



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO

ADRIANA VILELLA AVILA DE CASTRO

AS REPERCUSSÕES DA MÚSICA NA DOR DO TRABALHO DE PARTO:  
CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

RIO DE JANEIRO

2009

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ADRIANA VILELLA AVILA DE CASTRO

AS REPERCUSSÕES DA MÚSICA NA DOR DO TRABALHO DE PARTO:  
CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher, do Adolescente e da Criança

PROF<sup>a</sup>.DR<sup>a</sup>. LEILA RANGEL DA SILVA  
(ORIENTADORA)

PROF<sup>a</sup>.DR<sup>a</sup>. ENIRTES CAETANO PRATES MELO  
(CO-ORIENTADORA)

RIO DE JANEIRO

2009

C355 Castro, Adriana Vilella Avila de.  
As repercussões da música na dor do trabalho de parto : contribuições para enfermagem obstétrica / Adriana Vilella Avila de, 2009.  
74f.

Orientador: Leila Rangel da Silva.  
Co-orientador: Enirtes Caetano Prates Melo.  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

1. Enfermagem obstétrica. 2. Musicoterapia. 3. Trabalho de parto – Enfermagem. 4. Dor. 5. Cuidados em enfermagem – Planejamento.  
I. Silva, Leila Rangel da. II. Melo, Enirtes Caetano Prates. III. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2003-). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. IV. Título.

CDD – 618.20231

ADRIANA VILELLA AVILA DE CASTRO

AS REPERCUSSÕES DA MÚSICA NA DOR DO TRABALHO DE PARTO:  
CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Aprovada em: 10 de março de 2009.

Banca Examinadora

---

**PROF<sup>a</sup>.DR<sup>a</sup>. Leila Rangel da Silva** – Presidente

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

---

**PROF<sup>a</sup>.DR<sup>a</sup>. Marialda Moreira Christoffel** – 1<sup>a</sup> Examinadora

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

---

**PROF<sup>a</sup>.DR<sup>a</sup>. Angelina Maria Aparecida Alves** - 2<sup>a</sup> Examinadora

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

---

**PROF<sup>a</sup>.DR<sup>a</sup>. Enirtes Caetano Prates Melo** – Suplente

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

---

**PROF<sup>a</sup>.DR<sup>a</sup>. Jurema Gouvêa de Souza** – Suplente

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

## **DEDICATÓRIA**

*Dedico este trabalho a todas as parturientes que precisam retomar seu poder sobre o ato de dar à luz.*

*E também, aos enfermeiros e enfermeiras obstetras que fazem de seu labor uma missão de emporaderar as parturientes no momento do nascimento de seus bebês.*

## AGRADECIMENTOS

*“Deus não escolhe os capacitados; Ele capacita os escolhidos.”*

Agradeço a **Deus**, pela minha existência e pela vontade que tenho de crescer e aprender cada vez mais. Sinto-me uma escolhida.

*“Família, Família, vive junto todo dia, nunca perde esta mania ...”*

Agradeço meus **pais**, Léo e Clara, por acreditarem no meu potencial incondicionalmente. Meu **esposo** Eduardo e meus **filhos** Eduardo e Maria Eduarda pela grande demonstração de amor, carinho, paciência. Minha ausência, meu desespero, meus destemperos, minha impaciência foram suportados por todos vocês com sorrisos, palavras de carinho e apoio. Muito obrigada!

A todos meus **familiares** que acreditaram na minha luta e de alguma forma apoiaram meu sonho.

*“Mestre é aquele que estende a mão, inicia o diálogo e encaminha para aventura da vida.”*

Agradeço aos mestres que encontrei neste caminho chamado mestrado, e em especial a minha **orientadora**, amiga, companheira, conselheira, Dr<sup>a</sup> Leila Rangel, e a minha **co-orientadora** Dr<sup>a</sup> Enirtes Melo pelo apoio durante esta caminhada.

Agradeço aos **diretores** do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus pelo apoio recebido para realizar o mestrado e pela permissão de realizar a pesquisa.

Agradeço as **colegas** de trabalho pelo apoio, liberações, trocas de plantões, sei que vocês acreditam na minha vontade de crescer sempre.

Agradeço a minha coordenadora e **amiga** Telma Geovanini por investir em mim desde a intenção de realizar o mestrado e em toda esta longa estrada que percorri.

Agradeço ao **professor** Dr. Amauri Teixeira Leite Andrade por me mostrar este lindo mundo da pesquisa, se hoje este trabalho existe, a semente da vontade de pesquisar foi por ele plantada.

*Não acredite em algo simplesmente porque ouviu. Não acredite em algo simplesmente porque todos falam a respeito. Não acredite em algo simplesmente porque está escrito em seus livros religiosos. Não acredite em algo só porque seus professores e mestres dizem que é verdade. Não acredite em tradições só porque foram passadas de geração em geração. Mas depois de muita análise e observação, se você vê que algo concorda com a razão, e que conduz ao bem e benefício de todos, aceite-o e viva-o. (BUDA)*

Castro, Adriana Vilella Ávila de. **As repercussões da música na dor do trabalho de parto: contribuições para Enfermagem obstétrica.** 2009. 75 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2009.

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar as repercussões do uso da música na dor durante o trabalho de parto. Utilizou-se o estudo série de casos como método e como modelo teórico investigativo durante o trabalho de parto, trabalhando a música como potencial instrumento de relaxamento e minimizador do ciclo medo-tensão-dor-medo. O campo do estudo foi um centro de parto normal de um hospital e maternidade da cidade de Juiz de Fora – MG. Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados: partograma adaptado para o estudo e a escala visual analógica. O estudo trabalhou com trinta e uma mulheres em trabalho de parto eutócico, distribuídas em dois grupos: o primeiro grupo com vinte e duas parturientes sem audição musical e o segundo grupo com nove parturientes com audição musical no decorrer do trabalho de parto, desde o momento de sua internação até o nascimento de seu filho ou até quando desejassem. Após a coleta de dados foram padronizados quatro momentos de avaliação baseados na cervicodilatação, no intuito de igualar os resultados obtidos de cada uma delas, uma vez que o número de medições foi distinto por parturiente, pois foram internadas em momentos distintos no trabalho de parto. A partir das avaliações realizadas, foram criadas quatro variáveis fisiológicas que agruparam os resultados - dilatação, frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial sistólica e diastólica, batimentos cardíacos fetais, número de contrações em dez minutos, duração das contrações em segundos e dor, sendo agrupados nestes momentos de avaliação: 1ª Avaliação - parturiente entrando na fase ativa do trabalho de parto alcançando 4 cm de dilatação; 2ª Avaliação - dilatação entre 5 e 6 cm., 3ª Avaliação - dilatação entre 7 e 8 cm. e 4ª Avaliação – dilatação entre 9 e 10 cm. Os resultados das outras variáveis encontrados no mesmo momento de avaliação de cada fase da dilatação foram transportados para a fase de dilatação a partir dos registros no partograma do estudo. Foi possível avaliar seis padrões fisiológicos (dilatação cervical, batimentos cardíaco-fetais, contratilidade, frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial) que se modificaram durante a evolução do trabalho de parto, apesar de não saírem dos padrões fisiológicos, uma vez que o corpo da mulher é programado para suportar fisiologicamente o trabalho de parto e nascimento. Pode-se observar indícios dos benefícios que a música pode proporcionar à mulher no trabalho de parto, porque o número de mulheres estudadas foi pequeno, limitando o gradiente estatístico, não alcançando uma diferença nos resultados que pudesse ter sido considerada como estatisticamente significativa. Foram constatadas transformações do ambiente embalado pela música e desta forma podemos entender que para o grupo que escutou música o cuidado foi mais humanizado, além de ter sido um facilitador da comunicação.

Palavras-chave: Música, dor, trabalho de parto, cuidado e enfermagem obstétrica.

Castro, Adriana Vilella de Ávila. **The effects of music on pain of labor: obstetrical nursing contributions.** 2009. 75 f. Dissertation (Masters in Nursing) – Federal University of Rio de Janeiro, 2009.

## ABSTRACT

The aim of this study was to identify the impact of the use of music in pain during labor. Using the study number of cases as a method and a theoretical model for the investigative labor, working in music as a potential tool for relaxation and for minimizing cycle of fear-tension-pain-fear. The field of study was an obstetric center of a maternity and hospital in the Juiz de Fora - MG. Were used as instruments for data collection: partograma adapted for the study and visual analog scale. The study worked with thirty-one women in labor eutócico, divided into two groups: the first group of twenty-two women without hearing music and the second group of nine women with hearing music in the course of labor, from the moment of their admission to the birth of your child or even when wanted. After collecting the data were standardized four stages of evaluation based cervical dilation in order to match the results of each, since the number of measurements was different for mother, as were hospitalized at different times during labor. From the evaluations, four physiological variables were created that grouped the results - dilation, respiratory rate, heart rate, systolic and diastolic blood pressure, fetal heart beat, number of contractions in ten minutes, seconds in duration of contractions and pain, and grouped in these moments of assessment: 1st Evaluation - mother entering the active phase of labor reach 4 cm of dilatation, 2nd Assessment - expansion from 5 to 6 cm., 3rd Assessment - expansion from 7 to 8 cm. and 4th Assessment - dilation between 9 and 10 cm. The results of the other variables found at the same time the evaluation of each phase of expansion were transported to the stage of expansion from the records in the study partograma. It was possible to evaluate six physiological patterns (cervical dilation, fetal-heart beats, contractility, heart rate, respiratory rate and blood pressure) that have changed during the course of labor, though not out of physiological patterns, since the body of women is physiologically programmed to support the labor and birth. You can see evidence of the benefits that music can offer to women in labor, because the number of women studied was small, limiting the statistical gradient, not a difference in achieving results that could have been considered statistically significant. Environmental changes were found wrapped in music and so can understand that for the group that heard the music was more humane care, as well as a facilitator of communication.

Keywords: Music, pain, labor, care and obstetric nursing.

Castro, Adriana Vilella Ávila de. **Las repercusiones de la música en el dolor del trabajo de parto: contribuciones para la Enfermería obstétrica.** 2009. 75 f. Disertación (Máster en Enfermería) – Universidad Federal del Estado de Río de Janeiro, 2009.

## RESUMEN

El objetivo de este estudio fue identificar las repercusiones del uso de la música en el dolor durante el trabajo de parto. Se utilizó el estudio serie de casos como método y como modelo teórico de investigación durante el trabajo de parto, trabajando la música como potencial instrumento de relajación y minimizadora del ciclo miedo-tensión-dolor-miedo. El campo de estudio fue un centro de parto normal de un hospital y maternidad de la ciudad de Juiz de Fora – MG. Fueron utilizados como instrumentos de colecta de datos: partograma adaptado para el estudio y la escala visual analógica. El estudio trabajó con treinta y una mujeres en trabajo de parto eutócico, distribuidas en dos grupos: el primer grupo con veintidós parturientes sin audición musical y el segundo grupo con nueve parturientes con audición musical durante el trabajo de parto, desde el momento de su internación hasta el nacimiento de su hijo o hasta cuando desearan. Después de la colecta de datos, fueron estandarizados cuatro momentos de evaluación basados en la cervicodilatación, con el objetivo de igualar los resultados obtenidos en cada una de ellas, una vez que el número de mediciones fue distinto por parturiente, pues fueron internadas en momentos distintos del trabajo de parto. A partir de las evaluaciones realizadas, fueron creadas cuatro variables fisiológicas que agruparon los resultados - dilatación, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, presión arterial sistólica y diastólica, frecuencia cardíaca fetal, número de contracciones en diez minutos, duración de las contracciones en segundos y dolor; siendo agrupados en estos momentos de evaluación: 1° Evaluación - parturiente entrando en la fase activa del trabajo de parto, alcanzando 4 cm de dilatación; 2° Evaluación - dilatación entre 5 y 6 cm., 3° Evaluación - dilatación entre 7 y 8 cm. y 4° Evaluación – dilatación entre 9 y 10 cm. Los resultados de las otras variables encontradas en el mismo momento de evaluación, de cada fase de la dilatación, fueron transportados para la fase de dilatación a partir de los registros en el partograma del estudio. Fue posible evaluar seis estándares fisiológicos (dilatación cervical, frecuencia cardíaca fetal, contractilidad, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y presión arterial) que se modificaron durante la evolución del trabajo de parto, a pesar de no salir de los estándares fisiológicos, una vez que el cuerpo de la mujer es programado para soportar fisiológicamente el trabajo de parto y el nacimiento. Se pueden observar indicios de los beneficios que la música puede proporcionar a la mujer en el trabajo de parto, porque el número de mujeres estudiadas fue pequeño, limitando el gradiente estadístico, no alcanzando una diferencia en los resultados que pudiese ser considerada como estadísticamente significativa. Fueron constatadas transformaciones del ambiente embebido por la música y de esta forma podemos entender que para el grupo que escuchó música, el cuidado fue más humanizado, además de ser un facilitador de la comunicación.

Palabras-clave: Música, dolor, trabajo de parto, cuidado y enfermería obstétrica.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos Dados Demográficos e Antecedentes Obstétricos – HMTJ – Juiz de Fora - 2008	45
Tabela 2 – Descrição da Evolução do Trabalho de Parto – HMTJ – Juiz de Fora – 2008	49

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Mapa de acesso à Juiz de Fora - MG	34
Figura 2 – Distribuição das parturientes, HMTJ, Maio a Outubro de 2008	37
Figura 3 – Ciclo Vicioso de Dor - Medo - Tensão durante Trabalho de Parto e Parto	42

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Percentual de mulheres em relação à velocidade do trabalho de parto mensurado em centímetros por horas – HMTJ – Juiz de Fora – 2008	53
Gráfico 2 – Diferença entre as médias da frequência respiratória nos grupos de expostos e não expostos – HMTJ – Juiz de Fora – 2008	55
Gráfico 3 – Diferença entre as médias da frequência cardíaca nos grupos expostos e não expostos – HMTJ – Juiz de Fora - 2008	56
Gráfico 4 – Distribuição das parturientes segundo nível de dor na Fase Ativa do Trabalho de Parto – 1ª Avaliação – HMTJ – Juiz de Fora – 2008	58
Gráfico 5 – Distribuição das parturientes segundo nível de dor na Fase Ativa do Trabalho de Parto – 2ª Avaliação – HMTJ – Juiz de Fora - 2008	59
Gráfico 6 – Distribuição das parturientes segundo nível de dor na Fase Ativa do Trabalho de Parto – 3ª Avaliação – HMTJ – Juiz de Fora - 2008	59
Gráfico 7 – Distribuição das parturientes segundo nível de dor na Fase Ativa do Trabalho de Parto – 4ª Avaliação – HMTJ – Juiz de Fora - 2008	60

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

CAEE – Certificado de apresentação para apreciação ética

CD – Compact Disc

CEP – Comissão de Ética em Pesquisa

CLAP – Centro Latino-americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

DNV – Declaração de Nascido Vivo

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstétrica

HMTJ – Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MG – Minas Gerais

MS – Ministério da Saúde

NuPEEMC - Núcleo de Pesquisa, Estudos e Experimentação em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança

OMS – Organização Mundial de Saúde

PHPN - Programa de Humanização do Parto Normal

REHUNA - Rede de Humanização do Nascimento

RJ – Rio de Janeiro

SISPRENATAL – Sistema de Informação de Pré Natal

UNIRIO – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
Inquietações e observações	14
2. BASES CONCEITUAIS	19
Os caminhos do nascimento, sua institucionalização e novas formas de cuidar da mulher no trabalho de parto e parto	19
3. MATERIAIS E MÉTODO	33
Tipo de Estudo	33
Campo do Estudo	33
População e Amostra	36
Coleta de dados	38
Variáveis do Estudo	39
Construção do Modelo Teórico Investigativo	42
Aspectos Éticos	43
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERENCIAIS BIBLIOGRÁFICAS	64
APÊNDICES	
Apêndice A – Partograma adaptado para coleta de dados	70
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	71
ANEXOS	
Anexo A – Escala Numérica de Avaliação da Dor	72
Anexo B – Aprovação do Comitê de Ética da UNIRIO	73

## 1 – INTRODUÇÃO

### **Inquietações e Observações**

O presente estudo está inserido no Núcleo de Pesquisa, Estudos e Experimentação em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança – NuPEEMC, do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto / UNIRIO.

Durante minha trajetória profissional, como enfermeira obstetra em uma maternidade filantrópica da cidade de Juiz de Fora – MG, prestando cuidado de enfermagem às parturientes no Centro Obstétrico, sempre escutei queixas de intensas dores durante o trabalho de parto, em que observei demonstrações de faces de dor, inquietações no leito, além de desconforto relatado pelas mulheres.

No final da década de 90, comecei a freqüentar esta instituição e nunca entendi o porquê daquelas mulheres sempre se mostrarem apavoradas e com muito medo desde o momento de sua admissão no pré-parto até o nascimento de seu filho.

Esta inquietação perdurou por toda a graduação em enfermagem e, quando iniciei as atividades práticas no pré-parto, considerava tudo aquilo meio “descompassado”, pois se partirmos do princípio de que toda mulher sabe que sentirá dor ao parir, pois se até Bíblia já descreve “parirás com dor”, pensava que era mais simples trabalhar a dor no momento da assistência, mas nesse momento a dor é acompanhada por vários fatores sociais e culturais que podem estar afligindo a mulher como: deixar os outros filhos em casa sozinhos, desestrutura do casamento, não planejamento da gravidez.

Através de constantes observações percebi que a dor é, em grande parte, gerada pelo medo-tensão-dor-medo advindos do ambiente e da ação dos profissionais de saúde, vivências e experiências de partos anteriores e atuais, o que ocasiona um verdadeiro ciclo vicioso da dor (BRASIL, 2001).

Logo após a graduação, passei a integrar o serviço de enfermagem desta mesma instituição. Ao conviver diariamente com as parturientes, comecei a me incomodar com o fato de a mulher estar sozinha e tendo que seguir “ordens” de todos os profissionais (médicos e equipe de enfermagem) que lhe prestavam assistência, sem ao menos lhe ser questionado o que ela desejava ou sentia.

Comecei a ajudar estas mulheres, deixando-as deambular quando desejavam, respeitando suas angústias e tirando suas dúvidas. Por vezes, essas mulheres permaneciam por

muitas horas deitadas e com restrição da ingestão hídrica e alimentar, fruto de normas e regras institucionais impostas por protocolos institucionais rígidos.

Em 2002, cursei a Pós-Graduação *Lato sensu* em Enfermagem Obstétrica, na Universidade Federal de Juiz de Fora, que ampliou meus conhecimentos e me mostrou algumas práticas de cuidado não invasivas à mulher, recomendadas pela Organização Mundial de Saúde e utilizadas para minimizar a dor no momento de trabalho de parto, emponderando a mulher de seu corpo no momento da parturição.

Algumas iniciativas de estímulo ao parto natural têm sido propostas por organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e servido de modelo para a política brasileira de atenção à saúde da mulher. No ano 2000, a Organização das Nações Unidas propôs oito objetivos denominados Objetivos do Milênio e dentre eles encontram-se: 1) melhorar a saúde das gestantes e; 2) reduzir a mortalidade infantil. Todos esses objetivos vão ao encontro das “boas práticas de atenção ao parto e nascimento” já comprovadas em evidências científicas, e como sabemos se iniciam no momento da fecundação e culminam no primeiro ano de vida da criança.

Neste sentido, é imprescindível um ambiente agradável e confortável para a mulher dar a luz. O profissional pode ser uma parteira tradicional, uma enfermeira obstétrica ou um médico obstetra. O mais importante é que o cuidado seja centrado nas necessidades da mulher e do feto/recém-nascido e de sua família e que a parturiente sintam-se confortável e não passe por desesperos que aumentam cada vez mais o ciclo de medo-dor-tensão-medo.

