

Rejane Marie Barbosa Davim

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DE ESTRATÉGIAS NÃO
FARMACOLÓGICAS PARA O ALÍVIO DA DOR DE PARTURIENTES NA
FASE ATIVA DO PERÍODO DE DILATAÇÃO NO TRABALHO DE PARTO**

Tese apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Centro de Ciências da Saúde, para obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Natal/RN

2007

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

Rejane Marie Barbosa Davim

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DE ESTRATÉGIAS NÃO
FARMACOLÓGICAS PARA O ALÍVIO DA DOR DE PARTURIENTES NA
FASE ATIVA DO PERÍODO DE DILATAÇÃO NO TRABALHO DE PARTO**

Tese apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Centro de Ciências da Saúde, para obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres

Natal/RN

2007

Serviços Técnicos

Catálogo da Publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Setorial do CCS

D259a Davim, Rejane Marie Barbosa.

Avaliação da efetividade de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor de parturientes na fase ativa do período de dilatação no trabalho de parto. – Natal, RN, 2007.

98 f. : il.

Orientador: Gilson de Vasconcelos Torres.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

1. Dor do parto – Tese. 2. Trabalho de parto - Tese. 3. Trabalho de parto – Avaliação – Tese. 4. Obstetrícia – Tese. I. Torres, Gilson de Vasconcelos.

II. Título.

RN/UF/BS-CCS

CDU 618.414.4(043.2)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenador do Programa de Pós-graduação: Prof. Doutor Aldo da Cunha Medeiros

Rejane Marie Barbosa Davim

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DE ESTRATÉGIAS NÃO
FARMACOLÓGICAS PARA O ALÍVIO DA DOR DE PARTURIENTES NA
FASE ATIVA DO PERÍODO DE DILATAÇÃO NO TRABALHO DE PARTO**

BANCA EXAMINADORA

Presidente da Banca:

Prof. Doutor Gilson de Vasconcelos Torres (UFRN)

Profa. Doutora Ana Fátima Carvalho Fernandes (UFC)

Profa. Doutora Enilda Rosendo do Nascimento (UFBA)

Profa. Doutora Ana Cristina Pinheiro Fernandes de Araújo (UFRN)

Prof. Doutor Hécio de Souza Maranhão (UFRN)

Dedicatória

Dedico este produto de anos de reflexão e de transformação do meu olhar de mulher, especialmente como profissional de Enfermagem,



Às minhas filhas, Andréa e Adriana, por terem sido meu principal estímulo para estudar, trabalhar e viver mais feliz, como também pela sublime experiência de serem mães e terem vivenciado de forma ativa e compartilhada o fenômeno da dor de parto.



Aos meus filhos Alexandre e Alex, também razão de minha luta pelo estudo, pelo incentivo e companheirismo com muito amor e carinho.

A vocês meus filhos, dedico este trabalho realizado com muito amor e dedicação, pelo amor que me dão, pelo orgulho que demonstram em serem meus filhos, pelo carinho, admiração, confiança, e, que, sem vocês, não teria tido a oportunidade de passar pelo fenômeno da parturição.

Aos meus pais (in memoriam) Raimundo e Gilberta, onde estiverem ouçam minhas preces e com elas nutram seus espíritos de muito amor por me terem dado a vida. A você, minha mãe, pelo grande amor pelos filhos e ter também passado pelo sublime fenômeno da dor de parto.

MENÇÃO ESPECIAL



Às parturientes que fizeram parte desta pesquisa ressalto que a sensibilidade e o amor de ser mãe são consolidados por pequenos gestos no dia-a-dia do cuidado materno, onde permitir, sentir o outro torna o fenômeno da dor de parto em melodia, transformada em versos de humanização.

Meu Agradecimento Especial

Ao meu orientador Professor Doutor GILSON DE VASCONCELOS TORRES, meu ex-aluno da graduação com quem iniciei minha jornada na Pós-Graduação como companheira do Mestrado. Agradeço por ter acreditado na minha capacidade e me guiar pelos caminhos da pesquisa. Agradeço pelo apoio, incentivo para trilhar um novo conhecimento quanto ao fenômeno da dor de parto. Pela paciência, humildade, acolhimento e compreensão nos meus momentos de ansiedade e desânimo em que achava impossível finalizar esta etapa.

Meu eterno agradecimento e admiração por seu trabalho profissional em especial pela pessoa humana e sensível que, com seu ensino e orientação, me levou a alcançar a meta a que tinha me proposto. Ser sua orientanda foi uma honra. Obrigada pelos ensinamentos constantes e por me fazer Doutora em Ciências da Saúde, direcionada à Enfermagem Obstétrica e pela realização desse sonho. Que Deus o ilumine na sua trajetória acadêmica!

Agradecimentos Especiais Para Pessoas Especiais

Às minhas amigas Ana Fátima e Enilda, Doutoradas em Enfermagem e membros da ABENFO (Associação Brasileira das Enfermeiras Obstétricas e Neonatológicas), muito obrigada por aceitarem participar da Banca de Defesa desta Tese. Para mim foi uma grande honra ser argüidas por vocês duas.

A minha nora Márcia, pela mãe extremosa, esposa dedicada e pelos incentivos a minha pessoa e mostra de amor, como também por ter sentido o sublime fenômeno da dor de parto.

Aos meus netos Vanessa, Beatriz, Pedro, Giovana e Anne Carolinne, amores da vovó Rejane e razão de viver de meus filhos.

Aos meus genros, amigos dedicados Eduardo Raulino e Sérgio Bastos, pelo respeito e incentivo em minha trajetória acadêmica, em especial ao Sérgio pela versão do meu abstract.

A meu grande amigo, ex-bolsista PIBIC/UFRN, hoje Mestre em Ciências da Saúde/UFRN Richardson Augusto Rosendo da Silva, meu muito obrigado por ser meu amigo e grande incentivador na minha trajetória acadêmica

A Janmilli, minha ex-bolsista PIBIC/UFRN, hoje mestranda em Enfermagem, agradeço pelo incentivo, por acreditar na minha competência profissional, pelo auxílio nas diversas fases do desenvolvimento desta pesquisa e pela ajuda na construção do meu banco de dados em Planilha Excel.

A Williany e Aninha minhas ex-bolsistas de Extensão Universitária, pelo carinho e fé no meu trabalho que, juntamente a Janmilli construíram o meu banco de dados.

A Priscila Aparecida, minha ex-monitória em Reprodução Humana, pela dedicação à docência, pelo carinho, incentivo e fé, que, se juntado a Janmilli, Williany e Aninha, obtive de forma competente a construção do meu banco de dados.

A Eva, minha ex-bolsista PPPg, amiga carinhosa, competente e incentivadora do meu trabalho, que também foi de grande ajuda na construção do meu banco de dados e na organização da recepção de minha defesa.

A minha ex-orientanda voluntária Marta Lima, pelo grande interesse na pesquisa, minha amiga e grande incentivadora pelo meu trabalho, muito obrigada.

A essas cinco ex-alunas, ex-bolsistas e monitora, grandes amigas que amam a enfermagem, meu muito obrigado!!!!!!!!!!

Agradecimentos

A DEUS, pela minha vida, amor a minha profissão e à obstetrícia.

Ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, pela oportunidade da capacitação oferecida.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação do Centro de Ciências da Saúde da UFRN, pela oportunidade valiosa de enriquecimento profissional e pessoal.

À Direção da Maternidade Escola Januário Cicco da UFRN, pelo apoio e confiança dispensados na realização desta tese.

A todos aqueles (colegas e amigos da profissão, profissionais técnicos, graduandos, pós-graduandos, amigos, colegas e familiares), que, com um gesto ou uma palavra de incentivo, confiança e fé, promoveram cada vez mais minha reta e confiança em mim mesma para a conclusão deste estudo.

Aos membros de minha Banca de Qualificação nas pessoas dos Professores Doutores Hécio de Souza Maranhão e Ana Maria Ramos, pelas valiosas sugestões e contribuições na redação final e nas arguições realizadas visando à melhoria desta tese.

Ao Estatístico Kleber Farias Maciel, pelo assessoramento estatístico.

A Daniele Vieira, Bolsista PPPg/UFRN do meu orientador Professor Doutor Gilson de Vasconcelos Torres, carinhosamente chamada de Dani, e Isabelle Catherine Fernandes Costa, bolsista voluntária, obrigada as duas pela valiosa contribuição na construção de minhas figuras, tabelas e quadros que, sem a ajuda e paciência de vocês, não seria capaz de fazê-lo.

A minha amiga Ana Maria Victor Santana, ex-Secretária Executiva da UFRN, por ser realmente minha amiga, por me dar apoio, incentivo e acreditar naquilo que faço. Obrigada!!!!!!

A todos os técnicos e auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos da Unidade de Parto Humanizado da Maternidade Escola Januário Cicco/UFRN, cenário de minha pesquisa, obrigada pelo incentivo, apoio e fé no meu trabalho.

À Bibliotecária do Centro de Ciências da Saúde/UFRN, Maria Regina Souza Carvalho, agradeço por sua simpatia e confecção de minha ficha catalográfica.

Ao Professor Josué Freitas Campos, Coordenador do Curso de Letras/UFRN, meu muito obrigado pela correção ortográfica e gramatical desta tese.

E, enfim, a todos que, direta ou indiretamente, colaboraram para a realização e sucesso deste trabalho, muito obrigada.

Resumo

Este estudo teve como objetivo avaliar a efetividade de estratégias não farmacológicas para o alívio da intensidade da dor de parturientes na fase ativa do período de dilatação durante o trabalho de parto. Trata-se de um ensaio clínico quantitativo do tipo intervenção terapêutica “antes e após”, realizado na Unidade de Parto Humanizado da Maternidade Escola Januário Cicco da Universidade Federal do Rio Grande do Norte em Natal/RN, com uma amostra de 130 parturientes, sendo 30 no pré-teste e 100 na aplicação de estratégias não farmacológicas combinadas (exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral) e isolada (banho de chuveiro com temperatura ambiente). Para avaliar a intensidade da dor das parturientes do estudo “antes e após” à aplicação das estratégias não farmacológicas nas fases de aceleração, inclinação máxima e desaceleração da fase ativa do trabalho de parto, utilizou-se para a coleta de dados a escala analógica visual. Os principais resultados apontam que a maioria das parturientes do estudo estavam na faixa etária entre 20 a 30 anos (60%), com o ensino fundamental incompleto (85%), renda familiar de até 2 salários mínimos (74%), 78% tinham um acompanhantes e destes 44% era o próprio companheiro. A ocitocina foi administrada nas parturientes durante a fase ativa do trabalho de parto em 81% dos casos e apenas 15% dessas mulheres não receberam qualquer medicação. Verificou-se alívio significativo ($p=0,000$) da intensidade da dor das parturientes do estudo após a aplicação das estratégias não farmacológicas combinadas e isolada. Conclui-se que as estratégias não farmacológicas combinadas e isolada foram efetivas no alívio da dor das parturientes do estudo na fase ativa do trabalho de parto.

Lista de figuras

Figura 1.	Curva sigmóide da cérvicodilatação (cm) das fases de latência e ativa e das divisões preparatórias de dilatação e pélvica do trabalho de parto de Friedman (1978).....	23
Figura 2 .	EAV desenvolvida pela Equipe do Controle de Dor na Disciplina de Anestesiologistas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo.....	45
Figura 3.	Modelo de desfecho entre as variáveis independentes, controle e dependente, utilizadas nas parturientes do estudo.....	49
Figura 4	Modelo esquemático do desenvolvimento das estratégias não farmacológicas utilizadas na fase ativa do período de dilatação durante o trabalho de parto nas parturientes do estudo	51
Figura 5.	Média de intensidade de dor no “antes e após” à aplicação das estratégias não farmacológicas combinadas na fase ativa do trabalho de parto nos 6, 8 e 9 cm do colo uterino dilatado, nas parturientes do estudo.....	55
Figura 6.	Percentual de alívio da dor verificado na comparação do “antes e após” na aplicação das estratégias não farmacológicas combinadas, nas parturientes do estudo.....	56
Figura 7.	Estratégias não farmacológicas combinadas “antes e após” nos seus aspectos qualitativos nos 6 cm de dilatação do colo uterino dilatado nas parturientes do estudo	57
Figura 8.	Estratégias não farmacológicas combinadas “antes e após” nos seus aspectos qualitativos nos 8 cm de dilatação do colo uterino dilatado nas parturientes do estudo	57
Figura 9.	Estratégias não farmacológicas combinadas “antes e após” nos seus aspectos qualitativos nos 9 cm de dilatação do colo uterino dilatado nas parturientes do estudo	58
Figura 10.	Média de intensidade de dor “antes e após” à aplicação da estratégia não farmacológica isolada nos 8 e 9 cm do colo uterino dilatado nas parturientes do estudo	59

Figura 11.	Percentual de alívio da dor verificado na comparação do “antes e após” na aplicação da estratégia não farmacológica isolada, nas parturientes do estudo.....	60
Figura 12.	Estratégia não farmacológica isolada “antes e após” nos seus aspectos qualitativos nos 8 cm do colo uterino dilatado nas parturientes do estudo	61
Figura 13.	Estratégia não farmacológica isolada “antes e após” nos seus aspectos qualitativos nos 9 cm do colo uterino dilatado nas parturientes do estudo.....	61

Lista de tabelas

Tabela 1.	Variáveis de controle segundo p-valor do Teste Exato de Fisher ao comparar o alívio da dor observadas no “antes e após” à aplicação das estratégias não farmacológicas nos 6, 8 e 9 cm de dilatação do colo uterino nas parturientes do estudo.....	54
Tabela 2.	Escore mínimo e máximo, média, desvio padrão, alívio da intensidade da dor na aplicação das estratégias não farmacológicas combinadas “antes e após” nos 6, 8 e 9 cm de dilatação do colo uterino nas parturientes do estudo	55
Tabela 3.	Escore mínimo e máximo, média, desvio padrão, alívio da intensidade da dor na aplicação da estratégia não farmacológica isolada “antes e após” nos 8 e 9 cm de dilatação do colo uterino nas parturientes do estudo	59

Lista de quadros

Quadro 1.	Variáveis de controle segundo categorias de verificação das estratégias não farmacológicas utilizadas nas parturientes do estudo...	47
Quadro 2.	Variáveis independentes segundo categorias de verificação das estratégias não farmacológicas utilizadas nas parturientes do estudo...	48
Quadro 3.	Variável dependente segundo categorias de verificação das estratégias não farmacológicas utilizadas nas parturientes do estudo...	48
Quadro 4	Descrição das estratégias não farmacológicas combinadas e isolada...	50

Lista de abreviaturas e símbolos

BVS:	Biblioteca Virtual em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EAV	Escala Analógica Visual
ENF	Estratégias Não Farmacológicas
FEBRASGO	Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
MEJC	Maternidade Escola Januário Cicco
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SPSS	Statistical Package for Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UPH	Unidade de Parto Humanizado
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
H_0	Hipótese nula
H_1	Hipótese alternativa
μ_1	Média de intensidade da dor antes da aplicação das ENF
μ_2	Média de intensidade da dor após a aplicação das ENF

Sumário

Dedicatória	v
Menção especial.....	vii
Agradecimentos.....	viii
Resumo.....	xiii
Lista de figuras.	xiv
Lista de tabelas.	xvi
Lista de quadros.....	xvii
Lista de abreviaturas e símbolos.....	xiii
1 INTRODUÇÃO	19
1.1 Hipóteses do estudo	21
1.2 Objetivo	22
2 REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1 O trabalho de parto	23
2.2 Características da dor do trabalho de parto e parto	24
2.3 Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor de parto	26
2.4 Humanização ao trabalho de parto.....	35
3 MÉTODOS	41
3.1 Tipo de estudo.....	41
3.2 Local do estudo	41
3.3 Aspectos éticos	43
3.4 População e amostra.....	43
3.5 Instrumento de coleta de dados	44
3.6 Variáveis do estudo	46
3.7 Procedimento de coleta de dados	49
3.8 Procedimentos de tratamento e análise dos dados.....	52
4 RESULTADOS	53
5 DISCUSSÃO	62
6 CONCLUSÕES	68
REFERÊNCIAS	70
Anexos	
Apêndices	
Abstract	

1 INTRODUÇÃO

A gravidez e o parto são dois eventos que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres. Se a gestação, parto e puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas para o casal, com forte potencial positivo para todos que dela participam, o parto é um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e seu parceiro envolvendo também a família ⁽¹⁾.

Os profissionais de saúde desempenham papel importante nessa experiência e têm a oportunidade de colocar seu conhecimento e serviço ao bem-estar da mulher, parceiro e recém-nascido, com o reconhecimento dos momentos críticos com intervenções necessárias para minimizar a dor de parto, estar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, ajudar a parir e nascer. Contudo, esse papel não é fácil para a maioria dos profissionais de saúde que vêem a gestação e o parto como um processo predominantemente biológico onde o patológico é mais valorizado. Entretanto a gestação e o parto são dois eventos que geralmente ocorrem sem complicações ⁽¹⁾.

Por outro lado, grande parte dos (as) profissionais de saúde que trabalham em maternidades vê na dor de parto um “sofrimento” que na maioria das vezes nada têm a fazer. Desse modo, permanecer nestes locais com mulheres queixando-se de dores torna-se experiência desagradável para tais profissionais. É importante lembrar que a falta de suporte emocional a medicalização em excesso na assistência ao parto são fatores que podem estar relacionados ao aumento da intensidade da dor e pouco ou nada é oferecido para o seu alívio ⁽²⁾.

Nesses termos, o profissional de saúde que assiste à parturiente deve conhecer e compreender os fatores socioculturais, ambientais, assistenciais e a fisiologia do processo do parto que possam causar medo e insegurança a essas parturientes, com a finalidade de promover uma assistência humanizada e integral ⁽³⁾.

A assistência ao parto no momento atual é objeto de grande medicalização. Mesmo que a hospitalização tenha em grande parte reduzida a queda da mortalidade materna e neonatal, o cenário do nascimento transformou-se rapidamente em local desconhecido para as mulheres, mais conveniente e asséptico para os profissionais de saúde ⁽¹⁾.

Para tanto, é de fundamental importância que as mulheres possam fazer uso de métodos farmacológicos e não farmacológicos, no alívio da dor, incluindo o apoio de profissionais de saúde, companheiros (as) e familiares, antes e durante o trabalho de parto ⁽⁴⁾.

Dentre os fatores que aumentam a percepção dolorosa no parto estão o medo, stress, tensão e fadiga, frio, fome, solidão, desamparo social e afetivo, ignorância pelo que está acontecendo e ambiente estranho. Dentre os que reduzem essa percepção dolorosa podem ser citados o relaxamento, a confiança, informações corretas, contato contínuo com familiares e amigas, o fato de se sentir ativa, descansada num ambiente confortável, como também permanecer o momento presente e o de viver as contrações uma a uma ⁽⁵⁾.

Portanto, é do conhecimento que os métodos não farmacológicos podem reduzir essa percepção dolorosa no alívio da dor de parto, sendo considerados também como não invasivos. Dentre eles pode-se citar: o banho de chuveiro ou de imersão, massagens na região lombar, respiração padronizada, condicionamento verbal e relaxamento muscular. Esses métodos podem ser aplicados de forma combinada ou isolada, e estudos ^(3-4,6-15) apontam que, além de proporcionar alívio da dor de parto, podem reduzir a necessidade de utilização de métodos farmacológicos. Há, ainda, relatos nesses estudos de melhora da experiência vivenciada durante o trabalho de parto ⁽⁴⁾.

Diante dessas considerações sobre o trabalho de parto, parto e os métodos não farmacológicos, motivou o interesse em estudar a dor de mulheres em trabalho de parto. Essa motivação surgiu de minha experiência como enfermeira obstétrica e docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação na área da Enfermagem Obstétrica há mais de vinte anos, observando e vivenciando junto às parturientes manifestações de sentimentos como sofrimento, desconforto e falta de controle diante da intensidade da dor de parto.

Com o decorrer do tempo e da convivência como docente assistencial quase diária com essas mulheres em centros obstétricos públicos, tenho presenciado parturientes isoladas, separadas de seus companheiros ou acompanhantes, descaso dos profissionais de saúde quanto à queixa da dor dessas mulheres, provavelmente por considerarem a dor de parto um processo predominantemente biológico, fisiológico e temporário, valorizando, muitas vezes, o quadro patológico quando este se instala.

Dessa forma, por se considerar a abordagem humanizada fundamental para ajudar as mulheres a vivenciarem o processo do trabalho de parto de forma menos traumática e desconfortante, tem-se como objeto deste estudo a avaliação da efetividade de estratégias não farmacológicas (exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral, deambulação, balanço pélvico e banho de chuveiro) de forma combinada e/ou isolada no alívio da dor de parturientes na fase ativa do período de dilatação no trabalho de parto.

Diante disto, elege-se o seguinte questionamento para esta pesquisa:

- A aplicação de estratégias não farmacológicas utilizadas de forma combinada e/ou isolada é efetiva para o alívio da intensidade da dor de parturientes na fase ativa do período de dilatação durante o trabalho de parto?

1.1 Hipóteses do Estudo

- **H₀:** A aplicação de estratégias não farmacológicas utilizadas de forma combinada e/ou isolada não é efetiva no alívio da intensidade da dor de parturientes na fase ativa do período de dilatação durante o trabalho de parto.
- **H₁:** A aplicação de estratégias não farmacológicas utilizadas de forma combinada e/ou isolada é efetiva no alívio da intensidade da dor de parturientes na fase ativa do período de dilatação durante o trabalho de parto.

Teste de Hipótese: $H_0 = \mu_1 \text{ antes ENF} \leq \mu_2 \text{ após ENF}$ (Teste T pareado, $p < 0,05$)

$H_1 = \mu_1 \text{ antes ENF} > \mu_2 \text{ após ENF}$ (Teste T pareado, $p < 0,05$)

Onde,

H₀ = Hipótese nula

H₁ = Hipótese alternativa

μ₁ = Média de intensidade da dor das parturientes antes da aplicação das ENF.

μ₂ = Média de intensidade da dor das parturientes do estudo após aplicação das ENF.

Teste T = Teste T pareado simples, com $p < 0,05$, comparando as médias de intensidade da dor “antes e após” à aplicação das ENF nas parturientes do estudo.

1.2 Objetivo

- Avaliar a efetividade de estratégias não farmacológicas aplicadas de forma combinada e/ou isolada para o alívio da intensidade da dor de parturientes na fase ativa do período de dilatação durante o trabalho de parto.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O trabalho de parto

Na realidade, não há uma demarcação nítida entre o trabalho de parto e o parto, mas uma transição gradual, dificultando estabelecer o início da dilatação do colo uterino. Portanto, no primeiro estágio do trabalho de parto, o da dilatação, as contrações uterinas são, a princípio, em número de 2 a 3 em 10 minutos, chegando a atingir 5 nos 10 minutos no final desse estágio. Para melhor visualização, a análise do gráfico do trabalho de parto de Friedman apresenta no estágio da dilatação uma fase latente e uma ativa ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾. A fase ativa é subdividida em três momentos: aceleração, inclinação máxima e desaceleração, segundo a curva sigmóide da cérvicodilatação (cm) das fases de latência e ativa das divisões preparatórias de dilatação pélvica do trabalho de parto (Ilustração cortesia de Dr. Casey, redesenhado de Friedman, 1978) ⁽¹⁷⁾ como visto na Figura 1.

