

# Ciência Atual

Revista Científica  
Multidisciplinar das  
Faculdades São José

2018

Volume 12 | Nº2



FACULDADES  
SÃO JOSÉ

ISSN 2317-1499

# ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS DO ENFERMEIRO OBSTETRA FRENTE À DOR NO TRABALHO DE PARTO: PRODUÇÃO CIENTÍFICA ENTRE 2009 E 2014

Non-Pharmacological Strategies of Nursing Obstetrics to Pain in Work of Birth: Scientific Ink  
Between 2009 And 2014

---

**Luana Carvalho Pinto**

Enfermeira. Especialista em Obstetrícia-FABA

**Silvia Maria Chagas Barbosa**

Enfermeira. Especialista em Obstetrícia-FABA

**Pedro de Jesus Silva**

Enfermeiro. Mestre em Enfermagem -UNIRIO, Assessor da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro

**Sandra Maria Leal de Oliveira**

Enfermeira. Especialista em Oncologia. Docente das Faculdades São José

**Luciane Alves Vercillo**

Enfermeira. Mestre em Educação -UNESA. Coordenadora da Graduação em Enfermagem e Docente das Faculdades São José

**Julio Cesar de Oliveira Natale**

Professor das Faculdades São José e da UNESA. Enfermeiro. Especialista UCL

## RESUMO

Esta pesquisa buscou identificar a produção científica indexada no scielo.com, ressaltando as estratégias não farmacológicas frente à dor da parturiente mais ressaltadas pelos artigos, descrevendo os recursos e métodos utilizados pelo Enfermeiro obstetra para implementar a humanização do trabalho de parto. As estratégias não farmacológicas para o alívio da dor mais apontadas foram os banhos de imersão e de aspersão, a bola suíça, as técnicas de relaxamento e massagem, pela potencialidade de reduzir a dor do parto e de relaxamento. O que se percebe não é a ausência de técnicas capazes de reduzir a dor da parturiente. Há, na verdade, uma falha em enfrentar o desafio de desenvolver ações de humanização no parto, desmedicalizando-o e aplicando técnicas não farmacológicas no que se refere à redução da dor do parto. O desafio colocado aos profissionais da área obstétrica é o de adequar as técnicas não farmacológicas fortalecendo a atenção ao parto normal com a proposta de mínima intervenção no processo de parturição.

**Palavras-Chave:** Dor do Parto; Alívio da Dor do Parto; Estratégias Não-Farmacológicas.

## ABSTRACT

This research sought to identify the scientific production indexed in scielo.com, highlighting the non-pharmacological strategies against the pain of laboring women more highlighted by articles describing the resources and methods used by nurse midwife to implement the humanisation of labor. Non-pharmacological strategies for the relief of pain were the most frequently mentioned immersion baths and sprinkler, the Swiss ball, relaxation techniques and massage, the potential to reduce labor pain and relaxation. What we see is not the absence of techniques to reduce the pain of laboring women. There are, in fact, a failure to meet the challenge of developing actions to humanize childbirth, no medical it and applying nonpharmacologic techniques with regard to the reduction of labor pain. The challenge to professionals in obstetrics is to adapt non-pharmacological techniques strengthening attention to vaginal delivery with the proposed minimal intervention in the delivery process.

**Keywords:** Labor Pain ; Relief of Labor Pain ; Non-Pharmacological Strategies.

## INTRODUÇÃO

A dor no parto sempre foi um desafio e buscando seu controle a opção pelo parto cesáreo veio crescendo numa velocidade intolerável, fazendo do Brasil como o país como uma das taxas mais altas de parto cesáreo, ultrapassando os 15% de taxa anual recomendados tanto pelo Ministério da Saúde como pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Estas taxas trouxeram, junto, o aumento da morbi-mortalidade materna e perinatal, alimentando uma prática obstétrica que se encontra diametralmente em descompasso com as recomendações internacionais, que é o parto natural e a humanização na assistência de saúde. A prática da cesárea à pedido com justificativa de evitar a dor do parto também é preocupante, o que exige atenção da Saúde Pública. Daí valorizar a retomada do protagonismo da mulher no parto normal, a redução da cesárea, a redução da mortalidade infantil e da melhoria da saúde materna, promovendo a autonomia da mulher e resgatando a cultura do parto natural. (ALMEIDA, MEDEIROS e SOUZA, 2012)

Enfocar o controle da dor do parto com a aplicação de estratégias não farmacológicas reforça o foco da assistência humanizada, pondo em prática as ações propostas no Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), que foi instituído mediante a Portaria/GM nº 569/2000, do Ministério da Saúde, a qual se sustenta na perspectiva dos direitos de cidadania da mulher, resgatando o papel central, ativo e participativo dela no parto, garantindo o processo natural do parto, priorizando a saúde da mãe e do filho, intervindo minimamente com ações compatíveis com a segurança dos mesmos. O tripé para a humanização constitui-se na qualidade da assistência, na efetividade e na segurança de todos os procedimentos obstétricos, garantindo a satisfação da gestante no processo de parturição, permitindo-a perceber o parto como experiência prazerosa. (BRASIL, 2001)

Dentro deste contexto o tema desta pesquisa é a enfermagem obstétrica na humanização do parto, tendo como objeto de estudo o enfermeiro obstetra e as estratégias não farmacológicas frente a dor no trabalho de parto.

As questões norteadoras da pesquisa são:

Quais são as estratégias não farmacológicas à disposição do enfermeiro obstetra no que se refere ao controle da dor da parturiente?

De que forma o enfermeiro obstetra pode contribuir para a assistência humanizada da parturiente com dor?

Para o Ministério da Saúde a assistência ao parto deve buscar todos os recursos que favoreçam a promoção dos cuidados e procedimentos obstétricos de maneira a preservar a saúde da mãe e do filho, incluindo atividades educativas em saúde individual, ou grupal, favorecendo a prática de hábitos saudáveis de vida, assim como a preparação para o parto e o puerpério (BRASIL, 2001).

Não raro as parturientes submetem-se à visão enraizada de medicalização da assistência, considerando o médico como protagonista do processo parturitivo, com a sobreposição do saber científico e técnico, alimentando uma posição assimétrica, de dominação, reforçando a autoridade do médico para dirigir o processo parturitivo, na qual a mulher abdica de exercer sua autonomia como agente participativo do parto, favorecendo o saber obstétrico. (ALMEIDA, MEDEIROS e SOUZA, 2012)

Muitas mulheres consideram a dor do parto insuportável, requerendo medicação, enquanto outras não a consideram tão extrema assim. Cabe à assistência humanizada no parto reconhecer e respeitar, estas diferenças como ressaltam Gayeski e Brüggemann (2010).

Dentro deste contexto são objetivos deste trabalho:

Identificar quais as estratégias não farmacológicas frente à dor da parturiente mais ressaltadas pelos artigos;

Descrever os recursos e métodos utilizados pelo Enfermeiro obstetra para implementar a humanização do trabalho de parto.



