternal evaluations of fatigue during labor and newborn information. The inclusion criteria were: low-risk pregnant women aged 18 years or older, able to understand and answer the questions, and who completed the maternal fatigue assessment included in the evaluation questionnaire. Exclusion criteria included: women who did not respond to the maternal fatigue questionnaire, those with clinical instability during the study, and those who withdrew at any stage. Descriptive analysis with non-parametric tests was performed. Subsequently, Spearman's correlation test and the Mann–Whitney comparison test were applied to examine relationships between fatigue and sociodemographic and obstetric variables, using the SPSS statistical software, version 25. The study was submitted to and approved by the Research Ethics Committee (CEP) of the Faculty of Health Sciences of Trairi, Federal University of Rio Grande do Norte, under CAAE: 69296623.2.0000.5568. The median age of participants was 26 years, the median gestational age was 39 weeks and 5 days, and the median number of prenatal consultations was 10. It was found that 95.2% of participants presented low fatigue during labor, while 4.8% presented high fatigue. A positive correlation was identified between the total maternal fatigue score and obstetric variables such as the number of pregnancies ($p = 0.001$), number of previous deliveries ($p = 0.001$), and history of abortion ($p = 0.010$). There was also a significant correlation between fatigue scores in the latent and active phases of labor ($p = 0.034$) and with the Visual Analogue Scale for pain ($p = 0.001$). No significant correlation was observed with the Bologna score. The chi-square test of association between fatigue levels (high and low) and sociodemographic, obstetric, and care-related variables did not reveal statistically significant associations ($p > 0.05$). Maternal fatigue during labor was shown to be associated with specific obstetric factors, with a positive correlation between the total fatigue score and the number of pregnancies, previous deliveries, and history of abortion.

These results suggest that women with greater obstetric experience may exhibit higher levels of physical and emotional exhaustion during childbirth. Therefore, it is recommended that health professionals consider the obstetric profile of each woman as a central element in developing humanized care strategies, respecting individual particularities and promoting interventions that minimize physical and emotional strain during labor.

Keywords: Women's Health. Pregnancy. Labor. Fatigue. Prenatal Care.



LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Escala Visual Analógica (EVA).....	23
Gráfico 1- Relação entre os escores de fadiga materna.....	43



LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Resultados sociodemográficos e clínicos da população do estudo.....	41
Tabela 2 - Teste de Comparação de Mann Whitney.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AME - Aleitamento materno exclusivo

APS – Atenção Primária à Saúde

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CM- Centímetros

EVA - Escala Visual Analógica

FACISA - Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi

IG - Idade Gestacional

IMC- Índice de massa corporal

KG – Quilograma

MNF - Métodos não farmacológicos

MS – Ministério da Saúde

N – Amostra

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres

PPP - Pré-parto, parto e pós-parto

QMFP - Questionário de Percepção Materna de fadiga no trabalho de parto

RN – Recém-nascido

RN - Rio Grande do Norte

SPSS – Statistical Package for Social Science for Windows

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPE - Universidade Federal de Pernambuco

UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

USG – Ultrassonografia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	REVISÃO DA LITERATURA	21
2.1	Fadiga materna durante o trabalho de parto.....	21
2.2	Instrumentos para avaliação de fadiga materna	22
2.3	Assistência a Saúde e o avanço das Políticas Públicas	23
2.4	As boas práticas de atenção ao parto e nascimento sob o olhar das recomendações da Rede Alyne e da OMS.....	26
2.5	A importância da assistência ao pré-parto e ao parto.....	29
2.6	Preparação para o parto e uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto.....	34
3	OBJETIVOS	36
3.1	Objetivo geral	36
3.2	Objetivos específicos	36
4	MATERIAIS E MÉTODOS	37
4.1	Características da pesquisa.....	37
4.1.1	Tipo de Estudo	37
4.1.2	Local de Estudo	37
4.1.3	Amostra do Estudo.....	37
4.2	Variáveis	37
4.3	Critérios de Elegibilidade.....	38
4.4	Coleta dos dados	39
4.5	Análise dos dados	40
4.6	Aspectos éticos	40
5	RESULTADOS	41
6	DISCUSSÃO	46
7	CONCLUSÕES	51
	REFERÊNCIAS	53
	APÊNDICES A – PRODUTO DE TRADUÇÃO DO CONHECIMENTO.....	58
	APÊNDICES B - TERMO DE CONSENTIMENTO (TCLE).....	59
	APÊNDICES C - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS.....	63
	ANEXOS A –QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO MATERNA DE FADIGA NO TRABALHO DE PARTO (QMFP)	71

1 INTRODUÇÃO

A gestação é considerada uma fase de grandes transformações na vida da mulher, é um período de mudanças físicas e emocionais significativas. A cada nova semana gestacional, a gestante vivencia novos sentimentos, que se perpassa desde a alegria de gerar uma vida, aos medos, angústias, dúvidas e ansiedade do grande momento, que é o parto e a chegada do filho (SANTIAGO, L.D, et al, 2023).

Ao longo do trabalho de parto, pode ser evidenciado diferentes tipos de alterações fisiológicas associadas a dimensões físicas, emocionais e cognitivas que interferem diretamente na sua evolução. A dor e a ansiedade, por exemplo, podem influenciar no surgimento da fadiga materna, decorrente da liberação de catecolaminas, epinefrina, noradrenalina e cortisol (DELGADO, A., et al., 2019; SANTANA, R.M., et al, 2009). Pesquisas apontam que a dor vivenciada durante o trabalho de parto é considerada como uma das mais intensas já conhecidas. Muitas parturientes conseguem suportá-la diante do anseio do nascimento saudável do filho, onde a dor é interpretada como um processo frutífero nesta fase (AKADRI; ODELOLA, 2018).

A fadiga materna faz parte do estado geral da parturiente, envolvendo dimensões físicas, psicológicas e emocionais, além de interferir diretamente na capacidade e bem-estar da parturiente durante o parto, deixando-a mais fragilizada. De acordo com os estudos, na medida em que o trabalho de parto evolui, a fadiga se intensifica (DELGADO, A., et al., 2019). Durante a percepção de fadiga, há uma sensação individual e independente de cada esforço ou atividade, podendo ser sentida até nos momentos de repouso. Dessa forma, considera-se que a fadiga é capaz de reduzir a capacidade de atingir um resultado por meio da ação, pois está interligada a sentimentos de cansaço e exaustão, seja físico ou emocional (GREENHOUSE-TUCKNOTT; BUTTERWORTH; WRIGHTSON; HARRISON et al., 2022).

Existem diversos fatores que se relacionam diretamente com a fadiga materna durante a gestação e o parto, dentre eles, o cansaço físico diante da sobrecarga de funções que a gestante se responsabiliza, a falta de rede de apoio, pressão psicológica imposta sobre a maternidade, falta de preparação para o parto e falha nas políticas públicas que contribuem com o bem-estar materno. Dentro desse contexto, podemos refletir sobre a importância

da Saúde Coletiva no processo gravídico-puerperal, capaz de compreender os determinantes sociais de saúde (DSS) por meio do cuidado integral, promoção e prevenção à saúde materna (DELGADO, A., et al., 2019).

A fadiga materna é caracterizada como uma situação que exige estratégias de cuidado integral, envolvendo dimensões físicas, psicológicas e sociais da gestante. A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma importante aliada na linha de cuidado, pois é considerada porta de entrada ao usuário e deve ter como base os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Por isso, o cuidado a saúde materna sob o olhar da Saúde Coletiva é realizado de forma integral, envolvendo um dever coletivo entre o sistema de saúde, profissionais e família, buscando promover qualidade de vida no período gravídico-puerperal e reduzindo desfechos maternos negativos (ROMÃO, M.B., et al, 2021).

A preparação para o parto é um pilar importante durante a gestação, pois através dela, a gestante consegue equilibrar os sentimentos e emoções e vivenciar esse momento doloroso com mais confiança, tornando-se protagonista do seu parto. Essa preparação deve ser iniciada durante as consultas de pré-natal, os profissionais responsáveis por esse acompanhamento devem acolher a gestante e sua família e realizar promoção de saúde por meio da troca de informações necessárias para as etapas de trabalho de parto, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido (WHO, 2018).

De acordo com a Rede Cegonha que foi substituída pelo programa Rede Alyne, toda mulher tem direito a uma assistência qualificada durante o pré-natal, parto e puerpério, buscando reduzir até 50% da mortalidade materna. A Rede Alyne busca reforçar a qualidade e segurança na APS por meio das consultas de pré-natal mais completas, esta etapa vai além das consultas programadas, é um espaço em que deve-se realizar educação em saúde sobre os processos fisiológicos da gestação, as fases do trabalho de parto e pós parto, fortalecimento de vínculos e suporte emocional entre a equipe de saúde, a gestante e seus familiares, fazendo com que a gestante seja protagonista de todo esse processo (BRASIL, 2024).

Apesar da implementação de boas práticas obstétricas por meio dos programas Rede Cegonha e Rede Alyne, a assistência ao pré-natal ainda apresenta falhas relacionadas à falta de informações adequadas sobre a gestação e o parto. Estudos afirmam que muitas gestantes desconhecem os programas e diretrizes durante o pré-natal e os profissionais muitas vezes ignoram, prestando uma assistência voltada apenas para avaliação gestacional e solicitação de exames. A falta de um pré-natal com uma assistência ampla, pode comprometer a preparação

para o parto e seus desfechos, acarretando sentimentos de medo, dúvidas, além de contribuir com a perpetuação da visibilidade dos direitos, como a violência obstétrica (BRASIL, 2024).

Iniciar a preparação para o parto durante as consultas de pré-natal garante maiores chances de uma experiência positiva no parto para a mulher e sua família. De acordo com as Recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre os cuidados durante o parto, a gestante precisa ser bem acolhida ao chegar na maternidade e após sua admissão, receber uma assistência voltada às boas práticas do parto e nascimento. Dentre as recomendações previstas, espera-se que os profissionais orientem a gestante sobre as fases do trabalho de parto, tempo de duração do parto, melhor momento para ser admitida na maternidade, presença do acompanhante, métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto, cuidados com o recém nascido, entre outros (WHO, 2018).

Com base na Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, para que a mulher tenha uma experiência positiva no parto, é preciso haver uma assistência humanizada, onde as necessidades suas sejam respeitadas, bem como o envolvimento na tomada de decisões e explicações baseadas em evidências sobre os procedimentos a serem realizados. É necessário que as gestantes estejam inseridas em todo o processo de parturição, como principais protagonistas deste momento (BRASIL, 2022).

As boas práticas de assistência ao parto podem contribuir com a redução da fadiga materna durante o trabalho de parto, o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor é uma dessas práticas. A utilização desses métodos possibilitam resultados positivos durante o trabalho de parto, fazendo com que as gestantes sintam-se mais seguras ao longo desse processo e controlem o seu corpo para viver esse momento doloroso, porém, ressignificando o sentimento de sofrimento. Dessa forma, ao longo da assistência ao parto, deve-se ofertar o uso de diferentes tipos de métodos não farmacológicos para alívio da dor às parturientes, sendo eles banho morno, exercícios de respiração, massagem, exercícios com bola, aromaterapia, cromoterapia, entre outros (PINTO, K.R.T.F. et al., 2021).

Outro ponto importante que contribui para uma experiência positiva no parto é a interação entre a mãe e o recém-nascido, bem como seus cuidados na primeira hora de vida. Quando o parto é classificado de risco habitual e não há complicações com o binômio, deve-se implementar boas práticas por meio do contato pele a pele, estimular a amamentação na primeira hora de vida chamada de hora de ouro ou hora dourada (BRASIL, 2022). Durante a hora de ouro, o bebê é colocado sem roupa em cima de sua mãe, onde são aquecidos com um

cobertor. Esse momento proporciona benefícios imediatos e ao longo prazo ao binômio mãe e filho, como a redução do choro, oferta de glicose no sangue do bebê, estabilidade cardiorrespiratória, defesa na pele do recém nascido por meio da colonização das bactérias maternas, dentre outros (SILVA, I.K.S. da., et al, 2022).

A ausência das boas práticas podem contribuir para desfechos negativos durante o parto, onde sentimentos de sofrimento, medo, ansiedade e insegurança relacionados ao parto prevalecem durante esse processo. Quando não há preparação para o parto, a gestante vivencia esse momento com mais desgaste emocional e físico, por não saber lidar com as fases do trabalho de parto e não ter suporte adequado sobre a forma correta de manejar a dor. Esses fatores contribuem para o surgimento da fadiga materna, pois o parto passa a ser sentido como um episódio exaustivo e doloroso (BRASIL, 2022).

A falha na assistência ao pré-natal está diretamente relacionada com as condições socioeconômicas da gestante, incluindo a baixa escolaridade da gestante, renda familiar, ocupação não qualificada, ausência de parceiro, baixa procura aos serviços de saúde. Esses e outros fatores contribuem para um desfecho negativo durante a gestação e o parto, para isso, é preciso que os serviços de saúde ponham em prática as políticas estruturais que defendem o direito à saúde da mulher em todas as suas fases da vida. Além das falhas na assistência ao pré-natal, é possível identificar fatos semelhantes durante o trabalho de parto, sendo marcado pelo intenso uso de medicalização, intervenções desnecessárias, falta de informações e autonomia materna (BRASIL, 2011).

Para reduzir os desfechos negativos do parto, bem como a fadiga materna, é preciso implementar um cuidado assistencial a gestante baseado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM), fortalecendo ações de cuidado com base na promoção, prevenção e recuperação da saúde, além de garantir o direito de uma assistência qualificada e redução da morbidade e mortalidade materna (BRASIL, 2011).