Uma questão começou a me inquietar durante estes anos de atendimento às mulheres no momento do trabalho de parto e nascimento: Como quebrar este ciclo vicioso e minimizar esta dor, sem interferir na fisiologia do nascimento?

Silva (2006) descreve que o temor e a insegurança da gestante diante do parto vêm desde os tempos mais remotos e Ziegel (1986) descreve a idéia pré-concebida da gestante sobre o parto, de como será esta sua experiência, pois a cultura popular aceita o fato de a parturição ser dolorosa e com sofrimento.

Existem fatores que contribuem para causar esse medo, como o poder da sugestão, já que as mulheres são condicionadas negativamente sobre o parto, desde a infância, por meio de comentários da família, mulheres de convívio que passaram por essa experiência, e às vezes, até dos profissionais de saúde, que ressaltam o sofrimento do parto (BRASIL, 2001).

Em todas as culturas, o processo do parto e nascimento representa mais do que um simples evento fisiológico, mas sim um evento biopsicossocial. O Brasil é um país com

características continentais com diferenças marcantes como zona rural e zona urbana, litoral e interior, centro nobre ou subúrbio. A verdade é que mesmo que o trabalho de parto e parto sejam considerados naturais, a experiência/relatos de dor é universal, embora a sua intensidade possa variar. Podemos trabalhar junto à mulher para minimizar esta dor e que ela seja encarada como mais natural no processo e vivida com consciência pela mulher de que o resultado é positivo e ela tem o poder para que este resultado aconteça, ou seja, ela controla o processo de parir.

Para empoderar a mulher de seu corpo e seu poder de parir, na década de 90, foram lançados movimentos sociais e políticos que pretendiam mobilizar os serviços e a comunidade para buscar soluções para problemas relacionados ao ciclo gravídico-puerperal.

Com a perspectiva do parto humanizado observam-se mudanças relacionadas às técnicas aplicadas no processo de nascimento que auxiliam a mulher durante o trabalho de parto, dando a ela oportunidade de escolher a melhor forma de dar à luz. A presença do acompanhante e os métodos não farmacológicos para alívio da dor, entre eles: banhos terapêuticos, massagens, musicoterapia, exercícios na bola, ou seja, técnicas usadas de forma inovadora para a mulher e seus familiares neste momento singular de suas vidas (SILVA, 2006).

Por ser uma ciência, a enfermagem está envolvida na construção de uma base científica que sustenta seu fazer diário. Senti-me estimulada a buscar mais respostas que embasassem o uso de técnicas de cuidados não-farmacológicos na prática da enfermagem obstétrica. Saber que o uso de um recurso simples e aplicável, porém com eficácia, num momento tão especial da vida do outro, motiva a incansável busca do saber. A música é considerada instrumento capaz de minimizar a angústia, ansiedade, tensão, estresse e medo, capaz de gerar relaxamento, aumentar o nível de energia e o humor, resultando em redução do ritmo cardíaco, do esforço respiratório, culminando no alívio da dor (BACKES, 2003; BERGOLD e SOBRAL, 2005; BERGOLD e SOBRAL, 2003; LEÃO e SILVA, 2004; LEÃO e CHAVES, 2004; FERREIRA, REMEDI e LIMA, 2006; MILLECO FILHO, BRANDÃO e MILLECO, 2001).

A música faz parte da alma humana, vivida desde o ventre quando embalado pelo ritmo dos batimentos cardíacos maternos, considerada um forte elemento de compartilhar emoções, subsidio importante para a integralidade humana e instrumento valioso para os profissionais preocupados com a subjetividade das emoções (BACKES, 2003 e BERGOLD e SOBRAL, 2005).

Alves (2001) comenta que a música vem sendo utilizada de forma terapêutica, como recurso para tornar efetivas as mudanças sociais e culturais e como instrumento de modificação da realidade, principalmente nas relações interpessoais.

O emprego da música tem baixo custo e fácil aplicabilidade, além de ser uma modalidade de cuidado não farmacológico e não invasivo. Segundo Bergold e Sobral (2003), Ferreira, Remedi, Lima (2006), Gatti e Silva (2007) e Silva, Alvim e Figueiredo (2008) são características do emprego da música enquanto ferramenta do cuidado: utilidade, eficácia e agradabilidade.

Dobro (1998) acredita que uma aproximação dos profissionais da Enfermagem com a música, como recurso terapêutico, é essencial e merece ser investigado, pois muito ainda há por ser desvelado.

A música é apresentada como fator humanizador da assistência prestada, diferenciando-a e individualizando-a, além de subsidiar no processo de humanização do cuidado e do ambiente hospitalar, valorizando o cliente em toda sua dimensão, uma tecnologia inovadora do cuidar (TAVARES ET AL, 2002; CAMPOS E KANTORSKILL, 2008; DECOURT, 1998; FONSECA ET AL, 2006 e MOREIRA ET AL, 2006).

A partir de reflexões e da minha prática enquanto enfermeira obstetra e docente, passei a questionar a utilização da música como estratégia para minimizar esta dor proporcionando relaxamento durante o trabalho de parto, acreditando que cada homem que nasce assiste uma sinfonia de sons e efeitos, pois desde o início da união do óvulo e do espermatozóide o ser humano conhece a música, diversos efeitos acústicos e sonoros são produzidos pela química do corpo materno, enquanto o feto se desenvolve (RUUD, 1991).

Hoje, 3º milênio, algumas Instituições de atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal possuem para o controle da dor durante o trabalho de parto e parto, opções farmacológicas como analgesia sistêmica e não farmacológicas seguras como hidroterapia, apoio contínuo ao parto, deambulação e mudanças de posição, acupuntura e acupressão, toques terapêuticos como aromaterapia e massagem.

E foi a partir de leituras de artigos, dissertações e teses nacionais e internacionais e várias reflexões que passei a questionar o efeito da música no ambiente do trabalho de parto versus a dor. E assim definimos o **objeto** de estudo: Repercussões do uso da música na dor no trabalho de parto.

Com base nesse objeto sublinhamos a seguinte **questão norteadora**: Quais são as repercussões do uso da música, na dor, para a mulher em trabalho de parto? Para

desenvolvimento da pesquisa elaboramos o seguinte **objetivo**: identificar as repercussões do uso da música, na dor, durante o trabalho de parto.

Portanto, o efeito da música, na dor do trabalho de parto usada como método não farmacológico para o alívio da dor, pode interferir no ciclo vicioso medo-tensão-dor-medo, de forma relaxante, visando à quebra neste ciclo e conseqüentemente minimizando a dor. Esta minha inquietação é fruto de minha experiência no cuidado a mulher no trabalho de parto e parto quando se pensa nos direitos sexuais e reprodutivos, além do direito do ser humano não sentir dor. Neste sentido, há uma perspectiva de que esta investigação contribua para melhora na qualidade da assistência prestada às parturientes, com objetivo maior de reforçar as boas práticas de cuidado.

No que diz respeito ao desenvolvimento científico na área de conhecimento da saúde da mulher, este estudo visa a contribuir para o fortalecimento da linha de pesquisa: Saúde da mulher, da criança e do adolescente, além de reforçar a importância e a atualidade do tema, a constatação da existência de poucas pesquisas e a possibilidade de trazer à tona objetos para investigações futuras, para que se tornem subsídios para intervir na prática do cuidado à mulher.

## 2. BASES CONCEITUAIS

### **Os caminhos do nascimento, sua institucionalização e novas formas de cuidar da mulher no trabalho de parto e parto**

O nascimento é percebido pela sociedade, na maioria das vezes, como um evento gerador de felicidade. Fisiologicamente é considerado um evento natural do ciclo da vida da mulher.

A história mostra que o nascimento sempre foi circundado por uma atenção particular. Até o final do século XIX, a assistência à mulher grávida e seu recém nascido foi exercida essencialmente por mulheres. (CARON e SILVA, 2002). Então, as mulheres detinham o poder sobre seu corpo e eram assistidas em seus domicílios, rodeadas por suas famílias, assistidas pelas parteiras e com cuidados peculiares à puérpera e ao recém nascido, principalmente o repouso, higiene e alimentação durante e após a gravidez.

O controle do trabalho de parto, o parto e o pós-parto eram realizados no ambiente domiciliar, pelas parteiras / comadres que eram mulheres de confiança da família e da mulher, ou como uma experiência reconhecida pela comunidade, e tinham seu ofício como um sacerdócio. O nascimento na Idade Média era um acontecimento social, angustiante e ansioso, quando a comunidade se reunia para ajudar aquela mulher que estava “dando a luz”, rodeado por mistério, que consagrava a solidariedade (CARON e SILVA, 2002).

No nordeste brasileiro, as parteiras eram conhecidas como “cachimbeiras” e detinham o conhecimento empírico, passado como ofício, de geração em geração. Pessoas de confiança e influentes na comunidade auxiliavam parturientes e promoviam apoio emocional e espiritual (MOREIRA ET AL, 2006).

Resgatando a história, Osava (1997) diz que até o século XII, a participação masculina no nascimento não era comum. A moral e os bons costumes impediam a presença de homens nos aposentos da parturiente. Como a parturição era encarada como um processo natural, não exigia a atuação da medicina.

O parto deixa de ser um assunto de mulheres, com as novas descobertas científicas da Idade Moderna, assumindo o papel de curiosidade da ciência (MALDONADO, 2002; MELLO, 2003; MOREIRA ET AL, 2006).

No final do século XVIII, se iniciam as transformações relacionadas à mulher e ao parto. Até então os médicos eram os homens da arte e o “trabalho sujo” do parto era entregue às parteiras. A medicina começa a tomar conta “disso” e usufruir do conhecimento acumulado

pelas parteiras, fazendo com que elas perdessem seu prestígio. O parto sai do universo feminino e domiciliar, logo após a Segunda Guerra Mundial, e passa a acontecer no ambiente hospitalar, afastando a mulher da sua comunidade e conseqüentemente perdendo sua identidade, raízes, roupas e a presença de sua família (MOREIRA ET AL, 2006).

A descoberta do mecanismo da ovulação foi o marco na transformação da assistência a mulher, considerada frágil e com isso necessitando de cuidados médicos, estabelecendo-se aí a Obstetrícia como saber científico, desqualificando o saber empírico das parteiras. (MALDONADO, 2002)

A partir do século XX na década de 40, foi intensificada a hospitalização do parto, que permitiu a medicalização e controle do período gravídico puerperal e o parto como um processo natural, privativo e familiar, passou a ser vivenciado na esfera pública, em instituições de saúde com a presença de vários atores conduzindo este período (MOURA ET AL, 2007)

Com isso, foram criadas normas e rotinas que transmitem e ditam o comportamento de como a parturiente necessita permanecer durante a sua internação no centro obstétrico. A partir daí, o parto se institucionaliza, modificando seus processos e lugares, tornando-se uma responsabilidade profissional (COSTA, 1999; GAIVA E TAVARES, 2002; MOREIRA ET AL, 2006).

O desamparo da mulher quando admitida na maternidade é permeada por rituais e exigências hospitalares que nada têm a ver com o sonhado por ela, já que é privada de sua autonomia, deambulação, poder de expressar sua dor, angústia e necessidades.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996), a mulher procura assistência hospitalar quando em pródromos, começa a perceber as contrações uterinas e perda de mucosidade, líquido ou sangue por via vaginal. Neste momento, a busca pelo serviço de saúde passa a ser a única saída, sem alternativas.

A gravidez é a ocasião de freqüentar o hospital ou a clínica, lugares onde geralmente se reúnem os doentes. A gravidez é também ocasião para ler ou consultar livros e guias onde estão condensados todos os riscos inerentes ao estado da mulher grávida, do feto ou do recém nascido. Enfim, a gravidez termina, geralmente, dentro de uma sala de parto que se parece muito com uma sala de operação cirúrgica (ODENT, 1982).

No âmbito hospitalar, a parturiente passa a ser vista como paciente, sendo submetida a vários exames, diagnósticos diferenciados e procedimentos invasivos dispensáveis. Esta interferência tecnológica dá a ideia de que o nascimento seguro é aquele que ocorre no espaço

hospitalar, conduzido por alta tecnologia, não respeitando a individualidade de cada mulher (CAXEIRO-BRANDÃO ET AL, 2007).

Grande parte dos trabalhos de partos e nascimentos segue um padrão consistente, à medida que, as contrações uterinas se intensificam, a cérvix esvai e dilata. Empurrado pelas contrações uterinas e pelos esforços dos puxos maternos, o feto desce o canal do parto, realizando seus movimentos fundamentais. São fenômenos plásticos e mecânicos que ocorrem simultaneamente, como uma sinfonia para nascimento; estes fenômenos podem perdurar por horas sem que haja qualquer problema (NEME, 2005).

Por considerar o útero como ator no nascimento, o profissional expõe, invade, manipula a parturiente, e sendo por ela aceito como “normal”. A “medicalização” neste aspecto se caracteriza por esta substituição do cultural pela tecnologia, lendo-se, neste caso, como equipamentos e intervenções (MOREIRA ET AL, 2006).

A evolução da tecnologia obstétrica permitiu uma assistência mais sofisticada, reduzindo riscos maternos e fetais, porém infelizmente resultou em profunda dissociação entre os aspectos somáticos e emocionais. (MALDONADO, 2002)

A obstetrícia produziu grandes avanços no conhecimento sobre o processo de gravidez e parto, sobre patologias obstétricas e tecnologias avançadas no tratamento, sobretudo das Doenças Hipertensivas Específicas da Gravidez e Diabetes Gestacional. No entanto, também produziu, com a institucionalização, a medicalização da assistência ao parto (CAPARROZ, 2003).

Esse é o processo de controle da mulher criado pela hospitalização. Imobilização, descaracterização, desvalorização e emoção domesticada da mulher e de quem a assiste, sendo sua autonomia e sua expressão integral cada vez mais desbotadas e postas de lado.

A manipulação da mulher sobre seu corpo ocorre quando o processo de nascimento é “medicalizado”, fazendo-as crer que procedimentos invasivos são necessários e benéficos na sua evolução, mesmo aumentando ou causando a dor e o sofrimento (MACEDO ET AL, 2005).

A excessiva medicalização do parto e o abuso das cifras de cesarianas são frutos diretos da presença quase exclusiva do médico na assistência. A falta de humanização e a ausência do pai ou outro familiar na hora do nascimento são consequências da hospitalização.

A mulher, ao vivenciar a hospitalização para parir, sente medo, sofrimento e abandono. O hospital é percebido como um mundo desconhecido e representado pela mulher como um lugar de abandono.

Então, isso não é um discurso radical contra tecnologia ou hospital, mas sim uma realidade a ser refletida: a mulher não é só uma reprodutora, é um ser total e tem que ser entendida desta forma. Isso vai além das técnicas e da institucionalização do parto. Parir não é só uma forma de construir outra vida, mas de construir a vida da própria parturiente.

Caparroz (2003), afirma que a responsabilidade de quem assiste as parturientes é a de facilitar o processo natural. Nesse sentido as enfermeiras obstetras por sua formação não intervencionista seriam os profissionais mais apropriados para assistir a evolução fisiológica do trabalho de parto e parto.

A mulher foi transformada num agente passivo durante o processo de nascimento pela obstetrícia do mundo moderno, com avanços tecnológicos e novas descobertas que melhoram as condições do parto e ao mesmo tempo desumanizaram o nascimento. Acontecimentos no cenário mundial e nacional vêm buscando a humanização desta assistência, entre eles: Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Nascimento e Parto – Fortaleza (1985); criação da Rede de Humanização do Nascimento (REHUNA) – Carta de Campinas (1993); Recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentadas na publicação Maternidade Segura – Assistência ao Parto Normal: um guia prático (1996); implementação de maternidades e casas de parto baseadas em modelo de assistência com perspectiva humanísticas, em várias regiões do país; a Portaria do Ministério da Saúde nº 163, de 22 de Setembro de 1998, que regulamenta a realização de parto normal sem distócia pelo Enfermeiro Obstetra, fomentando a formação de especialistas; a criação dos Centros de Parto Normal, através da Portaria nº 985 GM – Ministério da Saúde, de 05 de agosto de 1999; o fortalecimento do movimento mundial para humanização com a Conferência Internacional sobre Humanização do Nascimento – Fortaleza, 2000 (OLIVEIRA e BRUGGEMANN, 2003).

Hoje, apesar de todo o esforço do Ministério da Saúde, no Brasil, com o Programa de Humanização do Parto Normal (PHPN), a assistência ao nascimento está arraigada ao contexto hospitalar, onde existem os mais avançados recursos diagnósticos, terapêuticos e assistenciais, mantendo, de certa maneira, seu caráter intervencionista, distanciando a família dessa vivência.

O cuidado prestado à mulher pela enfermagem, que utiliza as tecnologias de cuidado, visa dar-lhes poder de decisão e ajudá-la a passar, da melhor forma e sem intervenções desnecessárias, pelos processos naturais. Afinal, deve haver um motivo real para intervir no processo natural do trabalho de parto. O cuidado atencioso em promover que a própria mulher conduza o seu trabalho de parto é uma tecnologia de cuidado.

Para a Organização Mundial de Saúde é essencial que métodos não-farmacológicos de alívio da dor sejam explorados, por serem mais seguros e acarretarem menos intervenções. Aí se incluem massagens, movimentação livre, exercícios respiratórios e a utilização de água em banhos de aspersão e imersão. Estas práticas são classificadas pela OMS como *Categoria C – práticas em relação às quais não há evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão* (OMS, 1996).

Há necessidade de se recuperar o parto como evento familiar e natural, e de aliar os benefícios das modernas evidências científicas para torná-lo mais acolhedor com a presença do acompanhante escolhido pela parturiente, com liberdade de escolha de suas posições no trabalho de parto e findar o uso de procedimentos invasivos desnecessários (MOREIRA ET AL, 2006).

Parir em um ambiente particularmente preparado para receber uma nova vida, rodeado de tranqüilidade, carinho e afeto constitui essa perspectiva de assistência diferenciada e individualizada. Vários instrumentos vêm sendo usados visando a promover este propósito como tratamento não farmacológico da dor.

No processo da maternidade, a dor da mulher é encarada de forma diferente de outras origens orgânicas, o que leva também a diversas condutas, opiniões e convicções em relação ao seu manejo na obstetrícia. A dor faz parte do cotidiano, pois é uma característica decorrente de muitas transformações fisiológicas que ocorrem no organismo da mulher: gravidez, parto e menstruação (HELMAN, 2003 e ALEXANDRE, KIMURA, TSUNECHIRO, OLIVEIRA, 2006).

A dor aguda tem impacto significativo na percepção da qualidade de vida, podendo levar a modificações no âmbito orgânico, emocional, comportamental e social. A dor é invisível, logo, é possível inferir a presença dela em alguém, indiretamente, por meio de observação ou de comunicação do sofrimento do comportamento da dor (VARGAS e ARAÚJO, 2006).

Bonica apud Zambrano (2007), afirmam que a dor aguda é uma constelação complexa de desagradáveis experiências sensorial, perceptiva e emocional e certamente ligada às respostas autônoma, psicológica, emocional e comportamental.

Dor, termo derivado do latim, significa “pena”, “castigo”. Ao longo da história vem sendo tratado como intrusão de fluidos mágicos, desequilíbrio de energia vital, paixão da alma, castigo para os pecadores, forma para obter graças divinas, frustração de desejos e

sensações corpóreas e até o início do século ainda era controverso se seria uma emoção ou uma sensação (GIANNOTTI e PIZZOLI, 2004; BONNET, 1991).

A dor é uma sensação desagradável, que varia desde o desconforto leve a insuportável, associada a um processo destrutivo atual ou potencial dos tecidos que se expressa através de uma reação orgânica e emocional. É uma resposta resultante da integração central de impulsos nervosos periféricos, ativados por estímulos locais (SOUSA, 2002).