As estratégias não farmacológicas para o controle da dor do parto, dentro da cultura do parto normal, constituem-se em métodos psicoprofiláticos de redução da dor no processo de parturição. A cultura do parto normal leva em consideração não permitir que o saber científico se sobreponha à natureza do corpo feminino, impedindo a participação ativa da mulher, interferindo no processo parturitivo. Essa perspectiva estimula o cuidado obstétrico humanizado, considerando o atendimento às necessidades individuais da mulher, as suas expectativas relativas à dor do parto e ao parto normal. (ALMEIDA, MEDEIROS e SOUZA, 2012)

Em seu ensaio Rios (2009, p. 253) aprofunda o conceito de humanização na assistência de saúde e destaca-o como “movimento contra a violência institucional na área da saúde, como princípio de conduta de base humanista e ética, como política pública para a atenção e gestão no SUS, como metodologia auxiliar para a gestão participativa”, além de enfatizá-lo como tecnologia do cuidado na assistência à saúde. A partir deste entendimento a humanização na saúde pode ser compreendida como o processo que respeita e valoriza a pessoa humana, visando a transformação da cultura institucional focada na patologia construindo um saber coletivo voltado ao bem-estar do cliente. Assim, a assistência humanizada passa a apoiar-se na aliança entre a competência técnica/tecnológica e a competência ética e relacional.

A participação do pai durante o nascimento, colocando-o como integrante do evento e não somente como expectador, além de promover suporte psicossocial à gestante, estimula o compartilhamento da experiência entre o casal e favorece a criação de vínculo entre pai-filho, afinando-se com a humanização da assistência ao parto como preconizam o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) e a Organização Mundial de Saúde (1996). Davim, Torres e Dantas (2009) citam estudo na Turquia o qual determinou como positivos os efeitos de acompanhantes durante o trabalho de parto e parto, transformando a experiência do parto como positiva. Para que seja possível é necessária, a disposição institucional de maneira a não excluir o pai nos serviços de saúde reprodutiva onde, culturalmente, não são valorizados.

Assim, humanizar o parto difunde a mudança na compreensão do próprio evento, percebendo-o como uma experiência humana confrontada com o ‘que fazer’ da equipe de saúde que atende a parturiente em processo de sofrimento com a dor do trabalho de parto, completamente divorciado da perspectiva tutelada pela Igreja, na qual a dor, o sofrimento era visto como desígnio divino, como pena pelo pecado original, sem apoio que aliviasse a dor.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de revisão bibliográfica com levantamento de produção científica. Macedo (2005) e Tartuce (2008) compreendem a pesquisa bibliográfica como a busca de informações em literatura disponível e o respectivo fichamento deste acervo para produzir suporte à reflexão crítica sobre o tema. A opção pela revisão bibliográfica foi por acreditar que ela possibilite apontar as evidências e sintetizá-las de maneira a facilitar propostas para a atuação humanizadora frente à dor da parturiente, levando-se em consideração as estratégias não farmacológicas à disposição da enfermagem obstétrica.

A revisão bibliográfica permite a organização das informações científicas, favorecendo tomadas de decisão na área da saúde. Constitui-se na síntese dos artigos, explicitando claramente objetivos, materiais e métodos. E, ao reunir quantidade significativa de resultados de pesquisas clínicas, torna possível discutir as recorrências entre os estudos. (ALVES-MAZZOTTI e GEWANDSZNAJDER, 2004; TURATO, 2005)

Ao decidir pelo tema e a adoção da revisão bibliográfica, foi formulado o objetivo da pesquisa: identificar quais as estratégias não farmacológicas para o alívio da dor durante o trabalho de parto mais destacadas nas produções científicas entre os anos de 2009 e 2014. O que levou ao estabelecimento da base de dados.

Atualmente as bases eletrônicas de dados constituem-se em excelentes e confiáveis fontes de informações, permitindo estimar a produção científica em diferentes áreas do saber. Esta investigação sustenta a adoção de uma única base de dados, a Scientific Electronic Library On-Line (SciELO) pelo fato de que outras bases, como a MEDLINE/PubMed e LILACS, apresentam alguns trabalhos incompletos disponibilizando tão somente o resumo com seus objetivos, metodologia e resultados, com poucos apresentando a bibliografia. Outro fator que contribuiu para o descarte destas bases foi à dificuldade em abrir alguns arquivos. Estas limitações, por dificultarem o trabalho de reter textos que serviriam como embasamento teórico e citações, foram decisivas para a seleção do SciELO, por publicar os artigos completos dos periódicos indexados. (BEZERRA e NEVES, 2010)

O critério de inclusão dos artigos, além do lapso temporal foi textos em português, artigos publicados na íntegra. De posse dos artigos, buscou-se sistematizar as recorrências a partir das estratégias não farmacológicas, de maneira a integrar a ação humanizadora ao processo de auxiliar a parturiente com dor no trabalho de parto.

Desta forma este estudo pretende contribuir para a reflexão do profissional de enfermagem no que se refere a romper com o modelo tradicional de assistência ao parto, predominantemente biomédico, com forte intervenção médica tratando o parto com recursos para patologia, sem atentar que o parto é um efeito natural, no qual a mulher é a condutora do processo. Dentro desta perspectiva a enfermagem precisa estar preparada e consciente acerca da dimensão humanística, enfocando a dor do parto como desnecessária naquele momento de ansiedade que a mulher vivencia. Reduzir, aliviar a dor coaduna com o parto humanizado.

A finalidade da pesquisa é buscar os pontos de saturação dos artigos, permitindo identificar as recorrências, de forma a contribuir para um maior conhecimento acerca das estratégias não farmacológicas frente à dor da parturiente, pretende estimular o surgimento de outras pesquisas que enfoquem material educacional relativo à atuação da enfermagem obstétrica frente a dor do trabalho de parto.

## RESULTADOS

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a, p. 31) considera que a dor do parto deve ser aliviada e relata que algumas medidas, isoladas ou combinadas, são eficazes na redução da sensação dolorosa, destacando como medidas não farmacológicas as técnicas de relaxamento, os exercícios respiratórios, a deambulação e a mudança de posição que não seja a deitada durante o parto. Ressalta que a mudança de posição é excelente para a dilatação do colo ao aumentarem a intensidade e a eficiência da contração interina. O órgão ainda salienta a eficácia de alternativas não farmacológicas como o banho de chuveiro (aspersão), banhos de imersão e massagens. Entretanto enfatiza que “medidas e/ou técnicas como o use de calor e frio superficiais, acupuntura, musicoterapia, cromoterapia, imersão na água, ervas e aromaterapia com óleos perfumados” carecem de estudos controlados que estabeleçam a sua efetividade.

Esta parte do trabalho busca alcançar o objetivo do trabalho que é identificar quais as estratégias não farmacológicas frente à dor da parturiente que foram mais ressaltadas pelos artigos selecionados.

Os artigos ressaltaram com mais frequência métodos não-farmacológicos como os banhos de imersão e aspersão, os exercícios respiratórios, a mobilidade materna e a bola suíça e estão dispostos no quadro abaixo.

Quadro 1 – Produção científica sobre as estratégias não farmacológicas para o alívio da dor durante o trabalho de parto entre 2009 a 2014.