A escolha por investigar a fadiga materna entre parturientes do interior do Rio Grande do Norte nasce da necessidade de compreender os desafios enfrentados por essas mulheres durante o processo de parto. Uma vez que, muitas gestantes vivenciam o trabalho de parto com níveis elevados de cansaço físico e emocional, o que pode comprometer sua experiência e bem-estar. Ao verificar os fatores que influenciam essa fadiga, o estudo busca lançar luz sobre aspectos muitas vezes invisibilizados na assistência à saúde materna, contribuindo para o fortalecimento de práticas mais humanizadas e eficazes. A partir dessa análise, pretende-se

fomentar políticas públicas que dialoguem com a realidade local, promovendo cuidado integral e garantindo que cada mulher seja respeitada e acolhida em todas as fases da gestação e parto.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Fadiga materna durante o trabalho de parto

O trabalho de parto é classificado como um processo fisiológico vivenciado de forma única por cada parturiente, momento em que a mulher passa por diferentes modificações em seu corpo e também na sua mente até a chegada de seu filho. Apesar de na maioria das vezes o trabalho de parto ser considerado uma experiência alegre na vida da parturiente, ele também pode apresentar resultados negativos causados pelo medo, ansiedade e fadiga (BORBA, E.O. et al., 2021).

A fadiga materna é caracterizada como um sintoma subjetivo de acordo com o pensamento e estado geral de cada parturiente, pois envolve aspectos físicos, emocionais e cognitivos. Esse sintoma pode interferir diretamente no trabalho de parto, devido está associado a dor e a ansiedade, capazes de influenciar na fadiga e interferir no processo de parturição (DELGADO A. et al., 2019).

Existem diferentes fatores responsáveis por desencadear a fadiga materna ao longo do trabalho de parto. Quando se trata de aspectos físicos, a fadiga é associada a dor e a intensidade de contrações uterinas, a administração de ocitocina em excesso, doenças respiratórias e digestivas, prática de exercícios sem supervisão de um profissional, desidratação, baixa energia devido a falta de alimentação, dentre outros (ABASI, et al., 2007).

Além das alterações físicas que corroboram para o aumento da fadiga materna, existem também os aspectos psicológicos e situacionais de cada parturiente. Os fatores psicológicos são evidenciados pela presença da ansiedade, do medo e da participação indireta da parturiente em seu processo de trabalho de parto. Já os fatores situacionais são classificados pelas características ambientais e individuais, que incluem a presença do acompanhante, privação do sono, estilo de vida e a falta de conhecimento relacionado à preparação do parto (NORDSTRÖM et al., 2001).

De acordo com a literatura presente nas bases de dados, o primeiro estudo que avaliou fadiga materna durante o trabalho de parto foi realizado por Pugh, no ano de 1993, onde foi utilizado um questionário chamado de Fatigue Scale e aplicado em uma amostra de 100 primíparas de baixo risco, o autor enfatizou que:

“O estudo concluiu que avaliar a fadiga durante o trabalho de parto seria algo valioso, pois poderia ajudar a equipe de saúde na identificação do estado geral da paciente durante toda a parturição, principalmente em momentos cruciais, como a tomada de decisão em relação à anestesia e ao início de direcionar os puxos. Ademais, foi verificado que a fadiga materna

elevada aumenta o tempo de trabalho de parto” (DELGADO, A.M., 2018, p.22).

Dessa forma, a fadiga materna afeta negativamente o desfecho do trabalho de parto, reduzindo a satisfação da parturiente durante esse processo e despertando o desejo do parto cesáreo (DELGADO, A.M, 2018).

2.2 Instrumentos para avaliação de fadiga materna

Os instrumentos para avaliação do estado de saúde de determinados indivíduos vem tomando uma grande proporção em sua criação, podendo ser considerada uma ferramenta importante tanto para a pesquisa como para o estado clínico do paciente. Esses instrumentos precisam passar por uma etapa de validação para aumentar a confiabilidade dos estudos (PASQUALI, 2009; TERWEE et al, 2007; MONKKIK et al, 2010).

A fadiga materna é um dos sintomas mais relevantes durante o trabalho de parto. Porém, ainda não é muito explorada dentro do contexto do parto, observa-se que a maioria dos estudos abordam a fadiga no período pós parto. De acordo com os estudos, a fadiga é avaliada por instrumentos que são criados e validados com o objetivo de avaliar o nível de fadiga muscular e o processo de dor, havendo pouca validação de instrumento a ser aplicado durante o parto (PUGH et al., 1993).

Dentre os instrumentos de avaliação da fadiga materna analisados na íntegra, destaca-se o Questionário de Percepção Materna de fadiga no trabalho de parto (QMFP), da autora Polyana Nóbrega Farias de Oliveira. O questionário foi desenvolvido durante a elaboração da dissertação da autora, no Programa de Pós-Graduação Strictu Senso em Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). A pesquisa responsável pela construção desse instrumento foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), onde o artigo foi submetido ao periódico Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia com conceito B2 para a área 21 da Capes (OLIVEIRA, P.N.F; 2016).

A versão final do questionário é composta por 15 itens representados pela análise de fadiga física, psicológica e emocional. Cada item apresenta opções de resposta de acordo com uma escala Likert de cinco pontos, estruturada da seguinte forma: (1) Nem um pouco, (2) um pouco, (3) Mais ou menos, (4) Muito e (5) Extremamente. Após o preenchimento das questões, a soma dos 15 itens é classificada como baixa fadiga (15-50 pontos) e alta fadiga

(51-75 pontos). O tempo estimado para a aplicação é de cinco minutos (DELGADO, A.M.; 2018).

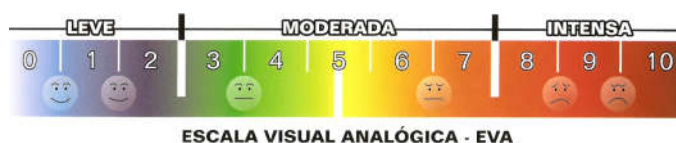
De acordo com a autora do questionário, esse instrumento apresenta uma contribuição positiva na avaliação de fadiga materna, durante o trabalho de parto. Além de ser fundamental para o desfecho clínico dos profissionais que estão prestando assistência a parturiente.

O QMFP surge como um instrumento de mensuração promissor para detecção da fadiga percebida por mulheres em trabalho de parto, sendo o primeiro questionário específico para avaliar fadiga em mulheres durante o trabalho de parto. Assim, os profissionais que atuam junto a este grupo populacional terão disponível um instrumento adaptado para aplicação no contexto do parto (OLIVEIRA, P.N.F; 2016, p.38).

No anexo A, temos a demonstração da versão final do instrumento desenvolvido para avaliação da percepção de fadiga materna durante o trabalho de parto, intitulado como Questionário de percepção materna de fadiga no trabalho de parto (QMFP). (Anexo A).

Outro importante instrumento que pode auxiliar na avaliação da fadiga materna é a Escala Visual Analógica (EVA), utilizada para mensurar a percepção de dor. A EVA possui uma rápida aplicação, representada por uma fita de aproximadamente 10 cm, onde os extremos são classificados por 0 = “sem dor” e 10 = “dor extrema”, as demais variações classificam a dor como leve (de 1-2), moderada (3-7) e intensa (8-10). Esta escala compõe imagens ilustrativas de rostos apresentando expressões dolorosas (Figura 1). Além da forma numérica, a escala permite uma fácil compreensão por meio das imagens, contribuindo na avaliação da percepção de dor (ASTROM, M., et al., 2023).

Figura 1: Escala Visual Analógica (EVA)



Fonte: Google imagens

2.3 Assistência à Saúde e o avanço das Políticas Públicas

A atenção à saúde da mulher passou por limitações ao longo da história das políticas públicas, refletindo na deficiência da assistência na atenção materno-infantil. A assistência em saúde percorreu diversas transformações significativas desde a Constituição Federal de 1988 até os tempos atuais. A Lei nº8080/90 define a saúde como um direito de todos e dever do

Estado, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), as Políticas Públicas de Saúde desenvolvem um cuidado em saúde à população baseado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. O fortalecimento da atenção primária à saúde bem como a criação de programas como a Rede Cegonha também foi resultado do avanço das políticas públicas (FREITAS, G.L., et al.,2009).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) criado no ano de 1983, teve uma forte contribuição na assistência à saúde da mulher daquela época, com o apoio do movimento sanitário e do movimento feminista. Já em 2024, foi implantada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) com o objetivo de fortalecer e alcançar as mulheres em todos os seus ciclos de vida. Com a criação da PNAISM, a mulher passa a ser assistida de forma integral e autônoma, tornando-se participante ativa do processo de saúde, que garante uma assistência mais qualificada e completa (FREITAS, G.L., et al.,2009).

A PNAISM possibilita que a assistência à saúde da mulher inicie desde a atuação na assistência obstétrica e neonatal, planejamento familiar, saúde sexual e reprodutiva, climatério e saúde da mulher idosa, visando assegurar os direitos da mulher em todas as áreas e reduzir a morbimortalidade dessa população (COSTA, R.C., et al.,2019). Quando se trata da saúde materna, a PNAISM garante à gestante o direito de uma assistência de pré-natal qualificada, acompanhamento no parto e pós-parto, bem como os cuidados com o recém-nascido, além colaborar com a redução dos agravos. A promoção à saúde é fundamental durante o processo gravídico-puerperal, pois permite uma assistência mais qualificada e humanizada, com desfechos positivos no parto (BRASIL, 2011).

Quando se trata da saúde da mulher no período gestacional, destaca-se o programa Rede Alyne como um importante modelo de políticas públicas. Instituída pelo Ministério da Saúde com o propósito de substituir a Rede Cegonha, a Rede Alyne foi desenvolvida para reforçar a qualidade e segurança da Atenção Primária à Saúde (APS) na assistência a saúde da mulher. Alyne Pimentel era uma jovem negra, pobre, com 28 anos de idade e 6 meses de gestação, que faleceu após negligência enquanto buscava atendimento em saúde. Com base nessa triste realidade, o programa Rede Alyne busca reduzir as falhas na assistência ao pré-natal através das políticas de saúde materna que asseguram uma assistência qualificada para a gestante e o bebê (BRASIL, 2024).

A Rede Alyne busca desenvolver uma assistência por meio do cuidado humanizado e equitativo, além de contribuir com a redução da mortalidade materna. A mulher deve ser

acolhida desde as consultas de planejamento reprodutivo, onde a equipe da Estratégia de Saúde da Família fará os cuidados e orientações adequadas durante essa etapa. Por meio da APS, é realizado o acompanhamento de pré-natal das gestantes, com ênfase no cuidado integral, prevenção e promoção à saúde, buscando desenvolver o fortalecimento de vínculo com a gestante (BRASIL, 2024).

Além da assistência à saúde durante o acompanhamento do pré-natal, a Rede Alyne garante os cuidados durante o parto e pós-parto. De acordo com a portaria que rege o programa em questão, durante as consultas de pré-natal, a gestante precisa ter o conhecimento sobre o parto por meio da participação de grupos de gestantes que trabalhem a preparação para o parto, o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, as boas práticas de nascimento, puerpério, amamentação e cuidado com o recém-nascido. A assistência prestada à gestante durante o período gravídico puerperal deve ser equitativa, baseada nos determinantes sociais de cada mulher, respeitando as características étnico-raciais, sociais, culturais de cada uma (BRASIL, 2024).

Com o passar dos séculos, o parto tornou-se mais institucionalizado, marcado por uma assistência voltada para tecnologias e profissionais qualificados para contribuir com tal evento, com o objetivo de torná-lo mais seguro e reduzir a mortalidade materna. Todavia, com o avanço dessas tecnologias e a padronização do parto em ambiente hospitalar, notou-se o aumento de intervenções desnecessárias por meio da medicalização para acelerar o trabalho de parto, contribuindo para realizações de condutas intervencionistas desnecessárias e retirando o protagonismo da mulher no processo de parturição (CARVALHO, S.S., et al., 2020).

As Diretrizes Nacionais de Assistência ao parto normal foram criadas com o objetivo de fortalecer os cuidados obstétricos por meio da promoção, proteção e incentivo ao parto normal de forma positiva. Dentro das diretrizes, são elencados os cuidados gerais durante o trabalho de parto, que se inicia durante a comunicação entre a gestante e a equipe, visando uma escuta qualificada e respeitosa, incluindo a parturiente na tomada de decisões do seu parto. Cada procedimento realizado durante o parto deve ser explicado à parturiente de forma que ela se aproprie de cada fase do trabalho de parto com protagonismo e segurança. A equipe de saúde deve incentivar o apoio emocional e familiar durante esse processo, pondo em prática a Lei Federal nº 11.108/2005, que determina a presença de um acompanhante da escolha da mulher, em todas as etapas do trabalho de parto (BRASIL, 2022).

Outro cuidado geral durante o trabalho de parto proposto pelas Diretrizes Nacionais de Assistência ao parto normal é o manejo da dor por meio do uso de métodos não farmacológicos, podendo ser utilizado em todas as fases do trabalho de parto. Dentre as abordagens não farmacológicas, destacam-se a deambulação, massagem, técnicas de respiração, musicoterapia, banho morno, o uso de bola dentre outros (BRASIL, 2022).

Embora existam políticas e programas de atenção a saúde da mulher voltados para a assistência obstétrica, observa-se a existência de diversas falhas na assistência até os tempos atuais, que podem impactar diretamente no desfecho do trabalho de parto da parturiente (BAGGIO, M.A., et al., 2024). É necessário que as equipes que prestam assistência a mulher no período gravídico-puerperal, entendam a necessidade de colocar em práticas as políticas por meio das consultas de pré-natal, atividades educativas, assistência ao parto e puerpério, para que essa fase tenha um sentido positivo e único na vida do binômio mãe e filho, como também de demais familiares.

2.4 As boas práticas de atenção ao parto e nascimento sob o olhar das recomendações da Rede Alyne e da OMS.

O parto constitui um momento singular na vida da gestante e de sua família, devendo estar pautado por práticas de humanização ao longo de todo o processo. A assistência humanizada em saúde é responsável pela prevenção de situações de violência contra mulher. Foi a partir da década de 1980 que humanização durante o parto ganhou forças, o fato se deu devido o aumento da medicalização e intervenções desnecessárias durante o parto, havendo necessidade da adoção de boas práticas durante esse processo. A assistência à mulher durante o parto passou por importantes transformações ao longo dos anos, com o objetivo de substituir o modelo intervencionista por uma abordagem humanizada, sustentada em evidências científicas e voltada para o resgate do protagonismo e do poder de escolha da mulher (SILVA, W.N.S, et al., 2019).

