

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

MICHELE EDIANEZ GAYESKI

**APLICAÇÃO DE MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA
O ALÍVIO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO**

**FLORIANÓPOLIS
2009**

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da
Universidade Federal de Santa Catarina

G286a Gayeski, Michele Ediane
Aplicação de métodos não farmacológicos para o alívio
da dor durante o trabalho de parto [dissertação] /
Michele Ediane Gayeski ; orientadora, Odaléa Maria
Bruggemann. - Florianópolis, SC : 2009.
140 f.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Trabalho de parto. 3. Enfermagem
obstétrica. 4. Dor do parto. 5. Ensaio clínico. 6. Estudos
transversais. I. Bruggemann, Odaléa Maria. II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

MICHELE EDIANEZ GAYESKI

**APLICAÇÃO DE MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA
O ALÍVIO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem-Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

Orientadora: Dra. Odaléa Maria Brüggemann

**FLORIANÓPOLIS
2009**

MICHELE EDIANEZ GAYESKI

**APLICAÇÃO DE MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA O
ALÍVIO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de :

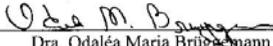
MESTRE EM ENFERMAGEM

F. aprovada na sua versão final em 16 de novembro de 2009, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.



Dra. Flávia Regina de Souza Ramos
Coordenadora do Programa

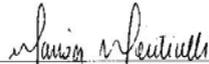
Banca Examinadora:



Dra. Odaléa Maria Brüggemann
Presidente



Dra. Elisete Navas Sanches Próspero
- Membro -



Dra. Marisa Monticelli
- Membro -

Dra. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos
- Membro Suplente -



Dra. Celina Maria Araujo Tavares
- Membro Suplente -

DEDICO este trabalho...

...a Deus, por ter provido a minha vida de todo o necessário para essa conquista.

...ao meu filho, Gabriel, minha fonte de inspiração e minha razão de viver, com quem aprendi o verdadeiro significado do amor.

...aos meus pais, Miguel e Zenaide, que me ensinaram a ser perseverante e que, em todos os momentos da minha vida, foram meus incentivadores, meus amores e meus exemplos.

Agradecimentos

Especial agradecimento à minha querida professora, Odaléa Maria Brüggemann, que durante esses dois anos deu um real significado a palavra “orientação”. Sou muito grata pela paciência, competência e carinho que sempre estiveram presentes nos nossos encontros. Admiro muito suas características como educadora, a sua força, o seu brilho interior, a sua paixão pela obstetrícia e a vontade de fazer sempre o melhor e da melhor maneira possível. Posso dizer-te que guardo no meu coração todas as lições que me deste através do teu exemplo, o qual pretendo seguir na minha carreira como docente em Enfermagem Obstétrica.

À equipe do Alojamento Conjunto do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina e às minhas queridas ex-alunas e amigas Thais Alves Matos e Ana Silvia Sincero dos Reis pela colaboração e apoio durante a coleta de dados.

A todas as professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina pelo brilhante trabalho que desempenham.

Às minhas colegas do GRUPESMUR e da ABENFO-SC pelo apoio e compreensão, em especial à Profª. Dra Maria Emília de Oliveira pelo carinho e incentivo que recebi em cada um de nossos encontros.

Às professoras Marisa Monticelli e Rozany Mucha Dufloth pelas valiosas contribuições durante as diversas fases, desde a elaboração do projeto até a versão final dessa dissertação.

À todas as mulheres primíparas que aceitaram participar dessa pesquisa em um momento tão especial em suas vidas.

Aos membros da banca: Dra. Odaléa Maria Brüggemann, Dra. Marisa Monticelli Dra. Elisete Navas Sanches Próspero, Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos e Dra Celina Maria Araújo Tavares pela disponibilidade em prontamente aceitarem o convite para contribuir com esse trabalho.

GAYESKI, Michele Ediane. **Aplicação de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto**, 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 140p.

Orientador: Profa. Dra. Odaléa Maria Brüggemann

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

RESUMO

A aplicação de métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto é uma prática baseada em evidências científicas e recomendada pela Organização Mundial da Saúde. Esse estudo teve como objetivos: realizar uma revisão sistemática para avaliar os resultados maternos e neonatais decorrentes da utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto classificados como tecnologia leve-dura; e avaliar a aplicação dos métodos não farmacológicos durante o trabalho de parto sob a ótica de primíparas. Para o primeiro objetivo, realizou-se uma busca nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, LILACS, SciELO, SCOPUS e Isi Web of Science, incluindo-se 12 ensaios clínicos randomizados, publicados entre 1980 e 2009 que avaliaram o banho de imersão, a massagem e a aromaterapia. Para o segundo, realizou-se um estudo quantitativo transversal, na maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de outubro de 2008 a setembro de 2009. Participaram 188 primíparas, os dados foram coletados através de entrevista por meio de formulário padronizado com escala tipo Likert e analisados por estatística descritiva, Teste Exato de Fisher, Qui-quadrado e Odds Ratio. Os resultados foram apresentados em dois artigos. No artigo 1, de revisão sistemática, os resultados mostraram que o banho de imersão deve ser iniciado após 3cm de dilatação para não prolongar o trabalho de parto e prejudicar os resultados neonatais. A massagem é eficaz no alívio da ansiedade, dor e estresse, sendo mais efetiva quando utilizada no começo da fase latente. A aromaterapia diminui a ansiedade e o medo. No artigo 2, o método não farmacológico mais aplicado foi o apoio emocional do acompanhante e o banho de aspersão, entretanto, o maior grau de satisfação foi com a focalização da atenção. O método mais aplicado pelo acompanhante foi a massagem manual e dentre os membros da equipe de saúde, a enfermeira obstétrica