AUTOR(ES)	TÍTULO	PERIÓDICO	ANO	ENF
GAYESKI, Michele Ediane; BRUGGEMANN, Odaléa Maria.	Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática	Texto contexto-enferm.	2010	Banho de imersão, massagem, aromaterapia
DAVIM, Rejane Marie Barbosa; TORRES, Gilson de Vasconcelos; DANTAS, Janmilli da Costa.	Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto	Rev. esc. enferm. USP	2009	Exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral com ênfase no banho morno de chuveiro
TABARRO, Camila Sotilo et al.	Efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido	Rev. esc. enferm. USP	2010	Música
SANTANA, Licia Santos et al.	Efeito do banho de chuveiro no alívio da dor em parturientes na fase ativa do trabalho de parto	Rev. Dor	2013	Banho de chuveiro
GALLO, Rubneide Barreto Silva et al	Grau de dilatação cervical e solicitação da analgesia regional por parturientes com membranas corioamnióticas íntegras e rotas	Rev. Dor	2012	Massagens, hidroterapia, deambulação e eletroestimulação nervosa transcutânea (TENS)
GALLO, Rubneide Barreto Silva et al	Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial	Revista Feminina	2011	banho de chuveiro e/ou de imersão, massagem, ENT, exercícios respiratórios e técnica de relaxamento
MELLO, Larissa F. D.; NOBREGA, Luciana F.; LEMOS, Andrea.	Estimulação elétrica transcutânea no alívio da dor do trabalho de parto: revisão sistemática e meta-análise	Rev. bras. fisioter	2011	Fármacos, analgesia peridural, bloqueios anestésicos locais, acupuntura, métodos psicoprofiláticos, com ênfase para a estimulação elétrica transcutânea (EET)
NILSEN, Evenise;	Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de	Rev. esc. enferm. USP	2011	Posição do parto (SS, DLE e litotomia)

SABATINO, Hugo; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes	parto e parto em diferentes posições			
BARBIERI, Márcia et al.	Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto	Acta paul. Enferm	2013	Banho quente, banho de aspersão, massagem perineal (bola suíça)
ALMEIDA, Nilza Alves Marques; MEDEIROS, Marcelo; SOUZA, Marta Rovery de.	Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal	Texto contexto-enferm.	2012	Relaxamento e respiração
CANASSA, Neli Silvia Andreazzi et al.	O saber/fazer das parteiras na Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis - SC (1967/1994)	Rev. bras. <u>enferm.</u>	2011	Deambular
ALMEIDA, Nilza Alves Marques <i>et al.</i>	Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição	Rev.Latino-Am Enfermagem	2009	Respiração
SILVA, Lia Mota e et al.	Uso da bola suíça no trabalho de parto	Acta paul. <u>enferm.</u> ,	2011	Movimentação, posição vertical com ênfase na bola suíça
BUSANELLO, Josefina et al.	Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um centro obstétrico	Rev. bras. <u>enferm.</u>	2011	Técnicas de respiração, banho morno, deambulação e massagem lombar
MAMEDE, Fabiana Villela et AL	A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação	Rev. Latino-Am. Enfermagem	2009	Deambulação
MOUTA, Ricardo José Oliveira; PROGIANTI, Jane Márcia.	Estratégias de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto	Texto contexto - enferm.	2009	Água na banheira para relaxamento, deambulação, bola suíça, massagem



## DISCUSSÃO

Gallo et al (2012, p. 31) classificam a dor no processo de parturição como aguda e de alta intensidade surgindo como “uma experiência subjetiva e individual envolvendo uma ampla interação entre fatores fisiológicos e psicossociais”. Fisiologicamente a dor durante o trabalho de parto sofre influência de diversos fatores, entre eles a rotura de membranas corioamnióticas e dilatação cervical, intensificando a dor. Ressaltam os autores a importância dos métodos não farmacológicos no que se refere a auxiliar o quadro algico na parturição.

A dor do parto é resultado, caracteristicamente aguda, de complexas interações (inibitória e excitatória), de natureza neurofisiológica, psicológica, obstétrica e sociológica e constitui-se em evento específico do trabalho de parto (GAYESKI e BRUGGEMANN, 2010; BARBIERI et al, 2013; BRASIL, 2001; ALVES NETO et al, 2009)

Culturalmente configura-se como a pior dor que existe e, em muitos casos, a parturiente a percebe como superior ao esperado. Manter o equilíbrio emocional da mulher durante o parto é um desafio à equipe obstétrica, uma vez que níveis de adrenalina altos afetam o sistema nervoso simpático, ativando-o, o que leva à elevação dos níveis plasmáticos dos hormônios que liberam corticotrofina, adenocortitrófico e cortisol. (ALVES NETO et al, 2009)

Destacam Almeida, Medeiros e Souza (2012) que a dor do parto é inerente ao processo parturitivo e a institucionalização do parto trouxe a medicalização como resolução para este processo que é natural. Ao mesmo tempo, o gerenciamento moderno desta medicalização do corpo feminino vem sendo alterado e a dor, antes considerada como evento natural vem sendo substituída e perdendo seu caráter natural, passando a ser percebida como um fenômeno de sofrimento materno que pode ser aliviado. Este novo paradigma é sustentado pelas propostas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000; 2001) com a implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.

O limiar da dor do trabalho de parto é influenciado por experiências prévias como destacam Alves Neto et al (2009), Nilsen, Sabatino e Lopes (2011) e Barbieri et al (2013)

A dor do parto é amplificada por rotinas da assistência de saúde como a imobilização da mulher, o abusivo uso de ocitócitos estimulando a motilidade do útero, manobras como a de Kristeller, a episiotomia e a episiorrafia entre outras, infligindo processos dolorosos. (ALVES NETO et al, 2009)

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000, p. 5) o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento tem como finalidade estabelecer os princípios da atenção a ser prestada, disseminando conceitos e práticas de assistência ao parto entre os profissionais de saúde e exortando municípios e estados, assim como serviços de saúde a cumprirem seu papel, de maneira a propiciar à mulher o “direito de cidadania mais elementar, dar à luz, recebendo uma assistência humanizada e de boa qualidade”.

O artigo de revisão de Gallo et al (2011) propôs a criação de protocolo para a adoção de recursos não-farmacológicos visando o alívio da dor e auxílio e condução do trabalho de parto na fase ativa. A proposta se sustenta na evidência científica a partir da revisão da literatura indexada em bibliotecas virtuais como Scielo, PubMed, PEDro, MedLine, Cochrane e Bireme, no período de janeiro a maio de 2010, que incluiu 25 artigos randomizados, controlados e de revisão da literatura. Embasando-se nos resultados, as autoras elaboraram protocolo assistencial assim como ressaltaram a relevância da atuação interdisciplinar quando se pensa na promoção do parto humanizado. A revisão apontou recursos como fisioterapia, mobilidade materna, deambulação, exercícios respiratórios, massoterapia, bola suíça, banho de imersão e de chuveiro, eletroestimulação nervosa transcutânea (ENT), técnicas de relaxamento como alternativas viáveis para a redução e controle da dor do parto, promovendo benefícios tanto para o recém-nascido, para a gestante e até mesmo para a instituição. Entretanto, a despeito da adoção do parto humanizado ser uma política, apesar do Ministério da Saúde e da OMS recomendarem o acesso dos recursos não-farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto – resgatando o caráter fisiológico da parturição, a utilização destas alternativas ainda não se constitui em rotina na maioria dos serviços de obstetrícia. Afirmam, ainda, que esta omissão pode ser fruto do desconhecimento acerca dos recursos e seus possíveis benefícios pelos profissionais de saúde obstetra e pela população gestante.