O Brasil é considerado um país com indicadores positivos durante a gestação, a cobertura nas consultas de pré-natal, por exemplo, é elevada. Assim como o número expressivo de partos realizados em hospitais, por profissionais qualificados. Embora se tenha indicadores positivos durante o processo gravídico-puerperal, ainda se verificam importantes fragilidades na assistência materno-infantil. Com o objetivo de modificar essas fragilidades e assegurar o direito à saúde de mulheres e crianças, o Ministério da Saúde instituiu, em 2011, a

Rede Cegonha como estratégia voltada à organização de uma rede de cuidados materno-infantis (BITTENCOURT, S.D.A, et al., 2021).

No que se refere especificamente ao componente parto e nascimento, a proposta marcou a implementação de um novo modelo de atenção, centrado nas necessidades da mulher e fundamentado no entendimento do parto como um processo fisiológico natural. Essa perspectiva busca não apenas promover o protagonismo materno, mas também garantir condições seguras para o nascimento da criança (BITTENCOURT, S.D.A, et al., 2021).

Em 5 de setembro de 2024, foi instituída a Portaria MS nº 5.341, que modifica a Portaria de Consolidação MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, com o propósito de estabelecer a Rede Alyne. Essa nova estratégia substitui e atualiza a Rede Cegonha, visando fortalecer as políticas públicas voltadas à saúde materno-infantil e, sobretudo, enfrentar a elevada mortalidade materna entre mulheres negras, evidenciando a necessidade de ações equitativas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2024).

Considerando que o modelo de atenção ao parto no Brasil ainda se mantém majoritariamente tradicional, centrado na figura médica e no ambiente hospitalar, a Rede Alyne surge como uma estratégia de transformação desse cenário. Por meio da revisão crítica das políticas já existentes e da articulação entre os diferentes pontos de atenção, busca-se promover uma abordagem sistêmica e integrada, capaz de fortalecer o cuidado à saúde da mulher e da criança. Nesse contexto, a Rede atua como instrumento de fomento a um novo modelo de atenção que assegure acessibilidade, resolutividade e integralidade nas ações de saúde, alinhando-se às necessidades reais das gestantes e parturientes (BRASIL, 2024).

Os modelos de atenção à saúde representados pela Estratégia Rede Cegonha e pela Rede Alyne, assumem papel central na promoção dos direitos das mulheres, na justiça social, na equidade no acesso e na qualidade do cuidado materno-infantil no Brasil. No componente Parto e Nascimento dessas redes, os Centros de Parto Normal (CPNs) destacam-se por adotar modelos assistenciais fundamentados em evidências científicas, com estruturas físicas e ambientes voltados para o acolhimento, a segurança e o conforto da mulher. Além disso, contam com equipes profissionais capacitadas e comprometidas em assegurar o protagonismo feminino e a autonomia nas decisões relacionadas ao parto e ao nascimento, fortalecendo assim a humanização e a integralidade da assistência (JUNIOR, A.R.F., et al., 2025).

Por meio da Organização Mundial de Saúde (OMS), foi instituído um documento que trata sobre a redução das intervenções obstétricas e seus impactos durante o parto. Baseado nesse contexto, o Brasil implantou boas práticas de parto e nascimento através da Rede Cegonha, buscando garantir melhor qualidade na assistência (MELO, B.M, et al, 2017).

As boas práticas obstétricas representam estratégias fundamentais para a humanização do parto. Por meio dessas práticas, os profissionais de saúde oferecem à mulher suporte psicológico e emocional, além de utilizarem técnicas de relaxamento que favorecem o conforto e o bem-estar durante o trabalho de parto. Essas medidas contribuem significativamente para reduzir a dor e a ansiedade, promovendo uma vivência mais positiva e segura para a parturiente (MELO, B.M, et al, 2017).

De acordo com a OMS, as recomendações das boas práticas de assistência ao parto e nascimento se perpassam desde os cuidados no primeiro estágio do trabalho de parto até os cuidados com o recém-nascido. A gestante deve ser orientada sobre essas práticas durante as consultas de pré-natal, de forma a contribuir com o seu protagonismo durante o parto, trazendo desfechos maternos e neonatais positivos durante esse processo (CARVALHO, S.S., et al., 2020).

Durante o primeiro estágio do trabalho de parto, correspondente à fase de dilatação, recomenda-se a adoção de cuidados que priorizem o bem-estar e a autonomia da parturiente. Entre as práticas indicadas estão a oferta de líquidos e alimentos por via oral, o monitoramento do progresso do parto por meio do toque vaginal a cada quatro horas, o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, o controle dos batimentos cardíacos fetais (BCFs) com sonar Doppler e a liberdade para que a mulher escolha suas posições e movimentos. Por outro lado, práticas como a tricotomia, o uso de enemas, a administração rotineira de ocitocina e a infusão endovenosa com o objetivo de acelerar o parto não são recomendadas, uma vez que não apresentam benefícios comprovados e podem causar desconforto ou interferir no processo fisiológico do trabalho de parto (WHO, 2018).

No segundo estágio do trabalho de parto, correspondente à fase de expulsão, os cuidados devem priorizar a segurança, o conforto e o protagonismo da mulher. Recomenda-se que a parturiente tenha liberdade para escolher a posição que considerar mais adequada, desde que em condições normais, além da realização de massagem perineal com compressas mornas e da proteção perineal com as mãos, práticas que auxiliam na prevenção de lacerações e

promovem maior conforto. A mulher deve ser orientada a realizar o puxo conforme seu próprio impulso, respeitando o ritmo natural do corpo, enquanto os batimentos cardíacos (BCFs) devem ser monitorados a cada cinco minutos durante esse período. Já no terceiro estágio do trabalho de parto, os cuidados devem concentrar-se na prevenção de complicações hemorrágicas e na promoção do bem-estar materno. Nesse período, recomenda-se o clampeamento tardio do cordão umbilical, preferencialmente após, no mínimo, um minuto, desde que não existam contraindicações (WHO, 2018).

Em relação aos cuidados com o recém-nascido, recomenda-se o contato pele a pele imediato entre mãe e bebê durante a primeira hora de vida, favorecendo o vínculo afetivo e o início do aleitamento materno, desde que ambos estejam estáveis. Também é indicado que o banho seja realizado somente após 24 horas do nascimento e que se administre vitamina K logo após o parto, como medida preventiva contra hemorragias. Por outro lado, não se recomenda a aspiração nasal e oral rotineira em casos de líquido amniótico claro e respiração espontânea satisfatória, respeitando assim o processo fisiológico de adaptação do neonato (WHO, 2018).

As boas práticas obstétricas fundamentadas nas recomendações da Rede Alynne e da Organização Mundial da Saúde (OMS) exercem papel determinante para a melhoria dos desfechos maternos e neonatais. Ao promoverem uma assistência centrada na mulher, baseada em evidências científicas e pautada no respeito aos direitos reprodutivos, essas diretrizes favorecem um parto mais seguro, humanizado e satisfatório. A adoção de práticas como o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, o incentivo à liberdade de posição, o contato pele a pele e o protagonismo da mulher no processo de parto contribuem para a redução de intervenções desnecessárias e complicações obstétricas (BRASIL, 2024; BRASIL, 2022; WHO, 2018). Dessa forma, o alinhamento entre as recomendações da Rede Alynne e da OMS fortalece a qualidade da assistência, assegura maior bem-estar físico e emocional à parturiente e promove um nascimento mais saudável e digno para mãe e bebê.

2.5 A importância da assistência ao pré-natal e ao parto.

A assistência ao pré-natal é responsável por fornecer um desenvolvimento saudável durante a gestação, reduzindo os riscos e os impactos negativos para a mãe e o bebê no parto. Na maioria das vezes, as consultas de pré-natal são consideradas como o primeiro acesso da usuária na rede de atenção primária. Dessa forma, é necessário realizar uma assistência

humanizada, incluindo práticas de promoção e prevenção a saúde com objetivo de estabelecer um vínculo entre a equipe de saúde e o binômio (VIELLAS, E.F., et al.,2014).

De acordo com o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, do Ministério da Saúde, a gestante deve iniciar o acompanhamento de pré-natal de forma precoce, preferencialmente até a 12º semana de gestação. Essa gestante terá que realizar no mínimo seis consultas, sendo uma no primeiro trimestre da gestação, duas no segundo e três no terceiro. Além das consultas, é fornecido à gestante durante todo o período gestacional, procedimentos como realização de exames laboratoriais e de imagem, atualização do esquema vacinal e atividades educativas (MENDES, R.B., et al.,2020).

Apesar de existir um grande acesso a assistência qualificada ao pré-natal atualmente, estudos apontam que ainda há falhas durante esse processo que interferem diretamente no desfecho do parto. As principais fragilidades encontradas durante as consultas são a baixa cobertura de consultas por meio da distribuição inadequada ou do início tardio, falta de realização dos procedimentos preconizados e falta de informação sobre o parto (MENDES, R.B., et al.,2020).

Com base nas Diretrizes Nacionais de Assistência ao parto normal, o parto e o nascimento são momentos únicos na vida da mãe e do bebê, a maneira em que o parto é vivenciado influencia o vínculo entre o binômio, desde o processo de parturição à prática de amamentação. Dessa forma, é importante que haja acolhimento e escuta qualificada às gestantes, sejam nulíparas e multíparas, assegurando um parto humanizado e com mínimo de intervenções médicas possível (BRASIL, 2017).

Cerca de 98% dos partos são realizados em ambiente hospitalar, garantindo melhor assistência e segurança para a mulher e seu filho por meio tecnologias que contribuem para a redução de morbidade e mortalidade materna e perinatal. Porém, na medida em que a realização do parto foi ganhando uma maior proporção no meio hospitalar, observou-se um crescimento nas taxas de intervenções em excesso, tais como: o uso de ocitocina, episiotomia e parto cesáreo. Quando essas intervenções são realizadas de forma desnecessária, a experiência na vida da parturiente passa a ter um contexto negativo, onde os aspectos emocionais, humanos e culturais são desconsiderados (BRASIL, 2017).

Para a Saúde Coletiva, o acompanhamento ao pré-natal, parto e puerpério desempenha um importante papel na saúde materna e infantil, através da assistência qualificada com cuidados integrais e humanizados as gestantes, puérperas e recém-nascidos,

os índices de morbimortalidade são reduzidos. Um fator importante para essa assistência é priorizar cada usuária com base nos determinantes sociais de saúde em que se enquadra. Sabendo-se que o parto é um evento único na vida da mulher, os profissionais de saúde devem levar em consideração os fatores sociais, econômicos, culturais, ambientais que interferem diretamente no contexto populacional de cada povo de maneira geral e não apenas realizar o cuidado individual (SOBREIRA, E.N.S., et al., 2024).

A gestação e o parto apresentam relação direta com os fatores socioeconômicos e demográficos em que cada pessoa se insere, seja por meio da escolaridade, da renda, da situação conjugal, idade ou raça. Assim, de acordo com essa realidade, a Saúde Coletiva frente a assistência obstétrica busca desenvolver o fortalecimento de políticas públicas voltadas a saúde da mulher, tendo como prioridade a qualidade de vida das mulheres gestantes e puérperas por meio do contexto social em que cada uma se insere, diminuição das desigualdades assistenciais e buscando promover boas práticas de parto e nascimento, com acesso equitativo a todos os serviços, desde as consultas de pré-natal na Rede de Atenção Primária aos demais serviços de referência materno infantil (PEDRAZA, D.F., 2016).

A gestante que procura assistência na maternidade de forma precoce, durante a fase latente, precisa ser acolhida pelos profissionais por meio da avaliação materna e fetal, além de receber orientações sobre o trabalho de parto na fase ativa e seus sinais de alerta, como ruptura de bolsa amniótica, sangramento, dinâmica uterina efetiva. Embora a gestante ainda esteja no início do trabalho de parto, ao comparecer na maternidade, deve ser admitida e apoiada durante todo o processo de parturição. Porém, dependendo da escolha da gestante e dos centímetros de dilatação uterina, ela pode retornar para casa e aguardar a evolução do trabalho de parto, até que chegue a fase ativa (BRASIL, 2022).

De acordo com a Diretriz Nacional de Assistência ao parto normal, nos casos em que as gestantes são admitidas durante a fase latente do trabalho de parto, deve-se evitar as intervenções médicas desnecessárias. Se o binômio mãe e bebê se encontram em condições normais de saúde, é preciso respeitar o tempo natural do trabalho de parto em questão (BRASIL, 2022).

Por outro lado, podemos refletir com base no Portal de Boas Práticas da Fiocruz, que a admissão na fase latente, denominada como admissão oportuna, pode acarretar tensão por parte da parturiente e seus familiares, assim como cobranças de procedimentos aos profissionais, ocasionando uma cascata de intervenções que poderiam ser evitadas se a

gestante fosse admitida durante a fase ativa. Por isso, é importante realizar atividades educativas sobre as fases do trabalho de parto desde as consultas de pré-natal, de forma que a gestante e seus familiares desenvolvam habilidades de manejo da dor no período da fase latente (PORTAL DE BOAS PRÁTICAS, FIOCRUZ).

A Atenção Primária à Saúde possui um papel fundamental durante toda a gestação até a assistência ao parto. Os profissionais que acompanham as gestantes durante o pré-natal precisam trabalhar sobre o parto e o nascimento, devem orientar sobre a gestação de forma geral, desmistificando a idéia de que a gravidez é sinônimo de doença e trabalhando a certeza de que toda mulher vivencia essa fase de forma única. Outro ponto a ser incentivado durante as consultas de pré-natal é a presença do parceiro ou de algum familiar da gestante, tendo como objetivo entender sobre os sinais do trabalho de parto e saber manejar com a gestante ao longo de todo o processo, além de proporcionar confiança, conforto e acolhimento (PORTAL DE BOAS PRÁTICAS, FIOCRUZ).

A criação de vínculo é considerada uma relação afetiva única e duradoura, que impacta positivamente o desenvolvimento infantil. O vínculo afetivo criado entre a mãe e o filho inicia-se na gestação, se estendendo para o pós-parto e se fortalecendo ao longo da vida. O nascimento é um dos momentos mais esperado pela mãe, dessa forma, a promoção do contato pele a pele na primeira hora de vida pode estimular mecanismos imunológicos, hormonais, fisiológicos, afetivos e emocionais ao binômio (PAULA, M.K.F.S.H, et al.2022).