foi a que mais participou da aplicação de todos. Na avaliação do escore geral de satisfação com os métodos, as primíparas tiveram elevado grau de satisfação geral (88,3%). Foram observadas associações significativas entre esse escore e a mudança de posição ($p = 0.0340$; OR 3.29, IC95% 1.13-9.52) e a focalização da atenção ($p = 0.0326$; OR 2.61, IC95% 1.06-6.43). Em relação ao apoio emocional, 98,2% das primíparas ficaram satisfeitas com o do acompanhante. Também houve associação significativa entre o escore geral de satisfação e o apoio emocional da enfermeira ($p = 0.0096$; OR 3.78, IC95% 1.49-9.55), do médico ($p = 0.0031$; OR 3.74, IC95% 1.5-9.33) e do técnico de enfermagem ($p = 0.0303$; OR 4.56, IC95% 1.03-20.24). Quanto aos resultados obstétricos e expectativas sobre a dor, não houve associações significativas. Conclui-se que é necessário estabelecer parâmetros de aplicação em cada método para que os resultados maternos e neonatais sejam positivos. Na maternidade estudada praticamente todos os métodos não farmacológicos disponíveis estão sendo utilizados pelos membros da equipe de saúde e o acompanhante também está participando, porém os que geram maior grau de satisfação são os menos aplicados.

Palavras-chave: Trabalho de Parto, Dor do Parto, Ensaio Clínico, Estudos Transversais, Enfermagem Obstétrica

GAYESKI, Michele Ediane. **Utilización de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor durante el trabajo de parto.** 2009. Disertación (Maestría en Enfermería) – Curso de Posgrado en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 140p.

Orientador: Profa. Dra. Odaléa Maria Brüggemann.

Línea de Investigación: El cuidado y el proceso de vivir, ser saludable y adolecer.

RESUMEN

La utilización de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor durante el trabajo de parto es una práctica basada en evidencias científicas y recomendada por la Organización Mundial de la Salud. Los objetivos del presente estudio fueron: realizar una revisión sistemática para evaluar los resultados maternos y neonatales en el uso de métodos no farmacológicos para alivio del dolor durante el trabajo de parto, clasificados como tecnología *leve-dura*; y verificar la utilización de los métodos no farmacológicos durante el parto desde la perspectiva de las primíparas. Para el primer objetivo se realizó una búsqueda en las bases de datos *CINAHL*, *MEDLINE*, *LILACS*, *SciELO*, *SCOPUS* e *Isi Web of Science*, incluidos 12 ensayos clínicos aleatorios, publicados entre 1980 y 2009, que evaluaron el baño de inmersión, el masaje y la aromaterapia. Para el segundo objetivo se realizó un estudio cuantitativo transversal, en la maternidad del Hospital Universitario de la Universidad Federal de Santa Catarina, en el período de octubre de 2008 a septiembre de 2009. Participaron del estudio 188 primíparas. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas con un formulario estandarizado, con la escala de Likert, y fueron analizados por estadística descriptiva, el test Exacto de Fisher, Chi-Cuadrado y *Odds Ratio*. Los resultados fueron presentados en dos artículos. En el primer artículo, de revisión sistemática, los resultados mostraron que el baño de inmersión debe ser iniciado después de 3 cm de dilatación para no prolongar el trabajo de parto y perjudicar el resultado neonatal. El masaje es eficaz para aliviar la ansiedad, el dolor y el estrés, siendo más eficaz cuando se utiliza al inicio de la etapa latente. La aromaterapia reduce la ansiedad y el miedo. En el segundo artículo, el método no farmacológico más utilizado fue el apoyo emocional del acompañante y el baño de aspersion, sin embargo, el mayor grado de satisfacción se obtuvo con la focalización de la atención. El método más empleado por

el acompañante fue el masaje manual, y entre los miembros del equipo médico, la enfermera obstétrica fue la que más participó en la utilización de todos los métodos. En la evaluación de la puntuación general de satisfacción con los métodos, las primíparas tuvieron un alto grado de satisfacción general (88,3%). Se observaron asociaciones significativas entre ese puntaje y el cambio de posición ($p = 0.0340$; OR 3.29, IC95% 1.13-9.52) y la focalización de la atención ($p = 0.0326$; OR 2.61, IC95% 1.06-6.43). En relación al apoyo emocional, el 98,2% de las primíparas quedaron satisfechas con el método empleado por el acompañante. También hubo asociación significativa entre el puntaje general de satisfacción y el apoyo emocional de la enfermera ($p = 0.0096$; OR 3.78, IC95% 1.49-9.55), del médico ($p = 0.0031$; OR 3.74, IC95% 1.5-9.33) y del equipo de enfermería ($p = 0.0303$; OR 4.56, IC95% 1.03-20.24). En relación a los resultados obstétricos y las expectativas sobre el dolor, no hubo asociaciones significativas. Se concluye que es necesario establecer parámetros de utilización en cada método para que los resultados maternos y neonatales sean positivos. En la maternidad estudiada casi todos los métodos no farmacológicos disponibles están siendo utilizados por los miembros del equipo de salud, y el acompañante también está participando, sin embargo, los métodos que generan mayor grado de satisfacción son los menos utilizados.

Palabras clave: Trabajo de Parto, Dolor de Parto, Ensayo Clínico, Estudios Transversales, Enfermería Obstétrica

GAYESKI, Michele Ediane. **Application of non-farmacological methods to relief pain during labour.** 2009. Thesis (Master's in Nursing)– Nursing Graduate Program. Federal University of Santa Catarina, Florianópolis. 140p.

Advisor: Prfa. Dra. Odaléa Maria Brüggemann

Line of Research: Care and the process of living, being healthy, and becoming sick.