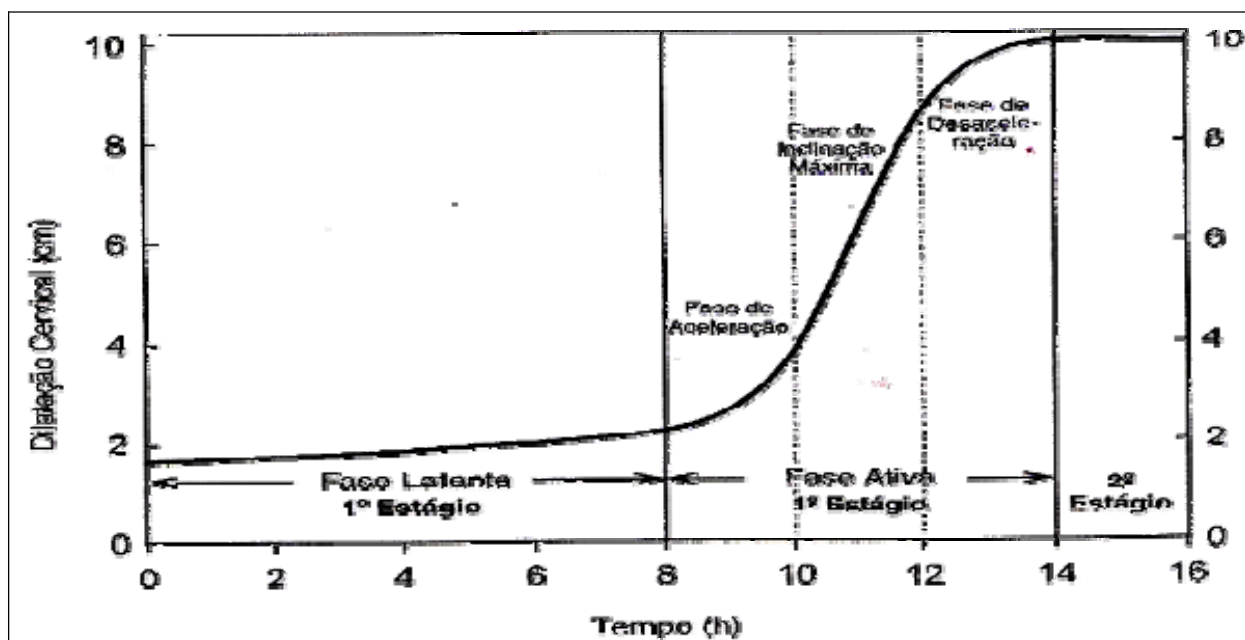


Figura 1. Curva sigmóide da cérvicodilatação (cm) das fases de latência e ativa e das divisões preparatórias de dilatação e pélvica do trabalho de parto de Friedman (1978) ⁽¹⁷⁾.

Na fase latente ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, o início do trabalho de parto vai até um ponto onde a curva começa uma definida tendência para cima (Figura 1). Durante a fase latente há contrações uterinas irregulares, curtas, fracas e a cérvix dilata de 3 a 4 cm, podendo a parturiente permanecer no seu domicílio. Essa fase pode levar várias horas e, ao se dirigir à maternidade ou unidade de saúde, a parturiente refere cólica abdominal, incômodo, e desconforto baixo, expressando excitação e apreensão. A distribuição da dor está localizada, sobretudo, no centro das costas e a sensação é, muitas vezes, referida como uma câimbra ligeira de nível profundo, tornando-se mais severa com o passar das horas.

De acordo com a Figura 1, a fase ativa ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ começa quando a curva da dilatação estimada inicia uma tendência brusca para cima e termina com a dilatação cervical completa, ou seja, 10 cm. A dilatação agora evolui mais rapidamente. Há um período inicial de aceleração quando a dilatação vai de 3 para 5 cm; uma fase de inclinação máxima entre 5 e 8 cm, durante a qual o colo uterino se dilata mais rapidamente e as contrações são de intensidade moderada; e uma fase de desaceleração com a cérvix dilatada entre 8 e 10 cm, ocorrendo contrações intensas e espasmódicas. A distribuição da dor nessa fase está localizada no abdome anterior, a duração torna-se constante associada à dilatação cervical completa; a sensação de dor é, na maioria das vezes, referida como intensa, constritiva, freqüentemente excruciante. A fase de aceleração é curta e variável; a inclinação máxima reflete a eficácia da contração uterina, enquanto que a desaceleração traduz a relação fetopélvica. Portanto, a fase ativa se estende até a dilatação total do colo uterino e o início do período expulsivo. ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

2.2 Características da dor do trabalho de parto e parto

Desde 1986, o Comitê de Taxonomia da International for the Study of Pain (IASP) conceituou ⁽¹⁹⁾ a palavra dor como sendo uma experiência sensorial e emocional de forma desagradável, associada às lesões teciduais reais ou potenciais envolvidos por sensações desprazerosas. Ela é subjetiva e, de acordo com o aprendizado frente a experiências prévias, constitui uma vivência emocional. Também pode ser descrita

como um fenômeno complexo, individual e multifatorial, influenciada por fatores psicológicos, biológicos, sócio-culturais e econômicos.

No que se refere à dor de parto, atualmente são consideradas várias adaptações e métodos na tentativa de modificar a atitude das parturientes, companheiros(as) e familiares, tendo em vista a não associação do parto à dor, ao medo, ao perigo e sofrimento. Tenta-se fazer com que o parto seja encarado por meio da compreensão, confiança, segurança, e que todos participem ativamente desse processo, já que o mesmo não é um fenômeno perigoso ou motivo de apreensão e temor ⁽²⁰⁾.

Da mesma forma, como o organismo protegeu e nutriu o feto de forma natural durante todo o período gestacional, o parto também ocorre com a mesma naturalidade. Nesses termos, as parturientes devem confiar na habilidade do seu organismo ao parir, assim como ele faz bem todas as suas outras funções. Já que o parto não é uma experiência esquecida, a mulher ao parir com alegria, segurança e satisfação, deverá confiar que o seu organismo fará aquilo para o qual foi designado a fazer ⁽²⁰⁾.

Para tanto, a dor de parto, para a maioria das mulheres, é considerada como a mais dolorosa experiência de suas vidas. A dor das contrações uterinas é um processo complexo envolvendo interações de mecanismos centrais, periféricos e intercâmbio contínuo de informações por meio de vias ascendentes e descendentes de nociceptores. Conseqüentemente, a percepção e/ou memorização da dor de parto envolve fatores emocionais, sensoriais, ambientais e existenciais ⁽¹⁵⁾.

Nesses termos, a fisiologia da dor não é a mesma durante todo o trabalho de parto. A contração uterina tem seu início fraco, vai aumentando até atingir seu pico, para depois desaparecer. No estágio de dilatação do trabalho de parto a dor é de natureza visceral determinada por distensão e dilatação do colo uterino e do respectivo peritônio e por isquemia das miofibrilas do miométrio quando contraídas, transmitidas através de fibras aferentes simpáticas (T11 e T12). Na fase final da dilatação, os estímulos dolorosos tornam-se mais intensos e se propagam aos segmentos adjacentes T10 L1 por fibras A delta e fibras C viscerais aferentes que têm origem na parede lateral e fundo uterino ⁽²¹⁾.

Por conseguinte, à medida que as contrações tornam-se mais freqüentes e intensas, a parturiente sente-se mais ansiosa, provocando tensão, medo, e, em conseqüência disso, agravamento da dor. Entretanto, a experiência dolorosa do parto

não é um simples reflexo dos processos fisiológicos da parturição. Mesmo que essa dor seja resultado de uma interação complexa e subjetiva de múltiplos fatores fisiológicos e psicológicos da interpretação individual e adaptativa da parturiente, é do conhecimento que uma abordagem, centrada no alívio da dor, vai alterar essa resposta na maioria das mulheres. Por ser a dor de parto um fenômeno multidimensional, essa abordagem deverá ser direcionada às intervenções e estratégias farmacológicas e não farmacológicas ⁽²¹⁾.

2.3 Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor de parto

O acompanhamento à parturiente durante o trabalho de parto na maioria das vezes envolve necessariamente suporte psíquico e emocional, contato físico para dividir o medo e a ansiedade para somar forças e estimular positivamente à parturiente no momento do trabalho de parto. Para tanto, o processo de humanização durante o trabalho de parto requer, além do acompanhamento pelo companheiro ou outra pessoa das intervenções não farmacológicas associadas às informações recebidas pelas parturientes no seu preparo para o parto, como também a mudança de atitude da instituição que deve estar estruturada e preparada para essa nova postura ⁽¹⁾.

Diante disso, existem informações adequadas no benefício do alívio da dor de parto, seguindo uma abordagem farmacológica e não farmacológica. Dentre as não farmacológicas, podem-se citar a massagem; a visualização corporal; respiração lenta e modificada, juntamente com a atividade física, como a liberdade de posição, melhorando a circulação sanguínea e a ampliação do equilíbrio muscular; redução do edema; alívio do desconforto intestinal, aliviando as câimbras, fortalecendo a musculatura abdominal, e, por conseguinte, ajudando na recuperação do pós-parto ⁽²²⁾.

Estudos científicos demonstraram que o alívio da dor de mulheres em trabalho de parto é efetivo com a utilização de uma abordagem não farmacológica. Dentre esses estudos pode-se citar um realizado ⁽²³⁾ com uma amostra de 40 parturientes que objetivou verificar os efeitos do banho de chuveiro sobre a dor de parturientes na fase ativa do período de dilatação e as sensações referidas por essas mulheres durante o banho. Para tanto, estudaram quatro dimensões da dor: intensidade, utilizando a escala numérica e a de copos; manifestação de comportamento, localização e

caracterização, com o uso do Questionário de Dor McGill. Os resultados mostraram que o banho de chuveiro na fase ativa do trabalho de parto não diminui a dor, no entanto promoveu sensações de bem-estar e conforto, como o alívio, relaxamento, melhora e revigoramento.

Com a crescente participação da enfermagem obstétrica ao parto com a humanização do mesmo, um estudo ⁽²⁴⁾ com uma abordagem metodológica qualitativa objetivou analisar o impacto do banho morno na redução do tempo do trabalho de parto durante sua fase ativa. Como resultado, identificou que o banho morno permitiu que a parturiente permanecesse consciente do seu poder no desenvolvimento do trabalho de parto, com alívio da sensação dolorosa, relaxamento e bem-estar. Não há, porém, um tempo determinado para que a parturiente permaneça no chuveiro, contanto que a água tenha uma temperatura pelo menos suportável, já que em nossas maternidades do SUS não vamos encontrar banheiros com chuveiro elétrico para o conforto dessas mulheres.

Um ensaio clínico experimental controlado randomizado realizado com 108 mulheres em trabalho de parto no Centro de Parto Normal do Amparo Maternal, objetivou avaliar o efeito do banho de imersão sobre a magnitude da dor no primeiro estágio do trabalho de parto, analisar a influência do banho de imersão na duração do primeiro estágio do trabalho de parto, na frequência e duração das contrações no decorrer do trabalho de parto. A coleta dos dados foi de outubro de 2002 a junho de 2003 e, como principais resultados, identificaram que o banho de imersão demonstrou não influenciar na duração do trabalho de parto que foi semelhante entre os grupos ($p=0,885$). Sobre a magnitude da dor, na terceira avaliação, o grupo experimental apresentou médias significativamente menores que o grupo controle ($p=0,001$), tanto na escala numérica quanto no índice comportamental. Não houve diferença estatística na frequência, no entanto, a duração das contrações foi estatisticamente menor no grupo experimental, concluindo os autores que o banho de imersão é uma alternativa para o conforto da parturiente, aliviando a dor sem interferir na progressão do trabalho de parto ⁽²⁵⁾.

Num estudo realizado no pré-parto do Hospital Maternidade Sofia Fieldman, utilizou a bola suíça (ou Bola de Bobath), também conhecida como bola do nascimento com parturientes no período de dilatação, e identificaram que a utilização dessa bola proporcionou mais conforto entre e durante as contrações. Concluíram também que o

uso da bola pode ser associado a outros recursos para o alívio da dor, como o banho quente no chuveiro e a massagem lombar. A bola foi considerada como um dos recursos não farmacológicos para ajudar no processo fisiológico do nascimento. No chuveiro, a bola deve ser usada assentando a parturiente sobre a mesma deixando a água cair sobre os locais dolorosos durante as contrações. Fora do chuveiro, a bola pode ser associada com massagens para o alívio da dor ou apenas para a parturiente sentar mais confortavelmente ⁽²⁶⁾. Uma experiência realizada com a Bola de Bobath, em uma Unidade Básica de Enfermagem, no ano de 2006, uma parturiente e seu companheiro utilizaram essa bola em várias posições durante o trabalho de parto, com o objetivo de ajuda na hora do nascimento e o mínimo de dor. Com a cooperação do companheiro, o parto ocorreu de forma segura e suave, oferecendo a esse casal uma experiência ímpar e satisfatória ⁽²⁷⁾.

Em 2006, uma pesquisa utilizou técnicas de respiração e relaxamento muscular para o alívio da dor de parturientes. Como resultados, identificaram que essas técnicas não reduziram a intensidade da dor, porém promoveram a manutenção de baixo nível de ansiedade das parturientes por um tempo mais longo durante o trabalho de parto ⁽²⁸⁾. Entretanto, outro estudo realizado em Goiânia/GO, no período de 2000/2001 com parturientes utilizando as mesmas técnicas de respiração e relaxamento muscular, foram observadas sensações de aumento na tolerância à dor, encorajamento e vigor a essas mulheres para vivenciarem a parturição por meio do bem-estar físico e psicoemocional ⁽²⁹⁾.

Da mesma forma, em estudo de intervenção, ao serem aplicadas técnicas de relaxamento muscular progressivo em mulheres durante o trabalho de parto, pesquisadores identificaram que essa técnica causa percepção no alívio da dor manifestada pelas parturientes. Isto é relevante à medida que os efeitos da interferência dos pesquisadores com a obtenção de dados durante aplicação da técnica demonstraram importante redução no nível de dor das parturientes em estudo ⁽³⁰⁾.

Em estudo realizado com parturientes no preparo para o parto, enfermeiras obstétricas acreditam no relacionamento enfermeira-parturiente-família, beneficiando a vivência emocional dessas mulheres em trabalho de parto. Para essas enfermeiras, o contato terapêutico junto às parturientes pode ser relacionado à massagem nas coxas, panturrilhas e pés, como terapia benéfica para o relaxamento, bem-estar, conforto e

prazer da parturiente, o qual deve ser realizado tanto pelos profissionais de saúde quanto pelos acompanhantes dessas mulheres no processo do trabalho de parto ⁽³¹⁾.

Uma pesquisa utilizando a massagem com gelo ao nível da L14 de parturientes para reduzir a dor das contrações, durante o trabalho de parto, identificou que as parturientes do estudo referiram significativa redução à dor. Para os autores, a massagem lombar com o uso do gelo é segura, não invasiva, não farmacológica e é um método alternativo para o alívio da dor de parto ⁽³²⁾.

A massagem também pode ser justificada no alívio da dor, ocasionada pelos impulsos nervosos gerados em determinadas regiões do corpo da parturiente, competindo com a mensagem da dor que está sendo enviada às terminações nervosas do cérebro. Vários são os locais de acesso a esse alívio como os pés, as mãos, que funcionam como técnica de contrapressão feita nas costas, durante as contrações uterinas e na altura da borda superior da pelve. Quando a massagem é aplicada nos ombros e no pescoço, há um melhor efeito benéfico entre as contrações que ajudam no relaxamento e de maneira suave na barriga, braços e pernas dão a sensação de apoio físico e companheirismo ⁽³³⁾.

Em 2006, um estudo teve como proposta caracterizar a dor durante o trabalho de parto com ou sem massagem lombar nas três fases da dilatação cervical: na fase 1 (3-4 cm); na fase 2 (5-7 cm) e na fase 3 (8-10 cm). Foi um estudo randomizado controlado, e os resultados indicaram que a massagem lombar provavelmente não muda as características da dor experienciada pelas parturientes; entretanto, pode ser efetiva na redução da intensidade da dor na fase 1 e 2 da dilatação cervical durante o trabalho de parto. Os autores concluíram, portanto, que o uso da massagem lombar é efetivo para ajudar na redução da intensidade da dor durante o processo parturitivo ⁽³⁴⁾.

Da mesma forma, podem ser considerados outros trabalhos com técnicas fisioterápicas utilizando-se massagens, às quais estão relacionadas à diminuição da intensidade, frequência e duração, como também melhor evolução dos desconfortos músculo-esquelético da gestação e parto ⁽³⁵⁻³⁶⁾.

Em estudo de revisão de literatura sobre movimentação/deambulação no trabalho de parto, foi verificado que os efeitos da deambulação/liberdade de posição e da movimentação da mulher durante o trabalho de parto foram usados e preferidos desde a antiguidade, possibilitando menos dor, diminuindo o tempo do trabalho de parto,

melhora na contratilidade uterina além de oferecer mais conforto, assegurando também os intercâmbios materno-feto-placentários durante mais tempo, diminuindo, assim, o risco de sofrimento fetal ⁽³⁷⁾.

Em ensaios clínicos controlados randomizados sobre intervenções benéficas capazes de reduzir a mortalidade materna, estão incluídas as intervenções de obtenção institucional ao parto, usam de tecnologias apropriadas incluindo o partograma, local do parto, posição para o parto, uso de episiotomia, tipo de parto, uso de ocitócitos na fase ativa do trabalho de parto, realização de esforços de puxos no período expulsivo, manejo da dequitação e profilaxia da hemorragia puerperal. Ainda que o efeito da prevenção à mortalidade materna seja difícil de ser avaliada pela baixa frequência, sua utilização de forma racional e padronizada por meio de manuais e normatizações de condutas de serviços tem efeito positivo sobre a qualidade da atenção ao nascimento ⁽³⁸⁾.

Portanto, a recomendação genérica, praticamente consensual entre os pesquisadores, é a de evitar a posição supina, aceitando as recomendações do Ministério da Saúde, que é a de permitir e encorajar a parturiente na adoção da posição verticalizada. Acima de tudo, os profissionais da saúde devem respeitar a parturiente, reconhecer os benefícios potenciais dessa posição elevada para o parto, estando os mesmos treinados para utilizá-la ⁽³⁸⁾.

Em outras pesquisas foi observado que a deambulação auxilia no alívio da dor das parturientes quando associada às outras técnicas não farmacológicas como, por exemplo, o balanço pélvico, promovendo à mulher melhor evolução no trabalho de parto, alívio da dor, conforto e relaxamento muscular ⁽³⁹⁾.

Em estudo analítico de intervenção do tipo quase-experimental com parturientes em trabalho de parto com o objetivo de analisar os efeitos da deambulação na fase ativa do trabalho de parto, verificaram que a quantidade de tempo deambulada durante as 3 primeiras horas nessa fase está associada a um encurtamento da duração do trabalho de parto, sendo que, a cada 100 metros percorridos, ocorreu diminuição de 22 minutos na primeira hora, 10 minutos na segunda e 6 minutos na terceira hora. Quanto aos escores de dor, os autores concluíram que a pontuação dos mesmos aumentou à medida que a dilatação do colo uterino avançava. Detectaram ainda uma correlação positiva significativa apenas nos 5 cm de dilatação, visto que, quanto maiores os

trajetos percorridos, maiores foram os escores de dor pontuados pelas parturientes do estudo ⁽⁴⁰⁾.

Em estudo controlado randomizado com parturientes da Tailândia, avaliou-se a intervenção da musicoterapia lírica por 3 horas, iniciada na fase ativa do trabalho de parto sobre a sensação e o stress da dor. O estudo mostrou significativo alívio da dor no decorrer das 3 horas e retardou o aumento da efetividade da dor por uma hora. Concluíram os pesquisadores que a música suave no decorrer do trabalho de parto alivia a dor na fase ativa, quando a parturiente está sentindo mais desconforto, causado pelas fortes contrações dessa fase ⁽⁴¹⁾.

Em resumo, observa-se que são vários os métodos não farmacológicos utilizados de forma randomizada ou não para o alívio da dor durante o trabalho de parto. Observam-se ainda que intervenções farmacológicas administradas em parturientes durante o trabalho de parto para o conforto e alívio da dor têm seus efeitos diretamente na mãe e no feto, alertando-se para quando essa decisão for tomada com a finalidade de aliviar a dor de parto, os profissionais de saúde devem ter o conhecimento do seu mecanismo de ação e dos efeitos adversos que possam ter ao serem administrados em mulheres no processo parturitivo ⁽⁴²⁾.

Em 2007, em estudo experimental para determinar efeitos de acompanhantes durante o trabalho de parto e parto, com uma amostra de 50 parturientes da Turquia consideradas de baixo risco gestacional, teve-se como resultado que a presença de acompanhantes, em especial o companheiro durante o trabalho de parto e parto, ajuda as mulheres a passar por uma experiência mais positiva em todos os aspectos do nascimento ⁽⁴³⁾.

Nesses termos, os métodos não farmacológicos e farmacológicos para o alívio da dor de parturientes não são muito utilizados, entretanto a combinação de dois ou mais desses métodos pode prover a muitas mulheres um adequado alívio, minimizando o desconforto e seus efeitos que possam surgir. Podem-se incluir nessa associação métodos como as técnicas de exercícios respiratórios, imaginação, massagem lombar, relaxamento progressivo, toque terapêutico, atividades de mudança e liberdade de posição, banhos, música ambiente e aplicação de compressas morna e fria na região lombar ⁽⁴⁴⁾.

É importante lembrar que o uso de métodos farmacológicos e não farmacológicos geralmente devem ser acompanhados com o suporte da presença de uma pessoa, que poderá ser o profissional de saúde, o companheiro ou alguém da família. Dessa forma, tem-se observado que os métodos não farmacológicos têm sido ultimamente estudados na população de mulheres em trabalho de parto com prioridade consistente no nascimento, selecionados para o uso dos mesmos no alívio e conforto durante o trabalho de parto ⁽⁴⁵⁾.

Com base nos resultados de estudos da literatura consultada, identificaram-se ENF que apresentaram melhores condições no alívio da dor de parturientes na fase ativa do período de dilatação do trabalho de parto. Portanto, selecionaram-se as mais efetivas para o nosso estudo embasado em consultas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Bancos de Dados Bireme, Periódicos Capes, Web of Science e SIBI USP ^(3-4,6-15,22-38,40-47), a saber: exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral, balanço pélvico e banho de chuveiro.

É relevante aqui descrever como essas técnicas são utilizadas apresentando o seu valor terapêutico e benéfico, além do processo de humanização no atendimento à parturiente. Ressalta-se ainda que esses métodos demonstraram sua efetividade, e, na maioria das vezes, são aceitos pelas parturientes e seus acompanhantes, tendo a ajuda dos profissionais de saúde ou mesmo de seus familiares.

Segundo a literatura, nos exercícios respiratórios para o período de dilatação, a parturiente deve entrar em contato com o seu interior e, quando julgar necessário, usar a respiração diafragmática concentrando-se na expiração, mantendo o corpo relaxado, principalmente os ombros, e quando as contrações uterinas se tornarem muito fortes, a mulher deve emitir sons no momento da expiração ajudando no alívio da dor ^(1,16).

A emissão de sons, juntamente com a expiração, intensifica a produção de hormônios semelhantes às endorfinas que agem como analgésicos internos naturais e ajudam na alteração do nível de consciência. Portanto, para uma melhor função pulmonar durante as contrações uterinas, os movimentos respiratórios devem ser semelhantes a respirações normais, lentas, com inspiração pelo nariz e expiração pela boca, aumentando, dessa forma, a capacidade de alívio da dor de parto ^(1,16).

Assim, os exercícios respiratórios têm por objetivo auxiliar as mulheres no controle das contrações durante o trabalho de parto, modificando a atitude da mesma e

seu/sua acompanhante que, ao invés de ligar o parto ao medo e à dor, passam a aceitá-lo com segurança, tranquilidade e participação ativa. Nesse sentido, o emprego de técnicas respiratórias no trabalho de parto permite afluxo suficiente de oxigênio para o útero, produzindo relaxamento da tensão no sistema vegetativo, tornando o trabalho de parto mais rápido e menos doloroso. ^(1,16).