Uma das metas do Ministério da Saúde é resgatar o momento do parto com a sua singularidade. A gravidez e o parto não são doenças, como destaca o documento Parto, aborto e puerpério..., por isso não podem ser considerados como patologia, mas antes como eventos sociais, uma experiência especial e humana entre homem e mulher, englobando a família, a comunidade. O parto configura-se como uma das experiências mais significativa para as mulheres, enriquecedora. A condutora do processo de parturição é a mulher. Neste evento os profissionais de saúde devem assumir o papel de coadjuvantes, colocando seu saber científico a disposição e intervindo toda vez que o bem-estar da gestante ou do bebê forem ameaçados. Assim, ao reconhecerem algum momento crítico devem intervir no sentido de assegurar a saúde de ambos. Segundo a metodologia do parto humanizado os profissionais de saúde devem agir no que se refere a minimizar a dor do trabalho de parto (BRASIL, 2001a)

Acompanhando a dor do parto são diversas as alterações fisiológicas, sendo possível destacar o aumento de cerca de 40% do consumo de oxigênio, o que leva à alcalose respiratória que pode ocasionar hipoxemia fetal. Promove, ainda, o progressivo aumento do débito cardíaco da parturiente, o aumento dos níveis de adrenalina, noradrenalina, cortisol e ACTH no sangue da mulher assim como acidose metabólica materna progressiva. Estas alterações reforçam a necessidade de reduzir a percepção dolorosa como também da ansiedade materna, pela potencialidade iatrogênica, causando prejuízos ao feto e afetando a progressão fisiológica do processo parturitivo. (BRASIL, 2001; BALASKAS, 2008)

Dentro desta perspectiva é natural que ações que reduzam o nível de estresse, ansiedade da parturiente que ultrapassem a analgesia é fundamental para um parto sem intercorrências desnecessárias. Assim as opções não farmacológicas surgem como auxílio à parturiente no que se refere ao alívio da dor. (GAYESKI e BRUGGEMANN, 2010; BARBIERI et al, 2013)

Opções, métodos ou estratégias não farmacológicas constituem-se em tecnologia de cuidado, as quais exigem conhecimento estruturado no que se refere à prática da enfermagem obstetra. Os métodos não são novos e surgiram, aqui no Brasil, na década de sessenta, e introduzidos em algumas maternidades brasileiras na década de noventa direcionadas à parturientes com baixo risco gestacional, a partir do fortalecimento do movimento de humanização do nascimento, estimulados pelas recomendações do Ministério da Saúde relacionadas à assistência ao parto. (GAYESKY e BRÜGGEMANN, 2010)

Um dos desafios da enfermagem obstétrica é proporcionar às parturientes condições de tolerância à dor e ao desconforto do processo parturitivo. A interferência na progressão fisiológica do trabalho de parto e os efeitos negativos sobre o recém-nascido e à parturiente têm sido apontados como um dos resultados do emprego de métodos farmacológicos para analgesia. (BALASKAS, 2008) Estas intercorrências reforçam as recomendações da OMS (1996) para a exploração dos métodos não farmacológicos, pela sua segurança e mínimas intervenções. Segundo a entidade dentre as diversas alternativas incluem-se as massagens, os exercícios respiratórios, a movimentação livre e a utilização de água tanto nos banhos de aspersão (chuveiro) e imersão (banheiras ou piscinas). Entretanto a OMS também recomenda a cautela e não generalização para apoiar estes métodos, uma vez que alguns deles ainda carecem de evidências.

Davim, Torres e Dantas (2009) são diversos os métodos não farmacológicos (MNF) eficazes na redução da percepção dolorosa no parto citando o banho de chuveiro ou de imersão, massagens na região lombar, respiração padronizada, condicionamento verbal e relaxamento muscular, que podem ser aplicados isolada ou de forma combinada produzindo, além do alívio da dor a redução da utilização de métodos farmacológicos, reduzindo a morbimortalidade e promovendo uma percepção positiva para a mulher da experiência vivenciada durante o trabalho de parto.

De acordo com Barbieri et al (2013) são diversas as opções não farmacológicas para aliviar a dor do parto, podendo incluir: banho quente, exercícios perineais com bola suíça, exercícios de respiração, relaxamento, massagem, acupuntura, eletroestimulação, injeção subcutânea de água destilada. Tabarro et al (2010) acresce a música como alternativa eficaz. A finalidade é oferecer conforto à parturiente.

O estudo de Almeida, Medeiros e Souza (2012), com 10 primigestas cadastradas no programa de pré-natal de baixo risco em maternidade de Goiânia-GO evidenciou que as parturientes buscaram previamente informações acerca da dor do parto e os resultados apontaram que elas ora sustentavam expectativas positivas por compreenderem a dor como fenômeno natural do parto, ora defendiam que a dor constitui-se em sofrimento para a mulher construindo, desta forma, sentimentos ambíguos acerca da dor do parto. A partir de suas falas é possível afirmar que alternativas como informação e técnicas de relaxamento e respiração são bem vindas.

## **ESTRATÉGIAS OU RECURSOS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA O ALÍVIO DA DOR E RECURSOS DE REDUÇÃO DO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO**

Em seu artigo Gallo et al (2011, p.43) deixam claro seu entendimento acerca da importância das medidas não-farmacológicas como ações voltadas à humanização do parto e nascimento, chamando os profissionais de saúde em obstetrícia à reflexão sobre a assistência obstétrica com a menor intervenção possível, resgatando o caráter fisiológico e natural do nascimento. Nascer é um processo natural e a intervenção dos profissionais de saúde surge, somente, nos casos de extrema necessidade. As autoras chamam a atenção para o suporte contínuo à gestante como ação humanizadora do nascimento, cuja finalidade consiste em buscar a melhoria dos indicadores de saúde e bem-estar materno e perinatal, ao "encorajar a parturiente, oferecer conforto físico, suporte emocional, orientações e informações tanto para a mulher como para o acompanhante". As autoras citam o estudo de Hodnett et al (2008) o qual incluiu 13.391 mulheres, demonstrando que o suporte contínuo intraparto reduziu "a duração do trabalho de parto, a probabilidade da parturiente de receber analgesia e relatar insatisfação com sua experiência", chegando à conclusão de que toda gestante no processo de parturição deveria receber suporte contínuo. Este suporte pode ser realizado por diversas pessoas caracteristicamente distintas, tais como profissionais da área de saúde, doula, companheiro, membro da família e, até mesmo por pessoa amiga da parturiente.

Gallo et al (2011) distinguem recursos que auxiliam na condução do parto dos recursos que auxiliam na redução da dor do trabalho de parto com a utilização de estratégias não farmacológicas. Aponta que os principais recursos que auxiliam na redução do trabalho de parto são a deambulação, a movimentação/mobilidade da parturiente, a utilização da bola suíça e as banquetas. Estes recursos são importantes na condução do parto, embora também sejam eficazes na busca do alívio da dor.

O estudo de Mouta e Progianti (2009, p. 737) buscou identificar as estratégias que as enfermeiras da Maternidade Leila Diniz, ainda na década de 90 que abraçaram a causa da humanização do parto, adotaram para a implantação do modelo humanizado de assistência ao parto. Dentre as diversas estratégias, algumas não diretamente direcionadas ao parto, as enfermeiras usavam a água, a deambulação. Em seu discurso a enfermeira obstétrica Tatiana dos Santos Nascimento relata que "a gente já usava a água, a gente já tinha a banheira, nós não usávamos como parto, mais (sic?) a gente usava como relaxamento, a gente já usava a água como relaxamento lá", destacando que a deambulação foi uma conquista do grupo de enfermeiras obstetras da MLD, e que a maternidade dispunha de um jardim, um solário para onde as parturientes eram encaminhadas para deambular. A bola suíça veio em outro momento. A banheira de imersão e a piscina eram utilizadas para relaxamento e alívio da dor.