ABSTRACT

The application of non- pharmacological methods to pain relief in labor is a practice based upon scientific evidence and is recommended by the World Health Organization. The objectives of this thesis are: to carry out a systematic review in order to evaluate maternal and neonatal results derived from the utilization of non- pharmacological methods to pain relief during labor classified as hard-light technology; as well as to evaluate the application of non- pharmacological methods to pain relief in labor under the perspective of primiparous women. Concerning the first objective, a search through the CINAHL, MEDLINE, LILACS, SciELO, SCOPUS, and Isi Web of Science databases was carried out, including 12 randomized control trials published between 1980 and 2009 which evaluated the immersion bath, massage, and aromatherapy. Towards the second objective, a cross-sectional study was carried out in the maternity ward of the University Hospital of the Federal University of Santa Catarina from the period of October of 2008 to September of 2009. The data was collected through interviews using patterned questionnaires, and Likert type scale, with 188 primiparous and analyzed using the descriptive statistics of Fisher's Exact Test, Chi-Squared and Odds Ratio. The results were presented in two articles. In the first article, the systematic review, the results showed that the immersion bath should be initiated after 3cm of dilation in order not to prolong the delivery process and thus harm neonatal results. Massage is effective in alleviating anxiety, pain, and stress, being more effective when utilized in the beginning of the latent phase. Aromatherapy diminished anxiety and fear. In the second article, the non-pharmacological methods most applied was emotional support from companion and the aspersion bath. However, the greatest degree of satisfaction was achieved with attention focusing. The most applied method by the companion was the manual massage. Among the members of the health care team, obstetrics nurses were those who most

participated in the application of all techniques. In evaluating general satisfaction scores to these methods, the primiparous had an elevated degree of general satisfaction (88.3%). Significant associations were observed between this act and position change ($p = 0.0340$; OR 3.29, IC95% 1.13-9.52) and attention focus ($p = 0.0326$; OR 2.61, IC95% 1.06-6.43). With respect to emotional support, 98.2% of the first-time mothers felt satisfied with their companion. There was also a significant association between the general satisfaction score and emotional support from the nurse ($p = 0.0096$; OR 3.78, IC95% 1.49-9.55), from the physician ($p = 0.0031$; OR 3.74, IC95% 1.5-9.33) and the nursing technician ($p = 0.0303$; OR 4.56, IC95% 1.03-20.24). As to the obstetrics results and expectations concerning pain, there were not significant expectations. The conclusion of this data analysis is the necessity to establish parameters for applying each of the methods involved in these studies so that maternal and neonatal results are positive. In the maternity ward involved in this study, practically all the non-pharmacological methods available are being utilized by the members of the health care team and the companion is participating as well, however, those that generate greatest levels of satisfaction are those least applied.

Keywords: Labor, Obstetric, Labor Pain, Clinical Trial, Cross-Sectional Studies, Obstetrical nursing

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Método para a revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados, adaptado de Greenhalgh (2005).....	31
Figura 2 – Classificação das variáveis do estudo.....	35

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1 - Características dos ensaios clínicos randomizados 67

Tabela 2 – Características dos ensaios clínicos não incluídos..... 68

ARTIGO 2

Tabela 1 - Métodos não farmacológicos utilizados no trabalho de parto. 88

Tabela 2 - Membro da equipe de saúde e acompanhante que aplicou o método não farmacológico. 89

Tabela 3 - Avaliação do grau de satisfação das mulheres com cada método não farmacológico recebido 90

Tabela 4 - Avaliação do escore geral de satisfação em relação a cada método não farmacológico. 91

Tabela 5 - Avaliação do escore geral de satisfação com apoio emocional de cada membro da equipe de saúde e acompanhante 92

Tabela 6 - Resultados obstétricos e expectativa das primíparas sobre a dor, segundo grau de satisfação geral com os métodos. 93

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 O FENÔMENO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO	16
1.2 OS MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA O ALÍVIO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO	19
1.3 OS MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA O ALÍVIO DA DOR NA REALIDADE BRASILEIRA	24
2 OBJETIVOS.....	28
2.1. OBJETIVO GERAL	28
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
3 MÉTODOS.....	29
3.1 DESENHO DO ESTUDO	29
3.1.1 Estudo de revisão	29
3.1.2 Pesquisa de campo	31
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	32
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	32
3.4 SELEÇÃO DOS SUJEITOS.....	33
3.4.1 Critérios de inclusão	34
3.4.2 Critérios de exclusão.....	34
3.5 VARIÁVEIS	34
3.5.1 Variáveis sócio-demográficas e obstétricas.....	36
3.5.2 Condições clínico-obstétricas na internação.....	37
3.5.3 Dados obstétricos do trabalho de parto	37
3.5.4 Dados obstétricos do parto	40
3.5.5 Variáveis descritivas do acompanhante	40
3.6 COLETA DE DADOS.....	41
3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	42
3.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	43
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
4.1 ARTIGO 1 - METODOS NÃO FARMACOLOGICOS DE ALIVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO COMO TECNOLOGIA LEVE-DURA DE CUIDADO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	45
4.2 ARTIGO 2 - APLICAÇÃO DE METODOS NÃO FARMACOLOGICOS DE ALIVIO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO: VISÃO DE PRIMIPARAS	69

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS	99
APÊNDICES.....	104
ANEXOS	124

1 INTRODUÇÃO

1.1 O FENÔMENO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO

A dor é um fenômeno universalmente estudado e a busca para sua compreensão e alívio se dá desde os primórdios da humanidade. A evolução dos povos assim como sua cultura, ciência e religião estiveram sempre interessadas em conhecer suas características multidimensionais, subjetivas e individuais. Fatores esses, que tornam o fenômeno doloroso impossível de ser determinado objetivamente por instrumentos físicos, como os que mensuram o peso, a altura e a pressão arterial. Porém, o conhecimento neurofisiológico da sensação dolorosa, juntamente com as variáveis que interferem sobre a mesma, é de extrema importância no ambiente clínico para avaliar se o método utilizado para a redução da dor é eficaz ou deve ser interrompido (LEÃO, 2007).