Caparroz (2003), diz que o medo paralisante da dor e da perda do controle de suas sensações dificulta a confiança da mulher em si mesma e na expressão do seu corpo, que está biologicamente apto para parir.

Segundo Lowe (2002), a dor do parto acontece num contexto fisiológico e psicológico individual de uma mulher e no contexto social da cultura que a cerca, que inclui além de crenças, costumes e padrões da família, também o sistema de atendimento médico.

A dor no trabalho de parto acontece em função das contrações uterinas, entretanto outros fatores fisiológicos estão envolvidos: hipóxia da musculatura uterina, estriamento cervical, vaginal e perineal durante o período expulsivo, o estresse e o limiar de tolerância à dor da mulher (MOREIRA ET AL, 2006).

Essa dor resulta de complexas interações de caráter inibitório e excitatório e, embora seus mecanismos sejam semelhantes aos de outras dores agudas, existem fatores diversos, específicos do trabalho de parto, de natureza neurofisiológica, obstétrica, psicológica e sociológica (SILVA, 2006).

A teoria de dor mais abrangente e aceita no momento é a *Gate Control*, elaborada por Melzack e Wall, em 1965, que considera tanto os aspectos fisiológicos como psicológicos da dor e contribui para sua compreensão, avaliação e controle. Segundo essa teoria, os impulsos nervosos evocados por lesões são influenciados na medula por outras células nervosas que atuam como portões, impedindo ou facilitando a passagem dos impulsos e a dor, durante a parturição, é uma resposta fisiológica, complexa, subjetiva e multidimensional aos estímulos sensoriais gerados, principalmente, pela contração uterina. As outras causas fisiológicas da dor são a hipóxia da musculatura uterina, o estiramento cervical, vaginal e perineal durante o período expulsivo, o estresse (níveis aumentados de glicocorticóides e catecolaminas) e o limiar baixo de tolerância à dor (baixos níveis de endorfina, fadiga e doença). Como a interpretação dolorosa envolve aspectos sensitivos, cognitivos, comportamentais e culturais, torna-se necessária a avaliação sistematizada (NEME, 2005)

Do ponto de vista neurológico, a dor é um sinal de alarme que parte da periferia do corpo ao seu centro, servindo-se de fibras em alta velocidade de transmissão, justamente para

que se torne possível decodificar rapidamente o seu significado e dar imediata resposta (NERY, PINHEIRO E OLIVEIRA; 2005).

O trato espinotalâmico é responsável pela transmissão dos estímulos da dor que ativam a formação reticular no mesencéfalo e no sistema límbico, que se localiza próximo ao tálamo e hipotálamo. Estes impulsos seguem em direção aos centros superiores no córtex cerebral. Centros reticulares límbicos e corticais interagidos informam as percepções sobre localização, intensidade e caráter da dor (POTTER, 1996).

Os receptores da dor (nociceptores) são terminações nervosas livres na pele que respondem apenas a um estímulo intenso, potencialmente danoso. Esse estímulo pode ser de natureza mecânica, térmica ou química. As articulações, a musculatura esquelética, a fáscia, os tendões, a córnea e as vísceras têm receptores de dor com a potencialidade de transmitir estímulos que produzem dor. Esses receptores são vias multidirecionais complexas, e geralmente em resposta a estes estímulos, a dor é acompanhada por efeitos vasomotores e viscerais (SMELTZER E BARE, 2006).

Potter (1996) descreve mais profundamente o mecanismo da dor e o divide em três estágios: recepção - comportamento neurofisiológico que por meio de receptores espalhados pelo corpo enviam impulsos através dos nervos periféricos aferentes até a medula espinhal onde são direcionados para os centros superiores do sistema nervoso central (no trato espinotalâmico) e de lá retornam por pelas fibras nervosas aferentes em forma de estímulos motores até o local da dor; percepção – conscientização dessa dor interpretada como sensação desagradável e reação – resposta fisiológica traduzida no comportamento da sensação desagradável percebida.

A experiência da dor no trabalho de parto é uma resposta complexa, subjetiva e multidimensional aos estímulos sensoriais gerados durante o processo. A dor do parto é um fenômeno que faz parte da natureza humana. Apesar de não ser uma dor ligada à patologia, está ligada a uma nova vida, podendo ser percebida como insuportável pela parturiente (LOWE, 2002).

Zugaib, Tedesco e Quayle (1997), afirmam que o medo e a ansiedade geram hormônios que respondem pelo aumento da contratilidade e fluxo sanguíneo uterinos, o que contribui para intensificar o mecanismo da dor.

Branden (2000), afirma que os níveis aumentados de epinefrina e norepinefrina elevam a pressão sanguínea e a frequência do pulso, diminuem a atividade do miométrio, esgotam as reservas de glicose e reduzem as contrações.

Balaskas (1999), aconselha que a dor do trabalho de parto deva ser aliviada de preferência com o uso de terapias isentas de efeitos colaterais, para que se reduza a ansiedade e diminuam os níveis de hormônios que desaceleram o trabalho de parto, tornando-o assim menos longo e doloroso.

No parto, leva-se em conta, que é comum, como nos experimentos psicofísicos, que um aumento de estímulo tenha de ser interrompido em intensidade, por que a sensação muda a qualidade e transforma-se em dor. (ZIEGEL, 1986).

Waldenström apud Zambrano (2007), afirma que a dor do parto, embora extremamente variável entre as mulheres, é marcante e para muitas delas é a dor mais intensa que já sentiram. E pode ser prejudicial, causando aflição, ansiedade para partos futuros e, de acordo com alguns clínicos, reações negativas que afetam psicologicamente o pós-parto normal e o ajustamento sexual.

A dor do trabalho de parto e parto é evitável, mas qualquer emoção negativa como medo a desperta. Fatores psicológicos aumentam-na, como fadiga mental, solidão, comportamento inadequado do profissional e falta de conhecimento sobre o trabalho de parto (VALLEY, 1980).

Fatores internos e externos, maximizam ou minimizam a dor, o manejo no seu enfrentamento, preparo psicológico, uso de métodos não farmacológicos, ambiente adequado tem influência positiva no alívio da dor, no trabalho de parto, por diminuírem a ansiedade. É necessário restabelecer e garantir à mulher a capacidade para enfrentar a dor no parto, instituir medidas que promovam o bem estar no ambiente da parturição e a implementação eficaz de métodos não farmacológicos para alívio da dor, diminuindo o nível de estresse e ansiedade, colaborando para um parto mais ativo e humanizado (KNOBEL, RADÚNZ E CARRARO, 2005; MOREIRA, ET AL, 2006).

A dor é considerada por Pomatti, et al. (2007) como uma experiência própria de cada pessoa e não existe um padrão para seu conceito ou manejo, podendo ser utilizadas diferentes formas para sua amenização.

Nery, Pinheiro e Oliveira (2005), também ressaltam que, cada indivíduo percebe a forma de uma forma, há de se considerar que a sensação de dor é produto de experiências passadas de dor, valores, expectativas culturais, emocionais e étnicas vivenciadas nos aspectos fisiológico e psicológico.

O estabelecimento de uma relação enfermeiro-cliente harmoniosa é fundamental no reconhecimento da dor, e, muitas vezes, é o que determina um tratamento bem sucedido da dor. O cuidar autêntico contempla o saber ouvir, possibilitar a amenização do sofrimento e

estar com o outro no enfrentamento das situações e da dor (LEAL, MELO, SALIMENA e SOUZA, 2008).

Nery, Pinheiro e Oliveira (2005) observaram em seus estudos e na sua prática diária que algumas terapias alternativas / complementares produzem bem estar geral na parturiente, deixando transparecer um alívio imediato da dor.

Hatem (2005) afirma que a música é um tratamento efetivo por causa da sua influência na dor e efeitos fisiológicos no corpo, considerando a teoria de controle de dor, que descreve o controle cerebral do mecanismo da dor e demonstra que a sua distração (efeito da música) pode diminuir a natureza adversa do estímulo causador da dor.

Giannotti e Pizzoli (2004) confirmam a capacidade da música de chamar a atenção para longe de pensamentos negativos, pois sua audição libera substâncias químicas poderosas que regulam o humor, reduzindo a agressividade e a depressão e melhorando o sono.

O mecanismo de ação da música sobre a dor foi descrito por Henry (1995) e Whipple e Glynn (1992), apesar de bastante controverso. Diversas teorias somadas explicam a ação da música na função autonômica, causando uma estimulação pituitária, resultante da liberação de endorfina (opióide natural), diminuindo a dor e reduzindo potencialmente a necessidade de analgésicos, o que poderia também explicar a diminuição da frequência cardíaca e da pressão arterial quando em uso da música como terapia.

Do ponto de vista físico, a música produz alterações fisiológicas, tais como a velocidade da respiração, na reação galvânica da pele, na pressão arterial, no metabolismo corporal, na energia muscular, diminuindo a fadiga física e o estresse, abaixando o limiar de dos estímulos sensoriais, induzindo a visualização e facilitando o fluxo energia corporal por meio de reflexo talâmico, dependendo de sua estrutura musical (SILVA, 2006).

A música é uma forma de expressão não verbal, percebida através do aparelho auditivo e posteriormente canalizada para o cérebro, para regiões de respostas emocionais, algumas delas associadas ao sistema límbico (GIANNOTTI e PIZZOLI, 2004).

Os sinais gerados no sistema límbico que vão para o hipotálamo, podem modificar uma ou todas as funções internas do corpo que são controladas pelo hipotálamo. O nível de catecolaminas, principalmente a adrenalina, presente no sistema nervoso autônomo, reduz-se frente à música, que também influencia os níveis pressóricos, baixando-os e, liberando endorfinas, encefalinas, opióides endógenos naturais do corpo, aliviando a dor (FREGTMAN, 1989).

Especialistas do hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo vêm utilizando a música para reduzir dores crônicas em clientes, inclusive, que

chegaram a utilizar morfina para aliviar o sofrimento, pois apresenta um canal direto para as emoções (GIANNOTTI e PIZZOLI, 2004; LEÃO, 2000).

A música, enquanto cuidado, conforta e ajuda no manejo da dor, da ansiedade e do estresse, proporciona conforto, aconchego, prazer e segurança que traz equilíbrio para a saúde do cliente (GIANNOTTI e PIZZOLI, 2004).

Backes (2003) define a música, não só como uma terapêutica contribuidora para humanização do cuidado, mas também como uma forma inovadora, simples e criativa para alívio da dor. Seu uso evidencia uma sensação de paz, alegria, tranquilidade, descontração e bem-estar.

A música pode ajudar a eliminar a dor, servindo de santuário, um refúgio através da imaginação. Ajuda a reduzir o estresse e a tensão, induzindo ao relaxamento. Com a ativação da produção das endorfinas provocada pela música, a mente humana pode criar temporariamente um mundo sem dor. O poder da música alcança a tradução (sensação) de dor em energia sonora saudável (GATTI e SILVA, 2007).

Por ser uma linguagem universal, a música está presente em atividades de cunho terapêutico, social, cultural, entretenimento, e envolve vários profissionais diferentes.

Bergold e Sobral (2005), defendem que a música não deve ser uma prerrogativa de uma profissão, pois consideram que qualquer profissional interessado em valorizar a subjetividade inerente ao afeto e a criatividade pode utilizá-la. Com imaginação, a música pode transforma-se em um cuidado intuitivo, sensível e não invasor.

A musicoterapia tem suas raízes na sabedoria cujas origens se perderam no tempo. É uma terapia que vem sendo utilizada há séculos, entretanto, apenas nas últimas décadas, entendida como ciência e profissão (FONSECA et al, 2006).

As manifestações musicais, segundo Giannotti e Pizzoli (2004), possuíam uma compreensão instantânea, pois o povo primitivo não tinha uma finalidade artística, mas sim uma exteriorização espontânea e vital para a tribo.

Percebe-se que a música tem acompanhado o homem desde os primórdios da humanidade, e por mais que a ciência tenha avançado, a compreensão de como ela exerce influência sobre os seres humanos constitui, ainda, um desafio e um campo a ser estudado (LEÃO e SILVA, 2004).

Giannotti e Pizzoli (2004) também citam que a música é usada desde Antiguidade em rituais para liberar o corpo dos espíritos malignos causadores das doenças. Gregos acreditavam que a música poderia curar.

Aristóteles e Platão, em seus escritos, já haviam constatado a música, com efeito terapêutico, atingindo a saúde e o comportamento humano. Grant (1995) afirma que, a música tem sido utilizada de forma terapêutica por séculos, e existem numerosos exemplos dos poderes curativos e preventivos da música em vários documentos históricos de diferentes culturas (BENEZON, 1998).

Alguns grupos históricos reconheceram como a música afeta as emoções. Homer afirmava que a música poderia ser usada para evitar emoções negativas como: raiva, tristeza, medo e fadiga. O documento mais antigo encontrado na prática médica, em relação à música, é o papiro de KAHUM, já descreve seu uso e indicação para o tratamento de doenças e na fertilidade feminina (HEITZ; SYMRENG; SCAMMAN; 1992).

Giannotti e Pizzoli (2004), definem a música como fonte singular e intermediária no que concerne à estruturação da energia, à capacidade de estabelecer contatos, ao auto conhecimento e, não menos importante, ao estabelecimento de relações humanas.

A música traz benefícios ao ser humano, tanto fisiológicos como psicológicos. Outros personagens históricos também fizeram esta observação – a música beneficiando a saúde. Alexandre, o Grande a utilizava para promover relaxamento de seus soldados, após uma batalha. Egípcios e outras civilizações acreditam no poder da música na fertilidade feminina (FERRREIRA, REMEDI & LIMA, 2006).

Segundo Hatem (2005), ainda no final do século XVIII, cientistas começaram a investigar o efeito da música no ser humano, sendo observado na época, sua ação sobre funções fisiológicas (frequência cardíaca e respiratória e efeitos vibratórios em geral). Observou-se o relacionamento da música com respostas fisiológicas e psicológicas do organismo humano.

Musicoterapia é o processo sistemático de intervenção em que o terapeuta ajuda o paciente a promover a saúde utilizando experiências musicais e as relações que se desenvolvem através delas como forças dinâmicas de mudança (HATEM, LIRA & MATTOS, 2006 e BENENZON, 1998).

Hatem (2005) resume a musicoterapia como ciência aplicada por uma pessoa qualificada, usando a música de forma prescrita, clínica, como uma intervenção terapêutica em ordem, para estimular mudanças positivas em quatro áreas das funções humanas: cognitiva, física, psicológica e social.

A música é capaz de abrir um canal de comunicação e outro de saída para as emoções, podendo ser utilizada de forma efetiva no tratamento de problemas fisiológicos, como dor e insônia (GIANNETTI e PIZZOLI, 2004).

Bergold, Alvim e Cabral (2006), relatam que a música, ao se constituir como expressão artística e cultural, importante e universal, embala o cotidiano da vida, além de favorecer a manutenção da saúde mental, a prevenção do estresse e o alívio do cansaço físico.

Benenson apud Alves (2001), refere à música por ser uma linguagem universal, capaz de proporcionar oportunidades para o desenvolvimento de formas de comunicação verbal e não verbal, gerando assim um veículo de proporções ilimitadas nos processos de comunicação terapêutica.

Segundo Gatti e Silva (2007), a música vem sendo usada desde o século XIX, inicialmente em instituições psiquiátricas, onde já se observa a capacidade de acalmar pacientes agitados com audição de melodias suaves. Usada também nesta mesma época, após a Segunda Grande Guerra, para melhorar a capacidade de trabalho em fábricas inglesas e americanas, pois as melodias exaltavam o ânimo do trabalhador, fazendo-o mais eficiente.

Hatem (2005), cita ainda o uso da música durante a II Guerra Mundial, onde músicos eram chamados para trabalhar diretamente com os feridos nos hospitais militares, momento da história em que a música é oficialmente reconhecida como recurso terapêutico.

É crescente, segundo Bergold, Alvim e Cabral (2006), o uso da música pela Enfermagem. São apontadas como contribuições inúmeras ao cliente: conforto, diminuição da dor, facilita comunicação e melhora a relação profissional-cliente (BACKES, 2003; GALLICHIO, 2001; LEÃO e SILVA, 2004).

A musicoterapia é considerada como uma terapia alternativa/complementar à assistência prestada. Para a prática do enfermeiro, através de seu Conselho representativo, é reconhecido e permitido o uso destas terapias como parte integrante de sua assistência. O Parecer informativo 004 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) reconhece a visão holística como fundamentação da profissão de enfermagem, justificando o uso de práticas naturais no cuidado e a Resolução 197, estabelece e reconhece as terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem (COFEN, 1995 e COFEN, 1997).

A música pode ser uma tecnologia inovadora e estratégia importante na humanização do cuidado, pois é facilitadora das expressões das emoções, redutora de ansiedade e angústia, principalmente num momento de internação hospitalar (BERGOLD E SOBRAL, 2003; TAVARES ET AL., 2002).

Tecnologia não deve ser confundida com equipamentos. Há tecnologias leves que compreendem um saber prático, uma habilidade humana capaz de desenvolver e estabelecer

procedimentos sistematizados para execução de uma atividade prática (TAVARES ET AL, 2002).

A música é alternativa terapêutica preciosa, importante instrumento, forma peculiar de cuidado capaz de modificar atitudes, comportamentos e estados de ânimo, humanizar as intervenções de enfermagem e favorecer a dimensão espiritual humana, negligenciada ou pouco compreendida (BACKES, 2003; DOBRO, 1998; FONSECA ET AL., 2006).

Em uma internação hospitalar, o cliente se sente sozinho e inseguro, se encontra num ambiente diferente de seu habitual, necessita sair de sua rotina diária, onde ocorrem muitas mudanças e encontros com pessoas e locais desconhecidos, além disso, se depara com odores e ruídos anormais, luz e conversas surgem a todo tempo. Neste turbilhão de novidades a música pode trazer um sentimento de familiaridade, de comunicação com o seu meio, fazendo-o se sentir menos ameaçado (BERGOLD E SOBRAL; 2003).

Testes científicos revelam que até mesmo breves períodos de conversa em voz alta são suficientes para afetar o sistema nervoso, e assim provocar constrições em grande parte do sistema circulatório (BERGOLD e SOBRAL, 2003).

A música usada no período de internação hospitalar promove relaxamento físico e mental capaz de minimizar estresse, tensão e ansiedade, além de despertar atenção, aumentar o nível de energia e das percepções sensoriais e elevar o humor (BERGOLD e SOBRAL, 2003 e FONSECA ET AL, 2006).

Efeitos positivos e benéficos do uso da música como forma de cuidado é consenso, pois mobiliza sentimentos positivos e fez com que o cliente sintasse bem, promovendo e recuperando sua saúde (CAMPOS e KANTORSKILL, 2008; PETO, 2000; LEÃO e FLUSSER, 2008; MOREIRA ET AL, 2006).

Bergold e Sobral (2003), descrevem a vibração em nosso corpo como uma onda, o surgimento das emoções capazes de trazer sensações boas de prazer e tranqüilidade.

A música, como atividade vibratória organizada, afeta o corpo de duas maneiras: objetivamente, como efeito do som sobre as células e os órgãos; subjetivamente, agindo sobre as emoções, que por sua vez, influenciam numerosos processos corporais. Temos aí um modelo de retroalimentação, onde o organismo influi nas emoções e as emoções influem no organismo. Estudos comprovam que a atividade muscular, a respiração, a pressão sanguínea, a pulsação cardíaca, o humor e o metabolismo são afetados pela música e pelo som (MILLECO FILHO, BRANDÃO & MILLECO, 2001).

Através da vibração rítmica das ondas sonoras, a música permite um relaxamento da sensorialidade humana (GATTI E SILVA, 2007).