## DEAMBULAÇÃO

Gallo et al (2011, p. 46) destacam em sua revisão que a deambulação constitui-se em recurso terapêutico utilizado para a redução da duração do trabalho de parto, “beneficiando-se do efeito favorável da gravidade e da mobilidade pélvica que atuam na coordenação miométrial e aumentam a velocidade da dilatação cervical e descida fetal”. Com relação à dor, as autoras relatam estudos que demonstram os efeitos da deambulação, aumentando a tolerância à dor e a velocidade da dilatação.

No estudo sócio-histórico de Canassa et al (2011) as parteiras relataram que a orientação no pré-parto era que a parturiente ficasse em pé, deambulando, o máximo de tempo que pudesse, e naquelas que precisavam deitar, que o fizessem em posição do lado esquerdo, de maneira a preservar uma respiração mais tranquila, evitando faltar oxigênio para o feto.

Gallo et al (2011) citam o estudo de Lawrence et al em 2009, no qual as mulheres que deambulavam ou ficavam na posição vertical, houve redução da duração do parto em torno de uma hora sem apresentar efeitos negativos para o recém-nascido ou para a mãe.

O estudo sócio-histórico de Canassa et al (2011, p. 426) evidenciou que os saberes e fazeres das parteiras de maternidade catarinense nas décadas de 60, 70, 80 e 90 já incluíam a preocupação com ações de acompanhamento de parto com vistas a preservar o bem estar materno e fetal. Naquele contexto eram as parteiras que realizavam o parto e os médicos só eram requisitados na presença de intercorrências que fugissem ao saber das parteiras, como no caso das cirurgias cesarianas. A fala de uma das parteiras deixa claro seu conhecimento técnico ao afirmar que quando apareciam “pacientes em pródromos, nós não mandávamos embora, pedíamos para elas ficarem caminhando por algumas horas” e quem dava resolução ao parto eram os residentes. Segundo o entendimento das parteiras a deambulação auxilia no trabalho de parto.

## MOBILIDADE

A mudança de postura durante o trabalho de parto pode levar ao aumento da “velocidade da dilatação cervical, promover o alívio da dor durante as contrações e facilitar a descida fetal” como destacam Gallo et al (2011, p. 47) ao afirmar que as mulheres em processo de parturição devem ser “incentivadas a adotarem posturas alternadas, variando de sentada no leito, cadeira, banqueta, decúbito lateral, ajoelhada, agachada, quatro apoios, em pé com inclinação de tronco” entre outras posturas, sempre considerando as habilidades motoras que a parturiente apresente.

Gallo et al (2011, p. 47) citam estudo prospectivo realizado em 2003 por Adachi et al, o qual demonstrou alívio da dor em 58 parturientes. As parturientes do estudo receberam orientação para alternar entre as posições sentada e supina, a cada 15 minutos até 8 cm de dilatação e os índices de dor foram menores na posição sentada, considerando esta posição como eficaz para a redução da dor lombar. Assim, as autoras recomendam a “alternância contínua de posturas, priorizando as verticais (posições com o tronco a favor da linha da gravidade)” durante o trabalho de parto, destacando a importância da supervisão por profissional.

A fase latente da dor do parto é ideal para iniciar a massagem, aliviando a dor, a ansiedade e o estresse. As massagens incluem áreas como a região dorsal, pés, cabeça, ombros e mãos. Segundo o entendimento de Gayesky e Brüggmann (2010) a massagem é uma das estratégias não farmacológicas mais efetivas para o alívio da dor, em especial na fase latente, reduzindo reações comportamentais, a ansiedade e o estresse. A massagem pode ser realizada pela enfermagem ou acompanhante que tenha recebido treinamento prático durante o pré-natal.



Segundo Gallo et al (2011) a massagem – método de estimulação sensorial que, potencialmente, promove o alívio da dor e proporciona contato físico com a parturiente, potencializando o efeito de relaxamento, o que reduz o estresse emocional além de melhorar o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos, pode ser aplicada em qualquer região que apresente desconforto algíco (abdome, cabeça, sacro, ombros, pés, membros e dorso etc.), também pode ser combinada com outras terapias, como a musicoterapia. As autoras citam o estudo de Kimber et al (2008), envolvendo 90 parturientes divididas em três grupos, demonstrou que as mulheres que receberam massagem associada às técnicas de relaxamento houve tendência de redução da dor no, e sugeriram mais estudos no sentido de definir melhor a dor como medida primária dos resultados.

Gallo et al (2009, p.42) salientam que a Eletroestimulação Nervosa Transcutânea (ENT) consiste em método coadjuvante de analgesia do processo de parturição, caracterizando-se “pela emissão de impulsos ou estímulos elétricos de baixa frequência, assimétricos, de correntes bifásicas por meio de eletrodos superficiais lisos aplicados sobre a região dolorosa”, cuja finalidade é reduzir a dor na fase ativa do trabalho de parto, sem causar efeitos danosos ao feto ou à gestante. Os autores citam o trabalho de Orange et al que, em 2003) estudaram 22 parturientes das quais 50% utilizou a ENT e que obtiveram retardo na solicitação da analgesia combinada, demonstrando maior tolerância da parturiente à dor. Já no estudo de Van der Spank et al. em 2000 incluindo 59 pacientes foi possível observar que no grupo experimental (com uso de ENT), demonstrar alívio de dor para o grupo que fez uso da ENT.

Em seu estudo de revisão Gallo et al (2011) consideram os exercícios de relaxamento importantes ao favorecer que a gestante conheça seu corpo e saiba distinguir os momentos de contração e relaxamento, melhorando seu tônus muscular. Para as autoras os exercícios de relaxamento são importantes na redução do número de partos cesáreos e de partos vaginais assistidos.

Em estudo analisando a música como recurso terapêutico, iniciado a partir do 5º mês de gestação e durante o trabalho de parto Tabarro et al (2010) observaram que os desconfortos do processo parturitivo foram minimizados pela música, além de facilitar a adaptação do bebê nos primeiros meses de vida. O estudo incluiu 12 parturientes, de diversificadas condições socioeconômicas, culturais e escolaridade, que foram acompanhadas durante a gestação quando eram submetidas à sensibilização musical. Em entrevista posterior ao parto, o relato das puérperas que vivenciaram o processo de parturição ouvindo música foi que sentiram calma e tranquilidade assim como alívio da dor, tornando o momento da contração suportável. Pontuam, ainda, que os recém-nascidos que também foram submetidos precocemente às melodias ainda na vida intrauterina quando as mães foram submetidas à sensibilização musical, quando ouvem as melodias apresentam comportamento calmo, relaxado, tranquilo, reduzindo o choro e até mesmo as cólicas.

A dor do parto é uma experiência particular, individual, fortemente influenciada por experiências psicológicas prévias, assim como por fatores culturais, étnicos, sociais e ambientais. Em seu estudo com 34 parturientes que receberam banho de chuveiro como terapêutica de combate à dor do parto, Santana et al (2013) observaram redução da dor e dilatação cervical de 4 a 5cm.

Santana et al (2013) salientam que para aliviar a dor da parturiente tanto o banho de chuveiro (aspersão) como o de imersão são eficazes em função da influência da água aquecida em torno de 37 a 38° C, promovendo a redistribuição do fluxo sanguíneo, favorecendo o relaxamento da musculatura tensa e reduzindo a liberação de catecolaminas. Durante o banho ocorre a elevação das endorfinas, reduzindo a ansiedade e gerando um estado de satisfação na parturiente.