A hora de ouro representa a primeira hora de vida do recém-nascido, baseado nos cuidados neonatais. Dentre os cuidados realizados, estão presentes o contato pele a pele e a amamentação. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, o contato pele a pele acontece na primeira hora de vida entre a mãe e o bebê, após o parto normal ou cesáreo (Fundação Oswaldo Cruz [FIOCRUZ], 2019).

O contato pele a pele proporciona tanto benefícios imediatos como também ao longo prazo, trazendo a prevenção contra a hipotermia e manutenção corporal do recém-nascido, adaptação metabólica e de um novo ambiente, crescimento da microbiota intestinal, favorecendo o aleitamento materno em seu processo de sucção e estímulo do colostro, contribuindo para o fortalecimento de vínculo entre o binômio mãe-filho, além de reduzir o estresse materno e auxiliar no desenvolvimento psíquico, motor e emocional (Abdala & Cunha, 2018; FIOCRUZ, 2019).

Além do contato pele a pele, outro tipo de cuidado realizado no momento da hora de ouro é a amamentação, sendo um importante pilar na criação e fortalecimento de vínculo entre a mãe e o filho. O aleitamento materno deve ser aderido de forma exclusiva até o sexto mês de vida, pois é considerado o alimento mais completo para a criança durante esse período, podendo proporcionar nutrientes e propriedades imunológicas que auxiliam em seu desenvolvimento e crescimento, protegendo de doenças e reduzindo a morbimortalidade infantil (CASSIMIRO, I.G.V, et al., 2019).

A amamentação promove inúmeros benefícios na saúde do binômio mãe-filho, que vai desde a nutrição, imunização, desenvolvimento sensorial e neural, como também os estímulos dos músculos faciais que facilitam a respiração, deglutição e fonação. Outros benefícios encontrados na prática da amamentação é a redução de doenças respiratórias e pulmonares no recém nascido, além da promoção em saúde para a puérpera, como o retorno do tamanho do útero com mais rapidez, diminuição de quadros hemorrágicos, depressão pós-parto, câncer de mama e de ovário (SILVA, I.K.S, et al., 2022).

Apesar da amamentação possuir muitos benefícios, ela também pode ser considerada uma prática desafiadora na vida do binômio e levar ao desmame precoce, sendo considerado um grande problema para a saúde pública. De acordo com evidências científicas, há um número alto de crianças que não fazem uso do aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês de vida, nem tão pouco de forma complementar até os dois primeiros anos (FERNANDES, D.C.A, et al., 2022).

Alguns motivos que levam ao desmame precoce é a dor ao amamentar, situações de estresse, ansiedade, medo, falta de orientação profissional, falta de apoio dos familiares e a fadiga materna (PINHEIRO, B.M, et al., 2021).

Alguns estudos na íntegra explicam como a fadiga pode interferir para o desmame precoce:

A fadiga materna ao amamentar se configura como um importante aspecto para a manutenção do aleitamento materno exclusivo e na confiança em amamentação pela nutriz (JAVORSKI M, et al., 2018). Nesse sentido, a fadiga pode interferir no prazer em amamentar, na diminuição da oferta do leite materno, na introdução de fórmula láctea, na presença de dificuldades na amamentação e no maior índice de depressão pós-parto (EMIDIO, SCD, et al., 2020; DAGLA M, 2021).

De acordo com a Rede Alyne, dentre as ações de atenção à saúde propostas no pré-natal, está o desenvolvimento de grupos de gestantes com abordagem na preparação para o

parto em geral, puerpério, cuidados com o recém nascido (RN) e a amamentação. Quando se desenvolve um trabalho efetivo relacionando toda a linha de cuidado do parto e pós parto, a mulher consegue vivenciar esse processo de parturição com mais conhecimento, autonomia e segurança, reduzindo os sentimentos de medo, ansiedade e insegurança. Por outro lado, quando se observa a ausência de boas práticas durante a gestação e o parto, é notável o aumento de desfechos negativos, inclusive, causados pela intensificação da fadiga (BRASIL, 2024).

2.6 Preparação para o parto e o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor.

Sabendo que a gestação é um período de transformações físicas e emocionais na vida da gestante e que essas mudanças podem interferir diretamente na vida da mulher durante todo o período gestacional, seja através de sentimentos como medo, ansiedade, dúvidas, tristezas ou alegrias. Esses sentimentos podem influenciar no desfecho do trabalho de parto da gestante, sejam primíparas ou múltiparas, onde na medida em que o parto se aproxima o desejo de não querer ou saber enfrentar esse momento se torna ainda mais forte (SANTIAGO, L.D., et al., 2023).

Dessa forma, a preparação para o parto é um momento de grande importância na vida da gestante, pois permite a vivência de boas práticas e experiências positivas no parto, onde a parturiente se torna protagonista desse processo. O preparo para o parto deve ser iniciado durante as primeiras consultas de pré-natal, acolhendo não só a gestante, mas também sua família, para viverem esse momento com mais confiança (SANTIAGO, L.D., et al., 2023).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os cuidados durante as consultas de pré-natais favorecem uma boa preparação para o parto a partir de experiências positivas vivenciadas ao longo da gestação. Além das consultas de pré-natal, a participação nos grupos de gestantes também é fundamental, pois possibilita a troca de experiências e informações entre as demais mulheres (WHO, 2016; WHO, 2014).

Após vivenciar a etapa das consultas de pré-natal por meio do preparo educativo realizado pelos profissionais, a gestante chega à reta final da gravidez com mais propriedade e confiança sobre os cuidados gestacionais, trabalho de parto, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido, facilitando o processo de parturição (SANTIAGO, L.D., et al., 2023).

Durante o trabalho de parto, a dor se faz presente por meio das contrações e da dilatação do colo uterino. Para que o processo de dor seja reduzido ao longo do parto, são

utilizadas estratégias como as boas práticas na atenção ao parto. Segundo a OMS, essas práticas são divididas em quatro categorias, sendo uma delas classificada como as práticas que são demonstravelmente úteis e que devem ser encorajadas, dentro dessa prática podemos encontrar os métodos farmacológicos para alívio da dor (MIELKE, K.C., et al., 2019).

Os métodos não farmacológicos (MNF) possibilitam o alívio da dor durante o trabalho de parto, redução de intervenções desnecessárias e melhoria na qualidade da assistência ao parto. Todos os MNF têm como objetivo proporcionar à parturiente o controle e apoio emocional, conforto físico, diminuição da sensação dolorosa e um vínculo afetivo entre a parturiente, seu acompanhante e os profissionais de saúde responsáveis pela assistência ao parto (LEHUGEUR D, et al., 2017).

Além das vantagens que os MNF trazem para a parturiente em seu processo de parturição, existem também os benefícios dessa prática para os neonatos, que são a redução do desconforto respiratório e o aumento nos escores do Apgar, tanto no primeiro minuto, quanto no quinto. Embora os métodos não farmacológicos sejam importantes para a parturiente e para o recém nascido, ainda existem barreiras que impedem a utilização dessa prática nos partos com frequência, sendo a falta de conhecimento das parturientes e a falta de interesse dos profissionais as maiores delas (ALMEIDA, J.M., et al., 2015).

Portanto, é necessário que os profissionais observem a importância dos métodos não farmacológicos e realizem práticas educativas com as gestantes desde as consultas de pré-natal de acordo com a preparação para o parto, para que, ao chegar à maternidade, possam vivenciar o processo de parturição de forma mais segura e humanizada. A eficácia dos MNF contribui para o alívio da dor durante o trabalho de parto e aumenta o vínculo entre a mãe e o bebê (FREITAS, J.C, et al., 2021).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar a fadiga materna durante o trabalho de parto, com base nas recomendações da Rede Alyne e da OMS, considerando fatores clínicos, sociodemográficos e intervenções obstétricas que influenciam o cuidado no ciclo gravídico-puerperal.

3.2 Objetivos específicos

- a) Identificar o perfil sociodemográficos e clínico das participantes;
- b) Correlacionar os escores de fadiga materna a aspectos relacionados a características sociodemográficas e obstétricas.
- c) Investigar a associação entre fadiga materna e características individuais, reprodutivas e assistenciais.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Características da pesquisa

4.1.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional de natureza quantitativa.

4.1.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no setor de pré-parto, parto e pós-parto (PPP) de um Hospital Escola, situado no município de Santa Cruz, interior do Estado do Rio Grande do Norte (RN).

4.1.3 Amostra do estudo

O estudo foi desenvolvido por meio de um recorte da pesquisa “Ingestão alimentar e de líquidos durante o trabalho de parto: compreender para cuidar.” A população do estudo foi composta pelas parturientes admitidas na sala de parto PPP da referida maternidade, consideradas de risco gestacional habitual, obtendo um resultado amostral de 105 parturientes, onde 83 delas fizeram parte do estudo em questão, por atender os critérios de inclusão.

4.2 Variáveis

As variáveis compostas no banco de dados da pesquisa foram divididas em algumas etapas, a primeira se referiu a identificação pessoal da parturiente, composta pela idade, estado civil, raça, escolaridade, profissão/ocupação, moradores na casa, renda mensal familiar (doenças na família, diabetes, hipertensão, cardiopatia, obesidade, trombofilia, infecções), gemelaridade na família, mal formação na família, doença diagnosticada da parturiente (diabetes, hipertensão, trombofilia, ITU, obesidade, sobrepeso, alergias, arboviroses, hipotireoidismo, cirurgias prévias, infecções). A segunda etapa foi relacionada aos dados gestacionais e antropométricos, foram definidas as seguintes variáveis no estudo: número de gestação, parto e aborto, DUM, idade gestacional por USG, número de consultas de pré-natal, peso pré-gestacional, altura, IMC pré-gestacional, classificação do IMC, peso final, ganho de peso, classificação do ganho de peso, peso na última consulta, idade gestacional da última consulta.

A terceira etapa foi definida pré-parto, as variáveis apresentadas foram: Participou de grupo de gestantes, se preparou para o parto, recebeu alguma informação sobre métodos não farmacológicos para alívio da dor, fez atividade física. Em relação a avaliação materna sobre fadiga em três momentos distintos do trabalho de parto, foram identificadas as variáveis:

partograma, pressão arterial, apresentação, situação e posição fetal, dinâmica uterina, intensidade da DU, EVA, local da dor, MNF (massagem, música, agachamento, banho, bola, cavalinho, 4 apoios, aromaterapia, cromoterapia, respiração, verticalização, presença de acompanhante, movimentação, deambulação, espaldar, banco, semi-verticalização, cócoras, de joelhos, escalda pés), administração de misoprostol, administração de ocitocina, administração de soro glicosado, metildopa, MgSO₄, atitude, dilatação, força, escore de fadiga.

O estudo também foi composto pela etapa dos dados do recém-nascido, considerando as seguintes variáveis: via de parto, laceração, episiotomia, sexo, peso ao nascer, comprimento, perímetro cefálico, apgar, dia do nascimento, hora do nascimento, início das dores, dia da admissão, hora da admissão, duração do trabalho de parto. Por fim, a quinta etapa das variáveis foi classificada como dados da amamentação, tendo como variáveis: Hora ouro, dificuldade para amamentar (posição, pega, dificuldade de pega, baixo fluxo, fissura, hipoatividade), avaliação das mamas e avaliação dos mamilos.

As variáveis utilizadas no estudo em questão foram: Idade, estado civil, raça, ocupação, escolaridade, idade gestacional por USG, número de consultas de pré-natal, IMC pré-gestacional, peso pré-gestacional, classificação do IMC, EVA, escore de fadiga na fase latente, escore de fadiga na fase ativa, preparação para o parto, participação em grupo de gestantes, métodos não farmacológico para alívio da dor, presença de acompanhante, hora ouro, contato pele a pele, administração de misoprostol, número de gestações, número de paridade, Apgar e escore de Bologna.

A OMS estabeleceu um protocolo baseado na realização dos cuidados durante o parto e o nascimento com o objetivo de reduzir as intervenções desnecessárias no processo de parturição e padronizar a conduta do trabalho de parto. Foi criada uma estratégia de avaliação da assistência qualificada denominada de Escore de Bologna, buscando compreender a efetividade da assistência dos serviços obstétricos ao longo do trabalho de parto e nascimento, com base nas evidências científicas. O Escore de Bologna é formado por cinco medidas de avaliação, são elas: Presença de acompanhante durante o parto; Presença de partograma; Ausência de estimulação do trabalho de parto (uso de ocitocina, pressão externa do fundo uterino, episiotomia); Parto em posição não supina e Contato pele a pele da mãe com o recém-nascido (OLIVEIRA, et al.,2015).

Para avaliar o Escore de Bologna, é atribuída uma pontuação de acordo com cada medida, onde o número “1” representa a resposta presente e o “0” a resposta ausente. Ao término da avaliação, é realizada a soma das pontuações de todas as medidas. A obtenção da pontuação máxima “5” representa que a condução do parto foi efetiva e a pontuação “0” corresponde ao parto que foi mal conduzido. Enquanto as pontuações que ficam entre esses limites representam as variações na qualidade da assistência ao parto (OLIVEIRA, et al.,2015).

4.3 Critérios de Elegibilidade

Os critérios de inclusão foram as parturientes consideradas de risco gestacional habitual, com faixa etária adulta (≥ 18 anos), capazes de compreender e responder as perguntas; que preencheram a avaliação de fadiga materna incluído no questionário de avaliação e que não apresentem desordens neurológicas ou transtornos psiquiátricos. Foram excluídas mulheres que não responderam o questionário de fadiga materna, como também as que apresentaram instabilidade clínica durante a realização da pesquisa e as que quiserem retirar-se do estudo por intolerância às avaliações propostas ou não quiserem mais participar em qualquer etapa.

4.4 Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada entre os meses de julho de 2023 a fevereiro de 2024. Ao iniciar a coleta, as pesquisadoras realizaram a leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para as parturientes que aceitaram participar da pesquisa. Após essa etapa, as parturientes responderam um questionário aplicado pelas pesquisadoras, contendo perguntas relacionadas à sua identificação pessoal, dados gestacionais e antropométricos, pré-parto, avaliação materna sobre fadiga em três momentos distintos do trabalho de parto, dados do recém-nascido e amamentação.