Fisiologicamente, pode-se considerar que o corpo humano atua como receptor e produtor de pulso, em um ritmo fundamental de 60 batimentos por minuto, que expressados tecnicamente, se traduzem em 6 a 10 Hertz, o que corresponde a ondas alfa decodificadas nas músicas relaxantes, facilitando sua percepção e desencadeando respostas primitivas no ser humano (CRUZ, PIROVICH, PENA, 2003).

Hatem (2005), cita que o sistema ativador reticular, através do cérebro e do Sistema Nervoso Autônomo, afeta as emoções, a função autonômica e a musculatura do corpo, pois as curvas alfa do cérebro, que estão relacionadas ao relaxamento, podem ser estimuladas pela música.

A intervenção por meio da música pode refletir na saúde de forma positiva, proporcionando um ambiente terapêutico, onde o cliente se sente assistido em dimensões que convencionalmente não são enxergadas. Os sentimentos podem ser compartilhados e questões relativas ao estado psíquico podem ser trabalhadas (FONSECA ET AL., 2006).

A música possibilita a prestação de uma assistência diferenciada ao cliente, passando a ser visto como sujeito ativo de seu processo de recuperação e cura, além de recompor o ser humano em sua integralidade, deixando de ser entendido como um composto de partes (FONSECA ET AL, 2006 e BENENZON, 1988).

Bergold e Sobral (2005), vão além em seu estudo qualitativo. Puderam observar que, na maioria das vezes, a música mobiliza os sentimentos das pessoas ao redor, seja o cliente, familiar, seu acompanhante, os profissionais da equipe de saúde, demonstrado através de sorrisos, expressões corporais e faciais, lágrimas e palavras emocionadas.

Os fatores culturais da música possuem a capacidade de religar o indivíduo aos seus próprios valores, ou seja, a si mesmo, oportunizando a reconstrução de sua história (ANDRADE e PEDRÃO, 2005).

A música, então, é um recurso terapêutico que cuida, alivia a dor, propicia prazer e minimiza o sofrimento, ajuda a humanizar a assistência e, como as demais terapias complementares, objetiva o resgate do equilíbrio e não só o tratamento de um sintoma ou da doença (SILVA, 2006).

### **3. MATERIAIS E MÉTODOS**

#### **Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, do tipo série de casos, que relata experiências em serviço. Os estudos de série de casos se propõem a analisar um conjunto de casos que ocorrem em um curto período de tempo. Dentre suas vantagens, destacam-se a possibilidade de evidenciar padrões raros ou desconhecidos de um dado agravo à saúde, geração de hipóteses, além de seu baixo custo. Algumas limitações desse tipo de delineamento, no entanto, devem ser consideradas, dentre elas: não tem grupo de comparação apropriado; não se pode excluir mero acaso na relação encontrada; não pode ser utilizado para testar a presença de uma associação estatística válida (PEREIRA, 1995).

#### **Campo do Estudo**

A pesquisa foi realizada na cidade de Juiz de Fora situada na Zona da Mata do Estado de Minas Gerais. A cidade de Juiz de Fora está a 255 km de Belo Horizonte/MG e a 184 km da cidade do Rio de Janeiro/RJ. De acordo com o IBGE (2006), a cidade conta com uma população estimada em 509.126 habitantes, e é a segunda maior cidade de Minas Gerais, caracterizada por uma excelente qualidade de vida, reconhecida e vivenciada por todos os seus habitantes.

A Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora estima o nascimento de aproximadamente 7.300 crianças, sendo mais de 85% residentes da própria cidade e as demais das regiões próximas.

Próxima do estado do Rio de Janeiro tem seu acesso pela BR 040 e para Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais, o acesso é pela BR 133. (Figura 1).

Figura 1 – Mapa de acesso à Juiz de Fora - MG



Fonte: [www.webbusca.com.br/paga\\_m/juiz\\_fora/juiz\\_fora\\_mapas.asp](http://www.webbusca.com.br/paga_m/juiz_fora/juiz_fora_mapas.asp)

O campo da pesquisa foi o Hospital Maternidade Therezinha de Jesus - JF, instituição privada filantrópica, com uma média de duzentos nascimentos por mês. Trata-se de uma referência na cidade, por deter o maior número de leitos obstétricos. Estima-se que nos seus 82 anos de funcionamento já tenha ocorrido em torno de cento e cinquenta mil nascimentos.

Transformada em hospital geral em 2005, quando assumida por uma instituição de ensino privado da cidade através de um processo de co-gestão, manteve sua característica essencial, a assistência à mulher. Com a construção de um Centro de Parto Normal, com dez quartos individuais, garantiu a estruturação física para a implementação da filosofia do parto humanizado, já diferenciando o modelo de assistência ali prestada até então.

Os Centros de Parto Normal atendem as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde, conforme Portaria 985/99 GM/MS. Constituem-se em unidades de atendimento ao parto normal, localizadas fora do centro cirúrgico obstétrico. Dispõem de um conjunto de elementos destinados a receber a parturiente e seus acompanhantes, permitindo um trabalho de parto ativo e participativo, empregando práticas baseadas em evidências recomendadas e que os diferenciam dos serviços tradicionais de atenção obstétrica. As primeiras recomendações para essa modalidade de assistência foram citadas pela Organização Mundial da Saúde, em 1996.

Apesar de a estrutura física do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus atender aos requisitos das normas vigentes, o Centro de Parto Normal da instituição ainda está em fase de implantação em relação ao modelo assistencial preconizado pelo Ministério da Saúde. Para tanto, é necessário contratar profissionais para completar a equipe assistencial com enfermeiro (a) obstetra nas vinte e quatro horas.

O modelo de assistência biomédico ainda é bem marcante: restrição alimentar em trabalhos de parto francos e de baixo risco, uso de ocitócitos e amniotomia de rotina, sem aguardar as indicações onde estas intervenções poderiam ser utilizadas de maneira segura e benéfica. Porém já se percebe mudanças no comportamento de alguns profissionais. A população precisa conhecer e se apropriar de tecnologias consideradas inovadoras e apropriadas ao nascimento. Práticas benéficas como deambulação, uso do banho terapêutico, uso da bola, musicoterapia, massagens já acontecem no Centro de Parto Normal da instituição estudada, mas ainda não é uma prática rotineira. Acontece quando docentes da universidade que gerem a instituição se encontram no local. Precisam ser expandidas e oferecidas a todas as parturientes lá internadas.

## População e Amostra

A população estudada na pesquisa foi composta por mulheres em trabalho de parto admitidas neste Centro de Parto Normal.

Foram incluídas no estudo mulheres em trabalho de parto eutócico e que não apresentassem qualquer deficiência física ou mental que impossibilitasse a audição da música - surdez e debilidade mental.

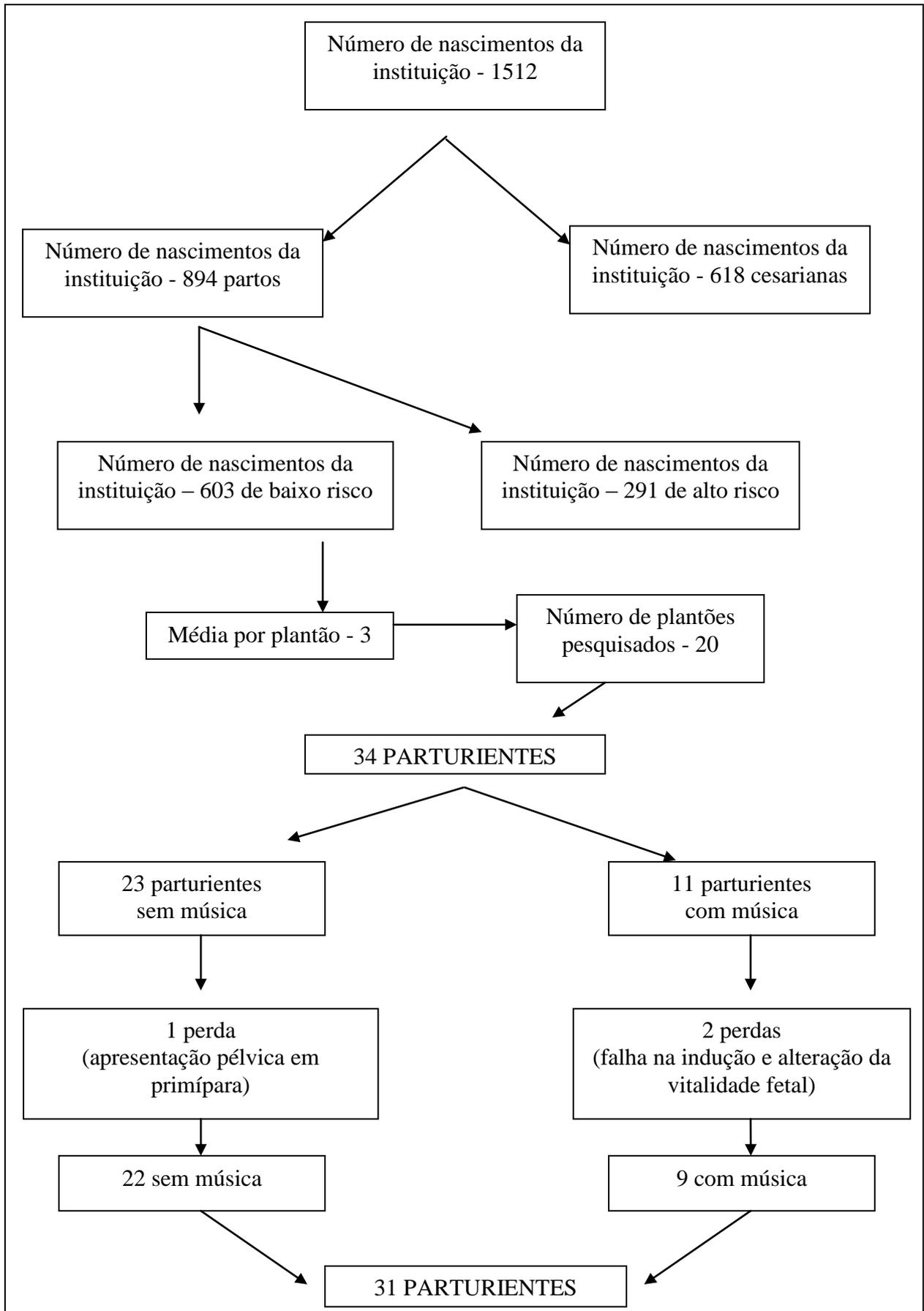
Foi considerado como critério de exclusão, parturientes que apresentassem qualquer complicação obstétrica (hipertensão arterial, diabetes Mellitus, infecções, descolamento prematuro de placenta) na admissão e/ou no momento da coleta de dados.

A amostragem é o processo através do qual se obtém informações sobre um todo (população). A amostra é um subconjunto não vazio de uma população (universo). Uma amostra é probabilística quando cada unidade amostral tem uma probabilidade conhecida e diferente de zero de pertencer à amostra. Supõe sempre algum tipo de sorteio aleatório (de tipo lotérico).

No tipo de delineamento utilizado não cabe a utilização de amostragem probabilística, uma vez que a série de casos já possibilita a construção do objeto e de suas características essenciais. Nessa pesquisa foram estudadas trinta e uma mulheres distribuídas em dois grupos: vinte e duas no grupo sem música e nove no grupo com música durante o trabalho de parto, ou até o momento que assim desejaram.

Inicialmente foram selecionadas 34 (Trinta e quatro) parturientes, 23 (Vinte e três) no grupo sem música e 11 (Onze) no grupo com música (Figura 2). Das mulheres acompanhadas, 8,8% (3) foram excluídas: uma parturiente teve indicação obstétrica para parto cirúrgico após avaliação quem revelou apresentação pélvica em primípara; outra parturiente, admitida para indução trabalho de parto, revelou durante avaliação ultrassonográfica fragilidade fetal e foi encaminhada à cesariana e uma terceira parturiente não alcançou a fase ativa do trabalho de parto após falha na indução por 7 horas. (Figura 2)

Figura 2 – Distribuição das parturientes, HMTJ, Maio a Outubro de 2008.



## Coleta dos dados

O período da coleta dos dados ocorreu de maio a outubro de 2008. O período da coleta se estendeu por este tempo pela dificuldade que a pesquisadora encontrou em realizar sua pesquisa no local onde atua profissionalmente. Algumas coletas eram interrompidas por reuniões de trabalho ou para resolver problemas administrativos, mesmo naqueles dias em que me encontrava na instituição apenas para realizar a pesquisa.

As parturientes foram alocadas em dois grupos: um submetido à audição de música instrumental relaxante e o outro não submetido a tal intervenção. A distribuição entre os grupos foi determinada pelo plantão em que as parturientes foram internadas. Plantões pares compunham o grupo acompanhado com música e plantões ímpares o grupo onde a música não foi utilizada.

A duração da audição foi, na maioria dos casos, a mesma do trabalho de parto ou até que a mulher solicitasse seu término. Esta audição foi realizada através de música no ambiente do quarto, com programação de repetição do CD, com uma série de 180 minutos de gravação de músicas instrumentais relaxantes. O grupo submetido à audição foi esclarecido para o fato de que poderia solicitar a qualquer momento o encerramento da audição musical.

Considerou-se como música relaxante aquela composta por som de baixa amplitude, que mantém um ritmo musical simples e direto e uma frequência com o tempo de aproximadamente 60-70 batimentos por minutos (HATEM, 2005).

Os registros obtidos através do exame físico-obstétrico foram realizados na parturiente pelo profissional assistente que, na maioria dos casos, não era a pesquisadora principal, e transcritos para um formulário de coleta de dados (Apêndice A). A aferição dos sinais vitais, batimentos cardíacos fetais e aplicação da escala analógica visual foram realizadas pela pesquisadora.

Foi utilizado um partograma desenvolvido para o estudo com base nos propostos pelo Ministério da Saúde, CLAP e FEBRASGO. O partograma é a representação gráfica do trabalho de parto que permite acompanhar sua evolução, além de documentá-la. Esta ferramenta gráfica permite diagnosticar alterações maternas ou fetais e auxilia o processo de definição de condutas para a correção de desvios. O partograma também é útil para descartar intervenções desnecessárias, como: amniotomia artificial, uso de ocitócito, restrição ao leito, dieta zero, entre outras aplicadas em momentos não adequados (BRASIL, 2001).

O partograma consegue unir elementos fundamentais para qualidade da assistência ao trabalho de parto e parto: a simplicidade e a utilidade prática. O emprego do partograma

melhora a qualidade da assistência prestada, permitindo corrigir precocemente os partos disfuncionais, diminuir a incidência de cesáreas e identificar os casos em que intervenções são realmente necessárias (CAMANO e SOUZA, 2002).

Os benefícios da interpretação gráfica da evolução do trabalho de parto são inúmeros e o método é simples, podendo ser feita em qualquer folha de papel. Na sua habitual montagem, utiliza-se uma folha quadriculada com eixo X delimitando o tempo em horas e no eixo Y os centímetros de dilatação cervical à esquerda, e a descida da apresentação à direita (BRASIL, 2001).

As distócias são identificadas no partograma através da observação das curvas de dilatação cervical e da descida da apresentação, podendo ser percebido: fase ativa prolongada, parada da dilatação, parto precipitado, período expulsivo prolongado e parada da descida.

### **Variáveis do Estudo**

O partograma foi composto por duas partes, na primeira foram agrupadas as variáveis que caracterizavam a parturiente e que eram registradas no início do atendimento, sendo elas: identificação (iniciais e número de seu prontuário), idade, número de gestações, paridade, estado civil, escolaridade, número de consultas de pré-natal realizadas, presença ou ausência de acompanhante, idade gestacional.

Na segunda parte foram agrupadas as variáveis que descreviam a evolução do trabalho do parto e parâmetros fisiológicos maternos-fetais, aferidos a cada hora: frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial, dilatação cervical, número de contrações uterinas em dez minutos, duração das contrações e batimentos cardíacos fetais.

Para mensurar a dor foi usada a Escala Visual Analógica que era apresentada à parturiente no momento da aferição dos sinais vitais. Esta escala consiste em uma régua colorida e fracionada de zero a dez, onde o zero (na cor azul) significa ausência total de dor e o dez (na cor vermelha) o nível de dor máxima suportada pela paciente (Anexo A).

Segundo Hatem (2005), variáveis como frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, entre outras são utilizadas em vários estudos como parâmetros de medição da efetividade do uso música, sendo que estes sofrem uma redução significativa.

Variáveis investigadas:

- Identificação: cada parturiente foi identificada pelo o número do final do prontuário da instituição, composto por quatro números.
- Música: o fator de exposição foi numericamente identificado - 1 para grupo controle (ausência de música) e 2 para grupo exposto (com audição musical).
- Idade: foram agrupadas em três faixas etárias, em concordância com manuais técnicos do Ministério da Saúde, em três grupos: até 19 anos, entre 20 e 34 anos e 35 anos ou mais.
- Número de Gestação (Gesta): história obstétrica (número de gestações ocorridas) de cada parturiente.
- Paridade: número de partos de cada uma delas.
- Primiparidade: variável considerada para análise dos dados, pois a diferença no trabalho de parto, descrita na literatura, é apoiada em a parturiente ser primípara ou não.
- Estado civil: casada ou solteira.
- Escolaridade: dividida nas seguintes categorias: fundamental, médio ou superior, independente do número de anos estudados ou conclusão do nível de ensino.
- Consultas de pré-natal: agrupadas em quatro categorias: de uma a três consultas, de quatro a seis consultas e com sete ou mais consultas.
- Acompanhante: registro da presença ou ausência de acompanhante independente do grau de parentesco.
- Tempo de internação: registrado o número de horas desde o horário de internação da parturiente até o nascimento de seu filho (a).
- Tempo de fase ativa de trabalho de parto: registro do tempo desde a entrada da mulher na fase ativa do trabalho de parto (4 cm. de dilatação cervical) até o momento do parto.
- Velocidade do trabalho de parto: partindo do pressuposto descrito na literatura de que a dilatação cervical durante o trabalho de parto evolui em média um centímetro a cada hora, delineamos a variável nas seguintes categorias, a partir de sua evolução na dilatação cervical: menor que um centímetro a cada hora, igual a um centímetro a cada hora e maior que um centímetro a cada hora. Para avaliar este parâmetro foi estabelecida uma variável que elencou as mulheres em três categorias: velocidade do trabalho de parto menor que 1 cm/hora, velocidade de trabalho de parto igual a 1 cm/hora e velocidade do trabalho de parto maior que 1 cm/hora. Esta variável foi indicada para avaliar uma presumível idéia da capacidade da música em acelerar naturalmente o trabalho de parto, diminuindo assim sua duração.
- Dor: mensurada através da escala analógica visual, e também agrupada como descrito na variável anterior para emitir uma comparação mais fidedigna entre as parturientes.

- Apgar: avaliação realizada no recém nascido logo após seu nascimento, revelando seu estado.

A dilatação cervical, frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial sistólica e diastólica, batimentos cardíacos fetais, número de contrações em dez minutos e duração das contrações: parâmetros fisiológicos avaliados e registrados em todos os momentos de exame das parturientes e que foram agrupados em quatro momentos de avaliação, no intuito de igualar os resultados obtidos de cada uma delas, uma vez que o número de medições foi distinto por parturiente, pois foram internadas em momentos distintos no trabalho de parto.

A partir das avaliações realizadas, foram criadas quatro variáveis que agruparam os resultados de caráter fisiológico. Estas variáveis foram construídas a partir da dilatação na fase ativa de trabalho de parto. Considerando cada variável fisiológica (dilatação, frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial sistólica e diastólica, batimentos cardíacos fetais, número de contrações em dez minutos, duração das contrações em segundos e dor) agrupou-se em 4 momentos de avaliação: 1ª Avaliação - parturiente entrando na fase ativa do trabalho de parto alcançando 4 cm de dilatação; 2ª Avaliação - dilatação entre 5 e 6 cm., 3ª Avaliação - dilatação entre 7 e 8 cm. e 4ª Avaliação – dilatação entre 9 e 10 cm.