No banho de imersão a mulher tem a capacidade de assumir o comando da situação, mobilizando seus recursos no que se refere à busca pelo seu bem-estar durante o processo parturitivo, transformando a estratégia não farmacológica como opção viável para o conforto materno sem interferência na progressão do trabalho de parto. (BALASKAS, 2008)

Confirmando os resultados de Davim, Torres e Dantas (2009), Barbieri et al (2013, p. 479) ressaltam que o banho de aspersão quente (de chuveiro) constitui-se em “estratégia não invasiva de estimulação cutânea de calor superficial que associado a intensidade e tempo de aplicação produz efeito local, regional e geral, razão pela qual é considerado tratamento complementar e alternativo na prática obstétrica”, e deve ser realizado em temperatura média de 37°C durante 20 minutos, estando associado como benéfico no alívio da dor e do estado de ansiedade durante o trabalho de parto ao reduzir os “níveis dos hormônios neuroendócrinos relacionados ao estresse, melhora no padrão das contrações e conseqüente correção da distócia uterina.”

Em seu estudo Gallo et al (2012; 2011) relatam que o banho de aspersão ao induzir a vasodilatação periférica assim como a redistribuição do fluxo sanguíneo promove o relaxamento muscular. Desta forma a redução da dor do parto se dá pela redução da liberação de catecolaminas e a elevação das endorfinas, que leva à redução da ansiedade e promove a satisfação da parturiente. As autoras recomendam o posicionamento da ducha, por 20 minutos, sobre a região dolorosa que, em geral, se situa na região lombar ou abdome inferior.

Barbieri et al (2013, p. 480) citam estudo de revisão sistemática realizado por Cluett e Burns em 2009 com 3.146 parturientes submetidas ao banho quente e puderam observar que a estratégia “reduz o emprego de analgesia peridural e não oferece efeitos adversos para a parturiente e o feto”. O banho quente reduz a dor e promove o relaxamento materno, os níveis de ansiedade e de parâmetros relacionados ao estresse.

Por mais que as estratégias não farmacológicas ainda encontrem limitações para a sua aplicação Barbieri et al (2013) apontam estudo das enfermeiras obstetras Mota e Silva et al que, em 2011, evidenciou que a bola suíça tem sido utilizada durante o trabalho de parto em 40% dos centros obstétricos na fase de dilatação podendo abreviar este período.

Utiliza-se a bola suíça no início da fase ativa do trabalho de parto para promover a livre movimentação da parturiente, promover a posição vertical, a movimentação materna e a mobilidade pélvica. Tanto a postura vertical como a movimentação podem reduzir a dor do parto, favorecer a circulação materno-fetal, facilitar a descida do feto na pelve da mulher, melhorar as contrações uterinas além de reduzir o trauma perineal. A bola suíça é uma das estratégias para a promoção da livre movimentação da mulher durante o parto. Dentre os benefícios dos exercícios realizados com a bola suíça durante a gestação ou durante a dor do parto é possível apontar a correção da postura, o alongamento, relaxamento e fortalecimento da musculatura.

Corroborando o estudo de Gayeski e Brüggemann (2010), quando se fala em prática do uso da bola suíça Silva et al (2011) ressaltam a necessidade de domínio das técnicas e, em seu estudo as enfermeiras relatam que 11,4% das enfermeiras entrevistadas não possuíam experiência ou mesmo conhecimento da prática em sua vivência profissional, mas que conheciam, e aplicava, métodos não farmacológicos como banho de aspersão e banco tipo ‘cavalinho’. Das que conheciam ou tinham experiência com a bola 36,5% apontaram o período médio de 1h de permanência com a bola e a posição sentada com apoio como a mais adotada; os movimentos mais citados foram os de propulsão (abaixa e levanta) e o rotatório de quadril. A posição ajoelhada e apoiada na bola foi citada uma única vez.

Antes mesmo do trabalho de parto, durante a gravidez, a bola suíça apresenta-se como recurso que oferece benefícios como a correção postural, parto, estão a correção da postura, a posição suave da pelve promove o relaxamento da pelve, promove também o alongamento e o fortalecimento da musculatura. Durante o parto associando o relaxamento da musculatura à ampliação da pelve ocorre a facilitação da descida fetal no canal do parto. (CARRIÈRE, 1999)

Embora ressaltem que a bola suíça é adjuvante Barbieri et al (2013, p. 479) sua utilização, permitindo a “adoção da posição vertical, sentada e com um discreto balanceio pélvico, “trabalha os músculos do assoalho pélvico, em especial o levantador do ânus e o pubococcigeo, além da fásia da pelve”. Para os autores “a ação potencial da hidroterapia é reverter os efeitos negativos como ansiedade e dor no trabalho de parto promovendo resposta de relaxamento, deprimindo o sistema nervoso simpático”, o que leva ao decréscimo dos níveis de catecolamina. (p.482)

O artigo de Silva et al (2011) caracterizou o uso da bola suíça em parturientes de São Paulo pelo SUS envolvendo 35 enfermeiras e constatou que 40,9% dos centros obstétricos disponibilizam o artefato suíça tendo, como indicação do método, promover a descida da apresentação fetal, relaxamento, progressão do parto, exercício do períneo, benefícios psicológicos, movimentação materna e, em 11,8% a indicação foi para alívio da dor. Evidenciaram, ainda, que embora utilizada e reconhecida por seus benefícios 96,8% das instituições não possuem protocolo para a utilização da bola obstétrica.

A bola suíça, na posição vertical (sentada) durante a dor do parto permite a movimentação da posição da mulher e com movimentação lenta e suave da pelve favorece o relaxamento da musculatura facilitando a descida e o encaixe fetal no canal de parto. (CARRIÈRE, 1999)

Com relação à deambulação na fase ativa do parto o estudo de Mamede et al (2009) buscou evidenciar a correlação entre a deambulação e os níveis de dor em 80 parturientes primíparas no início da fase ativa em maternidade de São Paulo. A pesquisa não comprovou a redução da dor diretamente, muito embora presenciaram correlação positiva apenas nos 5 cm de dilatação, evidenciando que quanto maior o tempo de deambulação, maior é o escore de dor pontuados pelas parturientes de seu estudo. O estudo estabeleceu que a deambulação contribui para a redução da duração do trabalho de parto numa média de a cada 100 metros percorridos pela parturiente, resultou e, diminuição de 22 minutos durante a primeira hora, redução de 10 minutos na segunda hora e de 6 minutos na terceira hora; com relação ao alívio da dor os escores aumentam a medida que a dilatação cervical avança. A correlação positiva entre escore de dor e deambulação é possível observar nos 5cm de dilatação. A deambulação contribui, ainda, para o rápido descimento da cabeça fetal para a bacia materna que aumenta a percepção dolorosa, mas acelera a duração do parto.