A dor do parto faz parte da própria natureza humana e, ao contrário de outras experiências dolorosas agudas e crônicas, não está associada à patologia, mas sim com a mais básica e fundamental experiência: a que gera uma nova vida. O motivo desse processo fisiológico ser tão doloroso sempre foi alvo de diversos debates filosóficos e religiosos. A explicação pode ser simplesmente fisiológica, ou seja, a dor é necessária para que a mulher identifique o início do trabalho de parto e possa procurar um lugar seguro para ter seu filho. A dor do parto ocorre dentro de um contexto psicológico, social e cultural no qual a mulher está inserida, entretanto, não envolve apenas crenças, costumes e padrões de sua família e comunidade, mas também contextos referentes ao sistema de saúde e aos prestadores do cuidado (LOWE, 2002).

Os aspectos neurofisiológicos da dor podem ser explicados através da descrição de complexos fenômenos elétricos cuja compreensão se faz necessária para o entendimento da sensação dolorosa. Um deles é o processo de transdução, no qual, células nervosas especializadas (nociceptores) se despolarizam ao responderem a estímulos mecânicos, térmicos ou químicos capazes de lesar tecidos ou ameaçar sua integridade. Outro mecanismo, o de transmissão, ocorre quando o impulso nociceptivo é captado pelas terminações nervosas livres ou não-encapsuladas e é transmitido através de axônios aferentes periféricos. Já o mecanismo de modulação, refere-se ao processo pelo qual a transmissão do impulso doloroso é facilitada ou inibida. Essa

transmissão é, na verdade, complexa, porque durante esse percurso os neurônios recebem também influxos sensoriais não-nociceptivos (DRUMMOND, 2000).

A complexidade do fenômeno doloroso se explica através de todas as dimensões que o envolvem: sensorial-descritiva, afetivo-emocional e cognitivo-avaliativa, dependendo das características das respostas e das relações anatômicas envolvidas no processo. Cada dimensão relacionando-se especificamente com um componente cerebral. Um exemplo disso é relação estreita entre o sistema reticular, o hipotálamo e o sistema límbico com a dimensão afetivo-emocional da dor. Já o estresse é considerado um fator importante na ativação dos sistemas modulatórios da dor por interferir na liberação de substâncias químicas como a serotonina, a acetilcolina, a somatostatina e os peptídeos opióides endógenos e não endógenos, o que ocorre através de receptores específicos. A representação cerebral da dor não tem um componente cerebral específico porque leva em consideração suas múltiplas dimensões, isto é, sensorial-discriminativa, afetivo-emocional e cognitivo-avaliativa. Por isso, as características individuais, as experiências de dor vivenciadas, os aspectos éticos, os valores pessoais, o contexto social, e até mesmo a personalidade, são variáveis que irão interferir no significado que o ser humano atribui à própria dor (DRUMMOND, 2000).

A dor do parto resulta de complexas interações, de caráter inibitório e excitatório e, embora seus mecanismos sejam semelhantes aos da dor aguda, existem fatores específicos do trabalho de parto, de natureza neurofisiológica, obstétrica, psicológica e sociológica que interferem no seu limiar. O fato é que o útero possui uma rica inervação sensitiva, composta por fibras cujo percurso finaliza-se na coluna vertebral. Algumas dessas fibras que enervam o útero e a cérvix formam plexos que irão penetrar na medula espinhal, ao nível das últimas vértebras torácicas, ascendendo até os centros superiores e conduzindo os estímulos dolorosos.

O canal de parto é enervado pelo nervo pudendo, cujas raízes anteriores encontram-se na região sacra. Por esses motivos, a dor, durante o período de dilatação é visceral durante as contrações uterinas, com referência à região torácica e, no período expulsivo, é do tipo somático, transmitida por fibras mielinizadas e de condução rápida, proporcional à distensão do assoalho pélvico, durante a progressão da cabeça fetal. Embora todo o conhecimento sobre os aspectos fisiológicos envolvidos na sensação dolorosa seja de extrema importância para a aplicação da terapêutica adequada, vale salientar que

todo esse processo de alívio da dor tem como objetivo manter baixos os níveis de ansiedade materna e preservar a vitalidade fetal. A dor, durante o trabalho de parto, gera estresse na parturiente, o que eleva o consumo de oxigênio, com conseqüente hiperventilação e alcalose respiratória. O resultado dessas alterações, somado à liberação aumentada de catecolaminas, reduz a perfusão placentária, o que pode resultar em acidose fetal (DRUMMOND, 2000).

Tanto na dor aguda quanto na de parto considera-se a existência de duas dimensões: sensorial e afetiva. No entanto, o foco principal na pesquisa e na prática clínica é quase sempre a transmissão física da mesma, não se valorizando os componentes emocionais e afetivos. O modelo neurofisiológico dominante, originado do modelo biofisiológico, utilizado na investigação da dor, a define como uma mensagem sensorial recebida de tecidos periféricos traumatizados, sendo esta decodificada e transmitida com precisão, pelos mesmos, em nível central, através de redes neurais. Esse pensamento acaba sempre refletindo em assistência farmacológica da dor durante o trabalho de parto, por acreditar-se que somente fármacos podem evitá-la. Ajudar a mulher a enfrentar a dor do parto através de métodos para diminuir o componente afetivo da dor ou diminuí-la, sem eliminar o componente sensorial, é considerado ineficaz, principalmente, por médicos, que adotam somente o modelo neurofisiológico (CHAPMAN; NAKAMURA, 1999).