Portanto, a respiração abdominal lenta e profunda é útil entre as contrações, em especial na primeira fase (aceleração) do trabalho de parto, evitando, da mesma forma, espasmos dolorosos da musculatura abdominal. A respiração torácica rápida e superficial é útil quando as contrações são mais intensas, especiais para a segunda fase (inclinação máxima) do trabalho de parto. Estas respirações controladas, conscientes e voluntárias, poderão até inibir a percepção dolorosa ^(1,16,47).

No geral, as técnicas de relaxamento muscular permitem que a parturiente reconheça as partes do seu corpo e suas sensações, havendo, portanto, a diferença entre o relaxamento e a contração uterina, distrai a mulher aumentando o alívio e o controle da dor, facilitando o sono e o repouso ⁽³⁹⁾.

Dentre as técnicas que promovem o relaxamento muscular, temos a distração, relaxamento muscular progressivo que causa a percepção de alívio da dor, bocejos, respiração controlada, imagens mentais, toque e musicoterapia. O exercício de relaxamento também tem como objetivo suprir o estado de tensão muscular e melhorar a oxigenação uterina, contribuindo da mesma forma em economizar energia para o controle psíquico e útil entre as contrações ⁽¹⁶⁾.

A massagem lombossacral feita por acompanhante ou por profissionais de saúde no momento das contrações uterinas estimula a liberação de endorfinas e haverá maior intensificação para o alívio da dor. Portanto, a massagem é um método seguro, não invasivo, não farmacológico que pode aliviar a dor durante o trabalho de parto. Para receber a massagem lombossacral a parturiente poderá estar deitada em decúbito lateral, de pé ou acocorada, onde o acompanhante/companheiro ou mesmo profissional de saúde, com a mão firme, pressionem a região lombar, fazendo com que os tecidos se movam sobre os ossos ⁽¹⁾.

As proposições da literatura quanto a melhor posição materna durante o trabalho de parto são várias. Dependendo da capacidade e da experiência do profissional que acompanha a parturiente com determinada posição, é consenso geral que a posição

horizontal deve ser evitada para prevenir os efeitos da dificuldade nas trocas materno-fetais. A vantagem da posição verticalizada ou da inclinação lateral sobre a posição horizontal é: menor desconforto e menor dificuldade nos “puxos maternos”, dores com menor intensidade e menor risco de traumas vaginais ou perineais ⁽³⁹⁾.

Portanto, o ficar deitada a maior parte do tempo, durante o trabalho de parto, pode ser causa de dor desnecessária. Nesse caso, várias posições podem aliviar a dor da parturiente, tais como a de ajoelhar-se com o corpo dobrado para frente, ficar de pé, de cócoras ou sentada, e, principalmente, deambular para auxiliar no alívio da dor do processo parturitivo. Pode-se observar, da mesma forma, que o balanço pélvico, tido como movimentos rítmicos da pelve para frente e para trás, de um lado para o outro ou em pequenos círculos, ajuda no alívio da dor durante as contrações uterinas ⁽³⁹⁾.

O efeito relaxante da água reduz as sensações de dor causadas pelas contrações uterinas, descontraindo a musculatura do períneo. Um fator positivo que fornece segurança à parturiente é quando a água caindo sobre seu corpo, em especial sobre a região lombar, é como um analgésico, amenizando a sensação dolorosa, aliviando a dor e o desconforto causados pelas fortes contrações ⁽³⁹⁾.

Em contrapartida, a associação de algumas medidas não farmacológicas pode ser realizada como os exercícios respiratórios, técnicas de relaxamento muscular progressivo e a deambulação auxiliando no alívio da dor da parturiente. Da mesma forma, associando o balanço pélvico à massagem lombossacral, haverá liberação das endorfinas, por conseguinte, incremento do alívio e do conforto. Também se podem associar os exercícios respiratórios, relaxamento muscular progressivo e massagem lombossacral, que proporcionam melhor evolução no trabalho de parto, alívio da dor e relaxamento ⁽³⁹⁾.

Portanto, acredita-se que, ao realizar-se este estudo no momento em que a parturiente está envolvida e vivenciando o fenômeno doloroso do trabalho de parto, possa-se aliviar este desconforto, com a aplicação de ENF através de condutas sistematizadas a um nascimento seguro com um mínimo de intervenções desnecessárias. Essas condutas proporcionam apoio à parturiente, acompanhante e família, monitorização do estado materno e fetal, identificação dos fatores de risco e o diagnóstico precoce de possíveis distócias durante o trabalho de parto.

Sendo assim, reconhecer a individualidade é humanizar o atendimento do parto. A humanização durante o trabalho de parto permite ao profissional de saúde estabelecer um vínculo e perceber as necessidades da parturiente; permite também relações menos desiguais e menos autoritárias na medida em que o profissional de saúde possa ajudar esse casal a adotar condutas que beneficiem o bem-estar e garantam a segurança para a mulher, parceiro e recém-nascido ⁽¹⁾.

2.4 Humanização ao trabalho de parto

Uma tarefa importante para ajudar as mulheres, parceiro e recém-nascido a garantir segurança durante o trabalho de parto e a suportar a dor é através do apoio e da abordagem humanizada, com a identificação dos aspectos quantitativos dessa dor, para o planejamento sistemático de informações e orientações tranquilizadoras fornecidas por profissionais de saúde ou outras pessoas que assistem essas mulheres. Tudo isso poderá ser realizado, além da abordagem empática, com a utilização de ENF efetivas que visem aliviar essa dor tão presente nos trabalhos de parto. Através da aplicação dessas estratégias, o processo parturitivo poderá ser menos doloroso, menos tenso, visto que a parturiente necessita de atenção, aconselhamento e habilidade de comunicação, objetivando melhor condução no trabalho de parto.

No modelo humanizado de atenção ao parto e seu acompanhante, devem ser observados o acolhimento pela equipe com a empatia e respeito, considerando sempre suas opiniões, preferências e necessidades. Além de tudo, a assistência obstétrica deverá ser centrada nas necessidades da cliente, baseada não só nos procedimentos e normas técnicas pré-estabelecidas, mas na valorização da individualidade, visto que o ser humano é diferenciado pela própria natureza por ser racional e possuir características específicas como caráter, personalidade, sentimentos, crenças, opiniões, desejos, aspirações, valores próprios, dignidade e senso de justiça, que devem ser respeitados, considerados e valorizados ⁽⁴⁸⁾.

Dessa forma, as mulheres em trabalho de parto necessitam de conhecimentos prévios sobre gravidez, nutrição adequada e saudável, orientações quanto às contrações e o parto, o crescimento desenvolvimento do seu bebê, amamentação e

imunização. Para uma humanização adequada durante o trabalho de parto, a parturiente necessita de informações sobre preparação física adequada no que diz respeito aos efeitos de várias posições para que se possa participar ativamente do seu parto, percebendo o bem-estar que essas variações proporcionam ⁽⁴⁹⁾.

Entretanto o que vem sendo observado é que nos últimos cem anos com a institucionalização do parto, ocorreu uma mudança bastante forte no modelo de assistência ao nascimento. Na substituição do domicílio, em que a mulher era assistida na hora do parto, pelo hospital e, da parteira, pelo médico, houve um grande transtorno no modelo feminino de atenção em um modelo masculino, que, na maioria das vezes, era desatento à real necessidade da parturiente neste momento sublime. Ao serem incorporadas altas tecnologias como as drogas, os exames e as cirurgias, entre outras, a esse modelo, deu uma reviravolta na consolidação da transformação do parto e nascimento em “atos médicos” e não mais no momento da parturiente, recém-nascido e família, embora tenha suas vantagens, como por exemplo, a redução da morbimortalidade materna e neonatal, entre outras ⁽⁵⁰⁾.

Para tanto, nos dias atuais, a humanização durante o processo da parturição compreende uma temática de significativa relevância em toda a esfera global, despertando nas classes pertencentes à área da saúde interesse e preocupação quanto à implantação e o desenvolvimento do cuidado humanizado em todo ambiente hospitalar, em especial no campo da obstetrícia, melhorando, dessa forma, a assistência à saúde materna e perinatal ⁽⁵¹⁾.

O termo humanização do parto está de certa forma muito relacionado ao uso da medicina baseada em evidências, ao respeito aos direitos da mulher, ao tratamento acolhedor e respeitoso, ao manejo da dor de parto e à prevenção da dor iatrogênica ⁽⁵²⁾.

Em relação aos efeitos benéficos de suporte emocional/psicológico oferecido às mulheres no processo do parto, vai depender da qualidade na relação interpessoal estabelecida entre os agentes envolvidos no processo de humanização, uma vez que esse suporte emocional e educativo deva atender às necessidades físicas e psicossociais do grupo assistido ⁽⁵³⁾.

A humanização ao parto também envolve relações entre profissionais da saúde, parturientes, familiares e acompanhantes, bem como procedimentos técnicos adotados

desde a adequação da estrutura física e equipamentos hospitalares, até a mudança de posturas e atitudes de todos os envolvidos no processo parturitivo. A adequação física na rede hospitalar é necessária para que a parturiente disponha de acompanhante durante o trabalho de parto com a realização de procedimentos no que se refere ao alívio da dor, promoção ao parto e nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal ⁽⁵⁴⁾.

A equipe de saúde deve ainda proporcionar ambiente de carinho e atenção, tendo as dúvidas das parturientes respondidas de forma clara e acessível. Durante o trabalho de parto a mulher não deve conviver em ambiente hostil, com rotinas e normas rígidas centradas somente no interesse do serviço e da equipe de saúde. A parturiente deve sentir-se em local onde poderá manifestar seus sentimentos, angústias e medos e, acima de tudo, sentir-se segura e amparada ⁽⁵⁵⁾.

Humanizar é estar ao lado assistindo parturiente e família, dando-lhes suporte de forma individualizada, assegurando a melhor forma de integralidade para mãe/bebê e identificando riscos antes que os mesmos ocorram, garantindo, assim, um parto seguro e sem distócia ⁽⁵⁶⁾.

É importante considerar, ainda, que a humanização do parto abrange a incorporação de um conjunto de cuidados, medidas e atividades, objetivando oferecer à mulher possibilidades de vivenciar a experiência do parto como um processo fisiológico, sentindo-se protagonista desse momento. O profissional de saúde desempenha papel relevante como facilitador para o desenvolvimento dessa atenção, por meio de orientações, aconselhamentos específicos e atividades, no preparo da parturiente e acompanhante ⁽⁵⁷⁾.

Em estudo de revisão realizado quanto à pessoa provedora de suporte, a simultaneidade na presença ou não do companheiro/familiares da parturiente, durante o trabalho de parto, demonstrou dentre outros que, quando esse provedor não é um profissional de saúde, os benefícios são mais acentuados ⁽⁵⁸⁾.

Em 2005, um trabalho realizado sobre o parto humanizado na percepção de enfermeiras obstétricas evidenciou que no cotidiano dos centros obstétricos o que mais as enfermeiras conseguem realizar são orientações por meio de cursos às gestantes, apoio empático ao casal, medidas de conforto como ambiente tranquilo e calmo, o

banho de chuveiro, apoio e orientação ao acompanhante, como também evitar intervenções desnecessárias durante o processo do trabalho de parto e parto ⁽⁵⁹⁾.

Um estudo realizado numa maternidade do Rio de Janeiro com o objetivo de descrever a influência dos fatores ambientais na exacerbação e alívio da dor de parto e analisar a relação entre ambiente e dor de parto, identificou elementos que estimulam os sentidos, as práticas e os dispositivos invasivos aumentando a dor, enquanto que a liberdade de movimentos, o acompanhante, as tecnologias apropriadas para o parto, à água, a própria mulher e o bebê a diminuem. Observou-se também que a mulher percebe as intervenções como fatores que aumentam essas dores. Concluíram, portanto, neste estudo, que um ambiente familiar no pré-parto, onde a parturiente sintasse protagonista no processo do trabalho de parto, poderá vir contribuir na redução da percepção dolorosa das contrações uterinas ⁽⁶⁰⁾.

Um grupo composto por 16 mulheres, que optaram pelo parto no domicílio, teve como objetivo discutir a influência cultural sobre o fenômeno de parturição, discutir a existência para as mulheres de relação entre ambiente e segurança para o parto e analisar os significados dessa vivência a partir dos termos: objetos no ambiente, dor, sensação na hora da expulsão, parto e segurança no parto. Em resumo, o ambiente no domicílio configurou como facilitador do encontro da mulher com suas raízes. Para essas mulheres a idéia de segurança está muito mais ligada à privacidade, à relação estabelecida com o profissional no pré-natal e com a proximidade de marcos importante de sua história pessoal do que aos recursos tecnocráticos disponíveis nos hospitais. A vivência do parto no domicílio não acaba por si só com a dor do parto, mas oferece condições às mulheres para transcendê-la ⁽⁶¹⁾.

Ressalta-se, portanto, que o conceito de humanização pode ter várias facetas. Há um movimento que o defende como sendo um processo que respeita a individualidade das mulheres em trabalho de parto, valorizando-as como protagonista e, acima de tudo, permitindo a adequação da assistência à cultura, crenças, valores e diversidade de opiniões dessas mulheres ⁽⁵⁸⁾. Mesmo sentindo medo e dor durante o processo do trabalho de parto, a assistência à mulher deve ser oferecida num modelo assistencial considerado humanizado, conforme o preconizado e teorizado por ações educativas e não invasivas voltadas à assistência humanizada ⁽⁶²⁾.

Dessa forma, a humanização compreende, entre outros, dois aspectos importantes. O primeiro refere-se à convicção de que é dever das unidades de saúde

receber com dignidade parturiente e familiar com atitudes éticas e solidárias por parte dos profissionais de saúde e da instituição, criando ambiente acolhedor e condutas que rompam com o isolamento da mulher em trabalho de parto. O segundo diz respeito à adoção de medidas e procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto e nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam à parturiente, acarretando maiores riscos no processo do parto ⁽⁶³⁾.

Assim, humanizar é promover assistência de qualidade à parturiente com a utilização de técnicas para o alívio da dor, conforto físico e emocional, oferecer liberdade de escolha de como desejar parir, dando-lhe suporte necessário para que mãe, bebê e acompanhante vivenciem todo o processo parturitivo de forma tranqüila e feliz ⁽⁶⁴⁾.

Pode-se ainda referir que humanizar o parto é o envolvimento de corpos, lembrando que no momento do nascimento está ocorrendo à separação de dois corpos que até então viveram juntos, um dentro do outro, em dependência íntima de contato. É importante restaurar a tranqüilidade, o equilíbrio, a harmonia interior, com o cuidado para que se possa restabelecer o sentimento de perda e esvaziamento que a parturiente vivencia de forma intensa e particular ⁽⁶⁵⁾.

A humanização do parto pode contribuir, ainda, para que ocorram quatro movimentos, a saber: o nascer de um bebê, o nascer de uma mãe, o nascer de um pai e o nascer de uma família. Concorda-se com as autoras ao referirem que o parto humanizado objetiva, além de outras coisas, um melhor atendimento à parturiente e recém-nascido, sem que ocorra o confronto entre a tecnologia e o natural ⁽⁶⁶⁾.

Por fim, a humanização da assistência ao parto tem sido definida por autores como sendo o resgate ao acompanhamento do trabalho de parto, da assistência ao parto, dando ênfase à fisiologia desses momentos sem intervenções desnecessárias. É importante ainda o suporte emocional à mulher, família e acompanhante. Deve ser dada atenção e respeito aos desejos da mulher e o seu “plano de parto”, fazendo com que esse momento seja vivenciado em sua plenitude ⁽⁶⁷⁾.

Ao se preconizar menos intervenções médicas no processo do parto, o conceito de humanização prevê a possibilidade de uma tecnologia perinatal existente empregada apropriadamente, garantindo ainda segurança não só para as mães como

também para os bebês, e que a mesma esteja disponível para que possa ser utilizada por profissionais qualificados ⁽⁶⁸⁾.

Portanto, a humanização, no atual momento de transformação do sistema de saúde no Brasil, tem como base a melhoria da qualidade no atendimento aos usuários dos hospitais ou, de certa forma, tratar seu semelhante de maneira humana, permitindo a este indivíduo relatar sua experiência hospitalar, transformando-a em uma oportunidade gratificante no desenvolvimento humano e no seu ciclo de vida ⁽⁶⁹⁾.

Acredita-se, portanto, que um estudo, abordando a avaliação da efetividade de ENF para o alívio da dor de parturientes na fase ativa do período de dilatação no trabalho de parto, seja de grande utilidade para incrementar a qualidade da assistência obstétrica a essa população alvo.

Dessa forma, para melhor compreensão da humanização ao parto, particularmente no que se refere ao alívio da dor de parturientes e à efetividade de ENF, tomou-se como base os estudos de vários autores ^(1,16-17,39,68-70), visando à utilização da abordagem dos mesmos como referencial para esta pesquisa.

3 MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um ensaio clínico quantitativo do tipo intervenção terapêutica. O estudo de intervenção é aquele em que o pesquisador manipula o fator de exposição (a intervenção), ou seja, provoca modificação intencional no estado de saúde do indivíduo assistido por meio de um esquema profilático ou terapêutico. Tais estudos podem ter ou não grupo controle e referir-se a indivíduos ou comunidades ⁽⁶⁸⁻⁷⁰⁾.

Os ensaios de intervenção descrevem o tratamento em um grupo único de indivíduos, onde todos recebem a intervenção em estudo. Podem também ser chamados de estudos de “*antes e após*” (before and after), nos quais todos os indivíduos recebem o mesmo tratamento e sua condição é verificada antes do início e após vários momentos do tratamento ⁽⁶⁸⁾.

Portanto, cada parturiente pesquisada foi controle dela mesma (“*antes e após*”) ⁽⁶⁷⁾ em uma situação real de estudo na fase ativa do período de dilatação no trabalho de parto.

3.2 Local do estudo

O local para o desenvolvimento do estudo foi a Unidade de Parto Humanizado (UPH) da Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), localizada no Distrito Leste da cidade de Natal, capital do Estado do Rio Grande do Norte, na Região Nordeste do Brasil.

Por tratar-se de um hospital-escola, recebe alunos de diversos cursos da área da saúde, tanto do nível médio quanto da graduação e pós-graduação, preocupando-se no sentido de que as atividades de ensino estejam sempre revestidas no sentido de proporcionar uma melhor assistência à parturiente.

A UPH localiza-se no segundo andar da maternidade, num ambiente composto por quatro suítes no atendimento individualizado à parturiente com direito ao acompanhante de sua preferência. As suítes que, ao primeiro olhar propicia um cuidado humanizado, têm seu ambiente climatizado, onde as parturientes permanecem durante o trabalho de parto (fase de dilatação), parto (expulsão fetal e dequitação) e puerpério imediato com seu acompanhante, ou seja, na sala PPP, pré-parto, parto e puerpério imediato, permanecendo no setor até duas horas pós-parto, quando é transferida para o alojamento conjunto no primeiro andar da instituição. Essa estratégia tem se mostrado efetiva na humanização ao parto normal e no incentivo ao aleitamento materno precoce, com conseqüente redução nos índices de cesária.

Observa-se, por parte dos profissionais de saúde, preocupação em manter sempre que possível a filosofia da humanização. Vale ressaltar a existência de práticas humanizadas que já fazem parte da rotina, como o livre acesso do acompanhante, deambulação, banheiro privado para as necessidades da parturiente e o banho, dieta líquida, estímulo à hidratação e acompanhamento da evolução do trabalho de parto através do partograma. O partograma ⁽²¹⁾ é a representação gráfica do trabalho de parto, permitindo acompanhar a evolução, documentar, diagnosticar alterações e indicar a tomada de condutas apropriadas, objetivando correções de desvios, ajudando ainda a evitar intervenções desnecessárias.

Nesse ambiente, a parturiente recebe as técnicas de ENF durante o trabalho de parto como técnicas de respiração padronizada, relaxamento muscular progressivo, massagem lombossacral, deambulação, balanço pélvico e banho de chuveiro. O local está sempre mantido limpo e confortável.

A instituição garante continuidade no acompanhamento à parturiente, visto que a mesma disponibiliza de assistência especializada, contribuindo efetivamente na composição da amostra do estudo, por não haver risco de transferência dos sujeitos para outros serviços, como também por ser campo de prática da pesquisadora durante suas atividades docente, na graduação e pós-graduação.

3.3 Aspectos éticos

Antes de iniciada a investigação, o estudo foi autorizado pela direção da MEJC (Apêndice 1) e submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) para avaliação, recebendo parecer favorável com o Registro no CEP-UFRN 045-2005 em 10 de junho de 2005, (Anexo 1), atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que contempla as Diretrizes Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos⁽⁷⁰⁾.

3.4 População e amostra

A população do estudo foi composta por parturientes consideradas de baixo risco gestacional quando admitidas para assistência ao parto na UPH da referida instituição. Considera-se uma mulher gestante ou parturiente de baixo risco gestacional a partir de uma gestação normal diante de uma avaliação clínica na qual deve incluir medida dos dados vitais (pressão arterial, pulso e temperatura), avaliação das mucosas para inferir a presença ou não de anemia, presença ou não de edema e varizes nos membros inferiores, ausculta cardíaca e pulmonar⁽²¹⁾.

Para constituição da amostra foi realizado um levantamento prévio no arquivo da MEJC, no ano de 2004, totalizando 2040 partos normais com média mensal de 170. Como se pretendia coletar dados em 10% da população num período de 6 meses, (1020 partos), foi pesquisada uma amostra de 100 parturientes.

Para o estudo utilizaram-se duas amostras por acessibilidade. Sendo uma constituída, no período de julho a agosto de 2005, com 30 parturientes alocadas para o pré-teste e seleção das ENF. E a segunda, desenvolvida no período de setembro de 2005 a fevereiro de 2006, composta por 100 parturientes alocadas para a aplicação das ENF selecionadas no pré-teste. Nas duas amostras, cada parturiente foi controle dela mesma (“antes e após”) ⁽⁶⁷⁾ em uma situação real de estudo na fase ativa do período de dilatação durante o trabalho de parto.

Para composição das amostras utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão:

- Mulheres a partir de seu segundo parto;
- Estar em trabalho de parto e ser parturiente de baixo risco gestacional;
- Estar na fase ativa do trabalho de parto com o colo uterino dilatado até no máximo 6 cm de dilatação;
- Aceitar participar voluntariamente do estudo;
- Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice 2).

Pontuou-se como critérios de exclusão:

- Parturientes adolescentes;
- Mulheres de parto cesário anteriormente;
- Parturientes que solicitassem saída do estudo em qualquer fase do trabalho de parto.

3.5 Instrumento de coleta de dados

O instrumento para a coleta de dados (Apêndice 3) constou de três partes: caracterização das parturientes, o partograma e avaliação da dor de parto *“antes e após”* à aplicação das ENF.

A primeira parte consistiu na caracterização das parturientes tendo-se como parâmetros as variáveis: idade, escolaridade, admissão, religião, procedência, renda familiar, paridade, comparecimento ao pré-natal, diagnóstico em semanas de gestação, presença de acompanhante, quem era esse acompanhante e medicação prescrita.

A segunda parte representada pelo partograma teve como objetivo o seguimento para o acompanhamento da evolução do trabalho de parto, ou seja, da fase ativa no período de dilatação. A terceira parte versou sobre a avaliação da dor das parturientes com a utilização das ENF na fase ativa do período de dilatação durante o trabalho de parto.