O questionário de avaliação utilizado no estudo foi aplicado em dois grupos distintos, de acordo com o estágio do trabalho de parto que as participantes se encontravam. O primeiro grupo correspondeu a fase latente, onde as mulheres apresentaram dilatação do colo uterino entre 1-5cm, com dinâmica uterina irregular. Já o segundo grupo foi composto pela fase ativa do trabalho de parto, onde as participantes apresentaram contrações uterinas regulares e mais dolorosas e dilatação uterina acima de 5 cm (BRASIL, 2022). Das 83 parturientes, 46

participaram da pesquisa durante a fase latente e 37 parturientes responderam o questionário na fase ativa.

O nível de fadiga materna é mensurado por meio da aplicação do Questionário de percepção de fadiga materna no trabalho de parto, composto por 15 perguntas relacionadas à fadiga materna no trabalho de parto. Ao final do questionário, foi somada a pontuação através de um escore e classificado como baixa (entre 15 a 50 pontos) ou alta (entre 51 a 75 pontos) fadiga materna (DELGADO, A.M.; 2018). A avaliação sobre as variáveis de fadiga, preparação para o parto, métodos não farmacológicos, escala visual analógica (EVA), hora ouro, dificuldade para amamentar, dentre outras, foram realizadas através do formulário de pesquisa desenvolvido no projeto.

4.5 Análise dos dados

Os dados foram organizados em um banco de dados no Microsoft Office Excel (2016) e posteriormente analisados utilizando o software estatístico Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS) versão 25.0. A análise foi realizada por meio de análise descritiva e inferencial. Para as variáveis quantitativas que apresentaram distribuição não normal, foram utilizados testes não paramétricos, considerando a mediana e os percentis individualmente. Aplicou-se os testes, de correlação de Spearman, Qui-quadrado assim como a análise de comparação entre variáveis, por meio da aplicação do teste Mann-Whitney para verificar possíveis relações entre a fadiga e variáveis obstétricas e sociodemográficas.

4.6 Aspectos éticos

O estudo que compõe o artigo em questão foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), sob CAAE: 69296623.2.0000.5568. Todas as participantes que participaram da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5 RESULTADOS

A pesquisa foi composta por 83 participantes, onde 46 participaram na fase latente e 37 parturientes na fase ativa do trabalho de parto. Dentre os resultados apresentados, observou-se que a mediana da idade das participantes foi de 26 anos (P 25= 21 / P 75= 29), onde a maioria (67,1%) se autodeclararam parda, afirmaram ter companheiro (60,2%) e referiram escolaridade entre o ensino médio incompleto a graduação. A mediana da idade gestacional foi de 39 semanas e 5 dias (P 25= 38,2 / P 75= 40,4) e o número de consultas de pré-natal que as participantes realizaram apresentou uma mediana de 10 consultas (P 25= 8/ P 75=12), evidenciados na Tabela 1.

Tabela 1 – Características Sociodemográficas e Obstétricas da Amostra

VARIÁVEIS	Amostra (n = 83) Mediana (P 25 e 75)
Idade (anos)^a	26 (21 ± 29)
Estado civil (%)	
Sem companheiro	33 (39,8%)
Com companheiro	50 (60,2%)
Raça (%)	
Branca	15 (19,7%)
Parda	51 (67,1%)
Preta	8 (10,5%)
Sem declaração	2 (2,6%)
Sem informação	24
Ocupação (%)	
Sem ocupação formal	13 (15,7%)
Com ocupação formal	70 (84,3%)
Escolaridade (%)	
Ensino Fundamental Incompleto	28 (33,7%)

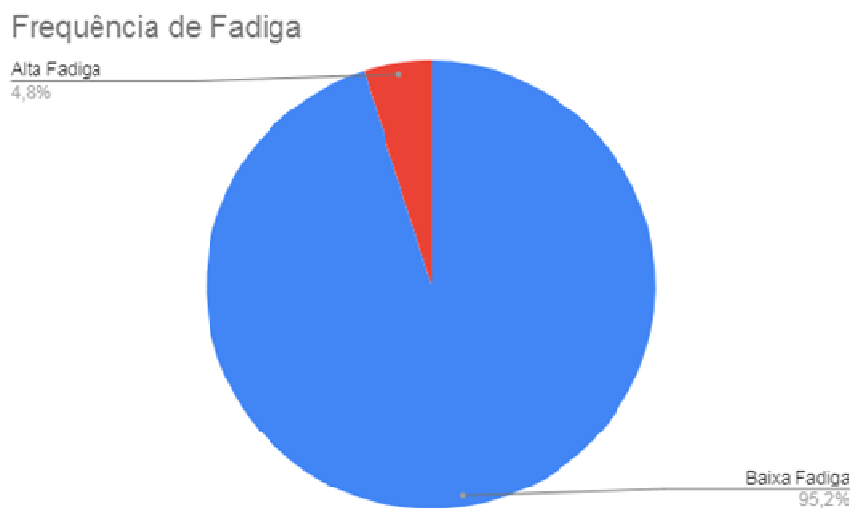
Médio Incompleto a graduação	55 (66,3%)
Idade Gestacional por USG	39,5 (38,2 ± 40,4)
Número de consultas de pré-natal*	10 (8 ± 12)
IMC Pré-gestacional (kg/cm²)^a	26,8 (23,67 ± 29,4)
Classificação do IMC	
Baixo peso:	1 (1,4%)
Eutrofia:	28 (38,4%)
Sobrepeso:	30 (35,5%)
Obesidade:	24 (24,7%)
EVA**	7 (3,5 ± 8)
Escore de Fadiga na fase latente	30 (25-36,25)
Escore de Fadiga na fase ativa	36 (26,5-45,5)
Preparação para o parto	Sim = 19 (22,9%) Não = 64 (77,1%)
Participação em grupo de gestantes	Sim = 35 (42,2%) Não = 48 (57,8%)
Prática de atividade física	Sim=23 (27,7%) Não=60 (62,3%)
Métodos não farmacológicos para alívio da dor (fase latente) n=46	Sim= 43 (84,3%) Não= 3 (15,7%)
Métodos não farmacológicos para alívio da dor (fase ativa) n=37	Sim=34 (88,6%) Não=3 (11,4%)
Presença de acompanhante (fase latente) n= 46	Sim= 42 (90,7%) Não=4 (9,3%)

Presença de acompanhante (fase ativa)	Sim=34 (97,1%) Não=3 (2,9%)
Hora ouro	Sim=60 (78,9%) Não= 23 (21,1%)

Fonte: Dados da pesquisa. ^aDados representados como mediana e percentis; n: número de participantes; P: Percentil; USG: Ultrassonografia; IMC: Índice de massa corporal; *: número mínimo de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde é referente a 6 consultas; **EVA: Escala visual analógica, da fase latente;

Ao realizar uma análise descritiva entre os escores de fadiga materna da fase latente e da fase ativa, foi evidenciado que 95,2% (n=79) das participantes apresentaram baixa fadiga durante o trabalho de parto e 4,8% (n=4) apresentaram alta fadiga (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Relação entre os escores de fadiga materna



Fonte: Dados da Pesquisa

Realizou-se uma análise comparativa entre os grupos de alta e baixa fadiga, por meio do teste não paramétrico de Mann-Whitney, com objetivo de comparar duas amostras independentes. Foi possível observar diferenças estatisticamente significativas em variáveis maternas de caráter sociodemográfico e obstétrico.

O grupo de parturientes que apresentaram alta fadiga durante o trabalho de parto apresentou idade significativamente mais elevada, bem como maior número de gestações e paridade, quando comparadas às mulheres que apresentaram baixa fadiga. Além disso,

observou-se um peso pré-gestacional mais elevado nas mulheres com alta fadiga, sugerindo possível relação entre sobrepeso ou obesidade e maior vulnerabilidade à fadiga durante o trabalho de parto. Já as variáveis assistenciais e neonatais não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. A percepção da dor pela Escala Visual Analógica (EVA), o número de consultas pré-natais, os índices de Apgar no 1º e 5º minuto e o escore de Bologna não diferiram de forma positiva entre os grupos analisados (Tabela 2).

Tabela 2 – Comparação dos Níveis de Fadiga Materna segundo Variáveis Sociodemográficas e Obstétricas

Variáveis	Alta Fadiga	Baixa Fadiga	p-valor
Idade (anos)^a	32,25 (29-37,25)	25 (21-29)	0,019
Número de Gestações	4,25 (3,0-6,25)	1 (1-2)	0,002
Número de Paridade	2,75 (1,25-4,5)	0 (0-0)	0,003
Peso Pré-Gestacional	80,95 (3,5-92,45)	64 (60-77)	0,044
EVA	8 (P 25= 4)	6 (3-8)	0,980
Número de consultas de pré-natal	9,5 (7,5 - 11,5)	10,2 (8-12)	0,615
APGAR 1º minuto	7 (P 25= 6)	8(9-9)	0,176
APGAR 5º minuto	8 (P 25=8)	9(9-9)	0,097
Escore de Bologna	4 (4-4)	3,89 (3-4)	0,804

Fonte: Dados da pesquisa. EVA: Escala visual analógica; Apgar 1 e Apgar 5: Índices de vitalidade neonatal no primeiro e quinto minuto de vida, respectivamente.

Ao realizar a análise de associação pelo teste Qui-quadrado com os escores de fadiga na fase latente e na fase ativa em relação às variáveis escolaridade, ocupação profissional, raça, número de consultas de pré-natal, presença de acompanhante durante o parto, realização de contato pele a pele, realização da “hora ouro”, participação em grupos de gestantes,

utilização de posição não supina durante o parto, uso de misoprostol, utilização de drogas estimulantes para indução do parto e registro do partograma, não foi evidenciado associação estatisticamente significativa.

Foi verificada correlação positiva entre o escore total de fadiga materna e variáveis obstétricas, como número de gestações ($p = 0,001$), número de partos anteriores ($p = 0,001$) e histórico de aborto ($p = 0,010$). Também houve correlação significativa entre os escores de fadiga nas fases latente e ativa do trabalho de parto ($p = 0,034$) e com a Escala Visual Analógica de dor ($p = 0,001$). Não foi observada correlação significativa com o escore de Bologna.

6 DISCUSSÃO

A análise dos escores de fadiga materna durante o trabalho de parto revelou predominância de baixa fadiga entre as participantes, com 95,2% (n=79) classificadas nessa categoria, conforme os critérios estabelecidos por Delgado (2018). Esse achado sugere que, apesar das exigências físicas e emocionais do processo parturitivo, a maioria das mulheres avaliadas apresentou boa tolerância ao esforço, especialmente nas fases latente e ativa do trabalho de parto. Tal resultado pode estar relacionado à adoção de práticas recomendadas pela Rede Alyne e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, a preparação prévia para o parto e o respeito às necessidades individuais da mulher (KATHERINE RUSHFIRTH, CNM, FACNM, 2025).

A percepção de fadiga materna expressada pelas parturientes durante o parto não está relacionada somente ao cansaço físico, mas também ao sofrimento causado pelo medo e ansiedade. É necessário estabelecer uma relação afetiva entre os profissionais, as gestantes e seus familiares, onde o uso de boas práticas do parto e nascimento sejam priorizadas, atendendo as necessidades de cada parturiente, valorizando a autonomia e o empoderamento, tornando-as mais seguras em relação às fases da gestação e parto (DELGADO, A., et al., 2019).

No presente estudo não foi verificada associação estatisticamente significativa entre os escores de fadiga materna nas fases latente e ativa do trabalho de parto e as variáveis sociodemográficas, clínicas e obstétricas analisadas, a exemplo da escolaridade, ocupação, raça, número de consultas de pré-natal, presença de acompanhante, práticas como o contato pele a pele e a “hora ouro”. Embora a literatura aponte a fadiga como um fenômeno complexo, influenciado por dimensões que vão além das variáveis tradicionalmente mensuradas (DELGADO A. et al., 2019), exigindo estratégias de cuidado que sejam sensíveis às singularidades de cada mulher enfatizem a importância de cuidados humanizados, acesso equitativo à assistência e intervenções baseadas em evidências como recomendações da Rede Alyne e da OMS (BRASIL, 2024).

Referente ao perfil dos participantes do estudo, a maior parte das mulheres eram jovens e se encontravam em uma gestação de risco habitual, compatível com a faixa etária considerada de menor risco obstétrico pela literatura (ALDRIGHI, J.D., et al., 2018). No tocante a escolaridade, um terço das mulheres apresentavam apenas até o ensino fundamental,

o que pode influenciar a compreensão das orientações recebidas durante o pré-natal e a tomada de decisões no processo de parto (CISNE, M.A., et. al., 2022).

Em relação aos cuidados pré-natais, as mulheres tiveram aproximadamente dez consultas de pré-natal, o que demonstra que tiveram um acesso efetivo como recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016), indicando uma boa adesão ao acompanhamento gestacional. Embora um grande número de mulheres que participaram do estudo não apresentaram preparação para o parto e não participaram de grupos de gestantes, como recomendado (DE OLIVEIRA, G. P.; et al., 2024).

De acordo com os parâmetros antropométricos das participantes por meio do IMC e sua classificação, observou-se que 60,2% das participantes se encontravam entre a classificação de sobrepeso e obesidade. Diante desse contexto, é possível observar como a prática de exercícios físicos na gestação pode contribuir com o controle e redução do ganho de peso e surgimento de doenças decorrentes de sua alteração. Segundo os estudos da íntegra, a atividade física durante a gestação é considerada uma prática segura e saudável, está associada a melhores resultados para a saúde do binômio mãe e bebê (MIELKE, G.I, et al., 2021).

Foi observado que 71,1% das mulheres não se prepararam para o parto e 57,8% das mulheres não participaram de grupos de gestantes durante a gestação. Diante dessa realidade, é possível refletir sobre a importância de implementar grupos de gestantes que busquem ampliar as informações sobre o processo de gestação e parturição, preparando fisicamente e psicologicamente cada mulher para essa vivência. Além de ser um espaço onde é possível trocar experiências com outras gestantes sobre diferentes temáticas que lhes causam medo, anseios e dúvidas, fazendo com que esses sentimentos sejam amenizados por meio da educação em saúde e troca de informações entre as gestantes e os profissionais (SANTOS, E.A.M., et al., 2022; KATHERINE RUSHFIRTH, CNM, FACNM, 2025).