O sofrimento é uma conseqüência inerente da dor e o conforto não é possível com a sua presença. A definição desses termos torna-se cada vez mais complexa e difícil, mas alguns autores acreditam ser esse sofrimento inerentemente emocional, desagradável e extremamente complexo. Constituem um estado psicológico permanente e não somente uma experiência transitória (CHAPMAN; GARVIN, 1993).

Enkin et al. (2005) referem que a dor do parto decorre de contrações uterinas que aumentam a pressão exercida pela apresentação fetal sobre o colo, a vagina e as articulações pélvicas e que, por isso, não pode ser evitada, porém pode ser reduzida através de métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio. A teoria *Gate Control* considera que tanto os aspectos fisiológicos como psicológicos da dor contribuem para sua compreensão, avaliação e controle e que os impulsos nervosos evocados por lesões são influenciados na medula por outras células nervosas que atuam como portões, impedindo ou facilitando a passagem desses impulsos (MELZACK; KATZ 1994). A *International Association for the Study of Pain* também considera a dor como experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um

dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões (LOWE, 2002).

1.2 OS MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA O ALÍVIO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO

A dor do parto e os métodos para aliviá-la são as maiores preocupações das mulheres em idade fértil e suas famílias e tem consideráveis implicações para o curso, a qualidade e os resultados do cuidado intraparto. Embora estas questões afetem anualmente quatro milhões de mulheres, somente nos Estados Unidos, gerando grandes conseqüências no sistema de saúde, o discurso, tanto dos profissionais, quanto dos usuários, gera grandes incertezas em relação a efetividade e a segurança dos métodos utilizados para aliviar a dor durante o trabalho de parto (CATON et al., 2002).

Atualmente, durante o trabalho de parto, utilizam-se métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor. Ambos possuem vantagens, porém a principal diferença é que o uso dos métodos farmacológicos, apesar de obterem resultados evidentes, possuem efeitos colaterais adversos sobre a mãe e o recém-nascido, o que faz com que muitas mulheres prefiram evitá-los, quando existem outras possibilidades para aliviar a sensação dolorosa. Isso provavelmente ocorre devido à vontade de manter o controle pessoal durante o processo e participar de forma mais efetiva. Os MNFs são considerados como parte da medicina complementar ou alternativa definida como teorias ou práticas que não são parte dominante do sistema médico convencional. Porém tornam-se atrativos quando oportunizam às mulheres um controle sobre o seu corpo e uma participação mais ativa nesse processo fisiológico (SINKIM; BOLDING, 2004).

Os estudos sobre a transmissão da dor e sua modulação possibilitaram achados importantes na sua compreensão permitindo o renascimento de condutas tradicionais e o surgimento de novas. Enkin et al. (2005) conceituam os MNFs para o alívio da dor como habilidades desenvolvidas com as mulheres para lidar com o estresse e a dor durante o trabalho de parto através de relaxamento físico e mental, várias formas de concentração e distração e padrões respiratórios controlados. O referido autor classifica os MNFs em três categorias: técnicas que reduzem os estímulos dolorosos como as mudanças de posição materna, deambulação e contrapressão; técnicas que ativam os receptores

sensoriais periféricos como a aplicação de calor e frio superficiais, o banho de imersão, a massagem, a acupuntura, a acupressão, a estimulação elétrica transcutânea, a injeção intradérmica de água estéril e a aromaterapia e técnicas que estimulam vias inibidoras descendentes como é o caso da focalização da atenção, hipnose e musicoterapia.

Esses métodos também podem ser classificados segundo o grau de tecnologia empregado na sua utilização, segundo Merhy e Onocko (1997), ou seja: a tecnologia dura é representada pelo material concreto como equipamentos, mobiliário tipo permanente ou de consumo; já a tecnologia leve-dura está baseada em saberes estruturados, tanto dos profissionais da saúde como em relação a clínica e a epidemiologia, organizando sua atuação no processo de trabalho; e a tecnologia leve relaciona-se com o saber que as pessoas adquirem e se apropriam no modo de pensar e atuar sobre os casos de saúde, sendo produzida no próprio processo que envolve o encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário. Partindo dessa definição podemos classificar os MNFs usados para o alívio da dor durante o trabalho de parto como tecnologia dura e leve-dura de cuidado, uma vez que todos eles necessitam, pelo menos, de saberes estruturados para sua utilização já que podem interferir nos resultados maternos e neonatais.

Muitas mulheres apreciam a simplicidade dos MNFs porque através do seu uso obtém um senso de controle, uma capacidade de lidar com a dor e uma maior percepção do apoio de seus acompanhantes e cuidadores. A liberdade de circular, mudar de posição e poder realizar seus puxos de forma eficaz também são vistas como pontos positivos destas técnicas (SIMKIN; O'HARA, 2002).

Porém, na atualidade, a maioria dos partos ocorre em âmbito hospitalar. Assim, torna-se inevitável o contato da parturiente com os inquestionáveis avanços tecnológicos da obstetrícia, com os recursos farmacológicos para analgesia e anestesia e com os diversos métodos de controle da vitalidade fetal. Entretanto, muitos profissionais de saúde (médicos e não médicos) deixaram de valorizar orientações e procedimentos, que na sua simplicidade também mostram-se efetivos (BIO; BITTAR; ZUGAIB, 2006). MUDEI DE LUGAR

Outro fato relevante a ser destacado é a importância, que alguns autores e profissionais de saúde que atendem ao parto, relatam em se fornecer ações de apoio à mulher durante o processo de nascimento para minimizar a dor. Isso porque suas reações frente a esse processo podem ser modificadas pelo ambiente no qual ela dá a luz e pelo apoio que recebe dos profissionais e acompanhantes, assim como pelos métodos usados para aliviar a dor. Tais ações contemplam as dimensões:

emocional, caracterizada pela presença física contínua; o encorajamento, que propicia tranquilidade; a informacional, através de explicações, instruções e conselhos; a palpável, realizando-se medidas de conforto físico como massagem, compressas quentes e oferecimento de pedaços de gelo e de intermediação, que objetiva interpretar os desejos da mulher e negociá-los com os profissionais (MERCER, HACKLE, BOSTROM, 1983; HODNETT, OSBORN, 1989).