Para avaliar a intensidade da dor utilizou-se a escala analógica visual (EAV), que consiste em uma linha de 10 centímetros onde o indivíduo deve assinalar uma intensidade de dor que corresponda entre as extremidades da linha ⁽²¹⁾. Também pode ser descrita como uma escala que consiste em uma linha com categorias em uma das extremidades, como por exemplo: 0 (ausência de dor) e 10 na outra extremidade indicando a pior dor que a pessoa possa sentir ou imaginar ⁽⁷²⁾.

Por não existir na literatura uma escala que mensurasse a intensidade da dor de parturientes, optou-se neste estudo pela EAV desenvolvida pela Equipe do Controle de Dor na Disciplina de Anestesiologistas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo ⁽⁷²⁾, que afere a dor em 2 dimensões: intensidade, por meio de escores de 0 a 10, categorizando a qualidade da dor como: sem dor, amena, desconfortante, aflitiva, horrível e torturante, como mostra a Figura 2.



Figura 2 EAV desenvolvida pela Equipe do Controle de Dor na Disciplina de Anestesiologistas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo ⁽⁷²⁾.

A terceira parte do instrumento de coleta de dados foi submetida a um pré-teste durante dois meses, ou seja, julho e agosto de 2005, com 30 parturientes selecionadas por acessibilidade de acordo com os critérios de inclusão e exclusão direcionados a esta pesquisa e citados anteriormente.

Dessa forma, a aplicação das ENF, exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral, deambulação, balanço pélvico e banho de chuveiro obtiveram percentuais de aceitação pelas parturientes do pré-teste, o qual foi determinado como sendo $\geq 80,0\%$ para que fossem selecionadas para o estudo. As estratégias, deambulação com um percentual de 6,6% e balanço pélvico com 3,3% de aceitação pelas parturientes do estudo, foram descartadas, sendo selecionadas aquelas com aceitação $\geq 80,0\%$, ou seja, os exercícios respiratórios, relaxamento

muscular, massagem lombossacral e banho de chuveiro (Anexo 4) para fazerem parte da pesquisa.

Dessa forma, após a aplicação do pré-teste, foi procedida a análise de adequação e pertinência das ENF no alívio da dor das parturientes. Selecionou-se as quatro ENF que demonstraram maior aceitação e aplicabilidade superior a 80,0% pelas parturientes pré-testadas, sendo três combinadas (exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral) para ser aplicada nos 6, 8 e 9 cm e uma isolada (banho de chuveiro) a ser aplicada nos 8 e 9 cm de dilatação do colo uterino das parturientes do estudo (Anexo 4).

Cabe ressaltar que o termo efetividade refere-se ao resultado de um tratamento que traz mais benefícios do que prejuízos quando prescrito. Portanto, a efetividade é reconhecida quando oferece um tratamento ao indivíduo, de modo que o mesmo possa aceitá-lo ou rejeitá-lo. Esse tratamento pode não ser efetivo por falta de eficácia, falta de adesão dos sujeitos ou por ambos. Nesses termos, o nível de efetividade pode depender do espaço e do tempo; sua determinação não tem caráter universal nem está fundamentada em conclusões sólidas e são conseguidas em todos os casos de forma empírica ⁽⁶⁸⁻⁷⁰⁾.

Em contrapartida, um tratamento é eficaz quando traz os efeitos desejados em indivíduos que o recebem. Essa eficácia é demonstrada, restringindo o estudo a indivíduos que cooperam inteiramente com a orientação médica, por ser esta uma intervenção realizada sob condições ideais, bem controladas, como os ensaios clínicos randomizados ⁽⁶⁸⁻⁷⁰⁾.

3.6 Variáveis do estudo

Uma variável pode ser considerada como uma classificação ou medida, uma quantidade que varia um conceito operacional, que contém ou apresenta valores, aspecto, propriedade ou fator, discernível em um objeto de estudo e passível de mensuração. Nesta pesquisa, estudaram-se variáveis de controle, independente e dependente ⁽⁷⁴⁾.

A variável de controle (C) é considerada como aquele fator, fenômeno ou propriedade que o investigador neutraliza ou anula propositadamente em uma pesquisa, com a finalidade de impedir que interfira na análise da relação entre as variáveis independente e dependente ⁽⁷³⁾. Neste estudo, optou-se por considerar as variáveis de caracterização sociodemográficas e obstétricas como de controle, visando neutralizar a influência dessas variáveis no desfecho esperado (Quadro 1).

Quadro 1. Variáveis de controle segundo categorias de verificação das estratégias não farmacológicas utilizadas nas parturientes do estudo

VARIÁVEIS DE CONTROLE	CATEGORIAS
Faixa etária	20 a 30 anos; 31 a 42 anos.
Escolaridade	Fundamental; médio/superior.
Religião	Católica; Evangélica.
Procedência	Natal; Interior
Renda familiar	Até 2 salários mínimos; > 2 a 4 salários mínimos
Paridade	Até 2 partos; > 2 Partos
Pré-Natal	Sim; Não
Diagnóstico em semanas de gestação	37 a 40 semanas; 41 a 42 semanas.
Acompanhante	Sim (Quem? Companheiro; Mãe; Familiares, Amigas); Não
Medicação	Sim (Qual? Ocitocina; Buscopam; Antibiótico; Outros); Não.
Momentos de aplicação das ENF / Dilatação do colo uterino	1 ^o momento (6 cm); 2 ^o momento (8 cm); 3 ^o momento (9 cm)

A variável independente é aquela que influencia, determina ou afeta outra variável ⁽⁷³⁾. As variáveis independentes estudadas (Quadro 2) foram as ENF aplicadas de forma combinada (exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral) e isolada (banho de chuveiro) em três momentos: nos 6, 8 e 9 cm de dilatação do colo uterino das parturientes na fase ativa do trabalho de parto.

Quadro 2. Variáveis independentes segundo categorias de verificação das estratégias não farmacológicas utilizadas nas parturientes do estudo

Variáveis independentes	Categorias
ENF (exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral)	Combinadas
ENF (banho de chuveiro)	Isolada

A variável dependente consiste naqueles valores (fenômenos, fatores) a serem explicados ou descobertos, em virtude de serem influenciados, determinados ou afetados pela variável independente ⁽⁷³⁾.

A variável dependente estudada foi alívio da dor (intensidade/qualidade) mensurada na EAV após a aplicação das ENF nas parturientes na fase ativa do período de dilatação no trabalho de parto, conforme Quadro 3.

Quadro 3. Variável dependente segundo categorias de verificação das estratégias não farmacológicas utilizadas nas parturientes do estudo.

Variável dependente	Categorias
Alívio da dor na fase ativa do período de dilatação durante o trabalho de parto.	Intensidade da dor (0 a 10) Categorização da qualidade da dor (Sem dor; Amena; Desconfortante; Aflitiva; Horrível; Torturante)

Partindo do pressuposto da existência de influência das variáveis independentes (aplicação de ENF) na dor de parto (variável dependente) e da presença de variáveis de controle, foi proposto para este estudo o seguinte modelo esquemático.

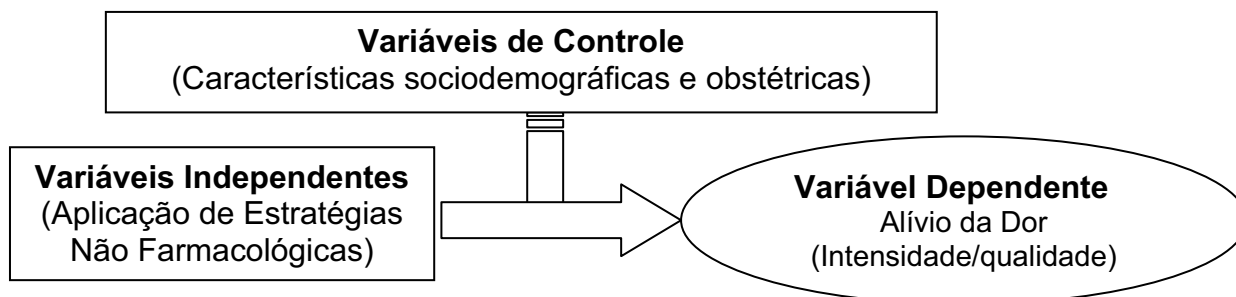


Figura 3. Modelo de desfecho entre as variáveis independentes, controle e dependente, utilizadas nas parturientes do estudo.

3.7 Procedimento de coleta de dados

O período de coleta de dados foi desenvolvido em 6 meses, ou seja, setembro de 2005 a fevereiro de 2006, pela pesquisadora, nos três turnos de trabalho (manhã, tarde e noite). A permanência da pesquisadora no campo de estudo durante os 6 meses foi facilitada devido ser campo de estágio acadêmico da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN, o que possibilitou sua disponibilidade na Maternidade Escola Januário Cicco/UFRN, para o desenvolvimento do estudo.

O processo de coleta de dados foi semelhante ao desenvolvido no pré-teste do instrumento (seleção das ENF). Cada parturiente que atendesse aos critérios de inclusão no estudo a pesquisadora apresentava o TCLE e, depois de feitas às orientações sobre sua participação, que seria livre e de espontânea vontade, seus direitos de sigilo e anonimato lhes seriam garantidos e que os dados coletados tinham como finalidade atender aos objetivos do estudo e melhoria da qualidade na assistência obstétrica. A inclusão de cada parturiente na pesquisa somente era efetivada após a assinatura do TCLE.

Para aplicação das ENF a pesquisadora optou em realizar uma padronização de desenvolvimento e aplicação das técnicas não farmacológicas conforme descritas no Quadro 4 e Figura 4 a seguir, visando reduzir a possibilidade de viés no estudo, sendo a própria pesquisadora responsável por todo o processo de coleta de dados da pesquisa.

Quadro 4. Descrição das estratégias não farmacológicas combinadas e isolada.

Descrição das técnicas de aplicação das estratégias não farmacológica	Momentos da aplicação / Posições da parturiente
COMBINADAS 1) Exercícios respiratórios: A parturiente era orientada que ao iniciar a contração uterina, deveria inspirar e soltar a respiração pela boca, de forma lenta, como se estivesse cheirando uma rosa e apagando uma vela. 2) Relaxamento muscular: A parturiente recebia orientações para relaxar, soltar braços e pernas até o momento em que a contração uterina passasse. 3) Massagem lombossacral: A parturiente era orientada quanto a maneira como seria realizada a massagem e com o início da contração, a pesquisadora colocava sua mão esquerda espalmada sobre a projeção do fundo uterino da parturiente (região do abdome) e a mão direita espalmada sobre a região lombossacral, com movimentos circulares, até a cessação da contração uterina.	Nos 6, 8 e 9 cm de dilatação do colo uterino na fase ativa do trabalho de parto. A duração da técnica foi realizada uma vez em cada momento durante uma contração uterina. A posição da parturiente variava entre: no leito em decúbito dorsal ou lateral; de pé ou acocorada.
ISOLADA 4) Banho Chuveiro: A parturiente era orientada e convidada ao banho, permanecendo debaixo do chuveiro com água em temperatura ambiente durante as contrações uterinas. Quando a parturiente solicitava o termino do banho, a mesma era envolvida com uma toalha ou lençol, após esse momento vestia a camisola e voltava ao seu ambiente de pré-parto.	Nos 8 e 9 cm de dilatação do colo uterino na fase ativa do trabalho de parto. A duração da técnica ficava a critério da parturiente, a qual permanecia debaixo do chuveiro quanto tempo assim o desejasse.

A coleta de dados ocorreu em uma situação real na fase ativa do trabalho de parto em três ocasiões pré-definidas como o visto na Figura 4.

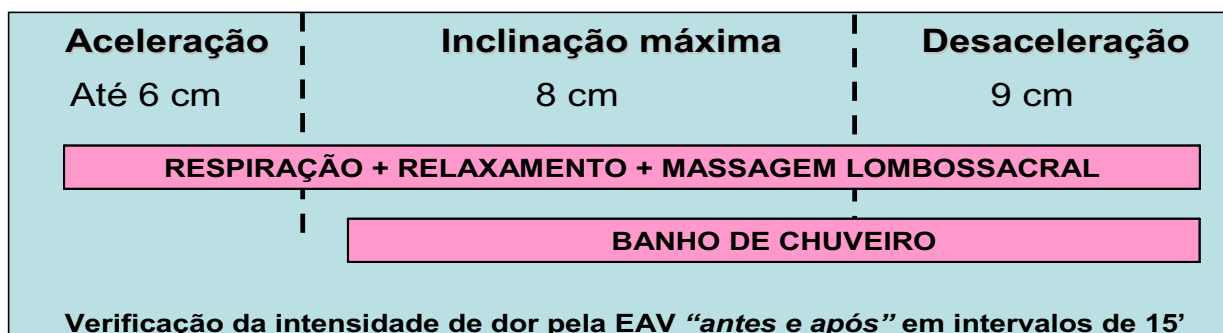


Figura 4. Modelo esquemático de desenvolvimento das estratégias não farmacológicas utilizadas na fase ativa do período de dilatação durante o trabalho de parto nas parturientes do estudo.

Na fase de aceleração, quando a parturiente era incluída no estudo com até 6 cm de dilatação do colo uterino, a pesquisadora utilizava a EAV logo após a primeira contração uterina sem a aplicação das ENF para avaliação da intensidade da dor. Em seguida, após 15 minutos de intervalo na contração uterina subsequente, a pesquisadora aplicava as ENF combinadas (exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral), avaliando a intensidade da dor pela EAV (Figura 2).

Na fase de inclinação máxima, com 8 cm de dilatação, também era mensurada a intensidade da dor da parturiente por meio da EAV após a contração uterina sem a utilização das ENF e, após 15 minutos de intervalo, na contração uterina subsequente, a pesquisadora aplicava as ENF combinadas (exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral) e a isolada (banho de chuveiro), avaliando a dor por meio da EAV.

Na fase de desaceleração, com 9 cm de dilatação, a pesquisadora utilizava a EAV após a contração uterina sem as ENF para avaliação de sua intensidade, e, num segundo momento, após 15 minutos de intervalo, na contração uterina subsequente, eram aplicadas as ENF combinadas (exercícios respiratórios, relaxamento muscular e

massagem lombossacral) e a isolada (banho de chuveiro), avaliando-se sua intensidade com a utilização da EAV.

Vale ressaltar que a pesquisadora aplicava a estratégia banho de chuveiro com a água em temperatura ambiente nas parturientes do estudo nos intervalos entre 8 e 9 centímetros de dilatação do colo uterino.

Quanto à avaliação da dilatação do colo uterino para inclusão da parturiente no estudo, foi obtida pela informação detectada no prontuário da mesma, ou através do toque vaginal no momento do acesso inicial da parturiente. A partir daí, a pesquisadora evoluía a dilatação do colo uterino acompanhada pelas características da dinâmica uterina e do toque vaginal observados no Partograma que informa a evolução do trabalho de parto. Quanto à frequência dos toques vaginais, só eram realizados de acordo com as condições clínicas da parturiente, evitando-se os de repetição naquelas com bolsa amniótica rôta, pelo risco de infecção intra-útero. Observou-se da mesma forma, no Partograma, o limite entre os três momentos da fase ativa do período de dilatação, como subsídios para a aplicação das ENF selecionadas. Ressalta-se que a coleta de dados de todas as 100 parturientes foi realizada pela própria pesquisadora.

3.8 Procedimento de tratamento e análise dos dados

No programa SPSS 14.0, realizou-se o tratamento estatístico descritivo com frequências absolutas e relativas, média, desvio padrão e análise inferencial com aplicação do Teste Exato de Fisher e Teste T pareado simples. Em todos os testes adotou-se nível de significância estatística com $p < 0,05$.

O Teste Exato de Fisher foi utilizado para verificação de influência das variáveis de controle (sociodemográficas e obstétricas) no comportamento doloroso das parturientes do estudo.

O Teste T pareado simples foi usado para comparar a existência de diferença estatística significativa entre as médias de intensidade da dor aferida “antes e após” à aplicação das ENF, objetivando aceitar ou refutar as hipóteses de estudo.

4 RESULTADOS

Os resultados quanto aos dados sociodemográficos das 100 parturientes pesquisadas demonstraram que 76 dessas mulheres (76,0%) estavam numa faixa etária entre 20 a 30 anos de idade e 24,0% tinham de 31 a 42 anos. Quanto à escolaridade, 85,0% tinham ensino fundamental incompleto e 15,0% o ensino médio/superior. A procedência dessas mulheres, em grande parte (64,0%), era proveniente da capital (Natal) e 36,0% de outras cidades interioranas do Estado do Rio Grande do Norte. A maioria (90,0%) era católica, e apenas 10,0% evangélicas. Em relação à renda familiar, a sua maioria (85,0%) percebia até 02 salários mínimos e apenas 15,0% acima de 02 salários mínimos.

Quanto às variáveis de caracterização obstétrica, em relação à paridade, 76,0% das parturientes do estudo já eram mães de até 2 filhos, e 24,0% tinham mais que 3 filhos. A sua totalidade (100,0%) tinha freqüentado o pré-natal na gestação atual segundo o cartão de consulta. Em referência ao diagnóstico em semanas de gestação, identificou-se que 85,0% dessas mulheres estavam entre 37 a 40 semanas de gestação e 15,0% entre 41 e 42 semanas.

Sendo o local da pesquisa uma instituição que preconiza e estimula o acompanhante durante o trabalho de parto, 78,0% delas referiram essa companhia, e apenas 22,0% não referiram qualquer acompanhante. Das 78,0% que foram acompanhadas, 44,0% foram pelo próprio companheiro e 34,0% pela mãe ou outros familiares e amigas.

Verificou-se que 85,0% das parturientes do estudo utilizaram alguma medicação durante a fase ativa do trabalho de parto, sendo a mais utilizada a ocitocina em 81,0%, seguida do buscopam (5,0%) e apenas 15,0% não receberam qualquer medicação durante o período desta investigação.

Visando identificar a influência das variáveis de controle (sociodemográficas e obstétricas) no comportamento doloroso comparando o “antes e após” à aplicação das ENF (combinadas e isolada), não se detectou diferença estatística significativa ($p < 0,05$) no Teste Exato de Fisher nas variáveis estudadas como mostra a Tabela 1.

Tabela 1. Variáveis de controle segundo p-valor do Teste Exato de Fisher ao comparar o alívio da dor observadas no “antes e após” à aplicação das estratégias não farmacológicas nos 6, 8 e 9 cm de dilatação do colo uterino nas parturientes do estudo.

Variáveis de controle	6 cm		8 cm		9 cm	
	ENF combinadas		ENF combinadas		ENF isolada	
	Alívio da dor Sim	Não	Alívio da dor Sim	Não	Alívio da dor Sim	Não
Faixa etária						
20 a 30 anos	0,565		0,435		0,737	0,572
31 a 42 anos						
Escolaridade						
Fundamental	0,611		0,389		0,855	0,281
Médio/superior						
Religião						
Católica	0,273		0,727		0,921	0,174
Evangélica						
Procedência						
Natal	0,258		0,706		0,864	0,123
Interior						
Renda familiar						
Até 2 salários mínimos	0,611		0,611		0,868	0,719
> 2 a 4 salários mínimos						
Paridade						
Até 2 partos	0,565		0,435		0,776	0,572
> 2 Partos						
Diagnóstico em semanas de gestação						
37 a 40 semanas	0,611		0,611		0,816	0,719
41 a 42 semanas						
Acompanhante						
Sim	0,530		0,47		0,842	0,381
Não						
Quem acompanhou						
Companheiro	0,685		0,403		0,438	0,436
Mãe/familiares/amigas						
Uso Medicação						
Sim	0,389		0,389		0,132	0,719
Não						
Ocitocina						
Sim	0,530		0,530		0,224	0,603
Não						

Quanto a análise da Tabela 2, no “antes e após” à aplicação das ENF combinadas (exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem

lombossacral), observa-se um alívio médio de intensidade da dor das parturientes pesquisadas nos 3 momentos em que foram aplicadas.

Tabela 2. Escores mínimo e máximo, média, desvio padrão da intensidade da dor na aplicação das estratégias não farmacológicas combinadas “antes e após” nos 6, 8 e 9 cm de dilatação do colo uterino, nas parturientes do estudo.

Estratégias não farmacológicas combinadas		Intensidade da dor			
		Mín.	Máx.	Média (μ)	Desvio padrão (dv)
6 cm	Sem ENF	2,0	10	6,4	1,427
	Com ENF	1,0	10	4,4	1,700
8 cm	Sem ENF	7,0	10	9,1	1,041
	Com ENF	4,0	10	7,0	1,105
9 cm	Sem ENF	9,0	10	9,9	0,220
	Com ENF	7,0	10	8,0	0,678

Ao comparar as médias de intensidade de dor “antes e após” à aplicação das ENF combinadas nos 6, 8 e 9 cm de dilatação do colo uterino com o Teste T pareado simples, verificou-se diferença significativa ($p=0,000$) nos 3 momentos da fase ativa do trabalho de parto, denotando a efetividade das ENF combinadas (exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral) no alívio da dor durante o trabalho de parto, como pode ser observada na Figura 5.

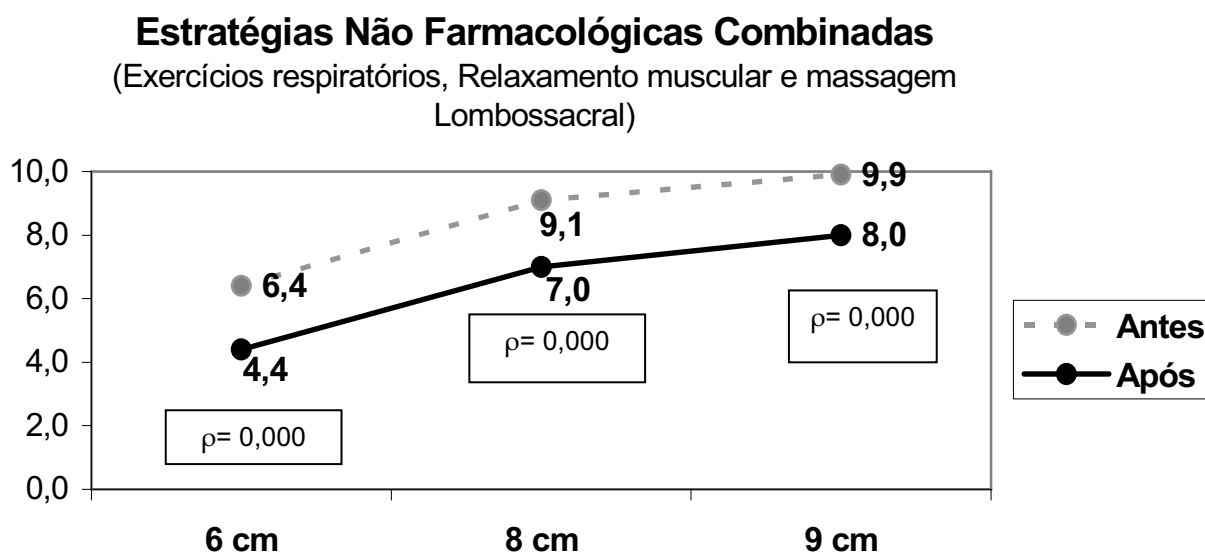


Figura 5. Média de intensidade de dor no “antes e após” a aplicação das estratégias não farmacológicas combinadas na fase ativa do trabalho

de parto entre 6, 8 e 9 cm do colo dilatado, nas parturientes do estudo, com a utilização do Teste T pareado.

Ao comparar o percentual de alívio da dor “antes e após” à aplicação das ENF combinadas (Figura 6), percebeu-se uma redução desse percentual na medida em que aumentava a dilatação do colo uterino, sendo maior (31,2%) aos 6 cm e menor (19,2%) aos 9 cm. Esses resultados apontam para melhor efetividade dessas ENF combinadas (exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral) nas fases iniciais do período de dilatação (aceleração e inclinação máxima).