Davim, Torres e Dantas (2009) realizaram ensaio clínico com 100 parturientes com baixo risco gestacional, com máximo de 6cm de dilatação do colo uterino, em maternidade pública de Natal (RN) acerca da efetividade de estratégias não farmacológicas para alívio da dor mediante a utilização de recursos combinados (exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral durante as contrações na fase ativa com dilatação entre 6 e 9cm) e isolada (banho de chuveiro em temperatura ambiente durante as contrações e dilatação entre 8 e 9cm após a fase ativa), sendo que 85% das parturientes receberam ocitocina, com uso da Escala Analógica-Visual (EAV) para avaliação da dor. Nas gestantes que não receberam qualquer medicação foi possível observar alívio da dor significativo após a aplicação das ENF à medida que aumentava a dilatação do colo, demonstrando que as estratégias são efetivas no alívio da intensidade da dor das parturientes, em especial quando são combinadas, nos 3 momentos da fase ativa do trabalho de parto, denotando efetividade das estratégias não farmacológicas, evidenciando os exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral. Segundo os autores por mais que alguns métodos não farmacológicos produzam resultados positivos reduzindo o desconforto da dor do parto, eles ainda não são amplamente aplicador. Assim, a despeito destes resultados, os autores consideram que romper com o modelo atual de assistência ao parto (biologicista) no campo da enfermagem ainda não de se perpetuar por décadas. A mesma opinião expressam Mamede et al (2009) para os quais a dor do trabalho de parto, apesar de evitável, permanece sendo vivenciada pelas parturientes.

Em seu estudo Davim, Torres e Dantas (2009) salientam o uso de exercícios respiratórios para o alívio da dor do parto, em especial na fase ativa (primeiro estágio) por melhorarem a saturação materna. Desta forma é possível afirmar que a técnica respiratória diafragmática quando realizada lenta e profundamente constitui-se em alternativa para o controle da dor da parturiente. A respiração diafragmática, ao expandir o diafragma conduz ar rico em oxigênio até o abdome, tendo a capacidade de aumentar a capacidade volumétrica dos pulmões em mais do dobro. É uma técnica que pode ser aplicada em todos os momentos de estresse e tensão, constituindo-se no primeiro passo para o restabelecimento do equilíbrio e do relaxamento, desconstruindo o mecanismo de fuga ou luta decorrente da respiração torácica.

Gallo et al (2011) salientam que os exercícios respiratórios no trabalho de parto podem proporcionar relaxamento e reduzir a ansiedade da parturiente e em sua revisão observaram que as pacientes que recebem orientação e estímulo para realizarem técnicas de respiração e relaxamento, a redução da dor não é significativa, mas promovem níveis mais baixos de ansiedade durante o processo de parturição, baixo de ansiedade durante a parturição. Entretanto, ao analisarem o estudo realizado por Böing, Sperandio e Moraes com 40 primigestas divididas em Grupo Controle e Experimental, observaram que o grupo que utilizou “padrão respiratório diafragmático realizado de forma lenta e profunda” apresentou redução da intensidade da dor e aumento da saturação de oxigênio durante e no intervalo das contrações. Desta forma Gallo et al (2011) afirmam que mesmo insuficientes para a redução da dor no primeiro estágio do processo de parturição, os exercícios respiratórios demonstram ser eficazes na redução dos níveis de ansiedade, assim como melhoram os níveis de saturação materna de oxigênio.

Esses achados assemelham-se aos obtidos em outros estudos, os quais relatam a importância da retirada da dor durante o processo parturitivo e o papel da enfermagem determinante para a implantação da assistência humanizada ao parto.

Ao analisar as práticas desenvolvidas por 23 enfermeiras na assistência humanizada ao parto entre adolescentes em um hospital universitário, mediante entrevista semiestruturada e pesquisa documental de 128 prontuários, Busanello et al (2011) observaram no discurso das enfermeiras que os preceitos humanizadores estão sendo seguidos. Entretanto suas próprias falas e na leitura dos prontuários deixam transparecer o despreparo ao lado de práticas adequadas ainda são mantidas práticas inadequadas, entre as quais a padronização da tricotomia, episiotomia e amniotomia e da posição de litotomia. O uso rotineiro da episiotomia, por exemplo, é considerado pela OMS como prática prejudicial e ineficaz, com indicação em condições especiais pelos riscos que envolve. A OMS ainda recomenda que práticas como padronização da tricotomia, episiotomia e utilização da posição de litotomia devem ser eliminadas da assistência à parturição. Observaram, ainda, que as parturientes foram orientadas acerca de estratégias não medicamentosas como relaxamento durante o trabalho de parto mediante a aplicação de técnicas de respiração, banho morno, deambulação e massagem lombar. Apesar desta prática o estudo permitiu identificar o despreparo dos enfermeiros e a falta de postura condizente com o parto humanizado.

Gayeski e Brüggemann (2010) ressaltam, que a dor é uma manifestação subjetiva e individual, daí a intensidade e característica acompanharem esta subjetividade. Assim, todos os métodos/estratégias não farmacológicas de controle/combate à dor do parto devem seguir parâmetros de aplicação para que os resultados contribuam para a satisfação da mulher e não causem prejuízos neonatais e à parturiente.

Na perspectiva da humanização do parto, o desafio das enfermeiras obstetras nas relações do cotidiano é o de enfrentar e superar os obstáculos à ampla aplicação das estratégias não farmacológicas, transformando a cultura intervencionista do parto. A bem da verdade, como salientam Busanello et al (2011), por mais que órgãos e organismos recomendem o desenvolvimento de práticas de humanização do parto como, por exemplo, a aplicação de estratégias não farmacológicas durante o trabalho de parto para reduzir a dor, o que se percebe é que estas ações não são postas em prática, são de difícil introdução e com resistências para sua efetivação em diversos Centros Obstétricos.



## CONCLUSÃO

Durante o trabalho de parto quase todas as mulheres sentem dor, a despeito das respostas serem diferentes. A dor do parto – distinta de outros tipos de dor, possui características específicas envolvendo aspectos fisiológicos, psicológicos e socioculturais sendo definida pela maioria dos artigos como aguda, transitória, subjetiva, multidimensional, complexa e inerente ao processo fisiológico da parturição, decorrente de estímulos sensoriais gerados, em especial, pelas contrações uterinas.

A experiência clínica aliada a este estudo fortalecem o entendimento de que o trabalho de parto anormal, prolongado, distócico, induzido ou mesmo acelerado mediante uso de ocitócitos ou finalizado com o uso de instrumentos são mais dolorosos do que o parto normal que, em sua essência, também é doloroso.

Não sem razão tornou-se comum o uso de métodos farmacológicos na busca para o alívio da dor, investigando-se variadas técnicas e demonstrando os benefícios deste método, muito embora os possíveis efeitos adversos, tanto para a mãe como para o recém-nascido tem sido amplamente demonstrados como uma realidade que merece maior atenção. Entretanto, a dor aguda do trabalho de parto, física em sua natureza, possui duração finita, podendo ser aliviada mediante a adoção de diversos métodos não farmacológicos.

A literatura tem relatado que as técnicas não farmacológicas para o alívio da dor também apresentam limitações, embora quando administradas de forma adequadas podem apresentar resultados positivos muito importantes para a redução da dor, apresentando como a maiores vantagens levar as pacientes ao estado de relaxamento e cooperação, reduzindo a necessidade de analgesia, retardo na instalação do bloqueio anestésico, participação mais ativa da gestante no período expulsivo, além de estimular a participação familiar no processo parturitivo. Esta pesquisa buscou identificar a produção científica indexada no scielo.com, ressaltando as estratégias não farmacológicas frente à dor da parturiente mais ressaltadas pelos artigos, descrevendo os recursos e métodos utilizados pelo Enfermeiro obstetra para implementar a humanização do trabalho de parto.