Os resultados das outras variáveis, encontrados no mesmo momento de avaliação de cada fase da dilatação, foram então transcritos se encaixando na fase de dilatação em que aconteceram de acordo com os registros no partograma do estudo.

A maneira como os dados foram registrados no partograma permitiu agrupar as variáveis nestes momentos denominados de Avaliação para que fosse viável realizar a comparação entre os grupos, como se as parturientes estudadas estivessem num mesmo momento do trabalho de parto, considerando que as parturientes foram admitidas em diferentes fases do trabalho de parto, a agregação das etapas de evolução garantiu a compatibilidade entre os grupos.

A padronização permitiu avaliar seis padrões fisiológicos (dilatação cervical, batimentos cardíaco-fetais, contratilidade, frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial) que se modificaram durante a evolução do trabalho de parto.

O processamento e análise dos dados foram realizados com auxílio do programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences).

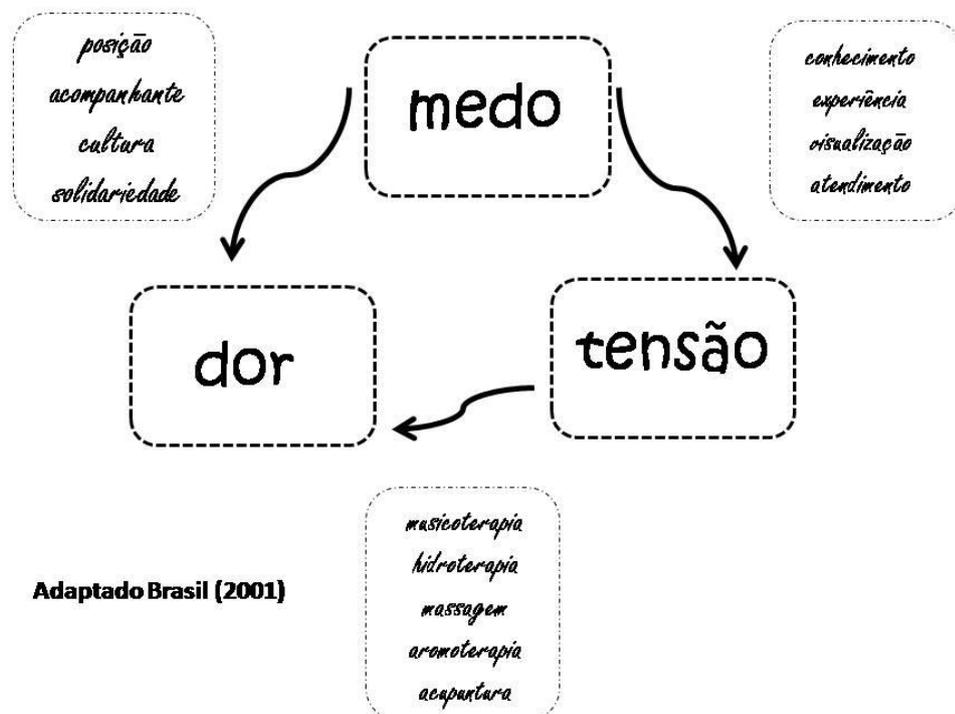
### Construção do Modelo Teórico Investigativo

O modelo teórico a ser testado baseia-se na idéia de que as reações de uma mulher à dor durante o trabalho de parto podem ser modificadas pelo ambiente no qual ela dá a luz e pelo suporte que recebe dos profissionais e acompanhantes, assim como pelos métodos usados de alívio da dor.

Buscou-se estudar o efeito da música na dor, do trabalho de parto, usada como método não farmacológico para o alívio da dor, capaz de interferir no ciclo vicioso medo-tensão-dor-medo, de forma relaxante, visando à quebra neste ciclo e consequentemente minimizando a dor durante a dor do trabalho de parto (Figura 3).

O ambiente como um todo tem a capacidade de influenciar no trabalho de parto e consequentemente na dor percebida pela parturiente, conforme o ciclo demonstra. Este ciclo é reconhecido pelo Ministério da Saúde e precisa ser levado em consideração para planejamento da assistência prestada pela Enfermagem Obstétrica durante o trabalho de parto. Música e todos os outros métodos não farmacológicos são capazes de tornar o ambiente mais favorável para a fisiologia agir.

Figura 3 – Ciclo Vicioso de Dor - Medo - Tensão durante Trabalho de Parto e Parto.



### **Aspectos Éticos**

O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), sob o Protocolo CAEE nº 0647.0.000.313 -08 - CEP: 012/2008 (Anexo B).

As parturientes foram convidadas a participar do estudo, após tomarem conhecimento dos objetivos e de que forma ele ocorreria, através do consentimento livre e esclarecido (Resolução 196/96 – CNS) (Apêndice B) (BRASIL, 1996).

Durante a coleta de dados, buscou-se manter e proteger sigilo e anonimato dos sujeitos desta pesquisa, respeitando seus momentos e suas histórias, não imputando julgamentos, acolhendo suas singularidades.

#### **4. RESULTADO E DISCUSSÃO**

Neste capítulo serão abordados os resultados encontrados no estudo, bem como a discussão realizada a partir de cada dado analisado, lembrando que o número pesquisado não foi suficiente para obtenção de resultados robustos estatisticamente.

Apesar disto, foi possível perceber variações que demonstram que diferenças existem e devem ser aprofundadas em outras pesquisas para servirem de subsídios para prática da assistência à mulher.

De um modo geral, os dois grupos estudados mostraram características semelhantes em relação à distribuição por faixa etária, número de gestações, número de consultas durante o pré-natal. As parturientes estudadas são, na sua maioria, mulheres jovens, com idade entre 20 e 34 anos, sendo a média 25,2 anos - 24,5 anos para o grupo sem música e 26,8 anos para grupo com música (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos Dados Demográficos e Antecedentes Obstétricos – HMTJ – Juiz de Fora - 2008

VARIÁVEIS	GRUPO		TOTAL
	SEM MÚSICA	COM MÚSICA	
	% (N)	% (N)	% (N)
<b>Faixa Etária</b>			
Até 19 anos	22,7 (5)	11,1 (1)	19,4 (6)
20 a 34 Anos	63,6 (14)	77,8 (7)	67,7 (21)
35 Anos ou mais	13,6 (3)	11,1 (1)	12,9 (4)
<b>Número de Gestações</b>			
Gesta 1	50 (11)	44,4 (4)	48,4 (15)
Gesta 2	36,4 (8)	44,4 (4)	38,7 (12)
Gesta 4		11,2 (1)	3,2 (1)
Gesta 5	13,6 (3)		9,7 (3)
<b>Paridade</b>			
Primíparas	18,2 (4)	44,4 (4)	25,8 (8)
Não Primíparas	81,8 (18)	55,6 (5)	74,2 (23)
<b>Estado Civil</b>			
Solteira	59,1 (13)	66,7 (6)	61,3 (19)
Casada	40,9 (9)	33,3 (3)	38,7 (12)
<b>Escolaridade</b>			
Fundamental	72,7 (16)	44,4 (4)	64,5 (20)
Médio	27,3 (6)	55,6 (5)	35,5 (11)
<b>Consultas de Pré Natal</b>			
4 a 6 consultas	18,2 (4)	22,2 (2)	19,4 (6)
7 ou mais consultas	81,8 (18)	77,8 (7)	80,6 (25)
<b>Acompanhante</b>			
Presente	90,1 (20)	100 (9)	93,5 (29)
Ausente	9,1 (2)		6,5 (2)

Embora a hospitalização seja responsável por boa parte da queda da mortalidade materna e neonatal, ao trazer mais conveniências e possibilidades de assepsia à equipe de saúde, tornou o cuidado à mulher, no momento do parto, foco de grande medicalização. Por

outro lado, o cenário do nascimento vem se modificando lentamente, permanecendo quase desconhecido às parturientes, e, por isso, amedrontador, principalmente quando se trata do ambiente hospitalar (CARRARO ET AL, 2008).

O modelo de cuidado utilizado pela enfermagem obstétrica atualmente está pautado na humanização da assistência, e tem como base, as políticas públicas de saúde, na perspectiva da integralidade, utilização de tecnologias, valorização de crenças e modos de vida. Mesmo que a Instituição ofereça um serviço de excelência, é considerado um lugar de estresse para a mulher e sua família/acompanhante.

No Brasil, a maioria das mulheres de classe menos favorecida para darem à luz necessitam sair de sua residência, fazer uma grande peregrinação o que pode muitas das vezes causar estresse e, portanto, acarretar angústia, ansiedade, insegurança, entre outros sentimentos.

O uso da música visou a diminuir esses sentimentos negativos gerados pela própria internação, pelo medo do desconhecido, o trabalho de parto em primíparas, em se tratando de sua primeira experiência da maternidade e, o medo do que possa acontecer aos seus filhos em qualquer parturiente. O ciclo de medo-tensão-dor-medo é alimentado por todos esses fatores e pode ser aliviado por relaxamento, massagem, respiração, posição, apoio emocional, tudo o que possa trazer bem estar e segurança.

Para a Organização Mundial de Saúde é essencial que métodos não-farmacológicos de alívio da dor sejam explorados, por serem mais seguros e acarretarem menos intervenções. Massagens, livre deambulação, aromaterapia, relaxamento, exercícios respiratórios e a utilização de água em banhos de aspensão e imersão. Estas práticas são classificadas pela OMS como *Categoria C – práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão* (OMS, 1996).

A paridade das mulheres, segundo Camano e Souza (2002), interfere no tempo de duração do trabalho de parto. Espera-se que uma primípara evolua em média entre dezesseis e vinte horas, e uma múltipara entre doze e dezesseis horas. Neste estudo, levando em conta apenas o tempo de fase ativa de trabalho de parto há uma média de 4,2 horas para o grupo sem música e de 5,2 horas para o grupo com música.

Das parturientes, em torno de 61% eram solteiras (Tabela 1). Há de levar em consideração o fato de que as mulheres foram interrogadas sobre seu estado civil na sua internação. O serviço de recepção da Instituição solicita que seja informado o estado civil

oficial para posterior preenchimento da Declaração de Nascido Vivo (DNV). Acredita-se que este fato tenha levado as mulheres a informar seu estado civil e não sua situação conjugal.

Esse percentual não traz a realidade destas mulheres pesquisadas, bem como das mulheres de maneira geral. Hoje, percebemos que rede de apoio social em torno da gestante já não tem mais aquele modelo de construção familiar, mas elas sempre têm alguém, vizinhas, amigas, parentes e na verdade dificilmente permanecem solitárias por não ter ninguém que possa estar com elas.

Em relação ao pré-natal, 80% das parturientes realizaram sete ou mais consultas. Vale comentar que a cidade de Juiz de Fora tem uma cobertura alta, conforme informa o sistema de gerencia local, em torno de 95%, conforme dados do SISPRENATAL-JF.

Um número crescente de estudos epidemiológicos tem demonstrado que as gestações de pacientes que comparecem ao pré-natal resultam em taxas menores de mortalidade materna e perinatal. O cuidado pré-natal precoce e freqüente facilita a adequação da assistência aos seus objetivos maiores (COUTINHO, 2006).

Segundo Coutinho (2006), o índice de cobertura do pré-natal em Juiz de Fora, alcançou 99%. Entretanto, esses dados não foram suficientes para avaliar a qualidade da assistência prestada. Em seus estudos, o autor constatou uma adequação da qualidade do serviço de Pré Natal, na cidade quando comparou dados dos anos de 2002 e 2004.

Mais da metade das Unidades Básicas de Saúde de Juiz de Fora (MG) conta com equipes do Programa de Saúde da Família, o que favorece a alta cobertura assistencial do Pré-Natal. Os agentes comunitários de saúde intensificam a busca ativa às gestantes e as orientam sobre a importância da realização do Pré-Natal.

Apesar deste alto índice de cobertura do pré natal, as mulheres não são informadas sobre alternativas seguras e que beneficiam o relaxamento durante o trabalho de parto, pois durante o estudo boa parte delas relatou total desconhecimento sobre o fato.

O acompanhante esteve presente em quase 100% das internações obstétricas, uma vez que a instituição, ao reestruturar a parte física para assistência ao parto com a construção do Centro de Parto Normal, criou quartos individuais para permitir à parturiente a escolha de seu acompanhante, sem que isso interferisse na privacidade das demais e por entender que a presença de acompanhante, de escolha da mulher, objetiva diminuir a ansiedade, reduzir a duração do trabalho de parto, o uso de medicações de alívio para dor, o número de partos operatórios.

É importante lembrar que a mulher deve ser acompanhada pelas pessoas em quem confia e com quem se sinta à vontade para que tenha segurança e encorajamento. Cabe

destacar que as parturientes não acompanhadas no momento do trabalho de parto foram informadas de seu direito e por escolha ou por falta de um familiar não estavam acompanhadas.

Estar sozinha, sem conhecer nenhuma daquelas pessoas – profissionais que estão a sua volta, é um fator potencializador do ciclo discutido como modelo teórico da investigação.

O Ministério da Saúde diz que o acompanhante representa um suporte psíquico e emocional que conforta e divide o medo e a ansiedade, além de somar forças para estimular positivamente a parturiente nos momentos mais difíceis. Esta possibilidade se inclui no processo de humanização do nascimento (BRASIL, 2000).

Inserir o acompanhante é um dos aspectos de humanização da assistência, além de ser uma prática baseada em evidência apoiada pela OMS, além de ser uma lei a se cumprir neste país. A participação do pai, independente da situação conjugal, é de extrema importância, e indispensável na formação do vínculo com seu filho (STORTI, 2004).

Os efeitos de suporte à parturiente estão associados a melhores resultados maternos: redução das taxas de cesarianas, redução do uso de ocitócitos, uso de analgesia ou medicamentos para alívio da dor e aumentam a satisfação materna com a experiência do nascimento (BRUGGEMANN, PARPINELLI, OSIS; 2005)

Apesar dos benefícios dessa prática e da legislação vigente datada de 07 de abril de 2006, Lei 11.108, o que se observa é o despreparo dos profissionais com essa nova figura (acompanhante / pai), principalmente quando este se torna participante ativo no processo do nascimento (STORTI, 2004).

Entretanto a inserção do acompanhante na instituição, fez com que as parturientes sintam-se mais seguras pela presença de uma pessoa conhecida em meios a tantos desconhecidos, uma pessoa que está ali “vigiando” tudo o que está acontecendo e pode protegê-la de algo ruim que possa acontecer naquele momento. Os gritos são menos freqüentes, o desespero menos aparente e uma felicidade em torno da família, principalmente quando o acompanhante é o pai.

Tabela 2 – Descrição da Evolução do Trabalho de Parto – HMTJ – Juiz de Fora – 2008

VARIÁVEIS	GRUPO		TOTAL
	SEM MÚSICA	COM MÚSICA	
<b>Tempo de Internação no CPN</b>			
Média	6,2	5,7	6.1
Mediana	6,7	6	6
<b>Tempo de duração da Fase Ativa do TP</b>			
Média	4,2	5,2	4,5
Mediana	3,7	5	4

O tempo médio de permanência no Centro Obstétrico foi de seis horas, tempo de segmento de abrangência desde a internação na instituição até o nascimento do recém nascido. Não se verificou diferença estatística significativa entre os grupos analisados (Tabela 2).

Vale ressaltar que as parturientes estudadas tinham diferentes paridades e que do ponto de vista fisiológico, a paridade interfere no tempo de trabalho de parto. Nos dois grupos estudados encontramos paridades variadas. Em média se espera que um trabalho de parto em uma mulher primípara dure em torno de doze horas e já as múltíparas este tempo é de apenas oito horas.

Na nossa prática, em sala de parto, sabemos que a monitorização exata do início do trabalho de parto pode ser interrogada e não podemos precisar seu início biológico. O indicador é o mais conveniente do profissional de saúde, já que é preciso estipular o horário para registrar o início do trabalho de parto na folha de anamnese/internação, geralmente começamos a contar na internação da mulher.

Silva e Oliveira (2006), estudaram o banho de imersão durante o trabalho de parto como relaxante e minimizador da dor e encontraram resultados semelhantes aos desta pesquisa. O estudo considerou o tempo de evolução do trabalho de parto a partir da constatação de seis centímetros de dilatação cervical. Foi registrado o tempo em minutos, e encontrou uma média de 260,4 minutos de trabalho de parto para o grupo controle composto por 54 parturientes, e de 250,9 para o grupo experimental que foi composto pelo mesmo número de parturientes, não sendo encontradas diferenças significativas entre eles.

Considerando Camano e Souza (2002) que relata o tempo de trabalho de parto de uma mulher primípara varia entre dezesseis e vinte horas, e para múltipara entre doze e dezesseis horas. Considerando que estas parturientes foram internadas em distintos momentos da evolução do trabalho de parto, desde os pródromos até fase final de dilatação (10 cm), esta variável apresentou limitações importantes.

Adicionalmente, a instituição analisada toma como rotina a administração de ocitócito e amniotomia artificial, procedimentos que interferem na evolução do processo fisiológico, independente da mulher estar na fase latente ou ativa do trabalho de parto.

A fase latente é a parte inicial e lenta do trabalho de parto, possui duração variável, começando pelo estabelecimento das contrações regulares de leves a moderadas com intervalo de 10 a 20 minutos e uma duração de 20 a 40 segundos e dilatação da cérvix em até 3 cm. Esses parâmetros podem variar com cada mulher, sendo que nas primíparas essa fase pode durar cerca de 6 horas e nas múltiparas aproximadamente 4 horas. Como características dessa fase, identificamos que a mulher sente-se capaz de enfrentar o desconforto, normalmente está ativa e assimila bem as orientações. Essa fase é um excelente momento de ensinar técnicas não farmacológicas de alívio da dor. (SANTOS, IM & SILVA. LR ET AL, 2003)

Na fase ativa, as contrações passam a ser mais fortes e mais longas aumentando de 30 para 45 segundos, resultando numa dilatação de 8/9 cm e prossegue-se a descida do feto. As membranas podem se romper de forma espontânea (amniorrexe). Pode durar uma média de 3 horas na primípara e 2 horas na múltipara. (SANTOS, IM & SILVA. LR ET AL, 2003)

Comparando mulheres na fase ativa do trabalho de parto não se verificou diferença entre primíparas e múltiparas, sendo mediana de quatro horas (Tabela 2).

A evolução da dilatação comportou-se de maneira semelhante nos dois grupos. Entre os sinais vitais avaliados este padrão manteve-se. É possível que o pequeno tempo de acompanhamento, o uso de intervenções de caráter discutível, mas utilizado como rotina pela maioria dos profissionais médicos que lá atuam (ocitócito, amniotomia artificial, punção venoso, restrição alimentar e hídrica, restrição ao leito) e o número pequeno de observações expliquem em parte a distribuição observada.

Importante ressaltar que todas as parturientes incluídas nesse estudo fizeram uso de ocitócitos durante o trabalho de parto desde a internação até o nascimento. Então todas as participantes do estudo estavam com as mesmas condições. Assim a repercussão, mesmo que pequena, da audição da música, foram identificadas como benéficas.

Conforme já citado por Balaskas (1999), ao utilizarmos terapias não invasivas, há diminuição dos níveis de ansiedade e dos níveis de hormônios que desaceleram o trabalho de parto (Gráfico 1).