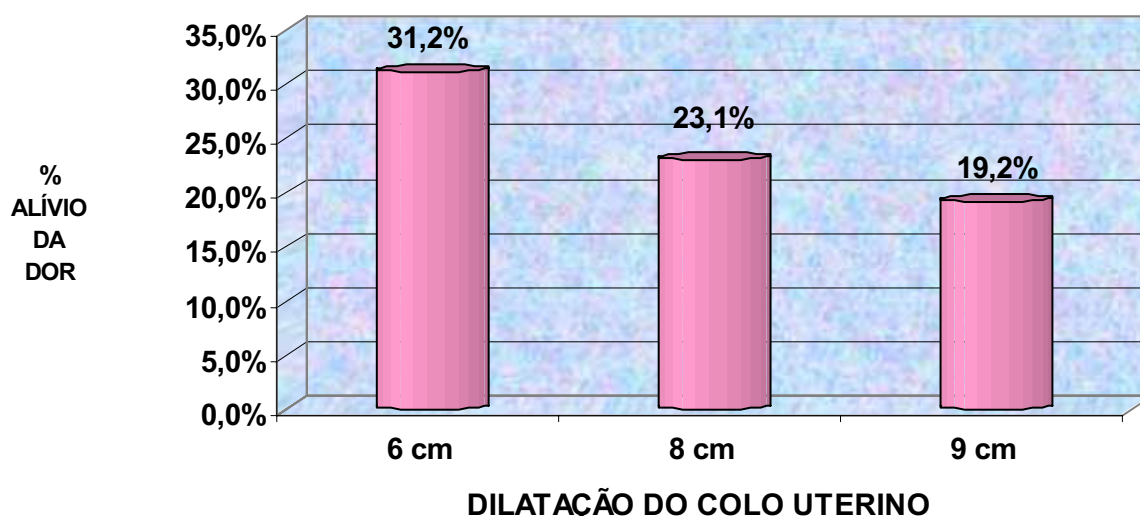


Figura 6. Percentual de alívio da dor verificado na comparação do “antes e após” na aplicação das estratégias não farmacológicas combinadas, nas parturientes do estudo.

Quanto aos aspectos qualitativos mensurados pela EAV (sem dor, amena, desconfortante, aflitiva, horrível e torturante), “antes e após” à aplicação das ENF combinadas, observou-se também uma tendência de alívio da dor com o uso dessas ENF nos 6, 8 e 9 cm de dilatação do colo uterino, que serão apresentadas nas Figuras 7, 8 e 9.

Na Figura 7, observa-se que ocorreu alívio da dor nas categorias após a aplicação das ENF combinadas nos 6 cm, passando de horrível (34,0%), aflitiva (31,0%), desconfortante (27,0%) e torturante (7,0%), antes das ENF combinadas, para desconfortante (51,0%), amena (26,0%), aflitiva e horrível (10,0%) e torturante (2,0%), após a aplicação dessas ENF.

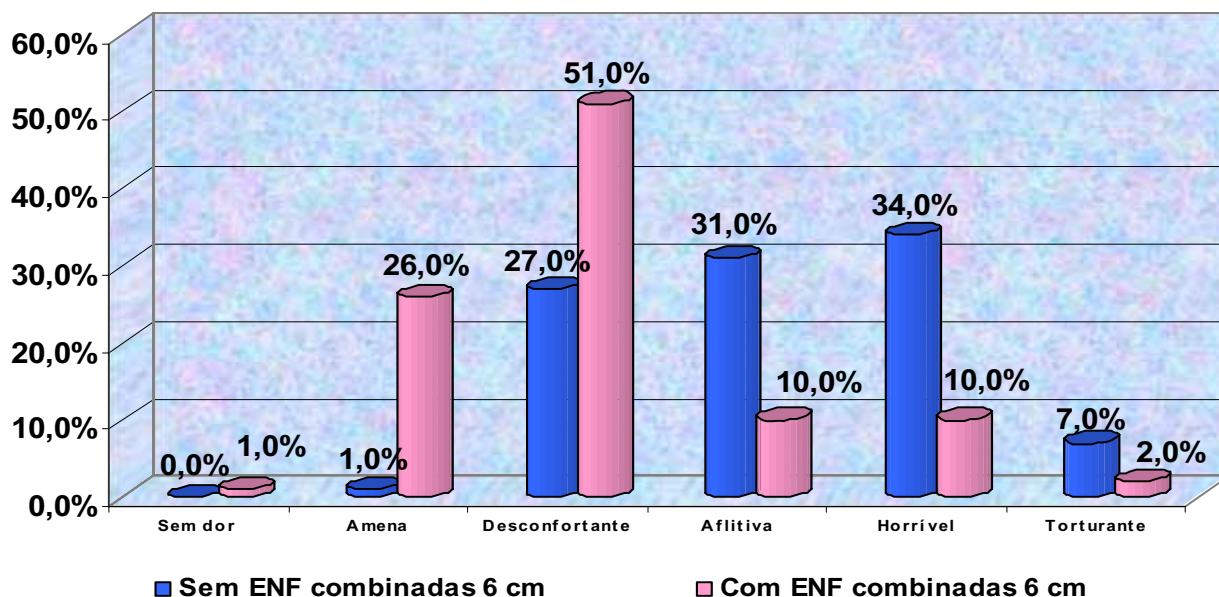


Figura 7. Estratégias não farmacológicas combinadas “antes e após” nos seus aspectos qualitativos nos 6 cm de dilatação do colo uterino nas parturientes do estudo.

Portanto, a caracterização predominante da dor do componente qualitativo aos 6 cm antes das ENF combinadas era horrível, aflitiva e desconfortante, passando, após a aplicação das ENF combinadas, para desconfortante e amena, denotando o alívio da dor das parturientes do estudo nos 6 cm de dilatação do colo uterino.

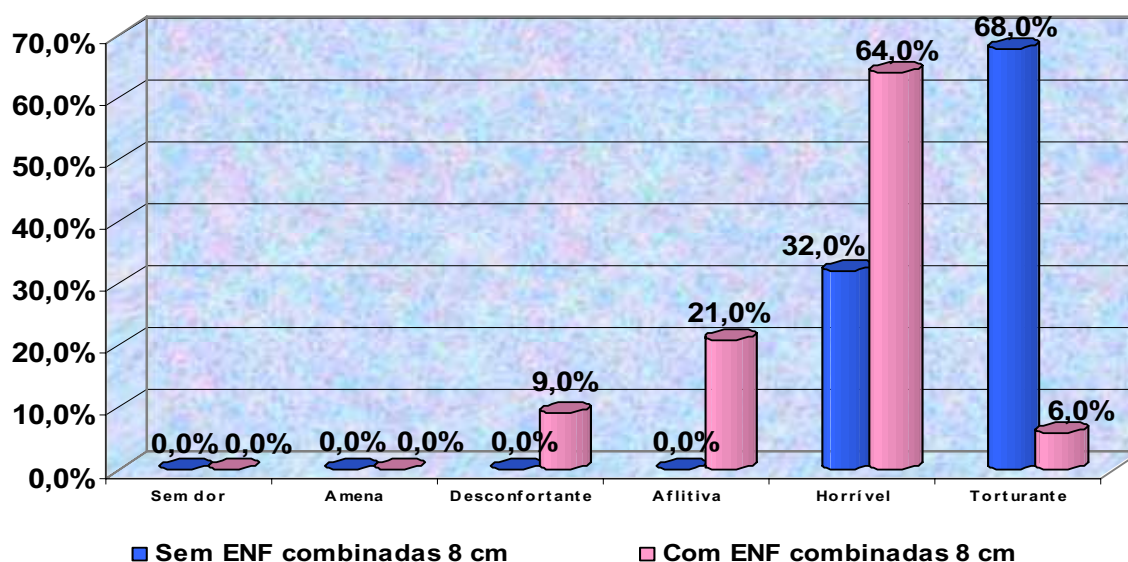


Figura 8. Estratégias não farmacológicas combinadas “antes e após” nos seus aspectos qualitativos nos 8 cm de dilatação do colo uterino nas parturientes do estudo.

Observa-se, na Figura 8, que aos 8 cm de dilatação do colo uterino das parturientes, a dor antes da aplicação das ENF foi torturante (68,0%) e horrível (32,0%), passando após a intervenção das ENF combinadas para horrível (64,0%) e aflitiva (21,0%).

Na Figura 9, nota-se aos 9 cm de dilatação do colo uterino nas parturientes que a dor antes da aplicação das ENF foi torturante (100,0%), passando após a intervenção das ENF combinadas para horrível (79,8%) e torturante (20,2%).

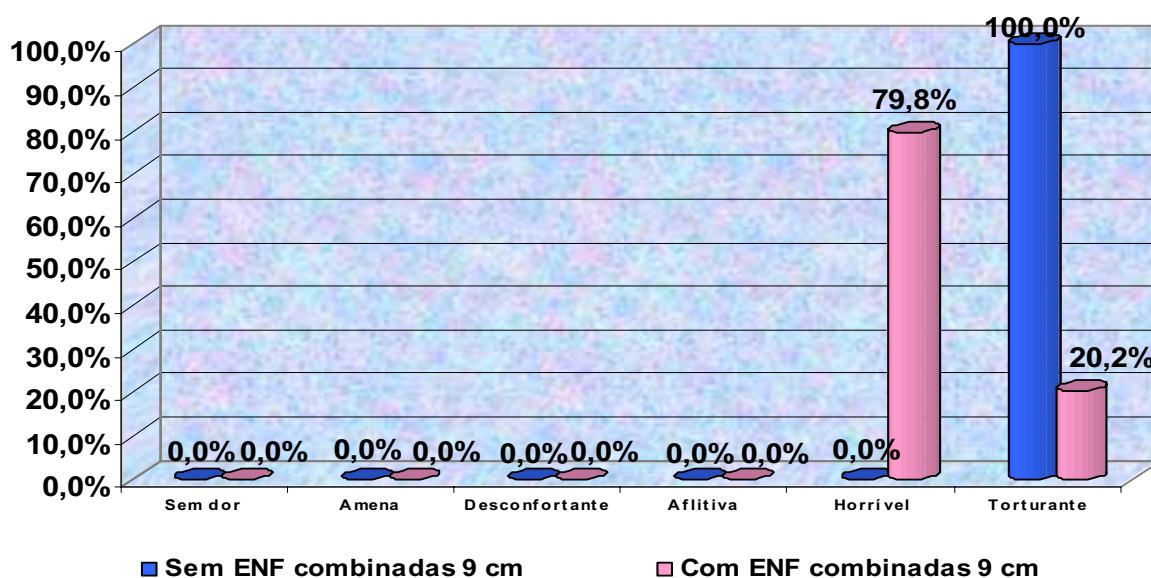


Figura 9. Estratégias não farmacológicas combinadas “antes e após” nos seus aspectos qualitativos nos 9 cm de dilatação do colo uterino nas parturientes do estudo.

Dessa forma, pode-se afirmar que a aplicação das ENF combinadas nos 6, 8 e 9 cm de dilatação do colo uterino nas parturientes do estudo contribuiu para o alívio da dor no aspecto qualitativo, após à aplicação das ENF combinadas.

Quanto a análise da Tabela 3 a seguir, no “antes e após” à aplicação das ENF isolada (banho de chuveiro), observa-se um alívio de intensidade da dor das parturientes pesquisadas nos 2 momentos (8 e 9 cm) em que foram aplicados.

Tabela 3. Escores mínimo e máximo, média, desvio padrão da intensidade da dor na aplicação da estratégia não farmacológica isolada “antes e após” nos 8 e 9 cm de dilatação do colo uterino, nas parturientes do estudo.

Estratégia não farmacológica isolada		Intensidade de dor			
		Mín.	Máx.	Média (μ)	Desvio padrão
8 cm	Sem ENF	7	10	9,4	0,819
	Com ENF	5	8	6,9	0,832
9 cm	Sem ENF	9	10	9,8	0,359
	Com ENF	6	8	7,3	0,567

Ao comparar as médias de intensidade de dor “antes e após” à aplicação nas ENF isolada nos 8 e 9 cm de dilatação do colo uterino com o Teste T pareado simples, verifica-se diferença significativa ($p=0,000$) nos 2 momentos da fase ativa do trabalho de parto, denotando a efetividade da ENF isolada (banho de chuveiro) no alívio da dor nas parturientes do estudo, como pode ser observada na Figura 10.

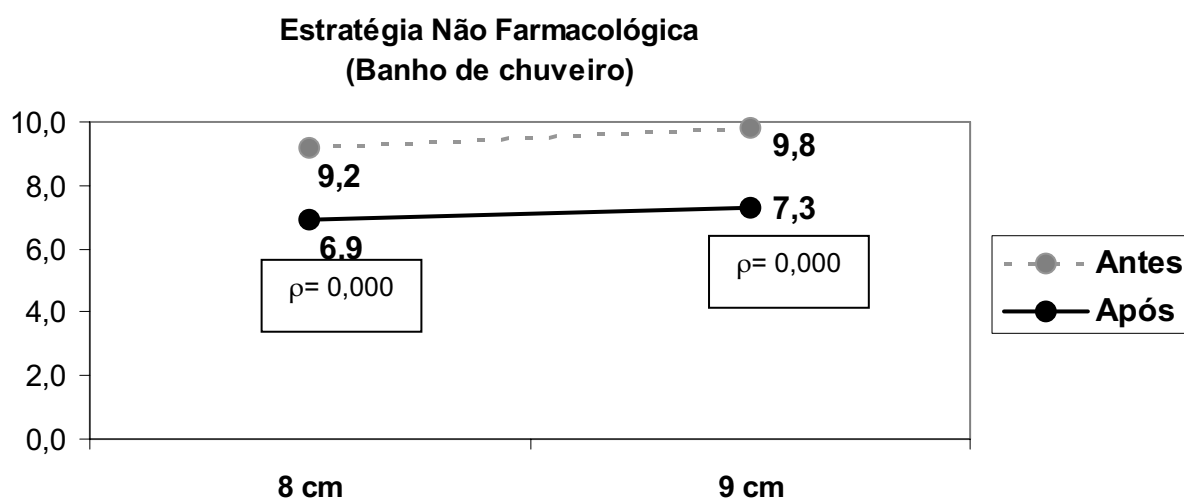


Figura 10. Média de intensidade de dor “antes e após” da aplicação da estratégia não farmacológica isolada nos 8 e 9 cm do colo dilatado nas parturientes do estudo.

Ao comparar o percentual de alívio da dor na aplicação “antes e após” da ENF isolada (banho de chuveiro), Figura 11, percebeu-se uma semelhança nos momentos em que foram aplicadas, 26,6% aos 8 cm e 26,3% aos 9 cm.

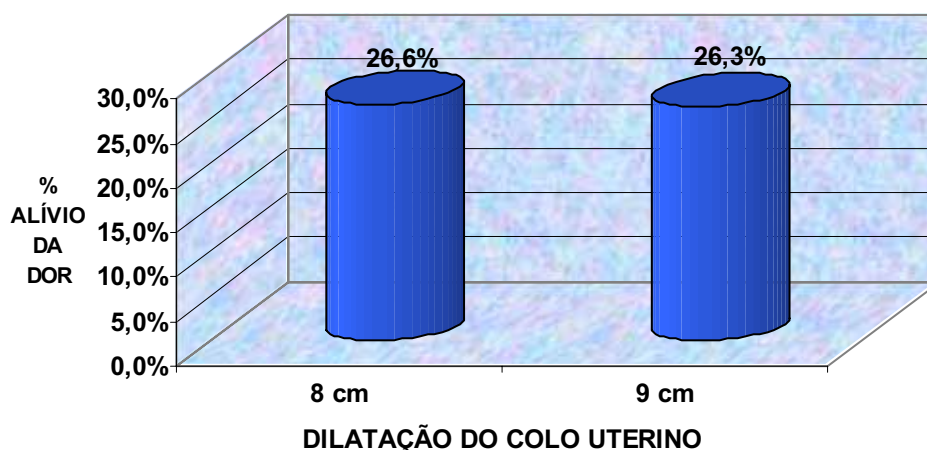


Figura 11. Percentual de alívio da dor verificado na comparação do “antes e após” na aplicação da estratégia não farmacológica isolada, nas parturientes do estudo.

Esses resultados apontam para melhor efetividade dessa estratégia isolada (banho de chuveiro) nas fases finais do período de dilatação (inclinação máxima e desaceleração).

Quanto aos aspectos qualitativos mensurados pela EAV (sem dor, amena, desconfortante, aflitiva, horrível e torturante), “antes e após” à aplicação ENF isolada, observou-se também uma tendência de alívio da dor com o uso dessa ENF nos 8 e 9 cm de dilatação do colo uterino, que serão apresentadas nas Figuras 12 e 13.

Na Figura 12, nota-se aos 8 cm de dilatação do colo uterino das parturientes que a dor antes da aplicação da ENF isolada foi torturante (86,8%) e horrível (13,2%), passando após a intervenção dessa ENF para horrível (80,3%), desconfortante (10,5%) e aflitiva (9,2%).

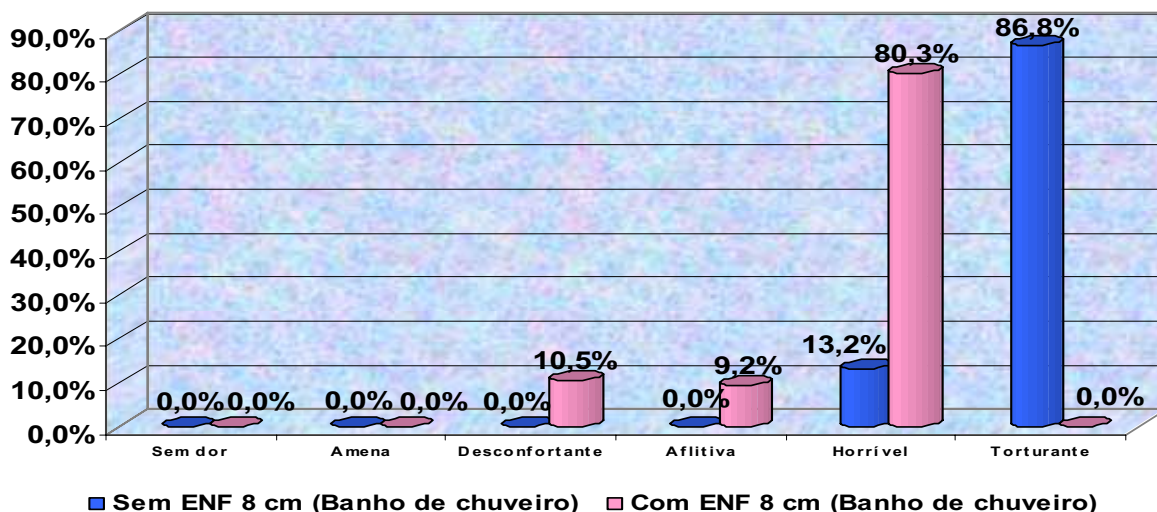


Figura 12. Estratégia não farmacológica isolada “antes e após” nos seus aspectos qualitativos nos 8 cm do colo uterino dilatado nas parturientes do estudo.

Na Figura 13, observa-se aos 9 cm de dilatação que a dor antes da ENF isolada foi torturante (100,0%), passando após para horível (91,2%) e aflitiva (8,8%).

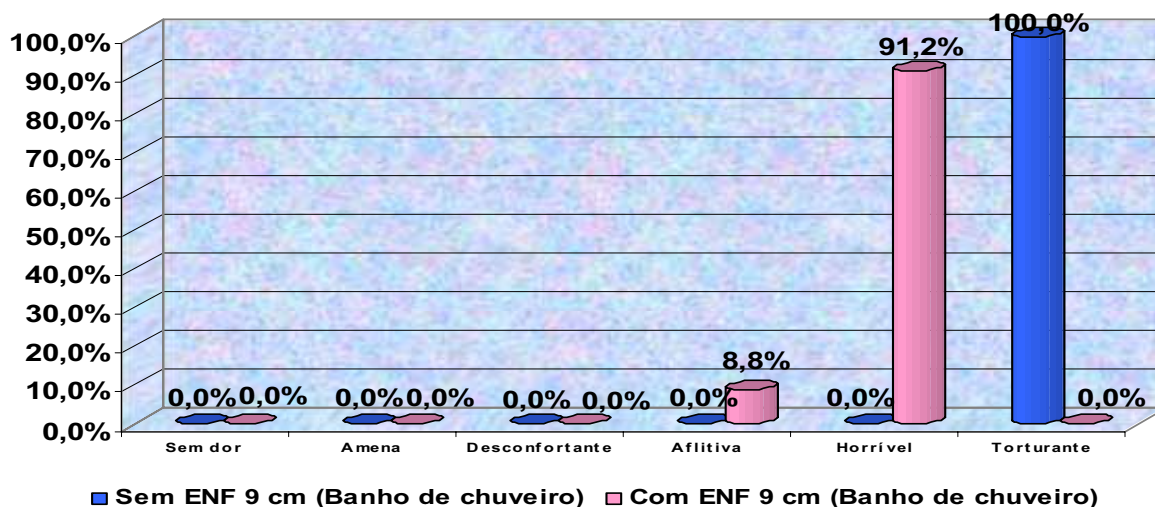


Figura 13. Estratégia não farmacológica isolada “antes e após” nos seus aspectos qualitativos nos 9 cm do colo uterino dilatado nas parturientes do estudo.

Dessa forma, pode-se afirmar que a aplicação da ENF isolada nos 8 e 9 cm de dilatação do colo uterino nas parturientes contribuiu para o alívio da dor no aspecto qualitativo, após à aplicação da ENF isolada.

5 DISCUSSÃO

A caracterização sociodemográfica nas parturientes deste estudo demonstra um predomínio na faixa etária entre 20 e 30 anos de idade, adultas jovens, baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto) e renda familiar (até 2 salários mínimos), religião católica e residentes na capital do Estado do Rio Grande do Norte. Alguns estudos demonstram também que a idade de mulheres em trabalho de parto está numa média entre 22 a 35 anos, corroborando com esta pesquisa também de adultas jovens. Ao avaliar o grau de instrução, os autores concluíram que essas mulheres têm uma baixa escolaridade com apenas o primeiro grau incompleto ^(7-8,11).

Quanto aos aspectos obstétricos, predominou paridade de até 2 filhos, todas freqüentaram o pré-natal (segundo o cartão do pré-natal), diagnóstico entre 37 a 42 semanas de gestação, presença de companheiros, familiares e amigas como acompanhantes durante o trabalho de parto.

Quanto ao acompanhante, é importante considerar o suporte pelo seu papel desempenhado durante o trabalho de parto, onde autores identificaram que, quando a pessoa provedora dessa companhia não é um profissional de saúde, os benefícios à parturiente são mais acentuados. Os estudos disponíveis, segundo os autores, não avaliam o acompanhante escolhido pela parturiente como sendo uma pessoa provedora de suporte, constituindo, assim, lacuna de conhecimento a ser preenchida ⁽⁵⁶⁻⁵⁷⁾. Porém, é importante ressaltar que o Ministério da Saúde recomenda que deva ser oferecida a parturiente a presença de um acompanhante, o qual poderá estar ao seu lado desde o pré-natal, no decorrer do trabalho de parto e parto, vivenciando junto à mulher a experiência do nascimento ⁽¹⁾.