Quanto aos métodos não farmacológicos para alívio da dor, pode-se observar que 27,1% das mulheres entre a fase latente e a fase ativa não realizaram nenhum tipo de método durante o trabalho de parto. Apesar da utilização desses métodos contribuírem para a redução da dor e níveis de estresse ou ansiedade, essa prática ainda carrega barreiras quanto a sua utilização associada a falta de conhecimento das parturientes ou dos profissionais, como

também a falta de interesse em implementar boas práticas em seus campos de trabalho (KLEIN, B.E. et al, 2022).

Em relação a presença de acompanhante, foi evidenciado uma cobertura de quase 100% das participantes da fase ativa e fase latente, esse dado se torna relevante tendo em vista que o acompanhante contribui positivamente para os desfechos do parto, trazendo suporte físico e emocional para a gestante, além de fortalecer o vínculo familiar (GOMES, I.E.M., et al., 2019).

Foi possível observar também uma forte adesão as boas práticas de nascimento, quanto a prática de hora ouro, por meio do contato pele a pele. No estudo em questão, 78,9% das mulheres realizaram hora ouro, essa prática contribui nos impactos positivos do binômio mãe e bebê na primeira hora de vida, por meio do fortalecimento de vínculo, incentivo à amamentação. A não utilização dessas boas práticas pode está relacionada a demandas excessivas dos profissionais, acarretando a pressa dos atendimentos e impedindo que a mulher vivencie esse processo de maneira prazerosa e benéfica (CHEFFER, M.H., et al, 2023).

Em relação aos desfechos maternos do estudo, observou-se que a EVA foi classificada como moderada. A correlação dos níveis de fadiga com a EVA reforça a relação direta entre dor e desgaste físico sobre os níveis de fadiga materna e a condução clínica do parto (GREENHOUSE-TUCKNOTT; BUTTERWORTH; WRIGHTSON; HARRISON et al., 2022).

Ao comparar os grupos de alta e baixa fadiga materna com as variáveis idade, número de gestações, número de paridade, peso pré-gestacional, EVA, número de consultas de pré-natal, apgar no primeiro e quinto minuto e escore de bologna, os resultados obtidos nesta pesquisa indicaram que a fadiga durante o trabalho de parto está mais fortemente associada à idade mais avançada, à multiparidade e ao excesso de peso pré-gestacional. Essa constatação reforça a importância de uma abordagem centrada na mulher, tornando essencial considerar o perfil clínico e sociodemográfico da gestante na elaboração de estratégias de cuidado. É preciso reconhecer que fatores como a sobrecarga física acumulada em gestações anteriores e as condições nutricionais podem impactar diretamente a experiência do parto. Esses achados apontam para a necessidade de ações intersetoriais que promovam a saúde materna desde o pré-natal, com foco na prevenção da fadiga e na promoção do bem-estar físico e emocional (DE OLIVEIRA, G. P.; et al., 2024).

Partindo do contexto apresentado nos resultados do presente estudo, compreende-se que os profissionais responsáveis pelo acompanhamento do pré-natal e assistência ao parto devem priorizar cada usuária com base nos determinantes sociais de saúde em que se inserem. Levando em consideração os fatores sociais, econômicos, culturais e ambientais que interferem diretamente no contexto populacional de cada povo de maneira geral e não apenas realizar o cuidado individual. Além disso, esses fatores podem contribuir para a melhoria dos indicadores de saúde (ROCHA, C.G.G., et al, 2019).

Apesar da implementação de boas práticas obstétricas por meio do programa Rede Alyne, a assistência ao pré-natal ainda apresenta falhas relacionadas à falta de informações adequadas sobre a gestação e o parto. A falha no pré-natal por falta de uma assistência mais ampla, pode comprometer a preparação para o parto e seus desfechos, acarretando sentimentos de medo, dúvidas, além de contribuir com a perpetuação da visibilidade dos direitos, como a violência obstétrica e ser um dos principais fatores para a parturiente desejar o parto cesáreo (DA SILVA, I. K. S., et al, 2022).

De acordo com a OMS, os cuidados durante as consultas de pré-natal favorecem uma boa preparação para o parto a partir de experiências positivas vivenciadas ao longo da gestação. Além das consultas de pré-natal, a participação nos grupos de gestantes também é fundamental, pois possibilita a troca de experiências e informações entre as demais mulheres (WHO, 2016; WHO, 2014).

A preparação para o parto é fundamental no período gestacional, por meio dela, a gestante consegue lidar com os anseios, medos e dores, entendendo o processo de parturição com mais autonomia e protagonismo. Diante da vivência das consultas de pré-natal por meio do preparo educativo realizado pelos profissionais, a gestante chega à reta final da gravidez com mais propriedade e confiança sobre os cuidados gestacionais, trabalho de parto, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido, facilitando os desfechos do parto (DA SILVA, T.P.R., et al, 2019).

A Atenção Primária à Saúde deve ofertar muito mais do que as consultas de rotina no pré-natal, esse acompanhamento deve ser voltado para ações de promoção à saúde, por meio dos grupos de gestantes, com base nas Políticas Públicas que assegurem os direitos da mulher em todas as fases da sua vida, incluindo o período gravídico-puerperal (DE OLIVEIRA, G.P., et al., 2024).

Para que a experiência do parto seja positiva na vida da gestante, é necessário buscar estratégias que reduzam os desfechos negativos durante esse processo, assim como a fadiga materna (ROCHA, C.G.G., et al, 2019). Em relação a influência da fadiga nos desfechos neonatais, neste estudo não foi observada relação do apgar entre o primeiro e quinto minuto com os níveis de fadiga. Foi evidenciado uma boa vitalidade em ambos os grupos, concluindo que, embora a parturiente apresente fadiga materna durante o trabalho de parto, o recém-nascido apresenta parâmetros adequados ao nascimento (SCHARDOSIM, J.M., et al., 2018).

Entre as principais limitações deste estudo, destaca-se o tamanho amostral reduzido, que restringe a generalização dos resultados para outras populações. Além disso, a coleta pontual dos dados durante fases específicas do trabalho de parto impediu o acompanhamento contínuo da evolução da fadiga materna, limitando a compreensão mais ampla do fenômeno.

Outra limitação do presente estudo refere-se à ocorrência de dados faltantes (missings) no questionário de avaliação. A ausência de determinadas respostas pode ter reduzido a completude do conjunto de dados e, conseqüentemente, limitado a robustez das análises estatísticas realizadas. Embora tenham sido adotados cuidados metodológicos para minimizar esse impacto, reconhece-se que a presença de missings pode introduzir vieses e comprometer, em alguma medida, a generalização dos achados, devendo, portanto, ser considerada na interpretação dos resultados.

7 CONCLUSÕES

Os achados deste estudo evidenciam que a fadiga materna durante o trabalho de parto, embora presente em diferentes dimensões, foi predominantemente baixa entre as participantes. Esse achado reforça a importância da implementação de boas práticas obstétricas, alinhadas às recomendações da Rede Alyne e da Organização Mundial da Saúde, que valorizam o cuidado humanizado, o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e o fortalecimento da autonomia da mulher.

Observa-se, portanto, que a promoção de um ambiente de acolhimento e apoio emocional contribui não apenas para a redução da percepção de fadiga física, mas também para o enfrentamento do medo e da ansiedade, elementos diretamente relacionados à experiência do parto. Dessa forma, conclui-se que a integração entre práticas baseadas em evidências e a valorização das necessidades individuais da parturiente são fundamentais para garantir um processo de nascimento mais seguro, humanizado e satisfatório.

Os resultados apresentados evidenciaram importantes aspectos relacionados ao perfil sociodemográfico, adesão ao pré-natal, boas práticas de nascimento e percepção de fadiga materna durante o trabalho de parto. Observou-se que a maioria das participantes encontrava-se em idade considerada de menor risco obstétrico, bem como aderiu de forma satisfatória ao número de consultas pré-natais preconizadas pela Organização Mundial da Saúde, o que pode ter favorecido os desfechos positivos encontrados.

Apesar do bom desempenho em indicadores de boas práticas, como a presença de acompanhante em quase 100% dos casos, a realização de hora ouro maioria dos partos, observou-se que o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor ainda são subutilizados, reforçando a necessidade de maior incentivo à sua implementação pelos profissionais de saúde. Além disso, a elevada prevalência de sobrepeso e obesidade entre as participantes demonstra a importância de intervenções voltadas à promoção de hábitos saudáveis e incentivo à prática de exercícios físicos durante a gestação, com vistas à redução de riscos maternos e neonatais.

Embora se tenha avanços na assistência obstétrica e na adesão às boas práticas de nascimento, ainda existem lacunas na preparação das gestantes para o parto, participação em grupos de gestantes, acesso à informação e na utilização de estratégias que reduzam a dor e o

sofrimento durante o trabalho de parto. Recomenda-se que a Atenção Primária à Saúde fortaleça ações de educação em saúde, incentive a participação em grupos de gestantes e desenvolva práticas que assegurem o protagonismo feminino no parto. Dessa forma, será possível potencializar os impactos positivos sobre os desfechos maternos e neonatais e contribuir para a humanização do cuidado durante o trabalho de parto.

Conclui-se que esses resultados ressaltam a relevância de políticas públicas e práticas assistenciais que valorizem o cuidado individualizado, humanizado e baseado em evidências, contribuindo para a melhoria dos desfechos maternos e neonatais. Dessa forma, este estudo reforça a importância de uma abordagem integral e individualizada na assistência obstétrica, destacando a necessidade de fortalecimento das políticas públicas de saúde voltadas ao pré-natal. Recomenda-se o investimento em estratégias educativas e ações de promoção à saúde que orientem as gestantes quanto ao autocuidado, ao manejo da dor e à importância do parto humanizado, com vistas à minimização dos efeitos da fadiga materna e à melhoria dos desfechos obstétricos e neonatais.

Sugere-se para os próximos estudos a realização de uma análise com abordagem metodológica do tipo qualitativa, buscando explorar as respostas das participantes e ampliar a compreensão acerca da temática em questão.

REFERÊNCIAS

- ABASI, Z.; ABEDIAN, Z.; HASSANPOUR AZGHANDI, S. B.; FADAIL, A. R.; ESMAILI, H. Study of the effect of massage therapy on the intensity of labor fatigue in labor. **Sabzevar University Medical Science Journal**. V. 14, p. 172-8, 2007.
- ABDALA, L. G.; CUNHA, M. L. C. DA. Contato pele a pele entre mãe e recém-nascido e amamentação na primeira hora de vida. **Clinical & Biomedical Research**, v. 38, n. 4, p. 356–360, 2018.
- ABD-ELFATTAH, H. M.; ABDELAZEIM, F. H.; ELSHENNAWY, S. Physical and cognitive consequences of fatigue: A review. **Journal of advanced research**, v. 6, n. 3, p. 351–358, 2015.
- AKADRI, A. A.; ODELOLA, O. I. Labour pain perception: experiences of Nigerian mothers. **Pan African Medical Journal**, v. 30, n. 288, p. 7, aug. 2018.
- ALDRIGHI, J. D., et al. Vivência de mulheres na gestação em idade tardia. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 39, n. 0, p. e20170112, 2018.
- ALMEIDA, J.M. , et al. Conhecimento das puérperas com relação aos métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, [S. l.], v. 19, n. 3, 2015. DOI: [10.5935/1415-2762.20150054](https://doi.org/10.5935/1415-2762.20150054).
- ÅSTRÖM, M., et al. Uso da escala visual analógica para avaliação do estado de saúde: uma revisão de escopo. **Qual Life Res**, v. 32 , 2719–2729 (2023). <https://doi.org/10.1007/s11136-023-03411-3>.
- BAGGIO, M. A.; CONTIERO, A. P.; SCHAPKO, T. R. Práticas obstétricas e assistência ao parto: estudo de método misto – Obstetric practices and childbirth care: a mixed method study. **Saúde e Pesquisa**, v. 17, n. 1, p. e12057, mar. 2024.
- BITTENCOURT, S.D.A, et al. Atenção ao parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha/Brasil: Avaliação do grau de implantação das ações. **Rev Ciênc. Saúde Coletiva**. 23 (6), mar. 2021.
- BORBA, E. O. DE; AMARANTE, M. V. DO; LISBOA, D. D. J. Assistência fisioterapêutica no trabalho de parto. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 28, n. 3, p. 324–330, jul-sep. 2021.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal - 2022**. Disponível em: <<https://abcdoparto.com.br/assistencia-ao-parto-normal/diretriz-nacional-de-assistencia-ao-parto-normal-2022/>>. Acesso em: 14 jun. 2025.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - 2011**. Disponível em:< <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/pnaism>>. Acessoem: 10 jun.2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA GM/MS Nº 5.350 rede alyne**, 12 set. 2024. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html>. Acesso em: 10 jun. 2025.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE CIÊNCIA, T. E. I. E. D. D. G. E. I. D. T. E. S. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]. MINISTÉRIO DA SAÚDE, S. D. C., TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS, DEPARTAMENTO DE GESTÃO E INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE. Brasília: Ministério da Saúde: 51 p. 2017.