O apoio emocional prestado à mulher durante o trabalho de parto é considerado como um MNF, porque assim como a hipnose e a focalização da atenção promove um estímulo nas vias inibidoras descendentes auxiliando no alívio da dor. Esse método tem sido foco de revisões sistemáticas de literatura, sendo apontados resultados positivos sobre a sua utilização (ENKIN et al., 2005; SINKIM; BOLDING, 2004; HODNETT et al., 2005). Conceituá-lo não é simples, porém Hodnett et al. (2005) o descrevem como a presença de uma pessoa empática que oferece aconselhamento, informação, medidas de conforto, e outras formas tangíveis de assistência para ajudar a mulher a lidar com o estresse do trabalho de parto.

Enkin et al. (2005) elencam diversos MNFs de alívio da dor durante o trabalho de parto, sendo eles: movimento e mudanças de posição maternas, contrapressão (aplicação de grande força contínua em um ponto da região lombar durante as contrações), calor e frio superficiais, imersão em água durante o trabalho de parto e parto, toque e massagem, acupuntura, acupressão (compressão ou massagem profunda nos pontos tradicionais da acupuntura), estimulação nervosa elétrica transcutânea (uma corrente elétrica de baixa voltagem é transmitida para a pele usando eletrodos de superfície), injeção intradérmica de água estéril (em quatro pontos na região lombar), aromaterapia, focalização da atenção e distração (atividades desenvolvidas para não pensar na dor), hipnose e audioanalgesia.

Os métodos referidos por Enkin et al. (2005), assim como outros, foram avaliados através de diversos tipos de estudos buscando uma maior compreensão sobre seus resultados.

A mobilidade adequada da parturiente durante a fase ativa do trabalho de parto foi investigada através de um Ensaio Clínico Randomizado (ECR), o qual concluiu que existe influência positiva no trabalho de parto, aumentando a tolerância à dor, evitando o uso de fármacos, melhorando a evolução da dilatação e diminuindo a duração da fase ativa do trabalho de parto (BIO; BITTAR; ZUGAIB, 2006).

Uma revisão sistemática, que avaliou oito ECRs, envolvendo 2.939 mulheres, concluiu que o banho de imersão, durante o primeiro

estágio do trabalho de parto, reduz o uso de analgesia e alivia a dor materna sem alterar a duração do período ou os resultados neonatais (CLUETT et al., 2007).

O banho de chuveiro também foi avaliado como medida de alívio da dor na fase ativa do período de dilatação através de um estudo quantitativo, no qual se constatou que a maioria das parturientes estava disposta a receber outros banhos, apesar de não haver alívio da dor. A provável explicação é o fato de o banho trazer conforto (GUALDA, 2000).

Uma revisão sistemática que analisou 14 ECRs com 1.537 mulheres avaliou o uso da acupuntura, audioanalgesia, acupressão, aromaterapia, hipnose e massagem para o alívio da dor durante o trabalho de parto. Os resultados apontaram que a acupuntura e a hipnose podem ajudar a aliviar a dor, mas devido a pequena amostra, segundo os pesquisadores, são necessárias outras pesquisas para avaliar esses métodos. Não encontraram evidências suficientes sobre os benefícios da música, massagem, acupressão e aromaterapia, entretanto, concluíram que a dor durante o trabalho de parto pode ser intensa e pior se acompanhada de tensão, ansiedade e medo (SMITH et al., 2007).

Um ECR analisou a estimulação elétrica transcutânea para alívio da dor no trabalho de parto e constatou que a maioria das parturientes do grupo cuja intervenção foi a utilização de eletrodos tipo placa e de superfície, referiram alívio da dor, e no Grupo Controle (GC), que utilizou eletrodos placebo, uma minoria relatou algum tipo de alívio nos primeiros dez minutos de aplicação (KNOBEL; RADÜNUZ; CARRARO, 2005).

As técnicas de relaxamento e respiração desenvolvidas por Dick Read, Bradley e Lamaze também são citadas pelo Ministério da Saúde (MS) como benéficas, pois auxiliam a mulher no preparo para o parto e aliviam a dor durante o trabalho de parto (BRASIL, 2001).

Estudo sobre utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio da dor e ansiedade no processo de parturição concluiu que as mesmas não reduziram a intensidade da dor. No entanto, promoveram a manutenção de nível baixo de ansiedade por maior tempo na parturição no Grupo Experimental (GE) (ALMEIDA et al., 2005a).

Almeida et al. (2005b), estudaram a relação entre a concentração plasmática do Hormônio Adrenocorticotrófico (ACTH) de parturientes submetidas a MNF de alívio da dor com a ansiedade e a dor do parto, através de um ECR. Os resultados mostraram uma redução do ACTH com alívio parcial do estresse no GE, sugerindo a influência das técnicas de respiração e relaxamento para essa redução.