Outros exemplos de práticas relaxantes podem ser citados, os efeitos da posição materna sobre a dor são influenciados por diversos fatores, incluindo o tamanho e a posição do feto, a relação entre a cabeça do feto e a pelve materna e a força das contrações uterinas. Sendo assim, não restringir as mulheres, mas incentivá-las a procurar posições confortáveis, sugerem possíveis posições e confiam no julgamento da mulher.

Os usos terapêuticos do calor e do frio provocam possíveis efeitos diretos sobre a percepção da dor e as diversas respostas fisiológicas produzidas pelo calor e pelo frio podem causar alívio indireto da dor. A aplicação de compressas quentes na parte inferior do abdome, região inguinal ou períneo, de um cobertor aquecido sobre todo o corpo ou de compressas de gelo na região lombar, no ânus ou no períneo alivia a dor de algumas mulheres em trabalho de parto. Como medidas de conforto, o calor e o frio são amplamente aceitos (ENKIN, 2005).

As propriedades benéficas e analgésicas da água — quente ou fria, corrente ou parada, pulverizada ou derramada — foram aclamadas durante séculos. Nos últimos anos, a imersão em água durante o trabalho de parto e o parto despertou interesse em muitos países, em resposta às solicitações femininas dessa forma de conforto. A prática varia muito e inclui o uso de duchas, banheiras, hidromassagem e “piscinas de parto” especiais (SILVA E OLIVEIRA, 2006).

O uso do toque físico de várias formas pode transmitir mensagens de alívio da dor, dependendo da natureza e das circunstâncias do toque. A colocação da mão sobre um ponto dolorido, um aconchego visando a tranquilização, o afago dos cabelos ou da face em um gesto de afeição, um abraço firme ou a massagem intencional mais formal da mão ou de outras partes do corpo — todos transmitem ao receptor uma mensagem de interesse, de vontade de estar perto e ajudar.

O objetivo da massagem é fazer as pessoas sentirem-se melhor, ou aliviar a dor e facilitar o relaxamento. A massagem adquire a forma de golpes leves ou firmes, vibração, amassamento, pressão circular profunda, pressão contínua e manipulação articular (ALMEIDA, SOUSA, BACHION, SILVEIRA; 2005).

Teoricamente, as várias formas de massagem estimulam diferentes receptores sensoriais. Quando são interrompidas, a consciência da dor aumenta. Além disso, o fenômeno de adaptação pode diminuir os efeitos analgésicos da massagem durante um período. Portanto, o uso de massagem intermitente ou a variação no tipo de golpe e na localização do

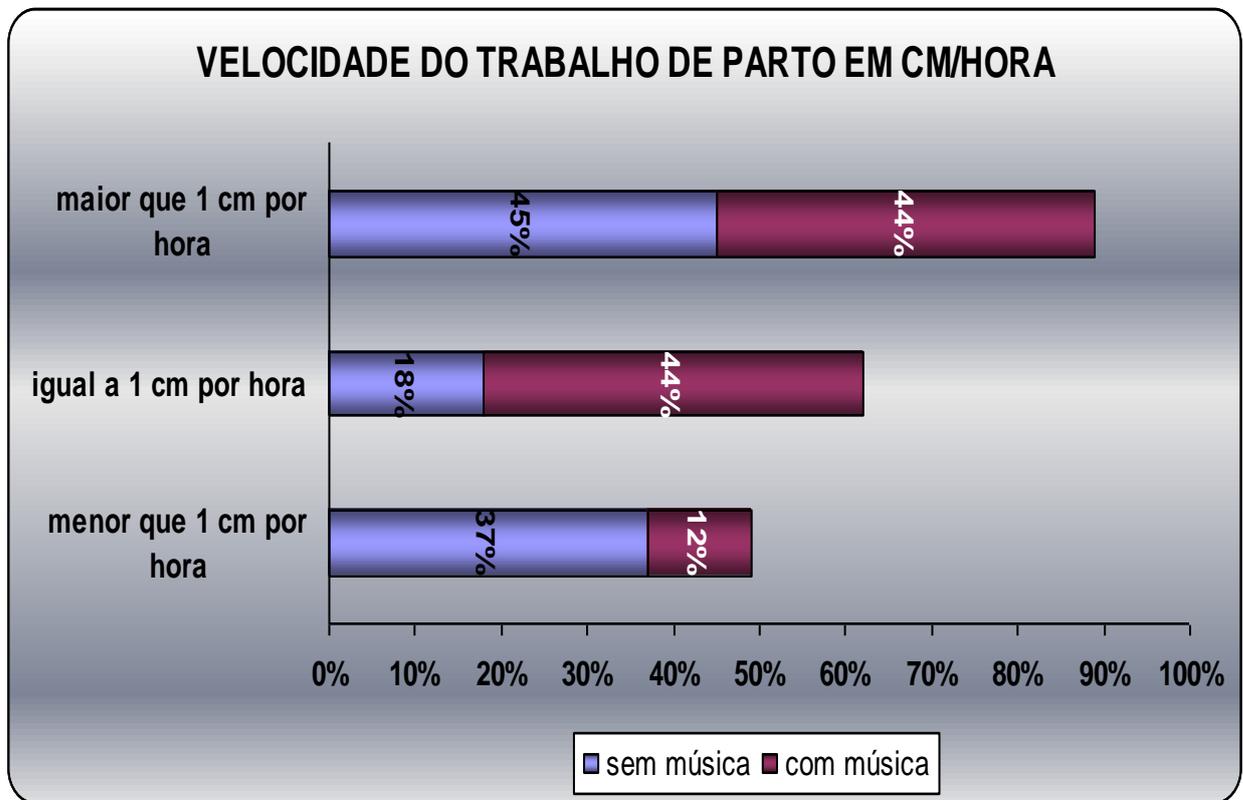
toque podem prolongar os efeitos de alívio da dor (ALMEIDA, SILVEIRA, BACHION, SOUSA; 2005).

A estimulação nervosa elétrica transcutânea é um método não invasivo e fácil de usar que pode ser interrompido rapidamente se necessário. Usada originalmente para alívio da dor crônica, do traumatismo e da dor pós-cirúrgica, a estimulação nervosa elétrica transcutânea também foi introduzida para o alívio da dor no trabalho de parto (ORANGE, AMORIM, LIMA; 2003).

A aromaterapia é o uso de óleos essenciais como os de lavanda, rosa, camomila. Eles podem ser administrados de várias formas, incluindo em óleo durante uma massagem, em água quente como banho ou escalda-pés, diretamente sobre uma vela ou uma gota na palma da mão ou na frente da mulher em trabalho de parto, ou aplicados com uma compressa facial quente. A aromaterapia também pode reduzir o estresse e a tensão entre profissionais e acompanhantes de trabalho de parto (ENKIN, 2005).

Todas estas práticas citadas são estimuladas e devem ser integradas nas rotinas dos centros obstétricos, porém ainda não existem evidências científicas suficientes para comprovação de sua ação analgésica. Porém mulheres relatam seus efeitos relaxantes e confortantes.

Gráfico 1 – Percentual de mulheres em relação à velocidade do trabalho de parto mensurado em centímetros por horas – HMTJ – Juiz de Fora – 2008.



Segundo Enkin (2005), uma progressão de 1 cm/hora na fase ativa do trabalho de parto freqüentemente é aceita como o limite entre trabalho de parto normal e anormal. Certamente, a validade desse limite pode ser contestada. Muitas mulheres com progressões de dilatação cervical mais lentas têm parto normal. Uma progressão de 0,5 cm/hora pode ser mais apropriada como limite inferior do progresso normal, mas também deve ser interpretada com prudência, no contexto do bem-estar total da mulher.

Tarefas técnicas e apoio emocional/físico estão intimamente relacionados para ajudar a mulher a progredir com sucesso durante o trabalho de parto, e não podem ser separados. A tecnologia moderna pode dificultar o apoio, pois sua atenção pode ser desviada para o monitor ou a infusão intravenosa. Então uma rede de apoio é capaz de interferir na velocidade do trabalho de parto e também na percepção de dor por parte da parturiente.

As medidas de conforto físico devem ser implementadas em resposta às próprias necessidades e desejos da mulher. Elas variarão de cultura para cultura, e de indivíduo para indivíduo. O acompanhante pode, por exemplo, caminhar com ela, massagear suas costas, oferecer alimentos e líquidos, ajudá-la a encontrar uma posição confortável ou ajudá-la a

tomar banho. Ele pode implementar medidas analgésicas, como contrapressão, frio com compressa de gelo ou calor com bolsa de água quente nas áreas dolorosas do corpo. O acompanhante pode ajudar a mulher a usar padrões respiratórios que a ajudam a relaxar, ou outros rituais que ela pode ter praticado durante a gravidez.

O apoio emocional pode incluir manutenção de contato visual e informações, elogios e incentivo. O acompanhante pode ajudar a assegurar que a mulher compreenda o propósito de todos os procedimentos e o resultado de cada exame, que ela seja mantida informada sobre o progresso do trabalho de parto e que seja elogiada por seus esforços e incentivada a continuar.

Toda mulher deve poder escolher o responsável por seu suporte social no trabalho de parto. Ele pode ser o cônjuge, outro parente ou um amigo. Obstetizes, médicos e enfermeiros devem respeitar sua escolha e oferecer, além dos cuidados clínicos, apoio físico e emocional apropriados quando necessários.

Quando o local é um centro de parto normal com quartos individualizados como o do estudo, esta rede de apoio pode ser criada com mais facilidade, pois não há restrição na escolha da mulher, sendo possível até manter mais de uma pessoa para ajudá-la.

Outros fatores influenciam na velocidade do trabalho de parto, como o tamanho do feto e a posição que este ocupa na bacia materna. A desproporção céfalo-pélvica pode ser definida pela insuficiência no tamanho da pelve materna para um parto vaginal seguro para o feto, porém seu diagnóstico só acontece durante o trabalho de parto. O tamanho do feto também interfere na progressão do trabalho, mesmo que a pelve materna tenha capacidade para o seu nascimento por via vaginal, este se arrasta e se prolonga.

No grupo que ouviu a música pode-se perceber uma velocidade maior na evolução do trabalho de parto, com 45% das parturientes do grupo evoluindo mais de um centímetro por hora.

No estudo de Silva e Oliveira (2006), em que também utilizam um cuidado inovador, o banho de imersão durante o trabalho de parto, não houve diferenças entre os grupos, nos três momentos de avaliação realizados pelas autoras, porém estas citam em seu estudo outras pesquisas que demonstraram a interferência do banho de imersão na velocidade do trabalho de parto.

O estudo citado por Silva e Oliveira (2006) foi composto por 160 parturientes, com 72 mulheres no grupo controle, onde a velocidade da cervicodilatação encontrada foi de 1,2 cm/hora, já no grupo experimental, composto por 88 parturientes, encontrou-se após a intervenção uma velocidade de cervicodilatação de 2,5 cm/hora. Porém estes resultados não produziram uma diferença significativa estatisticamente.

Estes autores citam outros dois estudos realizados com grupos de mulheres compostos por 93 parturientes e 110 parturientes e também foram encontradas diferenças que não são consideradas significantes estatisticamente.

A frequência respiratória apresentou diferença nos três primeiros momentos de avaliação e frequência cardíaca nos dois primeiros momentos, entre os grupos – sem música e com música, porém há uma flutuação aleatória em números pequenos pode acontecer e explicar estes padrões. Seria necessário um número maior de observações (Gráficos 2 e 3).

Segundo o Guia para a Atenção Efetiva na Gravidez e no Parto no capítulo que trata do *controle da dor no trabalho de parto*, relata que um único estudo controlado por placebo consistia em uma menor intensidade de ruído neutro, que poderia ter qualidades próprias de alívio da dor e que o verdadeiro benefício da audioanalgesia pode ter sido mascarado. (ENKIN, 2005)

Gráfico 2 – Diferença entre as médias da frequência respiratória nos grupos de expostos e não expostos – HMTJ – Juiz de Fora – 2008.

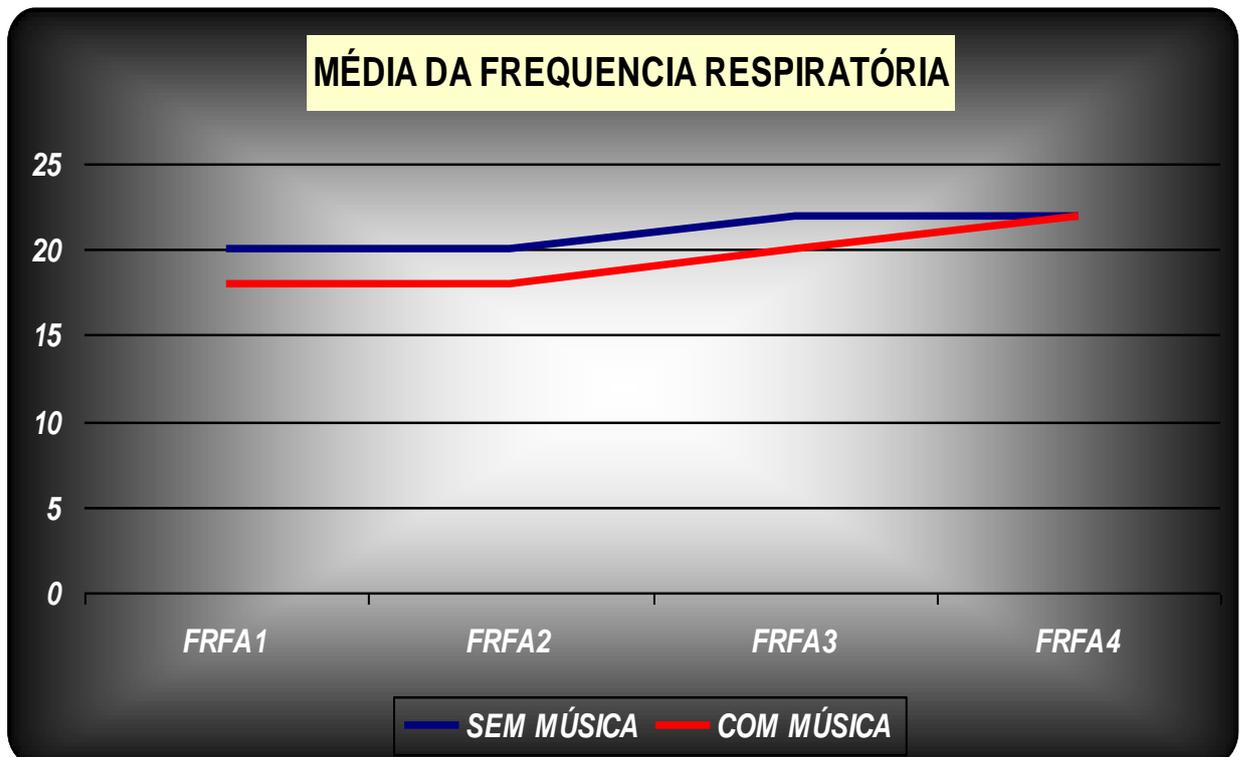
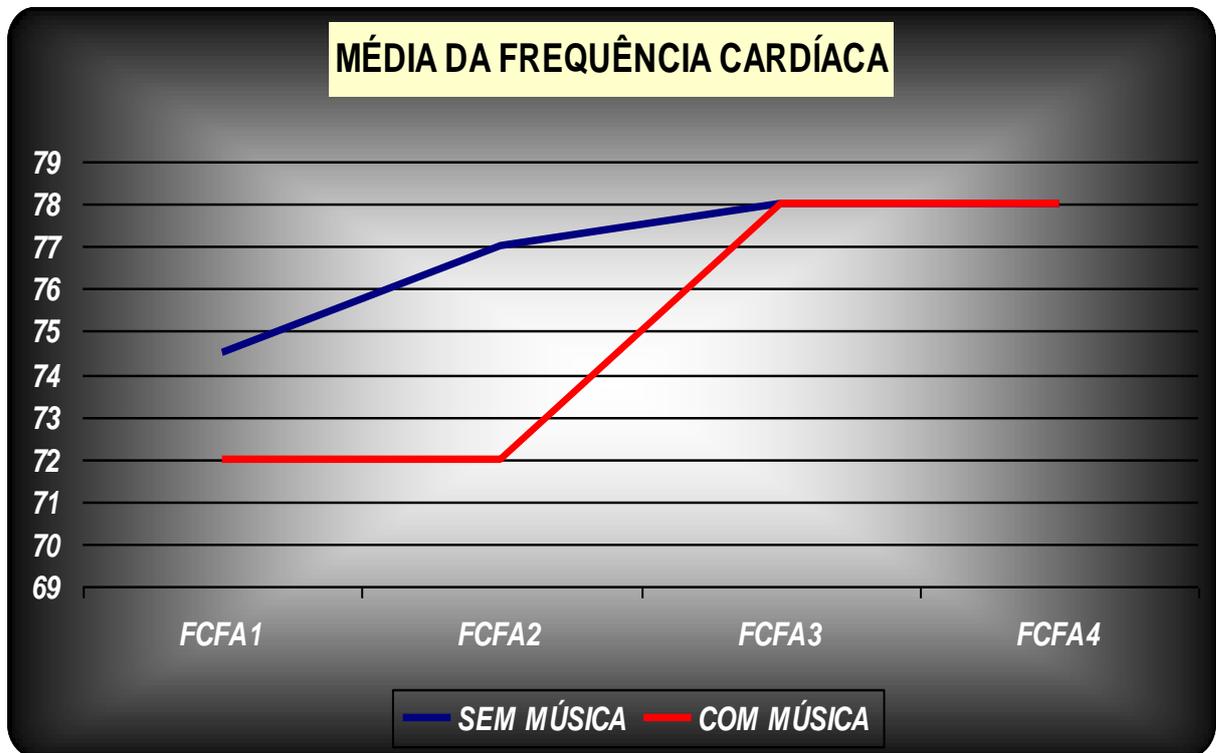


Gráfico 3 – Diferença entre as médias da frequência cardíaca nos grupos expostos e não expostos – HMTJ – Juiz de Fora - 2008.



Estudos de Hatem (2005) mostram diferenças nos resultados do grupo com música para as variáveis: frequência respiratória e cardíaca.

Não se verificou diferenças no padrão tensório das parturientes. Hatem (2005) também não encontrou diferença ao avaliar a pressão arterial em seus grupos de estudo.

O número de contrações ocorridas em dez minutos apresentou uma diferença sutil em seu progresso durante o trabalho de parto. O uso dos ocitócitos impede uma avaliação adequada deste padrão.

Verificou-se uma pequena diferença no espectro da dor. O grupo sem música relatou níveis de dor mais elevados, padrão que pode ser explicado em parte pelo relaxamento da parturiente provocado pela audição da música. Acredita-se que o ciclo vicioso dor – medo – tensão-dor explique em parte o padrão observado.

A dor que as mulheres sentem durante o trabalho de parto é muito variável, e também variam muito as respostas à dor. As reações de uma mulher à dor durante o trabalho de parto podem ser modificadas pelo ambiente no qual ela dá a luz e pelo suporte que recebe dos profissionais e acompanhantes, assim como pelos métodos usados de alívio da dor.

Há muitas opções, tanto farmacológicas quanto não-farmacológicas, para serem realizadas. Embora a analgesia peridural seja o método mais eficaz de controle da dor, e seja o método mais popular de controle da dor em muitos países, muitas mulheres preferem evitar métodos farmacológicos se possível

O controle farmacológico da dor no parto vem de uma longa história. O uso dos opióides foi mencionado em antigos escritos chineses. O consumo de vinho foi relatado na literatura persa, e era comum a auto-administração de vinho, cerveja e conhaque na Europa durante a Idade Média e por ser cultural a analgesia, podemos até entender porque as mulheres no momento da admissão solicitam analgesia. (ENKIN, 2005)

A vontade de manter controle pessoal durante o trabalho de parto e o parto, o desejo de participar completamente da experiência e preocupações com efeitos indesejados dos medicamentos durante o trabalho de parto está entre os fatores que influenciam suas atitudes. Como podem ser úteis para todas as mulheres, particularmente nos estádios iniciais do trabalho de parto antes que as opções farmacológicas sejam apropriadas.