Os resultados trouxeram 69 artigos, os quais foram depurados com as palavras-chave deste estudo, sendo reduzidos a 16 artigos, nos quais as estratégias não farmacológicas mais destacadas foram os banhos de imersão e de aspersão, a bola suíça, as técnicas de relaxamento e massagem, pela potencialidade de reduzir a dor do parto e de relaxamento. O que se percebe não é a ausência de técnicas capazes de reduzir a dor da parturiente. Há, na verdade, uma falha em enfrentar o desafio de desenvolver ações de humanização no parto, desmedicalizando-o e aplicando técnicas não farmacológicas no que se refere à redução da dor do parto. O desafio colocado aos profissionais da área obstétrica é o de adequar as técnicas não farmacológicas fortalecendo a atenção ao parto normal com a proposta de mínima intervenção no processo de parturição.

O que se percebe, na prática clínica, é o distanciamento entre a necessidade de métodos não farmacológicos para o controle da dor no processo de parturição e a oferta à gestantes de oportunizar o controle da dor no parto normal, evitando medicações e processos instrumentais que podem causar prejuízos à mãe e ao recém-nascido. Entende-se que as gestantes se sentem inseguras, ansiosas e estressadas com o quadro de do trabalho de parto, fazendo-se indispensável a intervenção dos profissionais de saúde envolvidos na área da obstetrícia, embora utilizando técnicas não farmacológicas, proporcionando à gestante a redução da dor, mediante meios largamente comprovados como as técnicas de respiração, de relaxamento. Independentemente do método adotado, o importante é o objetivo de diminuir o sofrimento e desconforto da gestante sem causar-lhe, ou ao recém-nascido, prejuízos à saúde.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Nilza Alves Marques; MEDEIROS, Marcelo; SOUZA, Marta Rovey de. Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal. *Texto contexto-enferm.*, Florianópolis, v. 21, n. 4, dez. 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000400012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 27 Jan. 2014.
- ALMEIDA, Nilza Alves Marques et al. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. *Rev.Latino-Am Enfermagem*, vol. 13. N. 1, p. 52-58, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005100009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005100009). Acesso em: 27 Jan. 2014.
- ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith. Revisão bibliográfica. In: ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith.; GEWANDSZNAJDER, Fernando. *O método nas Ciências Naturais e Sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. São Paulo: Pioneira Thomson, 2004. p. 179-188.
- ALVES NETO, Onofre et al. *Dor: princípios e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Maternidades têm até dezembro para incentivar parto humanizado*. Brasília (DF): 2008. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2008/220708.htm>. Acesso em: 16 Fev. 2014.
- BALASKAS, Janet. *Parto ativo: guia prático para o parto natural*. São Paulo: Ground; 2008.
- BARBIERI, Márcia et al. Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v.26, n. 5, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002013000500012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000500012&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 27 Jan. 2014.
- BEZERRA, Marcio Luís Soares; NEVES, Eduardo Borba. Perfil da produção científica em saúde do trabalhador. *Saude soc.*, São Paulo, v. 19, n. 2, Jun. 2010, pp. 384-394. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902010000200014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000200014&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 04 Dez. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. 2001a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf). Acesso em: 20 Jan. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 18 ago 2000. p. 112. Disponível em: [http://www.spp.org.br/Portaria\\_569\\_GM.pdf](http://www.spp.org.br/Portaria_569_GM.pdf). Acesso em: 12 Fev. 2014.
- BUSANELLO, Josefina et al. Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um centro obstétrico. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 64, n. 5, Out. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000500004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500004&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 27 Jan. 2014.
- CANASSA, Neli Silvia Andreazzi et al. O saber/fazer das parteiras na Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis - SC (1967/1994). *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 64, n. 3, jun. 2011. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000300003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300003&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 27 Jan. 2014.
- CARRIÈRE, Beate. *Bola Suíça: teoria exercícios básicos e aplicação clínica*. Tradução Lilia Breternitz Ribeiro. São Paulo: Manole, 1999.

DAVIM, Rejane Marie Barbosa; TORRES, Gilson de Vasconcelos; DANTAS, Janmilli da Costa. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 43, n. 2, jun. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000200025&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200025&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 27 Jan. 2014.

GALLO, Rubneide Barreto Silva et al. Grau de dilatação cervical e solicitação da analgesia regional por parturientes com membranas corioamnióticas íntegras e rotas. *Rev. Dor. São Paulo*, v. 13, n. 1, Mar. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-00132012000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132012000100006&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 01 Fev. 2014.

GALLO, Rubneide Barreto Silva et al. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. *Revista Feminina, Ribeirão Preto*, v. 39, n. 1, p. 41-48, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S18096-00132012011006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18096-00132012011006&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 24 Jan. 2014.

GAYESKI, Michele Ediane; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto contexto-enferm., Florianópolis*, v. 19, n. 4, Dez. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072010000400022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400022&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 05 Fev. 2014.

MACEDO, Neusa Dias de. *Iniciação a pesquisa bibliográfica*. 2 ed. Bahia: Unimarco, 2005.

MAMEDE, Fabiana Villela et al. A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação. *Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto*, v. 15, n. 7, Ago. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S001104-116920070000600016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S001104-116920070000600016&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 18 Fev. 2014.

MELLO, Larissa F. D.; NOBREGA, Luciana F.; LEMOS, Andrea. Estimulação elétrica transcutânea no alívio da dor do trabalho de parto: revisão sistemática e meta-análise. *Rev. bras. fisioter., São Carlos*, v. 15, n. 3, jun. 2011. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-35552011000300002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552011000300002&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 27 jan. 2014.

MOUTA, Ricardo José Oliveira; PROGIANTI, Jane Márcia. Estratégias de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto. *Texto contexto - enferm., Florianópolis*, v. 18, n. 4, dez. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072009000400015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000400015&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 28 Jan. 2014.

NILSEN, Evenise; SABATINO, Hugo; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. *Rev. esc. enferm. USP, São Paulo*, v.45, n. 3, jun. 2011. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000300002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300002&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 27 Jan. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300002>.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Maternidade Segura. Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático*. Geneva: OMS, 1996. Disponível em: [http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56\\_a.pdf](http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf). Acesso em: 20 Mar. 2014.

RIOS, Izabel Cristina. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. *Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro*, v. 33, n. 2, Jun 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022009000200013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000200013&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 12 Fev. 2014.

SANTANA, Licia Santos et al. Efeito do banho de chuveiro no alívio da dor em parturientes na fase ativa do trabalho de parto. *Rev. dor, São Paulo*, v. 14, n. 2, Jun 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-00132013000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132013000200007&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 25 Jan. 2014.

SILVA, Lia Mota e et al. Uso da bola suíça no trabalho de parto. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 24, n. 5, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002011000500010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000500010&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 Fev. 2014.

TABARRO, Camila Sotilo et al. Efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 44, n. 2, jun. 2010. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000200029&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200029&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 28 Jan. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200029>. Acesso em: 12 Fev. 2014.

TARTUCE, Terezinha de Jesus Afonso. Normas e técnicas para trabalhos acadêmicos. Fortaleza: UNICE, 2008.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*. 2005 Jun; 39(3):507-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>. Acesso em: 12 Nov. 2013





FACULDADES  
SÃO JOSÉ

[www.saojose.br](http://www.saojose.br) | (21) 3107-8600  
Av. Santa Cruz, 580 - Realengo - Rio de Janeiro