O apoio durante o trabalho de parto também é considerado como MNF para alívio da dor e a compreensão de seus benefícios vem sendo pesquisada com o intuito de que essa prática se torne cada vez mais aceita nas maternidades (SIMKIN; O'HARA, 2002). O termo "apoio no trabalho de parto" refere-se ao apoio contínuo, fornecido à parturiente, que envolve a aplicação de MNF descritos como: toque, massagem, auxílio na mudança de posição, auxílio no banho, aplicação de calor e frio, presença contínua, segurança e encorajamento, orientação e suporte emocional para o acompanhante, informação sobre os procedimentos que estão sendo realizados e comunicação entre a mulher e seus cuidadores. Estudos apontam que na América do Norte o apoio dos maridos e companheiros à mulher em trabalho de parto começou a surgir na década de 70. Essa experiência foi introduzida por Jonh Kennel e Marshall Klaus como uma intervenção que melhoraria os resultados obstétricos e psicossociais do parto. Suas primeiras pesquisas foram publicadas no início da década de 80 e despertaram considerável interesse nesse tipo de estudo também na Europa e África (SIMKIN; O'HARA, 2002).

No Brasil, a inserção do acompanhante começou a ser estimulada em 1985 na Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Nascimento e Parto, na qual a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou o livre acesso de um acompanhante, escolhido pela parturiente, no parto e puerpério (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985). Essa recomendação, entre outras, foi baseada na revisão do conhecimento sobre o uso de tecnologia de nascimento que indica a contribuição dessa prática para o bem-estar da parturiente (BRÜGGEMANN, PARPINELLI, OSIS, 2005; ENKIN et al., 2005).

Atualmente a Lei nº 11.108, de sete de abril de 2005, aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente da República, obriga os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, a permitirem a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005).

A presença do acompanhante se torna importante, porque é uma forma de apoio contínuo que interfere positivamente na compreensão e controle emocional da mulher sobre a dor e ansiedade vivenciadas no processo de parturição (ENKIN et al., 2005).

Um ECR que avaliou a influência do apoio durante o trabalho de parto e parto, pelo acompanhante escolhido pela parturiente, concluiu que o apoio está associado a maior satisfação das parturientes com a experiência do nascimento. As parturientes do GE referiram estarem

mais satisfeitas com o cuidado recebido no trabalho de parto (RR 1,11; IC95% 1,01-1,22), com a orientação médica durante o trabalho de parto (RR 1,14; IC95% 1,01-1,28), com o cuidado recebido no parto (RR 1,11; IC95% 1,01-1,22) e com o parto vaginal (RR 1,33; IC95% 1,02-1,74), que as do GC (BRÜGGEMANN et al., 2007).

Dick-Read, obstetra inglês, também recomenda a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, pois o fato da mulher não estar sozinha reduz o medo e evita a tríade medo/tensão/dor baseando-se no fato de que o conhecimento destrói o temor e evita a tensão, controlando a dor (BRASIL, 2001).

Muitos estudos têm sugerido que a satisfação com a experiência de parto é capaz de influenciar o bem-estar psicológico da mulher e sua interação com o bebê. Verificar o impacto da experiência de parto em suas vidas alertou sobre a importância de compreender o modo como o parto é vivido e quais as dimensões que mais interferem na qualidade dessa vivência (COSTA et al, 2003).

1.3 OS MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA O ALÍVIO DA DOR NA REALIDADE BRASILEIRA

O movimento de humanização da assistência ao parto e nascimento iniciou no Brasil nos anos 80, reivindicando um novo modelo de atenção, baseado nas recomendações da OMS, defendendo a diminuição de técnicas intervencionistas desnecessárias e um maior respeito aos direitos reprodutivos das mulheres. As regiões que mais aderiram a essas mudanças foram a sul e a sudeste, que adotaram um modelo humanizado de assistência ao parto (McCALLUM; REIS, 2006).

Dentro dessas recomendações destacam-se a importância do estímulo à deambulação durante o trabalho de parto e em relação à opinião da mulher frente às decisões de posição a serem adotadas durante o parto. Foi alertado também, sobre a necessidade de uma avaliação sobre o uso rotineiro de drogas anestésicas e analgésicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985).

Porém, a aplicação de MNFs de alívio da dor durante o trabalho de parto só passou a ter visibilidade no Brasil a partir de 1996, quando foi lançado um guia prático sobre a assistência ao parto normal, que os classificou como práticas em que não existiam evidências para apoiar sua recomendação, e que por esse motivo deveriam ser usados com

cautela (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996). Esse fato estimulou a produção de conhecimento sobre o assunto, levando ao desenvolvimento de diversas pesquisas, no sentido de fundamentar tal prática.

O Prêmio Galba Araújo foi instituído em 1999, pelo MS, com o intuito de estimular os serviços que iniciaram seus processos de humanização do parto e que incorporaram tais recomendações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Em 2000, o MS lançou o Programa de Humanização do Parto e Nascimento. O programa formalizou e evidenciou iniciativas no sentido de recuperar uma participação mais ativa da parturiente em todo o processo do parto. Muitos serviços buscaram, com isso, implementar uma atenção à parturiente menos intervencionista, com práticas baseadas em evidências, menor uso de tecnologias, maior incentivo e ajuda para o parto vaginal (BRASIL, 2000; SERRUYA, CECATTI, LAGO, 2004).

No contexto da assistência obstétrica, o movimento da medicina baseada em evidências, que vem ocorrendo nas três últimas décadas, ganhou maturidade. Assim, mudanças começaram a ocorrer, através das recomendações sobre como maximizar segurança e bem-estar para as mulheres. Dentro desta nova perspectiva, os benefícios de muitos procedimentos rotineiros como episiotomia e proibição de líquidos durante o trabalho de parto, por exemplo, começaram a ser revistos (KHAYAT; CAMPBELL, 2000).