A mulher em trabalho de parto apresenta algumas das emoções mais pungentes, incluindo alegria, temor, expectativa, dúvida, incerteza ou pavor e em alguns casos um medo quase alcança o terror. Durante a intensa experiência emocional, a parturiente sente dores que podem tornar-se cada vez mais difícil de suportar e que frequentemente levam a uma sensação de esgotamento (ZIEGEL, 1996).

Vale lembrar que nesse estudo, a partir das avaliações realizadas nas parturientes, foram criadas quatro variáveis que agruparam os resultados de caráter fisiológico. O critério usado foi a dilatação na fase ativa de trabalho de parto, uma vez que a dilatação cervical é a única avaliação objetiva que se tem da evolução do trabalho do parto.

As variáveis fisiológicas - dilatação, frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial sistólica e diastólica, batimentos cardíacos fetais, número de contrações em dez minutos, duração das contrações em segundos e dor – foram agrupadas em 4 momentos de avaliação: 1ª Avaliação - parturiente entrando na fase ativa do trabalho de parto alcançando 4 cm de dilatação; 2ª Avaliação - dilatação entre 5 e 6 cm., 3ª Avaliação - dilatação entre 7 e 8 cm. e 4ª Avaliação – dilatação entre 9 e 10 cm.

No segundo período clínico do trabalho de parto a dilatação total do colo e a completa expulsão fetal é caracterizado por 4/5 contrações uterinas em 10 minutos, com duração de 45 a 70 segundo; a apresentação insinua-se no canal de parto, podendo encontrar-se no estreito inferior; puxo involuntário, porque o saco amniótico ou a apresentação posterior pressionando o reto e freqüentemente há ruptura espontânea de membranas; abaulamento do períneo com

protrusão do ânus, apagamento dos grandes lábios e a vulva se entreabre e dilata-se lentamente. (REZENDE, 1995)

Algumas mulheres queixam-se como se estivessem sentindo uma dor aguda tipo uma alfinetada, um beliscão forte acompanhado de um rompimento na região perineal. Ao examinar o períneo e detectarmos o seu abaulamento e afinamento.

Caracteriza-se quando a cérvix está completamente dilatada e a completa expulsão do feto. Esta fase é considerada mais curta que a primeira fase (dilatação) e a mulher passa a estar mais envolvida com o nascimento. Nesta etapa a parturiente sente uma necessidade de fazer uma força como se fosse evacuar, utilizando-se da sua musculatura abdominal que ajudará nas contrações uterinas involuntárias. À medida que o feto desce a mulher tem a necessidade de empurrar para baixo, chamado puxo.

Gráfico 4 – Distribuição das parturientes segundo nível de dor na Fase Ativa do Trabalho de Parto – 1ª Avaliação – HMTJ – Juiz de Fora – 2008.

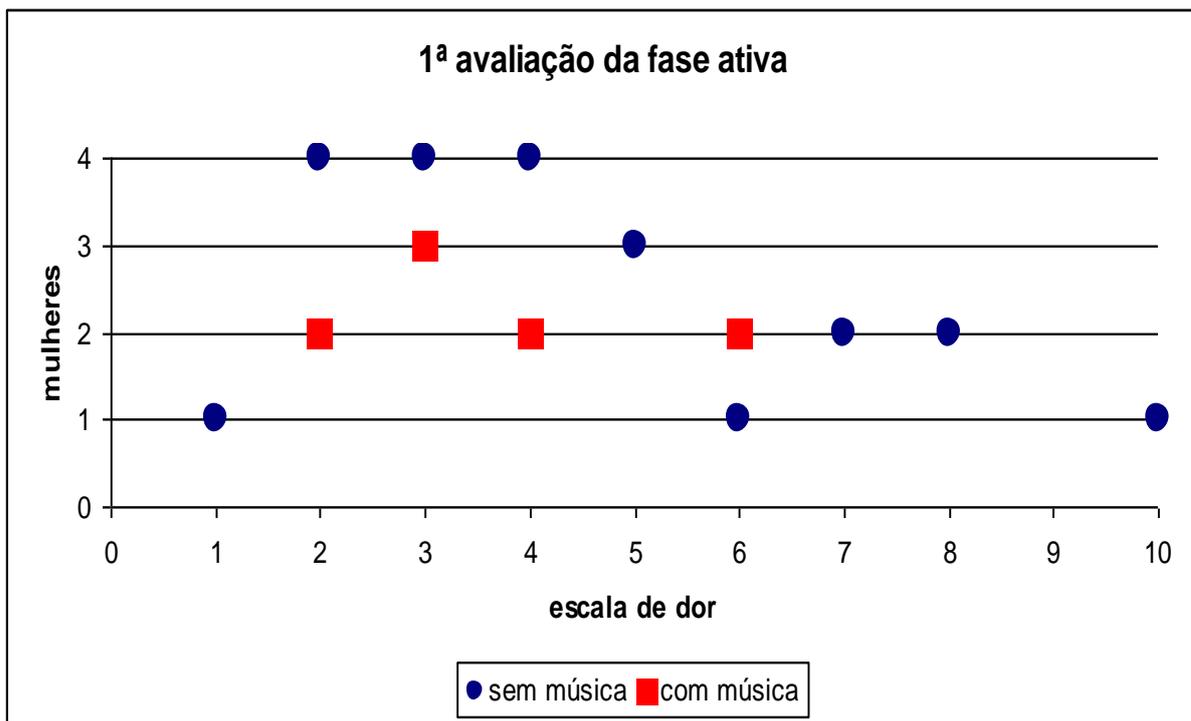


Gráfico 5 – Distribuição das parturientes segundo nível de dor na Fase Ativa do Trabalho de Parto – 2ª Avaliação – HMTJ – Juiz de Fora - 2008.

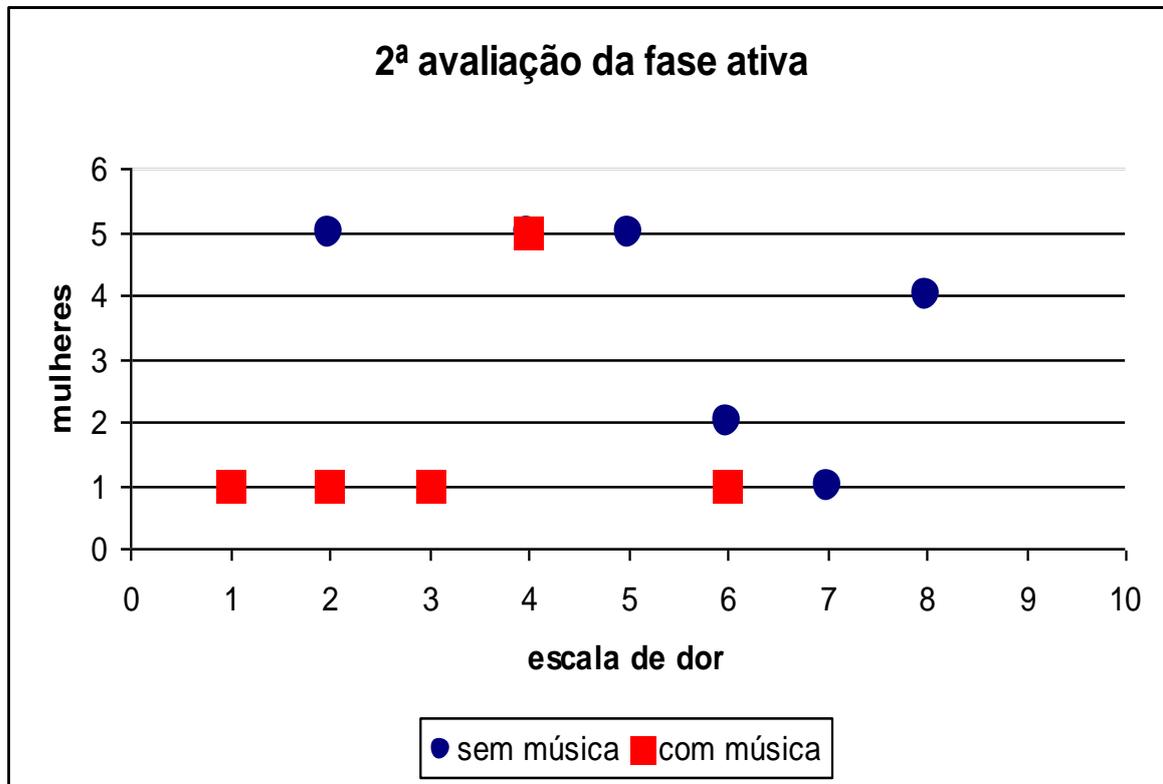


Gráfico 6 – Distribuição das parturientes segundo nível de dor na Fase Ativa do Trabalho de Parto – 3ª Avaliação – HMTJ – Juiz de Fora - 2008.

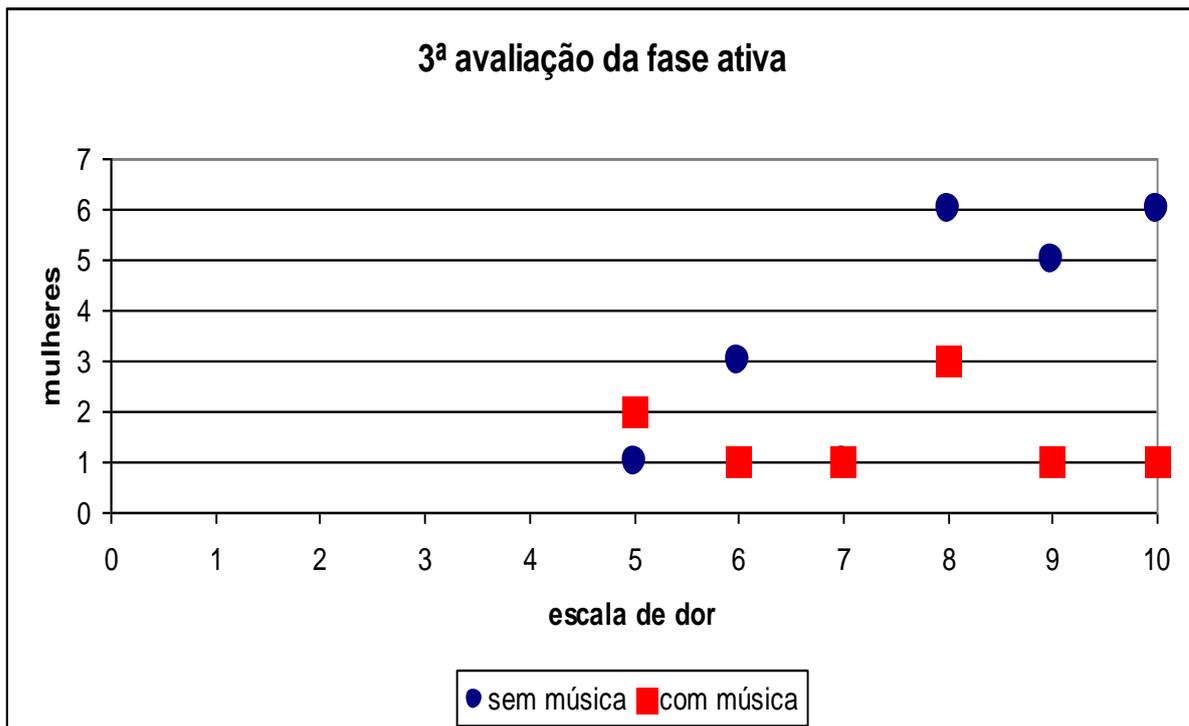
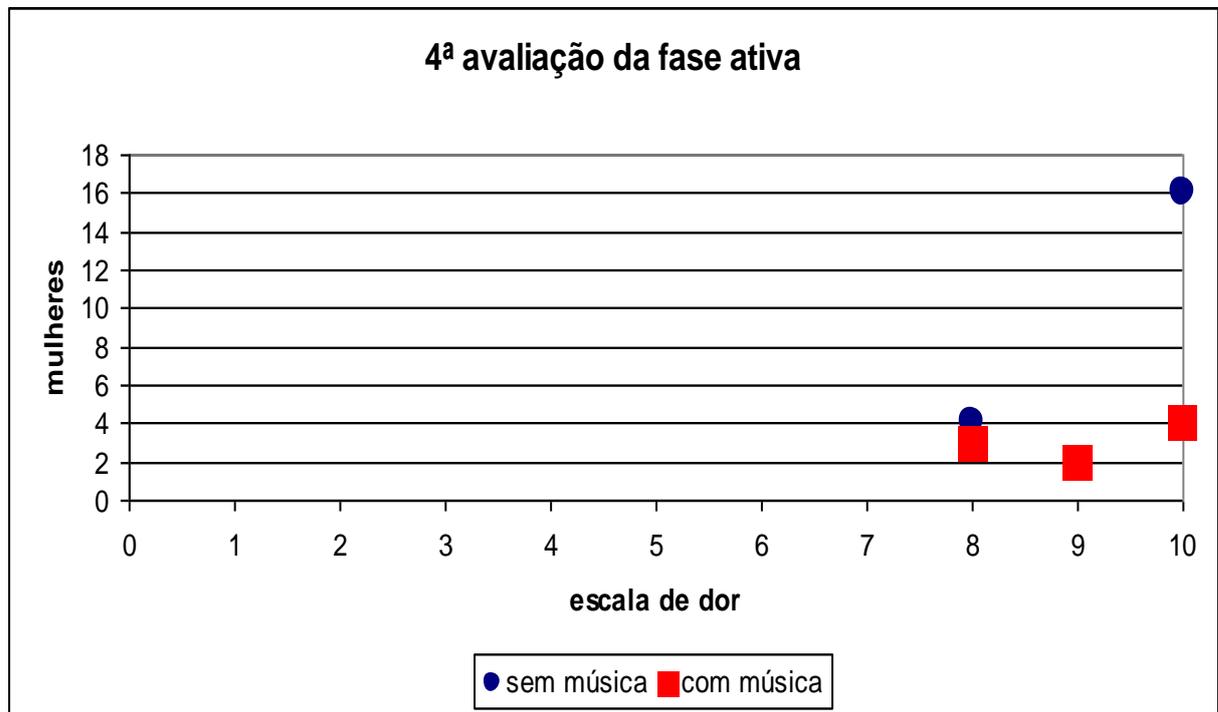


Gráfico 7 – Distribuição das parturientes segundo nível de dor na Fase Ativa do Trabalho de Parto – 4ª Avaliação – HMTJ – Juiz de Fora - 2008.



A leitura que podemos fazer destes gráficos é que nas duas primeiras avaliações as variações da percepção da dor por parte das mulheres demonstraram diferenças maiores em relação aos outros dois momentos de avaliação. A música consegue humanizar o ambiente, fazendo a mulher se sentir mais relaxada e segura de seu poder de parir refletindo assim na percepção de dor.

Ferreira, Remedi & Lima (2006) e Gatti e Silva (2007) concluem que a música é capaz de reduzir quadros álgicos por desencadear respostas hormonais, como o aumento das endorfinas, capaz de reduzir estresse e tensão e induzir o relaxamento.

Leão e Silva (2004), em seu estudo revelaram a redução estatisticamente significativa da dor com a audição musical. Considerando o mecanismo que se relacionou com a dor, para seu alívio foi a distração e alteração da percepção do foco de atenção, liberação de endorfinas e relaxamento.

Segundo Cruz, Pirovich e Pena (2003), o uso da música no trabalho de parto é uma proposta de apoio ao parto normal, pois aplicando este recurso para promover relaxamento na fase latente e na primeira etapa do trabalho de parto contribui-se para liberação de endorfinas e diminuição da percepção da dor obstétrica. Esses autores referem à importância do silêncio na fase final do trabalho e no parto com a finalidade de reduzir a atividade cortical materna, e

conforme percebidos nesse estudo, todos os parâmetros avaliados não demonstraram diferença alguma na fase final do trabalho de parto, como se a música não fosse mais ouvida, sentida, percebida ou não interferisse mais.

Ainda levando as autores supra citadas em conta, os métodos não farmacológicos de forma geral, atuam bem na primeira fase do trabalho conforme demonstrados por esse estudo, mesmo que com variações mínimas, elas existiram e num estudo maior poderão ser demonstradas estatisticamente com robustez.

A prática institucional que institui do uso de ocitócitos venosos em todas as parturientes altera a velocidade da dilatação cervical, aumenta sensação de dor, uma vez que as contrações ficam mais vigorosas e a mobilidade da mulher é prejudicada pela punção venosa. Tal fato interferiu substancialmente na percepção de dor no trabalho de parto. As contrações provocadas pelos ocitócitos são mais intensas e dolorosas, aceleram sua velocidade interferindo na evolução fisiológica do processo de parturição, assim como a amniotomia artificial de rotina, que deveria ser um recurso para resolver uma distorção durante o trabalho de parto.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mulher, ao entrar em uma instituição para dar a luz, enfrenta a pouca familiaridade com o ambiente em que está sendo cuidada, onde os profissionais são, na maioria das vezes, desconhecidos. Acrescente-se a isso o fato de que sua família e amigos, mesmo que atualmente exista uma Lei nacional garantindo à mulher o direito de ter um acompanhante no seu processo de parir, na maioria das vezes não têm acesso a ela e vice-versa, ficando impedidos de prestar-lhe suporte nessa situação tão importante e marcante na sua vida. Essa postura adotada evidencia a falta de compromisso ético e moral, e também de compreensão do que seja exercício ético e de cidadania para com o cuidado, o conforto e para com a vida da mulher, seu filho que está nascendo e também sua família. (CARRARO ET AL, 2008)

Nesse estudo foi possível observar indícios dos benefícios que a música poderá proporcionar à mulher no trabalho de parto, pelo gradiente pequeno e pouco robusto. Mas, no entanto, ao coletar os dados, percebeu-se a transformação do ambiente e desta forma podemos entender que para o grupo que escutou música o cuidado foi mais humanizado, além de ter sido um facilitador da comunicação. Através de abordagens diferentes, o estudo da música tem favorecido o desenvolvimento da assistência de enfermagem mais holística e humanizada, de forma a implementar alternativas de cuidado que complementem o modelo biomédico.

Durante a realização do estudo, pode-se observar a evolução neste sentido da instituição onde a pesquisa ocorreu, apesar de suas limitações ainda serem fortes, como a presença do acompanhante e a falta de cobertura da Enfermagem Obstétrica nas 24 horas, mas a mudança foi marcante no tocante à humanização.

Esse estudo mostra que é preciso sensibilizar os diretores do serviço para que possam de fato transformar o cuidado mecanizado em humanizado, utilizando as boas práticas demonstradamente úteis e benéficas às mulheres e suas famílias em trabalho de parto e parto que não é um processo tão simples, mas com exemplos conseguiremos transformar o cenário do nascimento para um local do acolhimento à família, bem como às gestantes sobre todos esses recursos que podem ser utilizados no momento do trabalho de parto durante os grupos ou cursos de gestantes e casais grávidos, para que elas possam também solicitá-los quando da internação ou passar a escolher o local onde vão dar a luz por oferecerem alternativas.

Neste sentido, quando recebemos uma mulher em trabalho de parto precisamos conhecer sua história e modos de vida para que possamos prestar um cuidado coerente com as suas necessidades.

Certamente a cultura influi diretamente na escolha da mulher pelo tipo de parto, como por exemplo, no caso das índias. Para elas, a prática do parto normal vertical, domiciliar, é um acontecimento familiar, e visto como natural e desejável. Já as mulheres urbanas incorporaram a medicalização do parto, exigindo cesárea, manifestando pavor diante do parto normal (até porque a prática médica obstétrica é muito intervencionista e impessoal).