Indo de acordo com estas afirmações, um estudo de revisão foi realizado com o objetivo de conhecer a satisfação de mulheres quanto ao nascimento, em especial no que se refere ao alívio da dor. A revisão sistemática desse estudo identificou quatro expectativas presentes na satisfação da parturiente como os fatores pessoais, o suporte dos profissionais, a qualidade da relação profissional-paciente e o envolvimento na decisão das intervenções. Essas expectativas parecem ser mais importantes na assistência ao parto em relação à idade, fator socioeconômico, etnia, preparação para o parto, o ambiente físico para o nascimento, a dor, a imobilidade, as intervenções médicas e a continuidade no cuidado. Concluíram os autores, nessa

revisão, que a avaliação das parturientes quanto à satisfação em suas experiências durante o trabalho de parto não estão relacionadas às influências da dor, do alívio à dor e das intervenções médicas, mas sim às influências das atitudes e comportamentos dos profissionais da saúde ⁽⁷⁵⁾.

Portanto, a atitude profissional é de relevante importância na assistência à parturiente, tendo em vista que tudo isso poderá ser realizado, além da abordagem empática, associando-se a utilização de ENF adequadas visando aliviar a dor tão presente nas parturientes, tendo em vista as relações interpessoais na interação profissional-parturiente-família. Com a aplicação dessas estratégias, o processo do trabalho de parto poderá ser menos doloroso, menos tenso, visto que as mesmas necessitam de atenção, aconselhamento e habilidades de comunicação.

Quanto ao uso de medicação nas parturientes do estudo, revela uma predominância de ocitocina de forma isolada e/ou associada a outros medicamentos, como: buscopam e antibióticos, não sendo usada nenhuma medicação em apenas 15,0% das parturientes pesquisadas. O uso da ocitocina, neste estudo, não influenciou na dor “antes e após” à aplicação das ENF.

É observado, de certa forma, que durante a assistência ao parto a mulher é objeto de medicalização, sendo isto observado em estudo realizado com parturientes para determinar que fase do trabalho de parto deveria iniciar a infusão de ocitocina e a relação na evolução do trabalho de parto e intensidade das contrações. Concluíram os autores que não houve relação significativa entre a infusão de ocitocina com a intensidade das contrações ⁽¹⁰⁾.

O que se observa, entretanto, na prática obstétrica é o uso rotineiro de ocitocina nas parturientes de forma desnecessária, levando essa conduta muitas vezes às distócias no trabalho de parto. De certa forma, a ocitocina torna-se necessária a sua prescrição em casos de trabalhos de parto disfuncionais, prolongados e associados à bolsa amniótica rota por longas horas. Na realidade, muitas vezes a infusão desnecessária de ocitocina determina maior percepção dolorosa, stress e medo nas parturientes.

Quanto à influência das variáveis sociodemográficas e obstétricas, qualificadas como variável de controle, na alteração da percepção dolorosa nas parturientes, não se observou diferença significativa no Teste Exato de Fisher ao comparar essas mesmas

variáveis, com os escores de alívio da dor “*antes e após*” à aplicação das ENF, denotando que essas variáveis não influenciaram na dor referida pelas parturientes pesquisadas.

Ao comparar as médias de intensidade de dor “*antes e após*” à aplicação das ENF combinadas nos 6, 8 e 9 cm de dilatação, verificou-se diferença significativa ($p=0,000$), denotando a efetividade das ENF combinadas no alívio da dor na fase ativa do trabalho de parto.

Verificou-se também que o percentual de alívio da dor “*antes e após*” à aplicação das ENF combinadas demonstrou uma redução na medida em que aumentava a dilatação do colo uterino, sendo maior aos 6 cm e menor aos 9 cm. Esses resultados apontam para a efetividade das ENF combinadas nas fases iniciais do período de dilatação, ou seja, na aceleração e inclinação máxima. Observou-se também uma mudança na caracterização predominante da dor no aspecto qualitativo nos três momentos (6, 8 e 9 cm), quando comparadas no “*antes e após*” à aplicação das ENF combinadas.

Vale salientar que, ao buscarem-se na literatura estudos realizados com as técnicas de exercícios respiratórios e relaxamento muscular para o alívio da dor no trabalho de parto, estes mostraram que as referidas técnicas não reduziram a dor das parturientes estudadas, porém promoveram manutenção de baixo nível de ansiedade dessas mulheres por um longo tempo ⁽²⁸⁾.

Em contrapartida, em estudo realizado na cidade de Goiânia/GO, utilizando-se uma assistência individualizada com orientações e estímulos às técnicas de exercícios respiratórios e relaxamento muscular durante o processo parturitivo, verificaram que na fase ativa do trabalho de parto houve predominância da dor, com sensação de aumento na tolerância a essa dor, no decorrer do trabalho de parto, encorajamento, vigor, bem-estar físico e psicoemocional nesse período ⁽²⁹⁾. Em estudo quase-experimental utilizando métodos de relaxamento muscular progressivo, demonstrou importante redução no nível de dor nas parturientes submetidas a essa técnica ⁽³⁰⁾.

Em estudo experimental randomizado com primigestas, verificou-se que a técnica de respiração isolada interferiu significativamente na diminuição da dor e melhora dos níveis de saturação de oxigênio materna, durante o primeiro estágio de trabalho de parto ⁽⁴⁷⁾.

Quanto à massagem lombossacral, pesquisadores da região sul de Taiwan, em 2000, realizaram um estudo randomizado com 60 parturientes, o qual demonstrou efetiva intervenção dessa estratégia no alívio da dor das pesquisadas ⁽³³⁾, juntamente com outro estudo corroborado por pesquisadores ao demonstrarem que a massagem lombossacral tem seu valor terapêutico no sentido de promover relaxamento, conforto e alívio no processo parturitivo ⁽³¹⁾.

Outro estudo randomizado utilizando a técnica da massagem lombossacral nas três fases da dilatação do colo uterino, ou seja, na aceleração, inclinação máxima e desaceleração, demonstrou que essa técnica não muda as características da dor experienciada pelas parturientes; no entanto, ela é efetiva nas fases de aceleração e inclinação máxima, ajudando a aliviar a intensidade da dor nas parturientes ⁽⁴⁶⁾, corroborando com os resultados desta tese.

Portanto, o conforto físico é incrementado pelo uso de técnicas de massagem e relaxamento, posturas variadas, música, métodos de respiração desenvolvidos para minimizar o desconforto durante o trabalho de parto, envolvendo componentes que coloca em harmonia a teoria científica com a natureza; o conforto ambiental com o cultural, favorecendo o processo parturitivo além de promover modificações comportamentais de acordo com a resposta da mulher ⁽⁷⁶⁾.

Foi observado em outro estudo que as terapias complementares como a cromoterapia, a massagem e o uso da bola do nascimento, a musicoterapia e a hidroterapia são técnicas utilizadas para o alívio da dor durante o trabalho de parto. Essas técnicas devem ser incorporadas aos programas educacionais por enfermeiras com o objetivo de ajudar a integrar essas terapias do cuidado da enfermagem em mulheres no seu processo de parir ⁽¹¹⁾.

Quanto à aplicação da ENF isolada (banho de chuveiro) nos 8 e 9 cm de dilatação do colo uterino, verificou-se diferença significativa ($p=0,000$), denotando a efetividade dessa estratégia.

Verificou-se também que o percentual de alívio da dor “antes e após” à aplicação da ENF isolada demonstrou uma semelhança na medida em que aumentava a dilatação do colo uterino entre 8 e 9 cm. Esses resultados apontam para melhor efetividade dessa ENF isolada (banho de chuveiro) nas fases finais do período de dilatação (inclinação máxima e desaceleração).

Observou-se um alívio também na caracterização predominante da dor no aspecto qualitativo nos dois momentos (8 e 9 cm) quando comparadas no “antes e após” à aplicação da ENF isolada.

Questionando-se o banho de chuveiro, estudos realizados com a escala numérica e de copos, foi observado o efetivo alívio sobre a dor nas parturientes ⁽²³⁾ e que o impacto do banho morno na redução da dor, durante o trabalho de parto, alivia a sensação dolorosa, provocando relaxamento e conforto às parturientes ⁽²⁴⁾. Identificou-se, ainda, que o banho morno e compressa quente na região lombar são efetivo no controle da dor das parturientes, tornando-se, assim, técnicas alternativas para o conforto de mulheres em trabalho de parto.

Em estudo experimental, randomizado do tipo ensaio clínico, teve como objetivo identificar a influência do banho de imersão na duração do período de dilatação, na frequência e duração das contrações. Detectaram que o banho de imersão é uma alternativa para o conforto da parturiente, aliviando a dor sem interferir na progressão do trabalho de parto ⁽²⁵⁾.

Outro estudo randomizado controlado mostrou que métodos não farmacológicos para o alívio da dor como compressas quentes e banho morno, são técnicas efetivas no controle da dor de parturientes ⁽³⁴⁾, tornando-se assim, técnicas alternativas para a mulher em trabalho de parto.

A literatura também refere que o banho quente de chuveiro e a massagem lombar, associados à utilização da Bola de Bobath (ou Bola do Nascimento), proporcionam mais conforto e alívio às parturientes entre e durante as contrações do trabalho de parto, em especial, na fase ativa ⁽²⁶⁾.

Com base nos resultados dessas pesquisas embasando esta tese, observa-se que os exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral e o banho de chuveiro são técnicas efetivas no alívio e conforto da dor de parturientes em trabalho de parto, na sua fase ativa. Para tanto, nos dias atuais, o uso de ENF para o alívio e conforto da dor de parto vem despertando as classes da área da saúde, em especial da obstetrícia, tornando-se, de certa forma, temática relevante na assistência à saúde materna e perinatal.

Os estudos também refletem que orientar a postura e a mobilidade adequada à mulher em trabalho de parto tem relevante influência positiva na sua fase ativa, visto

que aumenta a tolerância da parturiente à dor, evita o uso de fármacos, melhora a evolução da dilatação e duração da fase ativa ⁽¹²⁾.

Foi identificado da mesma forma que, no campo da obstetrícia, utilizam métodos farmacológicos e não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto. Nas intervenções farmacológicas, incluem o uso de analgesia e anestesia para o alívio dessa dor. Em consequência, os métodos não farmacológicos oferecem educação para o nascimento, humanização e preparação para o parto entre outras técnicas. Coletivamente, há um crescimento evidente no suporte de ambos os métodos, os quais oferecem conforto e alívio efetivo da dor durante o trabalho de parto ⁽¹³⁾.

Foi observado também que a formação de profissionais no sistema de saúde vigente, em meio a uma cultura médica que transformou o parto e nascimento, de evento fisiológico, em patológico, privilegia o uso de equipamentos sofisticados à adoção de tecnologias apropriadas à assistência materna e perinatal ⁽⁷⁷⁾.

6 CONCLUSÕES

Os resultados do presente estudo nos permitiram concluir que:

- Ao comparar as médias de intensidade de dor “antes e após” à aplicação das ENF combinadas nos 6, 8 e 9 cm e nos 8 e 9 cm da ENF isolada, verificou-se diferença significativa ($p=0,000$) e o percentual de alívio da dor após aplicação das ENF combinadas e isolada, demonstrando uma redução na medida em que aumentava a dilatação do colo uterino, sendo maior aos 6 cm e menor aos 9 cm.
- No aspecto qualitativo detectou-se uma mudança nas respostas da dor das parturientes do estudo nos três momentos (6, 8 e 9 cm) quando comparadas no “antes e após” à aplicação das ENF combinadas e isolada, denotando o alívio dessa dor na fase ativa do período de dilatação durante o trabalho de parto.
- Conclui-se que a aplicação das ENF combinadas (exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral) nos 6, 8 e 9 cm de dilatação do colo uterino e isolada (banho de chuveiro) nos 8 e 9 cm apresentaram diferença significativa ($p=0,000$) no alívio da dor das parturientes do estudo.
- Diante do exposto, pode-se afirmar que aplicação de ENF é efetiva no alívio da intensidade da dor de parturientes na fase ativa do período de dilatação no trabalho de parto.

Os achados deste estudo apontam para a necessidade de outras pesquisas clínicas que focalizem o uso dessas e de outras estratégias não farmacológicas efetivas para o alívio da dor de parto, visando ações humanizadas na assistência à parturiente.

A humanização da assistência ao parto implica também e, principalmente, que a atuação do profissional de saúde respeite os aspectos de sua fisiologia, não intervenha desnecessariamente, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, e ofereça o necessário suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê.

Da mesma forma implica na oportunidade e autonomia da mulher durante todo o processo, com elaboração de um plano de parto que seja respeitado pelos profissionais

que a assistem; de ter um acompanhante de sua escolha; de serem informadas sobre todos os procedimentos a que serão submetidas e de ter os seus direitos de cidadania respeitados.

A guisa dessas conclusões espera-se que os dados encontrados nesta investigação possam contribuir no aprimoramento da prática obstétrica voltada para o trabalho de parto, em especial na sua fase ativa, tendo em vista o alívio da dor dessas mulheres no seu processo do trabalho de parto.

Outros resultados esperados são direcionados ao acompanhamento pré-natal pela abordagem no acolhimento à gestante-companheiro-família nos serviços de saúde, com informações específicas no preparo do casal e família para o parto.

Para a enfermagem e para a saúde poderá contribuir no desenvolvimento teórico, propiciando a ampliação dos conhecimentos sobre a prática na enfermagem obstétrica, além de contribuir para a sensibilização e conscientização dos profissionais de saúde envolvidos na equipe e no direcionamento de práticas sistematizadas adequadas às reais condições da mulher em trabalho de parto.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Parto aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.
2. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização na assistência hospitalar ao parto. *Revista Ciência e Saúde Coletiva* 2005; 10(3): 669-705.
3. Almeida NAM, Oliveira VC. Estresse no processo de parturição. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2005; 7(1): 87-94. [citado 2006 Set 29]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista.htm>.
4. Orange FA, Amorim MMR, Lima L. Uso da eletroestimulação para o alívio da dor durante o trabalho de parto em uma maternidade-escola: ensaio clínico controlado. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [série on-line] fevereiro 2003; 25(1): 45-52 [citado 2005 Jan]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v25n1/a07v25n1.pdf>.
5. Largura M. A assistência ao parto no Brasil. São Paulo (SP): [s.n]; 1996.
6. McCallum C, Reis AP. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2006; 22(7): 1483-91.
7. Abushaikha LA, Oweis A. Labour pain experience and intensity: a Jordanian perspective. *International Journal of Nursing Practice* 2005; 11:33-8.
8. Tedesco RP et al. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. *RBGO* 2004; 26(10): 791-8.
9. Silva AVR. O suporte à parturiente: dimensão interpessoal no contexto da assistência ao parto [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública (FSP); 2004.
10. Svardby K, Nordstrom L, Sellstrom E. Primiparas with or without oxytocin augmentation: a prospective study. *Journal Clinical Nursing* 2006; 16: 179-84.
11. Zwelling E, Johnson K, Allen J. How to implement complementary therapies for laboring women. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2007; 32(2): 126.
12. Bio E, Bittar RE, Zugaib M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2006; 28(11): 671-9.

13. Abushaikha LA. Methods of coping pain used by Jordanian women. *Journal of Transcultural Nursing* 2007; 18(1): 35-40.
14. Lowe KN. The nature of labor pain. *Am J. Obstet. Gynecol.* 2002; 186:S16-24.
15. Browndige P. The nature and consequences of childbirth pain. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol* 1995; (59 suppl): S9-S15.
16. Branden PN. *Enfermagem materno-infantil*; tradução da 2ª ed. [original], Carlos Henrique Cosendey. Rio de Janeiro (RJ): Reichmann & Affonso Editores; 2000.
17. Ziegel EE, Cranley MS. *Enfermagem Obstétrica*. 8ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1986.
18. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hanks GDV, Clark SL. *Williams Obstetrícia*. 20ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1997.
19. Pimenta CAM. Avaliação da experiência dolorosa. *Rev. Med.* 1995; 74(2): 69-75.
20. Carvalho GM, Ribeiro LB, Garcia MT, Katz RH. (Orgs.) *Ser gestante: refletindo o cuidado do nascimento*. São Paulo (SP): Centro Universitário São Camilo; 2005.
21. Drummond JP. *Dor aguda: fisiopatologia clínica e terapêutica*. São Paulo (SP): Atheneu; 2000.
22. Hanlon TW. *Ginástica para gestantes*. São Paulo (SP): Manole; 1999.
23. Ochiai AM, Gualda DMS. O banho de chuveiro como medido de alívio da dor no trabalho de parto. In: *International Conference on the Humanization of Childbirth. Resumos...* Fortaleza (CE) 2000. p. 75.
24. Medina ET, Impacto do banho morno na redução do tempo de trabalho de parto. In: *International Conference on the Humanization of Childbirth. Resumos...* Fortaleza (CE); 2000. p. 76.
25. Silva FMB, Oliveira SMJV. O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. *Rev. Esc Enferm USP* 2006 março; 40(1): 57-63.
26. Lopes TC. Bola do nascimento: uma opção de conforto durante o trabalho de parto. In: *International Conference on the Humanization of Childbirth. Resumos...* Fortaleza (CE); 2000. p. 76.

27. Chang CY, Gau ML. Experiences applying a birth ball to help a parturient woman in labor. *Hu Li Za Zhi* 2006; 53(3): 98-103.
28. Almeida NAM, Souza JT, Bachion MM, Silveira NA. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2005; 13(1): 52-8.
29. Almeida NAM, Bachion MM, Silveira NA, Souza JT. Avaliação de uma proposta de abordagem psicoprofilática durante o processo da parturição. *Rev enfermagem UERJ* 2004; 12 (3): 292-8.
30. Paula AAD, Carvalho EC, Santos CB. The use of the “Progressive Muscle Relaxation” technique for pain relief in gynecology and obstetrics. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2002; 10(5): 654-9.
31. Silveira IP, Campos ACS, Fernandes AFC. O contato terapêutico durante o trabalho de parto: fonte de bem-estar e relacionamento. *Rev RENE* 2002; 3 (1): 67-72.
32. Waters BL, Raisler J. Ice massage for the reduction of labor pain. *J Midwifery Womens Health* 2003; 48(5): 317-21.
33. Chan MY, Wang SY, Chen CH. Effects of massage on pain and anxiety during labor: a randomized controlled trial in Taiwan. *J. Adv. Nurs.* 2002; 38(1): 63-73.
34. Leeman L, Fontaine P, King V, Klein MC, Ratcliffe S. The nature and management of labor: Part I. Nonpharmacologic pain relief. *Am Fam Physician.* 2003; 68(6): 1109-12.
35. Chang MY, Chen CH, Huang KF. A comparison of massage effects on labor pain using McGill Pain Questionnaire. *J Nurs Res* 2006; 14(3): 190-7.
36. De Conti MHS, Calderon IMP, Consonni EB, Prvl TTS, albm I, Rug MVC. Efeito de técnicas fisioterápicas sobre os desconfortos músculo-esqueléticos da gestação. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2003; 25(9): 647-54.
37. Mamede FV, Almeida AM, Clapis MJ. Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. *Acta Sei Health Sei* 2004; 26(2): 295-302.
38. Cecatti JG, Calderón IMP. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. *Rev Bras Ginecol Obstet.* [periódico na Internet]. 2005; 27(6): 357-65. [citado 2007 jan 11]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>.

39. Balaskas J. Parto ativo: guia prático para o parto natural. Tradução Adailton Salvatore Meira. São Paulo (SP): Ground; 1993.
40. Mamede FV. O efeito da deambulação na fase ativa do trabalho de parto. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. USP; 2005.
41. Phumdoung S, Good M. Music reduces sensation and distress of labor pain. *Pain Manag Nurs* 2003; 4(2): 54-61.
42. Labrecque M, Nouwen A, Bergeron M, Rancourt JF. A randomized controlled trial of nonpharmacologic approaches for relief of low back pain during labor. *Journal of family practice* 1999; 48(4): 259-63.
43. Gungor I, Beji NK. Effects of fathers' attendance to labor and delivery on the experience of childbirth in Turkey. *Western Journal of Nursing Research* 2007; 29(2): 213-31.
44. Florence DJ, Palmer DG. Therapeutic choices of the discomforts of labor. *Journal of perinatal & neonatal nursing* 2003; 17(4): 238-49.
45. The CNM Data Group. Midwifery management of pain in labor. *Journal of Nurse-Midwifery* 1998; 43(2): 77-82.
46. Simkin P, Boldin A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *J Midwifery Womens Health* 2004; 49(6): 489-504.
47. Iara B, Sperandio, FF, Santos, GM. Uso de técnica respiratória para analgesia no parto. *Femina* 2007; 35(1): 41-46.
48. Machado NXS, Praça NS. Centro de Parto Normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. *Rev Esc Enferm USP* 2006 Junho; 40 (2): 274-9.
49. Bezerra MGA, Cardoso MVLML. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2006 maio-junho; 14(3): 414-21.
50. Dias MAB. Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública. [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ; 2006.
51. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2005; 10(3): 627-37.

52. Rodrigues AV. O suporte à parturiente: a dimensão no contexto da assistência ao parto. [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2004.
53. Rodrigues DP, Silva RM, Fernandes AFC. Ação interativa enfermeiro-cliente na assistência obstétrica. Rev enfermagem UERJ 2006; 14(2): 232-38.
54. Gaíva MAM. O ambiente e a organização do trabalho como geradores de violência. Rev Gaúcha Enf 2002; 23(1): 136-7.
55. Diniz NMF, Valverde RC. Humanização do parto: revisando as formas de cuidar. Revista Enfermagem UERJ 2001; 3:305-9.
56. Silva GTR, Albuquerque RS (Orgs.) Enfermagem em Obstetrícia: abordagem do cuidado a gestante, parturiente e puérpera: reflexões sobre relevantes temas. São Paulo (SP): Martinari; 2006.
57. Bruggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJ. Evidence on support during labor and delivery: a literature review. Cad. Saúde Pública 2005; 21(5): 1316-27.
58. Castro JC, Clapis MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. Rev. Latino-am Enfermagem 2005; 13(6): 960-7.
59. Macedo PO, Progiante JM, Vargens OMC, Santos VLC, Silva CA. Percepção da dor pela mulher no pré-parto: a influência do ambiente. Rev Enfermagem UERJ 2005; 13(3): 306-12.
60. Lessa HF. Parto em casa: vivência de mulheres. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2003.
61. Ratter D. Humanizando o nascimento e o parto: o workshop. In: Síntese do Seminário Estadual Qualidade da Assistência ao Parto: contribuições da enfermagem; 1998. Curitiba (PR): ABEn/PR; 1998.
62. Silva LM. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo humanizado. [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2005.
63. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Caderno de Saúde Pública 2004; 20(5).

64. Almeida NAM, Martins CA, Rios CHA, Lucas EA, Machado EA, Medeiros AV. A humanização no cuidado à parturição. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2005; 7 (3): 355-9. [citado 2006 Set 29]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br>.
65. Martins CA, Almeida NAM, Barbosa MA, Siqueira KM, Vasconcelos KL, Souza MA Cande T. Casas de parto: sua importância na humanização da assistência ao parto e nascimento. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2005; 7 (3): 360-5. [citado 2006 Set 29]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br>.
66. Carvalho MPS, Pinto SRG, Vaz MJR. Parto humanizado: percepção de puérperas. *Saúde Coletiva* 2005; 2 (7): 79-83.
67. Teixeira GG. As estratégias de humanização da assistência ao parto utilizadas por hospitais ganhadores do prêmio Galba de Araújo: ações de mérito, ações premiadas. *O mundo da saúde* 2003; 27(2): 270-3.
68. Medronho RA. *Epidemiologia*. São Paulo (SP): Atheneu; 2005.
69. Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1995.
70. Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. *Introdução à epidemiologia*. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Medsi; 2002.
71. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisas –CONEP– Resolução N.º 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.
72. Myles OS, Urquhart N. Lincarity of the visual analogue scale in patients with severe acute pain. *Anaesth Intensive Care* 2005; 33(5): 686-7.
73. Pereira LV, Sousa FAEF. Mensuração e avaliação da dor pós-operatória, uma breve revisão. *Revista Latino-am Enfermagem* 1998 6(3): 77-84
74. Lakatos EM, Marconi MA. *Fundamentos de pesquisa metodológica científica*. 5ª ed. Revisada e ampliada. São Paulo (SP): Atlas; 2003.
75. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002 May; 186:S160-72.