- CARVALHO, C. S. B. et al. Fadiga na amamentação em mães em atividade ocupacional durante a pandemia da Covid-19. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 1, p. e14272, jan. 2024.
- CARVALHO, S. S. et al. Boas práticas de enfermagem na assistência ao parto normal: revisão de literatura. **Revista de Atenção à Saúde** – v. 18 n. 63, p.110-119, mar. 2020.
- CASSIMIRO, I. G. V. et al. A importância da amamentação natural para o sistema estomatognático. **Revista Uningá**, v. 56, n. S5, p. 54–66, jul. 2019.
- CHEFFER, M.H. et al. Hora ouro: o primeiro contato entre mãe e recém-nascido. **Revista Cereus**. 2023. v. 15, n.1. DOI: 10.18605/2175-7275/cereus.v15n1p69-78.
- CISNE, M.A., ARAÚJO, D.D.C., COSTA G.V.A., VASCONCELOS, A.M.M.V., CASSOL, G.B., FILHO, G.S.O., OLIVEIRA, M.A.S. Escolaridade Materna associada a fatores obstétricos em gestantes atendidas em um centro de saúde da família. **Revista Interdisciplinar Encontro das Ciências – RIEC**. v.5, n.2: p. 130 – 144. Ago. 2022.
- CORTEZ, E.N. et al. Golden Hour: A importância do contato pele a pele na primeira hora pós-parto: uma revisão integrativa de literatura. **Research Society and Development**, v.12, n.6, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i6.42220>
- COSTA, R.C., GONÇALVES, J.R. O direito à saúde, à efetividade do serviço e à qualidade no acesso às Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Mulher. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**. vol II, nº 4 (jan./jun.): 119-142. 2019.
- DA SILVA, I. K. S., et al. Hora de ouro: a importância da promoção do aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 11, p. e461111133794, 2022.
- DA SILVA, T.P.R., et al. Enfermagem obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento. **Rev. Bras. Enferm.** 72 (supl 3). Dez. 2019.
- DAGLA, M. et al. Association between breastfeeding duration and long-term midwifery-led support and psychosocial support: Outcomes from a Greek non-randomized controlled perinatal health intervention. **International journal of environmental research and public health**, v. 18, n. 4, p. 1988, fev. 2021.
- DE OLIVEIRA, G. P.; et al. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento: integração das políticas públicas na promoção da maternidade segura. **CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES, [S. l.]**, v. 17, n. 1, p. 5085–5094, 2024. DOI: 10.55905/revconv.17n.1-303.
- DELGADO, A. et al. Avaliação do nível de fadiga materna durante o primeiro período do trabalho de parto: um estudo de corte transversal. **Vittale Revista de Ciências da Saúde**, v. 31, n.2, p. 47-52, dez. 2019.
- DELGADO, A. M. **Análise das propriedades de medida do questionário de percepção materna de fadiga no trabalho de parto (QMFP)**. 2018. 138 f. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2018.
- EMIDIO, S. C. D. et al. Conceptual and operational definition of nursing outcomes regarding the breastfeeding establishment. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 28, 2020.
- FERNANDES, D. C. A. et al. Práticas e crenças associadas ao desmame precoce do aleitamento materno exclusivo: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 5, p. e10202, 2022.

- FREITAS, G.L., VASCONCELOS, C.T.M., MOURA, E.R.F., PINHEIRO, A.K.B. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 11(2):424-8. Maio de 2009.
- FREITAS, J. C. DE et al. Eficácia dos métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto natural: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 12, p. e7650, 2021.
- GOMES, I.E.M., et al. Benefícios da presença do acompanhante no processo de parto e nascimento: revisão integrativa. *Rev. Enferm. UFSM - REUFSM*. v. 9, e61, p. 1-18, 2019.
- GREENHOUSE-TUCKNOTT, A., et al. Effect of the subjective intensity of fatigue and interoception on perceptual regulation and performance during sustained physical activity. **PLoS One**, 17, n. 1, p. e0262303, 2022.
- JAVORSKI, M. et al. Efeitos de uma tecnologia educativa na autoeficácia para amamentar e na prática do aleitamento materno exclusivo. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 52, n. 0, 2018.
- JUNIOR, A.R.F. et al. Implementação por enfermeiros da Autorização de Internação Hospitalar em Centros de Parto Normal. **Rev. Bras. Enferm.** 78 (Supl 1). 2025.
- KATHERINE RUSHFIRTH, CNM, FACNM. Preparação para o parto. **UpToDate**. 2025.
- KLEIN, B.E. et al. Utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto. *CogitareEnfermagem*, 27, 2022 DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.80300>
- LEHUGEUR, D.; STRAPASSON, M. R.; FRONZA, E. Manejo não farmacológico de alívio da dor em partos assistidos por enfermeira obstétrica. **Revista de enfermagem UFPE online**, v. 11, n. 12, p. 4929, 2017.
- MELO, B.M., et al. Implementação das boas práticas na atenção ao parto em maternidade de referência. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. 2017;18(3)
- MENDES, R. B. et al. Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Ciencia&saude coletiva**, v. 25, n. 3, p. 793–804, 2020.
- MIELKE, K. C.; GOUVEIA, H. G.; GONÇALVES, A. D. C. A prática de métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto em um hospital universitário no Brasil. **Avances en enfermería**, v. 37, n. 1, p. 47–55, 2019.
- MIELKE, G. I. et al. Atividade física para gestantes e mulheres no pós-parto: Guia de Atividade Física para a População Brasileira. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 26, p. 1–10, jul. 2021.
- MOKKINK, L. B. et al. The COSMIN checklist for evaluating the methodological quality of studies on measurement properties: a clarification of its content. **BMC medical research methodology**, v. 10, n. 1, p. 22, 2010.
- NOMURA RM, NAKAMURA-PEREIRA M, BRIZOT ML, TRAPANI JÚNIOR A, PARO HB, ROSAS CF, ET AL. O uso de misoprostol em obstetrícia. **Febrasco Position Statement**. n.6, 2023.
- NORDSTRÖM, L. et al. Fetal and maternal lactate increase during active second stage of labour. **BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology**, v. 108, n. 3, p. 263–268, 2001.
- OLIVEIRA, F. A. M DE. et al. O uso do Escore de Bologna na avaliação da assistência a partos normais em maternidades. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 36(esp):177-84. 2015.

OLIVEIRA, P.N.F. Desenvolvimento e Validação Preliminar de face do “Questionário de Percepção materna de fadiga no trabalho de parto” (QMFP). 2016. 127 f. Dissertação (Mestrado Programa de Pós-graduação em Fisioterapia) - UFPE, Recife, 2016.

PASQUALI, L. Psicometria. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. V. 43, p.992-999, 2009.

PAULA, M. K. F. da S. H de. et al. A importância do vínculo afetivo mãe bebê para o seu desenvolvimento. **Revista Pró-UniverSUS**. v. 13, n. 2, 2022.

PEDRAZA, D. F. Assistência ao pré-natal, parto e pós-parto no município de Campina Grande, Paraíba. **Cadernos saúde coletiva**, v. 24, n. 4, p. 460–467, 2016.

PINHEIRO, B. M.; NASCIMENTO, R. C.; VETORAZO, J. V. P. Fatores que influenciam o desmame precoce do aleitamento materno: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 11, p. e7227, 2021.

PINTO, K.R.T.F. et al. Uso de métodos não farmacológicos durante o trabalho de parto. **Revista de enfermagem UFPE online**. v. 15:e245001, 2021.

PORTAL DE BOAS PRÁTICAS. **Principais Questões sobre Primeiro Período do Trabalho de Parto**. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-primeiro-periodo-do-trabalho-de-parto/>>. Acesso em: 15 jun. 2025.

Principais Questões sobre Contato Pele a Pele ao Nascer. **Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ**. 2019. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/principais-questoes-sobre-contato-pele-a-pele-ao-nascer/>>. Acesso em: 15 fev. 2025.

PUGH, L.C. Childbirth and the measurement of fatigue. **Journal of Nursing Measurement**. V. 1, n. 1, p. 57-66, 1993.

ROCHA, C.G.G., et al. Determinantes sociais da saúde na consulta de enfermagem do pré-natal. **Rev enferm UFPE online**. 2019; 13:241571. DOI:<https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.241571>.

ROMÃO, M.B., VIEIRA, M.R., MAINARTE, M.A. A percepção da equipe de enfermagem sobre maternidade segura. **RevSocBrasEnferm Ped**.2023;v. 23:eSOBEP20230013.

SANTANA, R. M.; RUIZ, M. T.; SOLER, Z. A. S. G. Fadiga relacionada ao trabalho de parto: uma proposta de sistematização da assistência de enfermagem. **Enfermagem Brasil**, v. 8, n. 4, p. 217–222, 2009.

SANTIAGO, L. D. et al. Intervenções usadas pelo enfermeiro obstetra nos programas de preparação para o parto: revisão integrativa. **Enfermagem Brasil**, v. 22, n. 5, p. 693–706, 2023.

SANTOS, E. A. M.; et al. A relevância do grupo de gestantes na Atenção Primária à Saúde: uma revisão da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 17, p. e9837, 28 fev. 2022.

SCHARDOSIM, J.M et al. Parâmetros utilizados na avaliação do bem-estar do bebê no nascimento. **Artículo de Revisión**, 2018. doi: 10.15446/av.enferm.v 36 n2.67809.

SILVA, W.N.S. et al. Plano de parto como instrumento das boas práticas no parto e nascimento: revisão integrativa. *Rev baiana enferm*.2019;33:e32894.

SOBREIRA, E.N.S., et al. Revisão da Atuação da Enfermagem em cuidados durante o pré-natal e puerpério na saúde coletiva. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 3, p. 1487–1504, 2024.

TERWEE, C. B. et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of clinical epidemiology**, v. 60, n. 1, p. 34–42, 2007.

VIELLAS, EF et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de saúde pública**, v. suplemento 1, pág. S85–S100, 2014.

World Health Organization. WHO recommendation on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health. Geneva: World Health Organization. 2014.

World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO, 2016.

World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO. Licence: CC BYNC -SA 3.0 IGO. 2018.

APÊNDICES A – PRODUTO DE TRADUÇÃO DO CONHECIMENTO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DO TRAIRI
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



INTERFACE ENTRE RECOMENDAÇÕES DA REDE ALYNE E DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE E REALIDADE LOCAL DA ASSISTÊNCIA À MULHER EM TRABALHO DE PARTO: FADIGA MATERNA E DETERMINANTES DO CUIDADO NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL.

Mestranda: Ilana Bruna de Lima Feitoza

Orientadora: Adriana Gomes Magalhães

A gestação envolve grandes transformações na vida da mulher, é um período de mudanças físicas e emocionais significativas. Durante essa fase, a gestante pode desencadear fadiga materna.

A fadiga materna envolve dimensões físicas, psicológicas e emocionais, além de interferir diretamente na capacidade e bem-estar da parturiente durante o parto, deixando-a mais fragilizada.



OBJETIVO

Analisar a fadiga materna durante o trabalho de parto, com base nas recomendações da Rede Alyne e da OMS, considerando fatores clínicos, sociodemográficos e intervenções obstétricas que influenciam o cuidado no ciclo gravídico-puerperal.



ACHADOS RELEVANTES DA PESQUISA

- 95,2% das participantes apresentaram baixa fadiga durante o trabalho de parto e 4,8% apresentaram alta fadiga;
- A maioria das participantes eram de idade jovens e se encontravam em uma gestação de risco habitual;
- As participantes apresentaram uma média de 10 consultas de pré-natal, indicando uma boa adesão ao acompanhamento gestacional;
- Em relação a presença de acompanhante, foi evidenciado uma cobertura de quase 100% das participantes;
- 71,1% das mulheres não se prepararam para o parto e 57,8% das mulheres não participaram de grupos de gestantes durante a gestação;
- Cerca de 27,1% das mulheres entre a fase latente e a fase ativa não realizaram nenhum tipo de método farmacológico para alívio da dor durante o trabalho de parto;
- 78,9% das mulheres realizaram hora ouro;
- 60,2% das participantes se encontravam entre a classificação de sobrepeso e obesidade.

COM BASE NOS ACHADOS DA PESQUISA, PODEMOS CONCLUIR QUE:



A inclusão de boas práticas obstétricas, alinhadas às recomendações da Rede Alyne e da Organização Mundial da Saúde valorizam o cuidado humanizado, o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e o fortalecimento da autonomia da mulher.

A valorização das necessidades individuais da parturiente são fundamentais para garantir um processo de nascimento mais seguro, humanizado e satisfatório.

Práticas de atividade física segura para auxiliar no controle de peso e prevenção de doenças ou complicações, contribuindo positivamente para o controle do IMC e um desfecho positivo no parto.

O uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor ainda são subutilizados, reforçando a necessidade de maior incentivo à sua implementação pelos profissionais de saúde

Atenção Primária à Saúde deve fortalecer ações de educação em saúde, incentivar a participação em grupos de gestantes e desenvolver práticas que assegurem o protagonismo feminino no parto.

A redução de intervenções desnecessárias por meio da prática medicamentosa pode fazer com que a parturiente sinta-se segura na vivência do seu parto da forma mais natural possível

APÊNDICES B – Termo de Consentimento (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa **“Ingestão alimentar e de líquidos durante o trabalho de parto: compreender para cuidar”**, que tem como pesquisador responsável Anna Cecília Queiroz de Medeiros.

Esta pesquisa pretende investigar o que as mulheres, durante o trabalho de parto (chamadas parturientes), têm vontade de comer e beber, bem como o que elas estão comendo bebendo, e também se o fato de comer/beber ou não tem algum efeito sobre o trabalho de parto.

O motivo que nos leva a fazer este estudo é entender melhor sobre a alimentação das parturientes, e se isso pode ajudar no trabalho de parto, para assim poder fazer sugestões para melhorar o atendimento, no futuro, uma vez que não existem muitas informações sobre esse assunto, no Brasil.

Caso decida participar, você irá responder a algumas perguntas, em 3 momentos diferentes. O primeiro momento será antes de você entrar na fase ativa do parto (quando ainda não há muitos sinais do trabalho de parto). Será perguntado sobre o que você comeu e bebeu nas últimas 24 horas, o que levará entre 7 e 10 minutos. Iremos também verificar sua hidratação, com um aparelho que parece e funciona de forma similar a um termômetro. Esse aparelho será colocado embaixo da sua axila (“suvaco”) e encostado na testa, braço e bochecha, o que levará cerca de 5 minutos. A sua força (funcionalidade) também será medida. Para isso, pediremos que você aperte com a mão, três vezes seguida, em posição sentada, um instrumento chamado dinamômetro. Isso deve levar 2 minutos. Também pediremos para que você diga o quando de dor está sentindo e que responda a um questionário de 15 perguntas de marcar, que serão lidas para você, sobre o seu cansaço durante o trabalho de parto, o que deve levar entre 5 e 7 minutos. Nesse momento, deixaremos um formulário para você ir marcando cada vez que tomar um copo de água.