A enfermeira obstetra que assiste o trabalho de parto deve ter habilidade no cuidado fisiológico e técnico, além de uma boa dose de humanismo. O encorajamento e a confiança transmitida à parturiente podem ter uma influência marcante no momento do nascimento. A desmistificação da dor de parto pode ser trabalhada para que esses métodos possam interferir ainda mais na quebra do ciclo de medo-tensão-dor-medo.

Vale lembrar que com exemplo e determinação podemos sem gastos financeiros adotar as práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas como, por exemplo, medidas não farmacológicas como a música no trabalho de parto e parto.

Esse estudo vai somar-se aos demais trabalhos sobre métodos alternativos e não farmacológicos para alívio da dor e também para melhora do bem estar geral das mulheres, e estes junto ao modelo biomédico, complementando o cuidado para que este seja então um cuidado integral.

Neste sentido, é preciso acreditar que “existe muito mais do que algo no ar! Do parir e nascer sofrendo para o parir e nascer sorrindo; da infelicidade para felicidade; do trágico para o mágico; do ato médico para o ato fisiológico; do ato solitário para o ato solidário.” (Tyrrel e Santos)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

ALMEIDA, N. A. M.; SOUSA, J. T.; BACHION, M. M.; SILVEIRA, N. A. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para o alívio da dor e ansiedade no processo da parturição. **Rev. Latino-am Enferm**, 2005, jan-fev; 13(1): 52-8

ALMEIDA, N. A. M.; SILVEIRA, N. A.; BACHION, M. M.; SOUSA, J. T. Concentração plasmática do hormônio adrenocorticoide de parturientes submetidas a método não farmacológico de alívio da ansiedade e dor no parto. **Rev. Latino-am Enferm**, 2005, mar-abr; 13(2): 223-8.

ALEXANDRE, C. W.; KIMURA, A. F.; TSUNECHIRO, M. A.; OLIVEIRA, S. M. J. V. A interferência da dor nas atividades e necessidades da puérpera. **Revista Nursing**, v. 93, n. 9, Fevereiro, 2006.

ALVES, M. A música como prática alternativa na integração da equipe de enfermagem. In: **Revista Enfermagem Atual**. Rio de Janeiro, Vol. I, Ano I, n.05, p.35-40, set/out 2001.

ANDRADE, R. L. P; PEDRÃO, L. J. Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. **Rev. Latino-am Enferm**, 2005 set/out; 13(5): 737-42.

BACKES, D. S. et al. Música: terapia complementar no processo de humanização de uma C.T.I. **Revista Nursing**. Vol. 66, n. 6, p.37-47, 2003.

BALASKAS, Janet. **Gravidez Natural**. SP: Editora Manole Ltda. 1999.

BENENZON, R. **Teoria da Musicoterapia**. SP: Summus Editorial. 1988.

BERGOLD, L. B.; SOBRAL, V. A. A expressão da subjetividade por meio da música: um estudo de caso sobre o cuidado sensível. **Online Brazilian Journal of Nursing**. (OBJN – ISSN 16764285) v. 4, n. 3, 2005 [Online]. Available at: [www.uff.br/nepae/objnursing/index.php](http://www.uff.br/nepae/objnursing/index.php). Acessado em 19/08/2008.

BERGOL, L; SOBRAL, V. Music for care humanization. **Online Brazilian Journal of Nursing** (OBJN – ISSN 1676-4285) v. 2, n. 3, December 2003 [Online]. Available at: [www.uff.br/nepae/objn203bergolbsobral.htm](http://www.uff.br/nepae/objn203bergolbsobral.htm). Acessado em 12/08/2008.

BERGOLD, L. B.; ALVIM, N. A. T.; CABRAL, I. E. O lugar da música no espaço do cuidado terapêutico: sensibilizando enfermeiros com a dinâmica musical. **Texto Contexto Enferm**. 2006, abr-jun; 15(2):262-9

BÍBLIA. Português. **Bíblia Sagrada**. Tradução de Padre Antônio P. de Figueiredo. RJ: Encyclopaedia Britannica, 1980. Edição Ecumênica.

BONNET, F. **A dor no meio cirúrgico**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. 1991.

BRANDEN, P. S. **Enfermagem Materno Infantil**. RJ: Reichmann & Affonso Editores. 2000.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 196/96. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética.** Brasília. V4. N2. Suplemento, 1996.

BRASIL. FEBRASGO, ABENFO & MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Parto, Aborto e Puerpério. Assistência humanizada à Mulher.** Brasília, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Maternidade Segura. Assistência ao Parto Normal: um guia prático.** MS. OMS, Brasília, 2000.

CAMANO, L; SOUZA, E. Manual de Orientação – FEBRASGO: Assistência ao parto e tocurgia. São Paulo: ponto, 2002.

CAMPOS, N. L.; KANTORSKILL, L. P. Música: abrindo novas fronteiras na prática assistencial de enfermagem em Saúde mental. **Revista Enfer UERJ**, Rio de Janeiro, 2008 jan/mar; 16(1): 88-94.

CAPARROZ, S C. **O Resgate do Parto Normal: contribuições de uma tecnologia apropriada.** Joinville, SC; Editora Univille, 2003.

CARRARO, T. E. ET AL. O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puérperas. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, 2008. Jul-set; 17(3):502-9.

CARON, O A F & SILVA, I A. Parturiente e equipe obstétrica: A difícil arte da comunicação. **Revista Latino Americana de Enfermagem.** Ribeirão Preto. V10, N04. P 01-12. Jul-Ago 2002.

CAXEIRO-BRANDÃO, S. M. O.; ET AL. As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias. **Enfermagem Brasil.** 2007, Março/Abril; 6(2):103-10.

Conselho Federal de Enfermagem. (BR). Parecer normativo do COFEN n 004/95. Dispõe sobre as atividades em Terapia alternativa. **Bol. Inf. COREn 1995.**

Conselho Federal de Enfermagem. (BR). Resolução COFEN 197. Estabelece e reconhece as terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem. In: **Conselho Regional de Enfermagem. Documentos básicos de enfermagem.** São Paulo (SP); 1997.

COSTA, T. P. O Parto Hoje: Natural e Cesáreo. In: SEMINÁRIO – PARTO: TEMPOS DE SER E DE NASCER, 1999, Nova Friburgo, RJ.

COUTINHO, T. Evolução da adequação da assistência pré-natal prestada às usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG: análise do processo. Tese (doutorado) – **Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, Instituto de Medicina Social. 2006.

CRUZ, S. P.; PIROVICH, H. B.; PEÑA, E. T. La musics em el trabajo de parto. **Rev. Chil. Obstet. Ginecol.** 2003; 68(1): 68-74.

- DECOURT, L. V. A música em medicina: uma dupla participação. **Rev Paul Méd**, 1988; 106(2): 59-61.
- DOBRO, E. R. L. A música como terapia complementar no cuidado de mulheres com fibromialgia. 1998. 153 p. Dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem, **Universidade de São Paulo**, São Paulo.
- ENKIN, M. et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- FERREIRA, C. C. M.; REMEDI, P. P.; LIMA, R. A. G. A música como recurso no cuidado à criança hospitalizada: uma intervenção possível? **Rev. Bras. Enferm.** 2006 set-out; 59(5): 689-93.
- FREGTMAN, C. D. **Corpo, Música e Terapia**. SP: Editora Melhoramentos. 1995.
- FONSECA, K. C. et al. Credibilidade e efeitos da música como modalidade terapêutica em saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Vol. 8, n. 3, p.398-403; 2006. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_3/v8n3a10.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a10.htm). Acessado em 19/08/2008.
- GAIVA, M. A. M.; TAVARES, C. M. A. O nascimento: um ato de violência ao recém nascido? **Rev Gaúcha Enferm**, 2002 jan; 23(1): 132-45.
- GALLICCHIO, M. E. S. S. Criança e música versus Câncer e morte. **Revista Médica**. PUCRS. Vol. 12, n. 4, p.356-362, 2002.
- GATTI, M. F. Z.; SILVA, M. J. P. Música ambiente em serviço de emergência: percepção dos profissionais. **Rev. Latino-am Enferm.** 2007, maio-junho; 15(3). Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae). Acessado em 19/08/2008.
- GIANNOTTI, L. A.; PIZZOLI, L. M. L. Musicoterapia na dor: diferenças entre os estilos jazz e new age. **Revista Nursing**. v. 71, n. 7, abril 2004
- GRANT, R. Music therapy assessment for developmentally disable clients. In: WIGRAM, T; SAPERSTON, B; WEST, R; editors. **The art and science of music therapy: a handbook**. London: Harwwod Academic; 1995. p.237-87.
- HATEM, T. P. **Efeito Terapêutico da música em crianças em pós operatório de cirurgia cardíaca**. Recife: UFP, 2005. 104 p. Dissertação (Mestrado) – Curso de Pós Graduação do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.
- HATEM T P, LIRA P I, MATTOS S S. The therapeutic effects of music in children following cardiac surgery. **J. Pediatr.** Rio de Janeiro. 2006; 82:186-92.
- HEITZ, L; SYNRING, T; SCAMMAN, F L. Effect of music therapy in the post anesthesia care unit: a nursing intervention. **J Post Anesth Nurs**. 1992; 7:22-31.
- HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- HENRY, L. L. Music therapy: a nursing intervention for the control f pain and anxiety in the ICU. **A review of the research literature regimens crit care nursing**. 1995; 14: 295-304.

KNOBEL, R.; RADÜNZ, V.; CARRARO, T. E. Utilização de estimulação elétrica transcutânea para alívio da dor no trabalho de parto: um modo possível para o cuidado à parturiente. **Texto Contexto Enferm**, 2005 jul/ago; 55(4): 444-8.

LEAL, T. R.; MELO, M. C. S. C.; SALIMENA, A. M. O.; SOUZA, I. E. O. Dor e dignidade: o cotidiano da enfermeira na avaliação da dor oncológica. **Revista Nursing**, 2008; 10(117):75-80.

LEÃO, E. Projeto “Que tal uma música em sua vida?” Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas. Depto. Física UFMS GAECIM Informativo 5 (32) mar. 2000. Available from: <http://newton.dfi.ufms.br/gaecim/marco00.htm#Música ajuda>. Acessado em 12/08/2008.

LEÃO, E. R.; CHAVES, L. D. **Dor: 5º Sinal Vital: reflexões e intervenções de enfermagem**. Curitiba: Ed. Maio, 2004.

LEÃO, E. R.; SILVA, M. J. P. Música e dor crônica músculo-esquelética: o potencial evocativo de imagens mentais. **Rev Latino-am Enferm**, 2004 mar-abr; 12(2): 235-41.

LEÃO, E. R.; FLUSSER, V. Música e comunicação não verbal em instituições de longa permanência para idosos: novos recursos para a formação de músicos para humanização dos hospitais. **Online Brazilian Journal of Nursing**. Vol. 7, n. 2, 2008. Disponível em: [www.uff.br/nepae/objnursing/index.php](http://www.uff.br/nepae/objnursing/index.php). Acessado em 20/08/2008.

LOWE, N. K. The nature of labor pain. **American Journal Obstetricia Gynecology**, Philadelphia, v. 186, p. 16-24, 2002.

MACEDO, P. O. ET AL. Percepção da dor mulher no pré-parto: a influência do ambiente. **Rev. Enferm. UERJ**. 2005; 13(1): 306-12.

MALDONATO, M.T. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. São Paulo: Editora Saraiva. 2002.

MELLO, C. R. M. **Parto: mitos construídos, mitos em construção**. Bauru (SP): EDUSC; 2003.

MILLECO FILHO, L.; BRANDÃO, M.; MILLECO, R. **É preciso cantar – Musicoterapia, Canto e Canções**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001.

MOURA, F. M. J. S. P., ET AL. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, 2007 jul-ago, 60(4): 452-5.

MOREIRA, K. A. P. ET AL. The humanizing in delivery: the bibliographic study. **Online Brazilian Journal of Nursing**. Vol. 5, n. 3, 2006 [Online] Available at: <http://www.uff.br/nepae/objn503moreiraetal.htm>. Acessado em 20/08/2008.

NERY, A. A.; PINHEIRO, G. M. L.; OLIVEIRA, Z. M. Dimensões da dor: (re)pensando o cuidado de enfermagem. **Enfermagem Atual**. 2005; 5(29): 27-31.

NEME, B. **Obstetrícia Básica**. São Paulo (SP): SARVIER; 2005.

ODENT, M. **Gênese do homem ecológico**: mudar a vida, mudar o nascimento: o instinto reencontrado. São Paulo: TAO, 1982.

OLIVEIRA, M. E.; BRUGGEMANN, O. M. (org.) **Cuidado Humanizado**. Possibilidades e desafios para a prática da Enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura, 2003.

ORANGE, F. A.; AMORIM, M. M. R.; LIMA, L. Uso de eletroestimulação transcutânea para alívio d dor durante o trabalho de parto em uma maternidade escola: ensaio clínico controlado. **RBGO**. 25 (1): 45-52, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Safe motherhood care in normal birth**: a practical guide. Geneva: OMS, 1996.

OSAVA, R. H. Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não médico. [tese] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP. 1997.

PETO, A. C. Terapi através da dança com laringectomizados: relato de experiência. **Rev. Latino-am.enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 35-39, dezembro 2000.

PEREIRA, G. M. **Epidemiologia – Teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

POMATTI D. M.; ET. AL. Intervenções utilizadas pelo Enfermeiro para amenizar a dor. **Enfermagem Atual**. 2007; 42: 18-20.

POTTER, P. A.; PERRY, G. **Grande tratado de enfermagem prática/conceitos básicos, teoria e prática hospitalar**. São Paulo: Editora Tempo, Liv. Santos, 1996.

REZENDE, M. **Obstetrícia Fundamental**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

RUUD, E. **Música e Saúde**. São Paulo: Summus Editorial. 1991.

SANTOS, M. I. M.; SILVA, L. R. O corpo do pós-parto: cuidados com a mulher no puerpério. In: FIGUEIREDO, N. M. A de. **Ensinando a cuidar da mulher e do recém-nascido**. São Caetano do Sul-SP: Difusão Paulista de Enfermagem, 2003, p.143- 196

SILVA, D. C.; ALVIM, N. A. T.; FIGUEIREDO, P. A. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. **Esc. Anna Nery Rev Enferm**. 2008 Jun; 12 (2): 291-8.

SILVA, F. M. B.; OLIVEIRA, S. M. J. V. O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. **Rev. Esc Enferm USP**, 2006; 40 (1): 57-63. Disponível em [www.ee.usp.br/reecusp/](http://www.ee.usp.br/reecusp/) Acessado em: 16/08/2008.

SILVA, G. T. R (org). **Enfermagem Obstétrica**: abordagem do cuidado a gestante, parturiente e puerpera: reflexões sobre relevantes temas. São Paulo: Martinari, 2006.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **BRUNNER & SUDDART - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006.

SOUSA, F. A. E. F. Dor: O Quinto Sinal Vital. **Revista Latino-am Enfermagem**. 2002. maio-junho; 10(3):446-7.

STORTI, J. P. L. O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal. 2004. 103 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. São Paulo.

TAVARES, C. et al. Atividades Terapêuticas como tecnologias de cuidar em saúde mental. **Online Brazilian Journal of Nursing**. (OBJN 1676-4285) v. 1, n. 2, 2002. Disponível em: [www.uff.br/nepae/objn102tavaresetal.htm](http://www.uff.br/nepae/objn102tavaresetal.htm). Acessado em 25/08/2008.

VALLEY, P. **Parto sem Dor: princípios, prática e testemunho**. 4ª Edição. SP: IBRASCA, 1980.

VARGAS, D.; ARAÚJO, M. L. A dor e o sofrimento psíquico em pacientes queimados: implicações para a assistência de enfermagem. **Enfermagem Brasil**. 2006; 5(2):114-9.

WHIPPLE, B; GLYNN, N J. Quantification of the effects of listening to music as a noninvasive method of pain control. **Sch Ing Nurs Pract**. 1992; 6:43-58.

ZAMBRANO, E. **Mensuração e avaliação da dor pos analgesia raqui-peri combinadas durante o trabalho de parto: um enfoque experimental**. Ribeirão Preto: USP, 2007. 107 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

ZIEGEL, E. E. **Enfermagem Obstétrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1986.

ZUGAIB, M.; TEDESCO, J. J. & QUAYLE, J. **Obstetrícia Psicossomática**. SP: Editora Atheneu. 1997.



**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(RESOLUÇÃO 196/96 – CNS-MS)

Estamos realizando uma pesquisa com intuito de ampliar o conhecimento e a discussão da Enfermagem Obstétrica sobre as necessidades de cuidados às mulheres no seu período gravídico puerperal, principalmente no que diz respeito à parturição.

Nossa finalidade é avaliar a percepção da mulher em relação a dor durante o trabalho de parto, para que futuramente poderemos oferecer uma assistência diferenciada, em um momento especial de sua vida. Desse modo informamos e solicitamos à você, por meio deste instrumento de consentimento, a autorização para realização do estudo.

Eu, \_\_\_\_\_, ciente das informações recebidas, concordo com a minha participação na pesquisa intitulada “A interferência da música na dor durante o trabalho de parto” que será realizada sob responsabilidade da Enfermeira Obstetra Adriana Vilella Ávila de Castro, mestranda da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, pois estou informada de que em nenhum momento serei exposta a riscos causados pela participação no estudo e de que poderei a qualquer momento recusar ou anular o consentimento por mim assinado, sem nenhum prejuízo para minha pessoa.

Estou ciente também de que os resultados encontrados no estudo serão usados apenas para fins científicos. Fui informada de que não terei nenhum tipo de despesa ou gratificação pela referida participação nesta pesquisa, e de que terei acesso aos resultados publicados em periódicos científicos.

---

Parturiente

---

Pesquisadora

Pesquisadora: Enf. Adriana Vilella Ávila de Castro.

End. Rua Q, 259 – São Pedro – Juiz de Fora – MG.

Contatos: 9102-9881 - [drienfriz@hotmail.com](mailto:drienfriz@hotmail.com)

**ANEXO A - ESCALA ANALÓGICA VISUAL****ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA**

## ANEXO B – TERMO DE APROVAÇÃO DA PESQUISA



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO**  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

### ATA DE PARECER CONSUBSTANCIADO

PROTOCOLO CAAE Nº 0647.0.000.313-08 CEP : 012/2008

**PESQUISADORA RESPONSÁVEL:** Prof.ª Leila Rangel da Silva (orientadora);  
Prof.ª Enirtes Caetano Prates Melo (co-orientadora)  
Adriana Vilella Ávila de Castro (aluna)

**DATA DE ENTRADA NO CEP:** 26 de março de 2008

**PROJETO:** "A Interferência da Música na Dor do Trabalho de Parto"

**INSTITUIÇÃO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA:** Maternidade Therezinha de Jesus (Juiz de Fora –MG)

**SÚMULA DO PROJETO:** O projeto pretende avaliar os efeitos que a música pode exercer sobre a parturiente na hora do parto.

**PARECER:** O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – CEP-UNIRIO analisou na sua Vigésima Quarta Reunião no dia 07/04/2008, o projeto com protocolo CAAE Nº 0647.0.000.313-08, referente à pesquisa: "A Interferência da Música na Dor do Trabalho de Parto" que foi considerado um projeto cuja pesquisa se justifica pois pretende contribuir para melhorar na qualidade da assistência prestada durante o trabalho de parto e nascimento e no impacto emocional na mulher e no vínculo mãe-filho que será criado.

Emitimos, portanto, parecer que classifica o projeto como **APROVADO**

Rio de Janeiro, 09 de abril de 2008.



  
Ricardo Silva Cardoso  
Coordenador do CEP-UNIRIO

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)