76. Davim RMB, Bezerra LGM. Assistência à parturiente por enfermeiras obstetras no projeto Midwifery: um relato de experiência. *Revista Latino-am Enfermagem* 2001; 9(6): 62-8.

77. Hotimsky SN, Ratter D, Venancio SI, Bógus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo ...ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes usuárias do SUS acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cadernos de Saúde Pública* 2002; 18(5): 1303-11

Anexo 1



Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Parecer Projeto de Pesquisa Nº 045/2005

Registro no CEP-UFRN	045-2005
Título	Avaliação da Eficácia das Estratégias não farmacológicas para o Alívio da Dor e da Ansiedade de Parturientes na Fase Ativa do Período de Dilatação no Trabalho de Parto.
Instituição	UFRN/CCS
Pesquisadora	Rejane Marie Barbosa Davim
Área temática	Grupo I

PARECER

Considerando que as recomendações emitidas em parecer anterior foram, adequadamente, atendidas, e estando o protocolo de acordo com os itens propostos pela Resolução 196/96-CNS, o CEP-UFRN manifesta-se pela aprovação do protocolo registro CEP-UFRN 045-05.

Lembramos que qualquer modificação referente a aspectos metodológicos deverá ser encaminhada ao CEP/UFRN para avaliação. O pesquisador deverá encaminhar relatório semestral, e relatório final, após sua conclusão. Os formulários para relatórios, parcial e final, estão disponíveis na página do CEP-UFRN.

Natal, 10 de junho de 2005.

Selma Maria Bezerra Jerônimo
Coordenadora do CEP-UFRN.

Anexo 2

Artigo aprovado para publicação (no prelo) em periódico Qualis Internacional C



Ribeirão Preto, 03 de setembro de 2007.

Prezada Rejane

Informamos que seu artigo **1759/2006** intitulado ***"Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: pré-teste de um instrumento"***, de autoria de Rejane Marie Barbosa Davim, Gilson de Vasconcelos Torres e Eva Saldanha de Melo, encontra-se aprovado pelos consultores da Revista Latino-Americana de Enfermagem. Data de submissão: 18.10.2006.

Atenciosamente

Raquel

Seção de Comunicação Científica / Revista Latino-Americana de Enfermagem – EERP

www.eerp.usp.br/rle

www.scielo.br/rlae

Apêndice 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

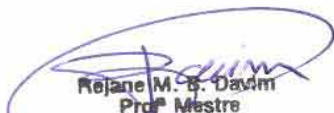
AUTORIZAÇÃO

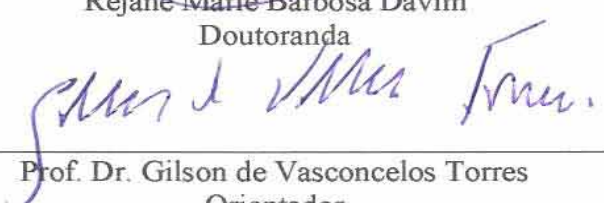
Ilmo. Sr. Prof. Dr. Kleber de Melo Moraes
Diretor da Maternidade Escola Januário Cicco/UFRN

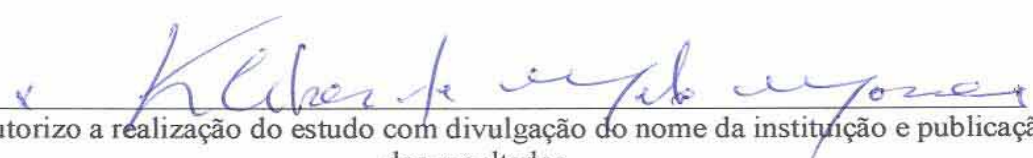
Natal, 01 de março de 2005

O objetivo desta é solicitar a V. Sa, autorização para realização do estudo intitulado: *"Avaliação da efetividade de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor de parturientes na fase ativa do período de dilatação no trabalho de parto"*, a qual decorre em cumprimento à exigência para tese de doutoramento do Curso de Pós-Graduação do Centro de Ciências da Saúde da UFRN. Salientamos que serão respeitados os aspectos éticos de pesquisa em seres humanos, incluindo o anonimato dos participantes e que todas as informações colhidas serão utilizadas exclusivamente para fins de estudo. Solicitamos ainda, autorização para divulgação e publicação do nome da instituição e dos resultados dessa investigação nos diversos meios científicos.

Desde já agradecemos vossa atenção e aguardamos pronunciamento quanto à autorização para realização do estudo em questão.


Rejane M. B. Davim
Prof. Mestre
COBEN/RN 15.283
Rejane Marie Barbosa Davim
Doutoranda


Prof. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres
Orientador


Autorizo a realização do estudo com divulgação do nome da instituição e publicação dos resultados

Apêndice 2



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UFRN

TÍTULO DA PESQUISA: AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DE ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA O ALÍVIO DA DOR DE PARTURIENTES NA FASE ATIVA DO PERÍODO DE DILATAÇÃO NO TRABALHO DE PARTO

ORIENTADOR — Professor Doutor GILSON DE VASCONCELOS TORRES

Cara Senhora,

Vimos por meio deste documento, solicitar sua participação nesta pesquisa, que tem como propósito avaliar a efetividade de Estratégias Não Farmacológicas para o alívio da dor de parturientes na fase ativa do período de dilatação no trabalho de parto, a partir de mulheres que vivenciam esse processo. Para tanto, a coleta de dados será através de perguntas e aplicação de Estratégias Não Farmacológicas como: exercícios respiratórios, relaxamento muscular, deambulação, massagem lombossacral, balanço pélvico e banho de chuveiro, visando alcançar os objetivos da pesquisa. Os registros realizados durante a coleta não serão divulgados aos profissionais que trabalham nesta instituição, mas o relatório final, contendo citações anônimas, estará disponível ao Comitê de Ética e aos membros envolvidos neste estudo, para verificação de dados, sem, contudo violar a confidencialidade das informações. Tendo em vista que não serão realizados atos invasivos no desenvolvimento da pesquisa, esperamos que a mesma não implique em riscos à sua integridade. Porém, em caso de prejuízos, mesmo futuros, decorrentes dos procedimentos ou da divulgação dos resultados da pesquisa, sejam, por parte da pesquisadora ou da instituição, serão resguardados seus direitos de indenização por ambas as partes, se assim for o caso considerado. Poderá não haver benefícios diretos ou imediatos para os que estejam sendo investigados durante a pesquisa, mas poderá ocorrer mudança nos cuidados dados a outras parturientes, bem como em seu próprio benefício em outras vivências de trabalho de parto, após os profissionais de saúde tomar conhecimento das conclusões deste estudo. Sendo assim, a assinatura deste termo de consentimento livre e esclarecido, formaliza sua autorização para o desenvolvimento de todos os passos anteriormente apresentados. Declaro que, após ter compreendido todas as informações contidas neste termo, considero preservada minha participação como voluntária nesta pesquisa e, sem coerção pessoal ou institucional, concordo em participar deste estudo científico. Estou ciente, portanto, de que sou livre para recusar as intervenções não farmacológicas aqui citadas e respostas a determinadas questões durante os questionamentos, retirarem meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo, bem como terei a oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que desejar, e que todas deverão ser respondidas pela pesquisadora a meu contento. Autorizo, também, a publicação do referido trabalho, de forma escrita, o direito de divulgação e uso dos resultados para quaisquer fins de ensino em jornais e/ou revistas científicas de cunho nacional e internacional, desde que mantido o sigilo sobre minha identidade. Estou ciente que nada tenho a exigir a título de indenização ou ressarcimento pela minha participação na pesquisa. Finalmente, estou ciente de que serei respeitada quanto a não ter tocado aspectos de foro íntimo, a não ser quando for de minha concordância em abordá-los.

Nome da participante _____

COMPROMISSO DO PESQUISADOR: Eu, Rejane Marie Barbosa Davim, brasileira, CPF n.º 130.515.984-53, residente à Avenida Rui Barbosa, 1100, Bloco A, Aptº 402, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP: 59056-300 Fone (84) 3206-0818/9983-7186, E-Mail: rejanemb@uol.com.br, discuti as questões acima apresentadas à participante do estudo.

Assinatura do pesquisador

Natal, _____



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PARTE A. IDENTIFICAÇÃO DA PARTURIENTE.

IDADE _____ ESCOLARIDADE _____ ADMISSÃO _____

RELIGIÃO _____ PROCEDÊNCIA _____

RENDIA FAMILIAR _____ PARIDADE: GESTA _____ PARA _____ ABORTO _____

FEZ PRÉ-NATAL: SIM () NÃO ()

DIAGNÓSTICO _____

TEM ACOMPANHANTE NÃO () SIM () QUEM _____

MEDICAÇÃO: OCITOCINA () ANTIBIÓTICO () BUSCOPAM ()

CORTICÓIDE () ANTIHIPERTENSIVO () OUTROS _____

PARTE B. PARTOGRAMA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PARTOGRAMA

Cérvico - dilatação (cm)	10														AM I Descida da apresentação II Plano de De Lee III Plano de Hodge IV
	9														
	8														
	7														
	6														
	5														
	4														
	3														
	2														
	1														
Hora real															
Hora de Registro															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	

FCF Batimentos p/ minutos	180													
	160													
	140													
	120													
110														
80														

BOLSA													
Ocitocina U/ml													
GOTAS/min													

Contrações	1-19s ☒													
	20-39s ☐													
	>40s ☐													

PA ↕	180												
	160												
	140												
	120												
110													
80													

Medicamentos													
Examinador													

Observações

PARTE C. AVALIAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS.

ESCALA ANALÓGICA VISUAL (EAV)		ESCORES / DESCRITORES	
Intensidade		0 a 10	
Qualidade		1. Sem dor 2. Amena 3. Desconfortante 4. Aflitiva 5. Horrível 6. Torturante	
ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DOR DESENVOLVIDA PELA EQUIPE DO CONTROLE DA DOR DA DISCIPLINA DE ANESTESIOLOGIA DO HC/FMUSP 			
ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS (ENF)			
1. Exercícios respiratórios 2. Relaxamento muscular 3. Massagem lombossacral 4. Banho de chuveiro			
ALÍVIO DA DOR / CONFORTO 1. SIM 2. NÃO			
ASPECTOS	Aceleração (Entre 5 e 6 cm)	Inclinação Máxima (7 a 8 cm)	Desaceleração (9 a 10cm)
ENF 1. Exercícios respiratórios			
	Sem estrat.	Com estrat.	Sem estrat. Com estrat Sem estrat Com estrat
1- Hora/Dilatação (cm)			
2- Intensidade (0 a 10)			
3- Qualidade (1 a 6)			
4- Alívio/Conforto (1 e 2)			
ENF 2. Relaxamento muscular			
1- Hora/Dilatação (cm)			
2- Intensidade (0 a 10)			
3- Qualidade (1 a 6)			
4- Alívio/Conforto (1 e 2)			
ENF 3. Massagem lombossacral			
1- Hora/Dilatação (cm)			
2- Intensidade (0 a 10)			
3- Qualidade (1 a 6)			
4- Alívio/Conforto (1 e 2)			
ENF 4. Banho de chuveiro			
1- Hora/Dilatação (cm)			
2- Intensidade (0 a 10)			
3- Qualidade (1 a 6)			
4- Alívio/Conforto (1 e 2)			

Apêndice 4**ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO ALÍVIO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO: PRÉ-TESTE DE UM INSTRUMENTO ¹**

Rejane Marie Barbosa Davim ²
Gilson de Vasconcelos Torres ³
Eva Saldanha de Melo ⁴

Estudo descritivo objetivando avaliar a efetividade de Estratégias Não Farmacológicas (ENF) no alívio da dor de parturientes para fazerem parte de um instrumento de pesquisa a ser utilizado em Tese de Doutorado. Para avaliar as ENF utilizamos a Escala Analógica Visual (EAV) com 30 parturientes, tendo como local de pesquisa a Unidade de Parto Humanizado de uma maternidade escola em Natal/RN. Verificamos que, das seis ENF (exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral, banho de chuveiro, deambulação e balanço pélvico), duas foram excluídas após o pré-teste (deambulação e balanço pélvico), por apresentarem dificuldades de aceitação pelas parturientes. As demais (exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral e banho de chuveiro), com índices satisfatórios de aceitação e efetividade, demonstraram serem efetivas na redução da dor dessas parturientes, sendo, portanto, adequadas a sua utilização no instrumento de coleta de dados na Tese de Doutorado.

Descritores: Dor, Estratégias.

NON-FARMACOLOGICAL STRATEGIES ON THE RELIEVING OF PAIN DURING LABOR: PRE-TESTING OF AN INSTRUMENT

Descriptive study aiming to evaluate the effectiveness of Non-Farmacological Strategies (NFS) on the relieving of pain on parturients as part of a research instrument to be utilized in a Doctoral Thesis. In order to evaluate the NFS, we have used the Analogous Visual Scale (AVS) on 30 parturients, located on the Humanized Labor Unit of a school-maternity hospital in Natal/RN. We have verified that, from the six NFS (respiratory exercises, muscular relaxation, lumbossacral massage, shower washing, deambulation and pelvic swing), two were excluded post-test (deambulation and pelvic swing), for presenting applicability difficulties. The others (respiratory exercises, muscular relaxation, lumbossacral massage, and shower washing), which reached satisfactory acceptance and applicability rates, have been found to be effective in the relieving of

¹ Artigo integrante de um Projeto de Tese de Doutorado intitulado "Avaliação da efetividade de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor e da ansiedade de parturientes na fase ativa do período de dilatação no trabalho de parto", vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/UFRN, Natal/RN – Brasil, 2006.

² Enfermeira Obstetra, Prof. Adjunto do Departamento de Enfermagem/UFRN, Mestre em Enfermagem de Saúde Pública /UFPB. Doutoranda em Ciências da Saúde/UFRN. Av. Rui Barbosa, 1100 – Bloco A/402 – Lagoa Nova, Residencial Villaggio Di Firenze, Natal/RN – Cep: 59056-300, Fone (84) 3206-0818 / 9983-7186, E.Mail: rejanemb@uol.com.br

³ Enfermeiro, Prof. Adjunto do Departamento de Enfermagem/UFRN e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFRN, Doutor em Enfermagem/EERP/USP, Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/UFRN e Orientador da Tese. E.Mail: gvt@ufrnet.br

⁴ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem/UFRN. Bolsista de Iniciação Científica PPPG/UFRN E.Mail: eva.enfermagem@yahoo.com.br

pain on these parturients, and thus deemed adequate for use in the data collection process of the Doctoral Thesis.

Descriptors: Pain, Strategies.

ESTRATEGIAS NO FARMACOLÓGICAS EN EL ALIVIO DEL DOLOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO: PRE-TESTE DE UN INSTRUMENTO

Estudio descriptivo, objetivizando evaluar la efectividad de Estratégias No Farmacológicas (ENF), en el alivio del dolor de parturientas para hacer parte de un instrumento de investigación a ser utilizado en la preparación de Tesis de Doctorado. Para evaluar las ENF, utilizamos la Escala Analógica Visual (EAV), com 30 parturientas, teniendo como local de la investigación la Unidad de Parto Humanizado de una Maternidad Escuela en Natal/RN. Verificamos que de las seis ENF (ejercicios respiratórios, relajamiento muscular, masaje lombo-sacra, baño de lluvia, deambulaci3n y balanço pélvico), dos fueron excluidas después del Pré-Teste (deambulaci3n y balanço pélvico), por presentar dificultades em su aplicaci3n. Los demás (ejercicios respiratórios, relajamiento muscular, masaje lombo-sacra y baño de lluvia) tuvieron índices satisfactorios de aceptaci3n y aplicaci3n, demostrando ser efectivas en el alivio del dolor de esas parturientas, siendo por tanto, adecuadas su utilizaci3n como instrumento de colecta de datos em la Tesis de Doctorado.

Descritores: Dolor, Estrategias.

INTRODUÇÃO

O Comitê de Taxonomia da International for the Study of Pain (IASP) desde 1986 deu um conceito à palavra dor como sendo uma experiência sensorial, emocional de forma desagradável, associado-a as lesões teciduais reais ou potenciais. Ela é envolvida por sensações desprazerosas, subjetiva, e cada indivíduo utilizam a palavra dor de acordo com suas experiências prévias, constituindo, de certa forma, uma vivência emocional ⁽¹⁾. A palavra dor ainda pode ser descrita como um fenômeno complexo, individual e multifatorial, influenciada por vários fatores, a destacar: psicológicos, biológicos, sócio-culturais e econômicos. De certa forma, a dor pode ser compartilhada dos relatos daqueles de quem a sentem, caracterizada por transformações normais, tendo-se como exemplos, a menstruaç3o e o parto ⁽²⁾.

Para a maioria das mulheres a dor de parto é tida como a pior experiência de suas vidas. A dor das contrações uterinas é um processo complexo que envolve interações de mecanismos centrais, periféricos e intercâmbio contínuo de informações por vias ascendentes e descendentes de nociceptores. Nestes termos, entendemos que a dor de parto envolve fatores emocionais, sensoriais, ambientais e existenciais ⁽³⁾.

Para tanto, devemos compreender como se processa a fisiologia da dor que não é a mesma durante todo o trabalho de parto, variando de acordo com sua evolução. No seu primeiro estágio, o da dilatação, a dor é visceral, surgindo das contrações uterinas e dilatação da cérvix, transmitida pelas fibras aferentes simpáticas. Nesse estágio a dor é transmitida para a medula espinhal ao nível de T10-L1 por fibras A delta e fibras C viscerais aferentes com origem na parede lateral e fundo uterino. A transmissão seguinte aferente do útero e cérvix para a medula espinhal é transmitida por meio dos plexos hipogástricos e aórtico. Assim, os impulsos aferentes nociceptivos cruzam a cadeia simpática lombar e se dirigem à cadeia simpática torácica por meio de ramos comunicantes com os nervos de T10-L1. Por conseguinte, as fibras que conduzem o impulso doloroso fazem sinapse com interneurônios da espinha dorsal voltando após modulação ⁽³⁾.

No segundo estágio, o expulsivo, a estimulação nociceptiva das contrações advindas do corpo uterino e distensão do segmento continuam quando a cérvix atinge a sua dilatação total. Somando-se tudo isso, tem-se a pressão exercida pela apresentação fetal nas estruturas da pelve que vai dar origem à dor somática, ocorrendo estiramento da fáscia e tecidos subcutâneos do canal do parto, distensão do períneo e pressão nos músculos do assoalho pélvico. Entende-se, que, no segundo estágio do trabalho de parto a dor somática é transmitida ao nervo pudendo na altura das vértebras sacrais S2, S3 e S4. Em contraste com a dor do primeiro estágio, ao se comportar de forma difusa e mal localizada, a dor somática do segundo estágio é mais intensa e bem localizada ⁽³⁾.

Não há, no entanto, uma demarcação nítida sobre o trabalho de parto e o parto, mas uma transição gradual, dificultando estabelecer o início da dilatação do colo uterino. Portanto, no primeiro estágio, o da dilatação, as contrações uterinas são, a princípio, em número de 2 a 3 em 10 minutos, chegando a atingir 5 nos 10 minutos no final desse estágio. Para melhor visualização, a análise do gráfico do trabalho de parto de Friedman apresenta no estágio da dilatação uma fase latente e uma ativa ⁽⁴⁾ na mulher que o vivencia. A fase ativa é subdividida em três momentos: aceleração, inclinação máxima e desaceleração, segundo a curva sigmóide da cérvicodilatação (cm) das fases de latência e ativa das divisões preparatórias de dilatação pélvica do trabalho de parto (Ilustração cortesia de Dr. Casey, redesenhado de Friedman, 1978) como visto na Figura 1.

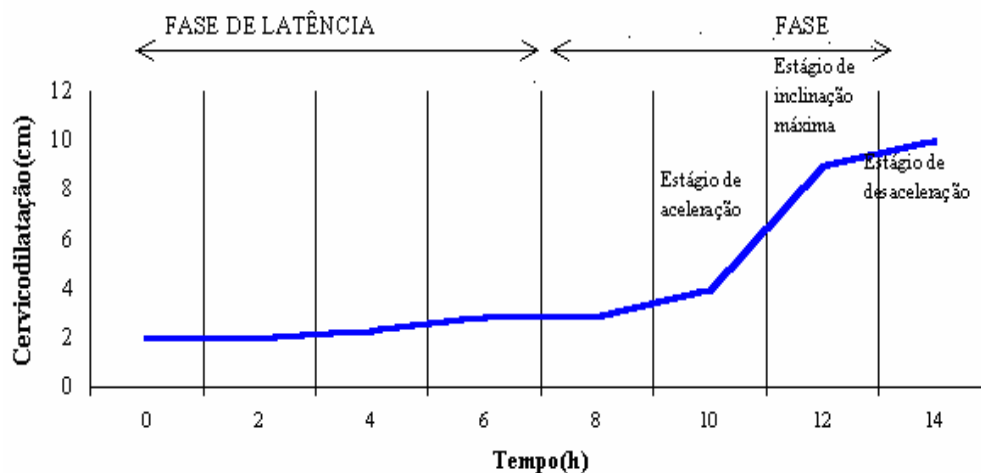


Figura 1 – Curva sigmóide da cervicodilatação (cm) das fases de latência e ativa e das divisões preparatórias de dilatação e pélvica do trabalho de parto (Friedman, 1954).

A fase latente vai do início do trabalho de parto até um ponto onde a curva começa uma definida tendência para cima. Nessa fase há contrações uterinas irregulares, curtas, fracas e a cérvix dilata de 3 a 4 cm, podendo levar várias horas e, a parturiente, ao se dirigir à maternidade ou unidade de saúde, refere cólica abdominal, incômodo, e desconforto baixo, expressando excitação e apreensão. A distribuição da dor está localizada, sobretudo, no centro das costas e a sensação é, muitas vezes, referida como uma câimbra ligeira de nível profundo, tornando-se mais severa ⁽⁴⁾.

A fase ativa começa quando a curva da dilatação inicia uma tendência brusca para cima e termina com a dilatação cervical completa, ou seja, 10 cm. A dilatação evolui mais rapidamente, havendo um período inicial de aceleração quando o colo uterino dilata de 3 para 5 cm; uma fase de inclinação máxima entre 5 e 8 cm, com contrações de intensidade moderada e uma fase de desaceleração com a cérvix dilatada entre 8 e 10 cm, ocorrendo contrações intensas e espasmódicas. A distribuição da dor nessa fase está localizada no abdome anterior, a duração torna-se constante associada à dilatação cervical completa; a sensação da dor é, na maioria das vezes, referida como intensa, constritiva, freqüentemente excruciante. Em resumo, a fase de aceleração é curta e variável; a inclinação máxima reflete a eficácia da contração uterina, enquanto que a desaceleração traduz a relação fetopélvica. Portanto, a fase ativa se estende até a dilatação total do colo uterino e o início do período expulsivo ⁽⁴⁾.

Diante destas considerações, a dor na fase ativa do período de dilatação durante o trabalho de parto é o foco central deste pré-teste, pois, à medida que as contrações se tornam mais freqüentes e intensas nessa fase, provoca tensão, medo, e, por conseguinte, agravamento da dor. Dessa forma, uma tarefa importante para ajudar as mulheres em trabalho de parto normal a suportar a dor é através do apoio e da abordagem humanizada, identificando-se seus aspectos quantitativos e qualitativos, para o planejamento sistemático de informações e orientações tranquilizadoras fornecidas por profissionais de saúde ou outras pessoas que assistem essas mulheres.