Quando você estiver com 6 centímetros de dilatação, e depois com 10 centímetros, iremos repetir a avaliação da hidratação (com o “termômetro”, da força (apertando o aparelho), e dos questionários de dor e cansaço (ao todo levando cerca 10 minutos, dessa vez). Nestes dois momentos, também iremos registrar se foi consumido algum alimento e confirmar o registro da água (o que deve levar 3 minutos). Também iremos coletar algumas informações em seu prontuário e caderneta da gestante, sobre sua gravidez atual e anteriores (se houver), o acompanhamento de pré-natal, o que irá ocorrer durante seu atual trabalho de parto, o estado de saúde do seu bebê (quando nascer) e como será o início da sua amamentação. Estes procedimentos serão feitos todos da maneira mais privativa possível, dentro do seu local de parto, e conforme sua aceitação e ritmo. Para aplicar os questionários, nós iremos periodicamente ao seu encontro, durante o trabalho de parto. Essas visitas ocorrerão de acordo com sua aceitação e de modo a não interferir no seu acompanhamento pela equipe do hospital.

Após o parto independente da via de nascimento, iremos também solicitar a gravação de voz para o uso na pesquisa. Os áudios coletados serão: sobre perguntas sobre sua alimentação e o que você gostaria de comer durante o parto, e também 24 após o parto, para que você nos conte rapidamente sobre como foi esse momento. Estas gravações devem demorar entre 10 a 20 minutos.

Durante a realização da pesquisa poderão ocorrer eventuais riscos, como possíveis desconfortos ou constrangimentos frente aos questionamentos, sentimento de cansaço e desagradáveis, e alteração de humor. Para diminuir esses riscos, o questionário será aplicado conforme o ritmo

definido por você, respeitando sua tolerância, nível de dor e desconforto. Esses riscos e desconfortos, serão minimizados já que a coleta será realizada por pesquisadores treinados e atentos aos sinais de desconforto, e você pode não responder questões que causem constrangimento ou parar de participar da pesquisa, a qualquer momento. Caso você apresente algum desconforto ao responder as perguntas, seja por meio de palavras ou gestos, o questionário será interrompido imediatamente, e será ofertada toda assistência necessária no momento.

_____ (Rubrica do Participante/Responsável legal) _____ (Rubrica do Pesquisador)

Além disso, as medidas relacionadas a avaliação da hidratação poderão gerar algum desconforto ou constrangimento, uma vez que serão realizadas também na axila (suvaco). Nesse sentido, serão tomados todos os cuidados possíveis para a sua privacidade, fazendo as medidas apenas nos momentos e ambientes aprovados por você, bem como pararemos a mediação, caso você assim deseje.

Outro risco identificado é o de perda dos formulários preenchidos ou divulgação das informações fornecidas, o que será minimizado pela não divulgação dos nomes e dados pessoais, bem como apresenta risco de perda dos formulários preenchidos que será minimizado pelo armazenamento adequado e em local seguro, no Gabinete 16 - Rua Vila Trairi, s/n. Centro, Bloco II, FACISA/UFRN, Santa Cruz/RN, CEP: 59200- 000), sob responsabilidade da pesquisadora responsável. Tais formulários serão manipulados somente por profissionais envolvidos diretamente com a pesquisa.

Quanto aos riscos referentes a manipulação dos prontuários e cadernetas da gestante poderá haver risco de rasgar, amassar e/ou perder folhas que compõem dos prontuários. Para minimizar esses riscos serão tomadas as seguintes precauções: todos os pesquisadores da equipe serão treinados para esta finalidade, por um residente do próprio hospital, e os documentos não serão deslocados de seus locais de consulta.

Como benefício da pesquisa, existe a possibilidade de benefícios diretos, pois você será orientada sobre aleitamento materno, após o parto, se assim o desejar. Além disso, como benefícios indiretos, para unidade de saúde hospitalar (hospital), os resultados da pesquisa poderão ser utilizadas para gerar melhorias no atendimento durante o parto, em relação a alimentação, de outras parturientes que forem atendidas nesse hospital.

Em caso de complicações ou danos à saúde que você possa ter, relacionado com a pesquisa, compete a pesquisadora responsável garantir o direito à assistência integral e gratuita, de acordo com a necessidade apresentada. Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas se comunicando com Anna Cecília Queiroz de Medeiros (annacqm@yahoo.com.br ou (84) 99173-4384 ou na FACISA/UFRN - Gabinete 16 - Rua Vila Trairi, s/n. Centro, Bloco II, FACISA/UFRN, Santa Cruz/RN, CEP: 59200- 000).

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você. Além disso, quer você participe ou não da pesquisa, isso não irá interferir ou prejudicar seu atendimento no hospital. Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, sempre de forma anônima, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se você tiver gastos pela sua participação nessa pesquisa, eles serão assumidos pelo pesquisador e reembolsado para você. Se você sofrer qualquer dano decorrente desta pesquisa, sendo ele imediato ou tardio, previsto ou não, você será indenizado.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa da FACISA/UFRN - instituição que avalia a ética das pesquisas antes que elas comecem e fornece proteção aos participantes das mesmas - da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, nos telefones (84) 3342-2287 Ramal 243 ou (84) 99224-0009, e-mails: cepfacisa@gmail.com ou cep@facisa.ufrn.br. Você ainda pode ir pessoalmente à sede do CEP, de segunda a sexta, das 07h00min às 13h00min, na Rua Vila Trairi, s/n. Centro, Bloco II, FACISA/UFRN, Santa Cruz-RN, CEP: 59200-000.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável, Anna Cecília Queiroz de Medeiros.

_____ (Rubrica do Participante/Responsável legal) _____ (Rubrica do Pesquisador)

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que após esclarecido os objetivos, a importância e o modo como os dados serão coletados nesta pesquisa, bem como conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que trará para mim, e ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa **“Ingestão alimentar e de líquidos durante o trabalho de parto: compreender para cuidar”**, e autorizo a divulgação das informações que forneci em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Santa Cruz/RN, _____ de _____ de 202__.



Impressão datiloscópica do participante

Assinatura do participante da pesquisa

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo “**Ingestão alimentar e de líquidos durante o trabalho de parto: compreender para cuidar**”, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido infringirei as normas e diretrizes propostas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS (que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano), e da Resolução à Resolução CNS Nº 580 de 2018 (sobre pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde -SUS).

Santa Cruz/RN, _____ de _____ de 202____.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

_____ (Rubrica do Participante/Responsável legal) _____ (Rubrica do Pesquisador)

APÊNDICES C – Formulário de coleta de dados

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS - PROJETO “UM NOVO OLHAR SOBRE A INGESTÃO ALIMENTAR E DE LÍQUIDOS DURANTE O TRABALHO DE PARTO”			
001	Número do questionário		
002	Nome do(a) entrevistador(a)		
003	Data de aplicação	____ / ____ / ____	
004	Hora		
DADOS DA PARTICIPANTE			
005	Nome		
006	Telefone		
007	Data de nascimento	____ / ____ / ____	
008	Idade		
009	Estado civil	01. Solteira 02. Casada / União estável 03. Divorciada 04. Viúva	☐

010	Nível de escolaridade	01. Analfabeta 02. Ensino Fundamental Incompleto 03. Ensino Fundamental Completo 04. Ensino Médio Incompleto 05. Ensino Médio Completo 06. Graduação Incompleta 07. Graduada 08. Pós-graduada 09. Não se aplica	☐
011	Profissão/Ocupação		
012	Nº de moradores na casa?		
013	A renda mensal da sua família é suficiente para aquisição de gêneros alimentícios/alimentos?	01. Suficiente 02. Mais que suficiente 03. Não suficiente para atender as necessidades.	☐
ANTECEDENTES FAMILIARES			

014	Na sua família algum parente possui alguma dessas doenças/comorbidades diagnosticadas?	01. Diabetes 02. Hipertensão 03. Cardiopatia 04. Obesidade 05. Trombofilias 06. Infecções 07. Gemelaridade	☐
-----	--	--	--------------------------

31

		08. Malformações 09. Outras: 10. Não respondeu	
ANTECEDENTES CLÍNICOS			

015	Você tem o diagnóstico de alguma dessas doenças/comorbidades?	01. Diabetes 02. Hipertensão 03. Trombofilia 04. Infecções 05. ITU 06. Cirurgias prévias 07. Doenças Crônicas Transmissíveis 08. Arboviroses 09. Malformações 10. Sobrepeso 11. Obesidade 12. Asma/Alergias 13. Outras: _____ 14. Não respondeu	[]
DADOS GESTACIONAIS E AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA			
016	DUM:	____ / ____ / ____	
017	IG USG:	____ semanas ____ dia(s)	
018	Realizou acompanhamento pré natal?	01. Sim. Se sim, quantas consultas? ____ 02. Não	[]

019	Qual era seu peso pré gestacional (antes de engravidar)?	Kg 00. Não se aplica	[]
02	Qual a sua altura?	m 00. Não se aplica	[]
021	Estado nutricional pré gestacional: IMC = _____ Kg/m ²	01. Baixo peso (IMC<18,5 Kg/m ²) 02. Normal (IMC 18,5 - 24,9 Kg/m ²) 03. Sobrepeso (IMC 25 - 29,9 Kg/m ²) 04. Obesidade (IMC ≥ 30,0 Kg/m ²) 00. Não se aplica	[]
022	Qual foi seu peso na última consulta pré natal?	Kg 00. Não se aplica	[]
023	Ganho de peso na gestação? (peso gestacional final) peso	01. Adequado 02. Baixo 03. Excessivo	[]

	pré- gestacional) kg	00. Não se aplica	
024	Qual a IG na última consulta da gestação?	semanas e _____ dia(s) 00. Não se aplica	[]

025	Estado nutricional gestacional/atuat: IMC = _____ Kg/m ²	01. Baixo peso 02. Normal 03. Sobrepeso 04. Obesidade 00. Não se aplica	[]
AVALIAÇÃO MATERNA			
026	Participou de grupos de gestante e/ou se preparou para o momento do trabalho de parto?	01. Sim 02. Não	[]
027	1ª AVALIAÇÃO HORÁRIO: _____ h _____ min.	Pressão arterial: _____ Apresentação/situação/posição fetal: _____ Fez uso ou não de método não farmacológico? Qual? _____ Intensidade da dor (EVA) _____ LOCAL: BV Lombossacra Perienal ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS:Ocitocina Misoprostol Escopolamina Metoclopramida Metildopa Trio MgSO₄ Soro glicosado ATITUDE: Colaborativa Pouco colaborativa Não colaborativa	

028	2ª AVALIAÇÃO HORÁRIO: _____ h _____ min.	Pressão arterial: _____ Apresentação/situação/posição fetal: _____ Fez uso ou não de método não farmacológico? Qual? _____ Intensidade da dor (EVA) _____ LOCAL: BV Lombossacra Perienal ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS: Ocitocina Misoprostol Escopolamina Metoclopramida Metildopa Trio MgSO4 Soro glicosado ATITUDE: Colaborativa/ Pouco colaborativa/ Não colaborativa
-----	--	---

029	3ª AVALIAÇÃO HORÁRIO: _____ h _____ min.	Pressão arterial: _____ Apresentação/situação/posição fetal: _____ Fez uso ou não de método não farmacológico? Qual? _____ Intensidade da dor (EVA) _____ LOCAL: BV Lombossacra Perienal ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS: Ocitocina Misoprostol Escopolamina Metoclopramida Metildopa Trio MgSO4 Soro glicosado ATITUDE: Colaborativa/ Pouco colaborativa/ Não colaborativa
DADOS DO RN		
030	Peso	_____ g
031	Estatura	_____ cm

032	Perímetro cefálico	_____ cm	
033	Apgar do RN	_____/_____/_____	
AMAMENTAÇÃO			
034	Amamentou após o parto (hora ouro):	01. Sim 02. Não	[]
035	Possui dificuldades para amamentar?	01. Sim 02. Não	[]
036	Avaliação das mamas:	01. Lactentes 02. Normais 03. Macias	[]
037	Avaliação dos mamilos:	01. Protuso 02. Semi protuso 03. Plano 04. Invertido	[]

Data:

Assinatura do entrevistador (a):

ANEXOS A – Tabela 1: Questionário de percepção materna de fadiga no trabalho de parto (QMFP).

QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO MATERNA DE FADIGA NO TRABALHO DE PARTO (QMFP)						
Instruções: Esse questionário tem o objetivo de identificar sintomas de fadiga (cansaço) nesse momento tão especial que é o nascimento do seu filho (a). Para que a equipe de saúde possa lhe dar a assistência mais adequada, de acordo com as suas necessidades, é importante que você responda todas as perguntas e seja a mais sincera possível. Você terá o tempo que precisar para responder. Eu vou ler cada pergunta e você deverá responder numa escala de 1 (um) a 5(cinco) o quanto você está se sentindo em relação a cada estado que lhe for perguntado. Não existe resposta certa ou errada, apenas iremos graduar o quanto você percebe-se fadigada no seu trabalho de parto. Escute atentamente cada pergunta e escolha o número que melhor se aproxima do modo como você está se sentindo nesse momento.						
01	Você está se sentindo cansada?	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5
02	A dor está te impedindo de ajudar no trabalho de parto?	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5
03	Você está com sono, com os olhos pesados?	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5

04	Você está conseguindo descansar entre as contrações?	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5
05	Você consegue realizar atividades como mudar de posição, caminhar, ficar de cócoras ou tomar banho?	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5
06	Você está sentindo o corpo ou as pernas tremendo?	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5
07	Você está com medo?	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5
08	Você consegue prestar atenção no que as pessoas falam a sua volta?	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5
09	Está difícil entender e seguir as orientações que você está recebendo?	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente

		1	2	3	4	5
10	Você está se sentindo sem energia?	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5
11	Você está sentindo necessidade de descansar?	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5
12	Você está se sentindo fraca?	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5
13	Você acha que precisa de ajuda para parir?	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5
14	Você está se sentindo angustiada?	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5
15	Você está se sentindo desanimada, impaciente ou irritada?	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5

Fonte: DELGADO, A.M.; 2018.