Mesmo que cada parturiente responda à dor de um modo pessoal e adaptativo, as intervenções não farmacológicas podem ajudar a reduzir as percepções dolorosas, alterando essa resposta na maioria das parturientes. Para que se possa intervir adequadamente nessa sensação é preciso compreender o tipo de dor que costuma ser sentida no trabalho de parto, os fatores físicos e psicológicos que influenciam nessa percepção e como a observação do padrão comportamental podem esclarecer a resposta de uma parturiente à dor ⁽⁴⁾.

Tudo isso poderá ser realizado, além da abordagem empática, com a utilização de Estratégias Não Farmacológicas (ENF) adequadas visando aliviar a dor tão presente nas parturientes. Com a aplicação dessas estratégias, o processo parturitivo poderá ser menos doloroso, menos tenso, visto que as mesmas necessitam de atenção, aconselhamento e habilidades de comunicação, objetivando melhor condução no trabalho de parto.

Nestes termos, a realização desta investigação foi motivada pela necessidade de selecionarmos ENF para o alívio da dor de parturientes no seu processo de trabalho de parto visando à construção de um instrumento de coleta de dados para Tese de Doutorado em Ciências da Saúde/UFRN, a qual tem como objetivo geral avaliar a efetividade de ENF para o alívio da intensidade da dor e redução do nível de ansiedade-estado de parturientes na fase ativa do trabalho de parto. Assim, o objeto de estudo desta investigação foi à seleção e avaliação da efetividade de ENF para o alívio da dor de parturientes durante o trabalho de parto. Por fim, propomos os seguintes objetivos para a pesquisa: identificar ENF para o alívio da dor de parturientes no seu processo de trabalho de parto em Sistemas de Bancos de Dados Bireme, Periódicos Capes e SIBI-USP; avaliar a efetividade das ENF no alívio da dor de parturientes na fase ativa do trabalho de parto e selecionar as ENF que apresentarem percentuais $\geq$

80% de aceitação pelas parturientes e efetividade no alívio da dor das participantes do estudo para inclusão no instrumento de coleta de dados na Tese de Doutorado.

MÉTODO

Pesquisa quase-experimental do tipo intervenção terapêutica não controlada e não randomizada com abordagem quantitativa, chamada também de estudos “*antes e após*” (before and after), nos quais todos os indivíduos recebem o mesmo tratamento e sua condição é verificada antes do início e em vários momentos após o tratamento ⁽⁵⁾. O cenário da pesquisa foi a Unidade de Parto Humanizado (UPH) da Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) situada no Município de Natal/RN, na Região Nordeste do Brasil. A UPH, campo de investigação do pré-teste e da Tese de Doutorado é composta por quatro suítes para assistência à mulher em trabalho de parto de forma individualizada e instalada no segundo pavimento da instituição.

Previamente à investigação, o estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) para avaliação, recebendo parecer favorável com o Registro no CEP-UFRN 045-2005 em 10 de junho de 2005, seguindo-se a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A investigação foi desenvolvida em duas etapas: a primeira com a identificação e seleção das ENF nos Sistemas de Dados Bireme, Periódicos Capes e SIBI USP e a segunda com a aplicação e verificação da efetividade das ENF nas parturientes do estudo.

1ª Etapa: Identificação e seleção das ENF

Para selecionarmos as ENF consultamos os Sistemas de Bancos de Dados Bireme, Periódicos Capes e SIBI USP. Este levantamento resultou em onze estudos científicos nos âmbitos nacional e internacional ⁽⁶⁻¹⁶⁾ relacionados à avaliação da dor de parturientes na fase ativa do trabalho de parto com o uso de ENF. Com base nos resultados desses estudos selecionamos as estratégias que apresentaram maiores evidências de alívio da dor de parturientes na fase ativa do trabalho de parto, a saber: exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral, deambulação, balanço pélvico e banho de chuveiro, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 – ENF com maiores evidências nos níveis satisfatórios para o alívio da dor de parturientes durante o trabalho de parto.

Autor (es)	ENF	Tipo de estudo
Ochiai AM, Gualda DMS	Banho de chuveiro	Ensaio clínico quantitativo
Medina ET Lopes TC	Banho morno Bola de Bobath ou (Bola do Nascimento)	Ensaio clínico exploratório qualitativo Relato de experiência
Almeida NAM, Souza JT, Bachion MM, Silveira NA	Técnicas de respiração e relaxamento	Pesquisa de campo experimental
Silva FMB, Oliveira SMJV	Banho de imersão	Estudo randomizado tipo ensaio clínico experimental
Paula AAD, Carvalho EC, Santos CB	Relaxamento muscular progressivo	Estudo de intervenção quase experimental controlado não randomizado
Almeida NAM, Bachion MM, Silveira NM, Souza JT.	Respiração e relaxamento	Estudo descritivo e observação participante
Silveira IP, Campos ASC, Fernandes AFC.	Massagem	Pesquisa de campo
Castro JC, Clapis MJ.	Ações humanizadas	Pesquisa qualitativa

Neste sentido, optamos em aplicar essas estratégias (exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral, deambulação, balanço pélvico e banho de chuveiro) neste estudo, com vista a avaliar a aceitação das mesmas pelas parturientes e a efetividade no alívio da dor na fase ativa do trabalho de parto.

O instrumento para a coleta de dados constou de duas partes. A primeira caracterizando as parturientes, observando-se as seguintes variáveis de interesse: idade, escolaridade, religião, procedência, renda familiar, paridade, se fez o pré-natal, diagnóstico, se tinha acompanhante, quem, e medicação prescrita. A segunda contemplou as ENF selecionadas na primeira etapa do estudo (exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral, deambulação, balanço pélvico e banho de chuveiro), visando o alívio da dor das parturientes na fase ativa do trabalho de parto.

2ª Etapa: Aplicação e verificação da efetividade das ENF nas parturientes.

Participaram do estudo 30 parturientes selecionadas por meio de uma amostragem por acessibilidade à medida que eram admitidas atendendo os seguintes critérios de inclusão: estar em trabalho de parto normal ativo de sua segunda gestação, ter idade > 20 anos, apresentar colo uterino dilatado até 6 centímetros; sem

indicação clínica de distócia; aceitar participar do estudo e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Como critérios de exclusão: primípara; idade < 20 anos; histórico de cesariadas anteriormente ou com sugestão de indicação médica; diagnóstico clínico de distócia e solicitar saída do estudo.

A coleta de dados ocorreu em uma situação real na fase ativa do trabalho de parto em três ocasiões pré-definidas: na fase de aceleração, quando a parturiente foi incluída no estudo com até 6 cm de dilatação do colo uterino e aplicação da EAV logo após a primeira contração uterina sem a utilização das ENF. Em seguida, na contração uterina subsequente, foram aplicadas as estratégias em conjunto (exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral) com a avaliação da EAV. Na fase de inclinação máxima, entre 7 e 8 cm de dilatação, também foi mensurada a intensidade da dor da parturiente por meio da EAV após a contração uterina sem a utilização das ENF e subsequente na próxima contração com a utilização das estratégias em conjunto (exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral) e isoladas (deambulação e banho de chuveiro). Na fase de desaceleração, entre 9 e 10 cm de dilatação, foi aplicada a EAV após a contração sem a utilização das ENF, e num segundo momento com as estratégias em conjunto (exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral) e isolada (deambulação e banho de chuveiro).

Adotamos como critério de seleção das ENF para inclusão no instrumento de Tese de Doutorado, aquelas que apresentassem percentuais $\geq 80\%$ de aceitação pelas participantes do estudo com efetividade no alívio da dor durante a fase ativa do trabalho de parto. Os dados coletados foram inicialmente transportados para uma planilha de um banco de dados no programa Excel for Windows 2000 e, posteriormente, submetidos à análise, utilizando-se para isto o Teste U Mann-Whitney, com nível de significância estatística $p < 0,05$, comparando os escores de dor da EAV verificados *antes e após* a aplicação das ENF nos três momentos da fase ativa do trabalho de parto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 30 parturientes pesquisadas, 70,0% estavam na faixa etária entre 21 a 29 anos de idade, 83,3% tinham o ensino fundamental incompleto, 80,0% eram católicas, 66,7% percebiam até 2 salários mínimos de renda familiar, 56,7% eram provenientes de Natal e 43,3% do interior do Estado do Rio Grande do Norte.

Quanto à paridade, 66,7% tinham de 2 a 3 filhos, 100,0% realizaram o pré-natal com um mínimo de 6 consultas, como preconiza o Ministério da Saúde. Em referência à idade gestacional, de acordo com o diagnóstico médico, 83,3% estavam entre 38 a 40 semanas de gestação a termo, e 70,0% tinham um acompanhante, sendo 53,3% era o próprio companheiro e 13,3% a mãe. A medicação mais utilizada foi a ocitocina (90,0%) e apenas 3,3% não recebeu qualquer medicamento. Quanto à aplicação das ENF (exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral, deambulação, balanço pélvico e banho de chuveiro), podemos observar na Tabela 2 os percentuais de aceitação entre as pesquisadas.

Tabela 2 – Aceitação das ENF pelas participantes do estudo na fase ativa do trabalho de parto segundo critério de seleção.

ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS (ENF)	ACEITAÇÃO DAS PARTURIENTES		CRITÉRIO DE SELEÇÃO
	Nº	%	Selecionada ($\geq 80\%$) Não Selecionada ($< 80\%$)
EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS	30	100,0	Selecionada
RELAXAMENTO MUSCULAR	30	100,0	Selecionada
MASSAGEM LOMBOSSACRAL	30	100,0	Selecionada
DEAMBULAÇÃO	02	6,6	Não Selecionada
BALANÇO PÉLVICO	01	3,3	Não Selecionada
BANHO DE CHUVEIRO	26	86,6	Selecionada

Observamos que as estratégias, deambulação (6,6%) e balanço pélvico (3,3%), não foram selecionadas para verificação da efetividade por não atingirem o critério de aceitação de $\geq 80,0\%$ pré-estabelecido. Os exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral e banho de chuveiro obtiveram percentuais de aceitação superiores a 80,0% pelas parturientes, sendo, portanto, selecionadas para aplicação do Teste U Mann-Whitney com nível de significância estatística $p=\text{valor} < 0,05$ para verificação da efetividade no alívio da dor das parturientes na fase ativa do trabalho de parto.

Identificamos que, ao aplicarmos as três ENF associadas, exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral, houve diferença significativa no alívio da intensidade da dor das parturientes nos 6, 8 e 9 cm de dilatação do colo uterino, como mostra a Figura 2.

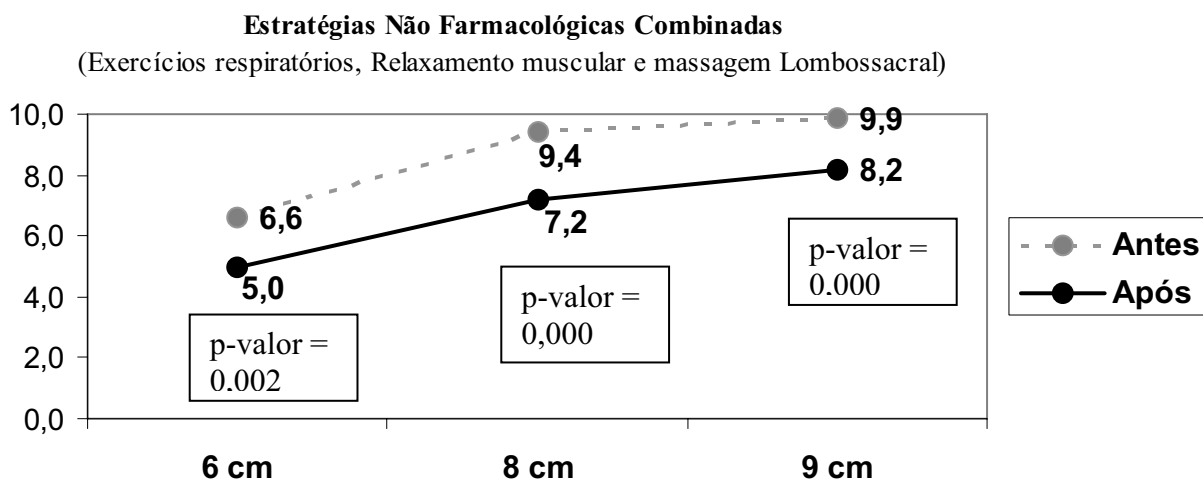


Figura 2 – Intensidade de dor “antes e após” a aplicação das ENF combinadas nos 6, 8 e 9 cm de dilatação do colo uterino na fase ativa do trabalho de parto. Natal-RN-2006

Verificamos que a aplicação conjunta dos exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral, apresentaram alívio da dor nos momentos em que foram utilizadas. Ao analisarmos a diferença de escores de dor “antes e após” na aplicação dessas ENF, observamos que a utilização conjunta foi efetiva nos três momentos de dilatação do colo uterino, por apresentarem $p < 0,05$.

Ao analisarmos os três momentos “antes e após” na aplicação das ENF associadas (exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral) é notório o alívio da dor das parturientes, havendo uma redução da sua intensidade nos 8 cm após a aplicação das estratégias conjuntas, comparada aos 6 cm antes na utilização das mesmas, bem como, nos 9 cm após a aplicação das ENF, quando comparada aos 8 cm antes dessas estratégias, pois, seria esperado em condições fisiológicas, que a dor fosse aumentando de intensidade a medida que a dilatação do colo uterino evoluía entre 6 a 9 cm nessa fase do trabalho de parto.

Em pesquisa experimental de campo, as técnicas de exercícios respiratórios e relaxamento muscular, demonstraram que as mesmas não reduziram a intensidade da dor de parturientes pesquisadas, no entanto, proporcionaram ao grupo experimental manutenção baixa no nível de ansiedade por maior tempo no processo parturitivo ⁽¹¹⁾.

Em contrapartida, em estudo de intervenção quase-experimental, ao serem aplicadas técnicas de relaxamento muscular progressivo em mulheres durante o trabalho de parto, observaram que essa técnica causa a percepção no alívio da dor manifestada pelas parturientes. Isto é relevante á medida que os efeitos da interferência dos pesquisadores com a obtenção de dados durante aplicação da técnica, demonstrou importante redução no nível de dor das parturientes em estudo ⁽¹³⁾.

Em pesquisa com abordagem qualitativa que objetivou a percepção de enfermeiras obstétricas sobre a humanização da assistência ao parto realizado em uma maternidade no interior do Estado de São Paulo, mostrou que essas enfermeiras conseguem apoiar e orientar as gestantes com cursos, oferecem medidas de conforto como ambiente calmo, banho de chuveiro, permissão para o acompanhante e evitam intervenções desnecessárias ⁽¹⁶⁾.

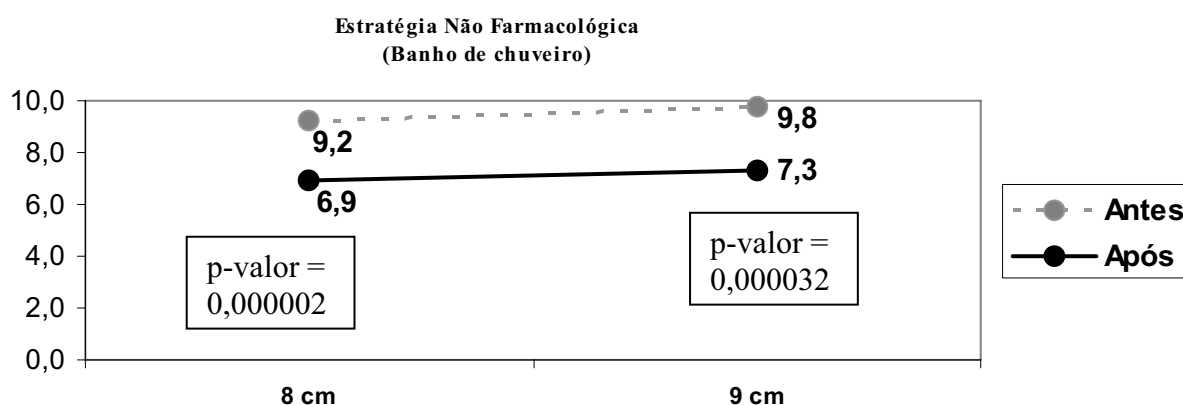


Figura 3 – Intensidade de dor “antes e após” a aplicação do banho de chuveiro nos 8 e 9 cm de dilatação do colo uterino na fase ativa do trabalho de parto. Natal/RN – 2006.

Na Figura 3, os resultados obtidos quanto ao banho de chuveiro nos 8 e 9 cm de dilatação do colo uterino, demonstram alívio significativo da dor nos dois momentos em que à mesma foi aplicada, denotando sua efetividade na redução da dor das parturientes nessa fase. .

Em ensaio clínico realizado, demonstrou que o banho de chuveiro reduziu o tempo do trabalho de parto e a água agiu no portal da dor, diminuindo a sensação da mesma provocando relaxamento gradual nas parturientes em experimento ⁽⁷⁾. Em outro ensaio clínico, demonstrou que o banho de chuveiro na fase ativa do período de dilatação promoveu sensações de bem-estar e conforto, tais como alívio, relaxamento

e revigoração. Os autores sugerem que a estratégia seja estimulada em centros obstétricos pela sua disponibilidade, acessibilidade e baixo custo na sua intervenção ⁽⁶⁾.

Foi identificado em relato de experiência que, o banho de chuveiro associado a outras técnicas não farmacológicas com a Bola de Bobath e massagens lombares, proporciona conforto durante as contrações. Nestes termos, a água deve cair sobre os locais mais dolorosos e, que, a Bola de Bobath, fora do banho de chuveiro, deverá ser associada também às massagens lombares para intensificar o alívio da dor durante as contrações ⁽⁸⁾.

Em estudo experimental, randomizado do tipo ensaio clínico, realizado em uma maternidade pública filantrópica na cidade de São Paulo, observaram que o banho de imersão no alívio da dor durante o trabalho de parto apresentou vantagens em reduzir e postergar o uso de fármacos no controle da dor, sendo assim uma opção viável para o conforto da parturiente, sem interferir na progressão do trabalho de parto ⁽¹²⁾.

CONCLUSÕES

Dentre as ENF para o alívio da dor no seu processo de trabalho de parto identificadas nas bases de dados pesquisadas ao serem submetidas nas parturientes do estudo, os exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral e banho de chuveiro, apresentaram percentual de aceitação superior a 80,0% pelas parturientes, sendo rejeitadas as estratégias deambulação e balanço pélvico que obtiveram percentuais abaixo do critério de aceitação pré-estabelecido.

Quanto à efetividade das estratégias aceitas pelas parturientes para alívio da dor na fase ativa do trabalho de parto, verificamos que os escores de dor ao serem comparados “antes e após” a aplicação das estratégias exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral nos três momentos que foram utilizadas nos 6, 8 e 9 cm de dilatação do colo uterino, e do banho de chuveiro nos 8 e 9 cm, denotam que essas estratégias foram efetivas no alívio da dor, sendo portanto adequadas a inclusão das mesmas no instrumento da Tese de Doutorado.

Neste sentido, essa investigação nos proporcionou relevante experiência na identificação dessas estratégias nas mulheres em trabalho de parto, o que nos possibilitará a aplicação das mesmas para o alívio da dor de parto no mesmo campo de estudo durante a coleta de dados da Tese de Doutorado. Além disso, reforça a

importância em buscarmos sempre a humanização no processo de assistência às parturientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Helman CG. Pain and culture. In: Helman CG. Culture, health and illness: introduction for health professionals. 3th ed. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1994. p. 179-93.
2. Pimenta CAM. Avaliação da experiência dolorosa. Rev Med 1995 agosto-setembro; 74 (2):69-75.
3. Lowe KN. The nature of labor pain. Am Obst Gynecol 2002; 186:S16-24.
4. Branden PS. Enfermagem materno-infantil; tradução da 2^a ed. [original] Carlos Henrique Cosendey. Rio de Janeiro (RJ): Reichmann & Affonso Editores; 2000.
5. Medronho RA. Epidemiologia. São Paulo (SP): Atheneu; 2005.
6. Ochiai AM, Gualda DMS. O banho de chuveiro como medido de alívio da dor no trabalho de parto. In: International Conference on the Humanization of Childbirth; 2000. novembro 2-4; Fortaleza, Ceará. Fortaleza: JICA; 2000. p. 75.
7. Medina ET, Impacto do banho morno na redução do tempo de trabalho de parto. In: International Conference on the Humanization of Childbirth; 2000. novembro 2-4; Fortaleza, Ceará. Fortaleza: JICA; 2000. p. 76.
8. Lopes TC. Bola do nascimento: uma opção de conforto durante o trabalho de parto. In: International Conference on the Humanization of Childbirth; 2000. novembro 2-4; Fortaleza, Ceará. Fortaleza: JICA; 2000. p. 76.
9. Chan MY, Wang SY, Chen CH. Effects of message on pain and anxiety during labor: a randomized controlled trial in Taiwan. J Adv Nurs 2002 April; 38(1): 63-73.
10. Leeman L, Fontaine P, King V, Klein MC, Ratcliffe S. The nature and management of labor: Part I. Nonpharmacologic pain relief. Am Family Physician 2003; 68(6):1109-12.
11. Almeida NAM, Souza JT, Bachion MM, Silveira NA. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. Rev Latino-am Enfermagem 2005 janeiro-fevereiro; 13(1): 52-8.

12. Silva FMB, Oliveira SMJV. O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. Rev Esc Enfermagem USP 2006 março; 40(1): 57-63.
13. Paula AAD, Carvalho EC, Santos CB. The use of the “Progressive Muscle Relaxation” technique for pain relief in gynecology and obstetrics. Rev Latino-am Enfermagem 2002 setembro-outubro; 10(5): 654-9.
14. Almeida NAM, Bachion MM, Silveira NM, Souza JT. Avaliação de uma proposta de abordagem psicoprofilática durante o processo de parturição. Rev. Enfermagem UERJ 2004 dezembro; 12 (3): 292-8.
15. Silveira IP, Campos ACS, Fernandes, AFC. O contato terapêutico durante o trabalho de parto: fonte de bem-estar e relacionamento. Rev RENE 2002 janeiro-junho; 3 (1): 67-72.
16. Castro JC, Clapis MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. Rev Latino-am Enfermagem 2005 novembro-dezembro; 13(6): 960-7.

Abstract

This study was aim to evaluate the effectiveness of strategies non pharmacological for the relief of the intensity of the parturient pain in the phase activates of the dilation period in the labor. Is a clinic rehearse of the type therapeutic intervention "*before and after*" with a quantitative approach, accomplished in the Humanized Unit of Childbirth of the Maternity Januário Cicco School of the Federal University of Rio Grande do Norte, in Natal/RN, whit 130 parturient, being 30 in the pre-test of the strategies and 100 in the application of the strategies non pharmacological combined (breathing exercises, muscular relaxation and lombossacral massage) and isolated (shower bath in a normal temperature). We used the visual analogical scale to evaluate the intensity of the pain of the study parturient "*before and after*" to the application of the strategies in the phases of acceleration, maximum inclination and desaceleration in the phase activates of dilation period in the labor. The principal results showed that the majority of the study parturient was between 20 to 30 years old (60%); with incomplete fundamental teaching (85%); family income until 2 minimum wages (74%); 78% had a companion and these, 44% were the own husband. The oxytocin was administered in the parturient during the phase activates of the labor in 81% of the cases and only 15% these women didn't reciev anything medication. We verified significant relief ($p=0.000$) of intensity of the pain of the study parturient after application of the strategies non pharmacological combined and isolated. We concluded that the strategies non pharmacological combined and isolated were effective in the relief of the pain of the study parturient in the phase activates de labor.

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](#)