Apesar disso, a assistência ao parto nas unidades do SUS ainda tem negligenciado as orientações desses organismos e legislações nacionais e internacionais. Tais orientações se baseiam em evidências recentes que afirmam a necessidade de modificação do modelo obstétrico em vigor, persistindo em uma maior valorização dos interesses institucionais em prol das necessidades das parturientes. Trata-se de uma variação do modelo tecnocrático, pautado em uma ideologia que enaltece a tecnologia e o saber médico, valorizando intervenções comprovadamente danosas como a proibição de alimentos durante o trabalho de parto, a tricotomia, a episiotomia, a imposição da litotomia e a exclusão de um acompanhante (McCALLUM; REIS, 2006).

A busca pela mudança nesse modelo nem sempre é fácil. Dias e Domingues (2005), destacam que a maior dificuldade para os profissionais que prestam essa assistência ao parto, é a de minimizar o sofrimento das parturientes, tornando a vivência do trabalho de parto e parto em experiências de crescimento e realização para a mulher e sua

família. Esses autores acreditam em uma nova abordagem que estimule a participação ativa da mulher e seu acompanhante, porém destacam as dificuldades encontradas em implementar algumas práticas. A utilização de recursos alternativos para condução do trabalho de parto como a bola suíça, conhecida também como bola obstétrica, massagem, banho de chuveiro ou banheira e adoção de posturas verticais no trabalho de parto, são consideradas pelos médicos como pouco científicas e inapropriadas, porém, ao avaliarem a eficácia de algumas práticas, mudam essa percepção.

No Brasil, a busca pela evidência científica na utilização dos MNFs para o alívio da dor vem sendo protagonizada pela enfermeira obstétrica, já que muitos estudos tem sido realizados no sentido de embasar e divulgar essa prática no cotidiano do centro obstétrico. Essa profissional acredita nesses métodos porque observa seus resultados positivos ao acompanhar a mulher durante o trabalho de parto, o que também acaba sendo percebido pelo outros membros da equipe de saúde (OCHIAI, GUALDA, 2000; KNOBEL, RADÜNZ, CARRARO, 2005; SILVA, OLIVEIRA, NOBRE, 2007).

Provavelmente isso ocorre porque a formação dos médicos obstetras está voltada principalmente para as complicações da gestação e do parto com uso intensivo de tecnologia e conseqüentes intervenções, objetivando fornecer uma segurança à qual não acreditam que o próprio corpo da mulher possa oferecer. Enquanto que o enfermeiro obstetra direciona a sua prática para o “cuidar”, já que a base de sua formação dá maior ênfase aos aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais do processo reprodutivo, o que fundamenta sua atuação na compreensão do fenômeno da reprodução como único, contínuo e saudável no qual a mulher é o foco principal, possibilitando dessa forma, uma abordagem diferenciada na condução do trabalho de parto (WAGNER, 1994; RIESCO; TSUNECIRO, 2002).

A busca de evidências sobre os resultados da aplicação dos métodos não farmacológicas de alívio da dor durante o trabalho de parto esteve mais forte na última década, conforme o demonstrado na literatura publicada sobre o tema. Mas, de maneira geral, os estudos sobre os MNFs para o alívio da dor, elencados anteriormente, são experimentais e avaliaram a eficácia dos mesmos na redução da dor, da ansiedade, do uso de fármacos, da analgesia de parto entre outros. No entanto, a efetiva utilização dos diferentes métodos durante o trabalho de parto no cotidiano da assistência no centro obstétrico ainda está pouco conhecida, especialmente no que se refere à participação do acompanhante de escolha da mulher na aplicação dos mesmos, já que

isso passou a fazer parte deste cenário na última década.

Compreendemos que no atual contexto da assistência obstétrica no Brasil, a aplicação desses métodos surge em conjunto com uma “nova” visão do processo de parturição, que busca reduzir o intervencionismo e promover uma vivência plena e satisfatória para a mulher e seu acompanhante durante todo esse processo. A implementação de práticas obstétricas, mesmo que as baseadas nas evidências científicas, requer sua avaliação sob a ótica da mulher. Para tanto, o foco desse estudo foram os MNFs classificados como tecnologia leve-dura de cuidado, de acordo com o conceito citado anteriormente, ou seja: a bola obstétrica, o uso do assento ativo (cavalinho), o banho terapêutico, a massagem, aromaterapia, as técnicas de respiração, as mudanças de posição, a musicoterapia, focalização da atenção e o apoio emocional.

Assim, nos inquieta conhecer, quais os MNFs para alívio da dor são utilizados durante o trabalho de parto e quem está envolvido na sua aplicação, sob a ótica das primíparas, além de o seu grau de satisfação sobre a utilização dos mesmos.

Consideramos que a construção desse conhecimento poderá dar subsídios para avaliar a implementação dos MNFs para o alívio da dor durante o trabalho de parto em serviço público de saúde e buscar estratégias para promover a participação dos profissionais de saúde e do acompanhante de escolha da mulher na sua efetivação.

2 OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

- Avaliar a aplicação dos MNFs para o alívio da dor durante o trabalho de parto sob a ótica das primíparas.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os resultados maternos e neonatais decorrentes da utilização de MNFs para alívio da dor durante o trabalho de parto, classificados como tecnologia leve-dura, nos ensaios clínicos randomizados;

- Identificar quais os MNFs para alívio da dor são utilizados durante o trabalho de parto sob a ótica das primíparas;

- Identificar quais os profissionais da equipe de saúde, acadêmicos e acompanhantes que aplicam os MNFs para o alívio da dor durante o trabalho de parto sob a ótica das primíparas;

- Avaliar o grau de satisfação das primíparas com cada MNF para o alívio da dor utilizado durante o trabalho de parto sob sua ótica;

- Avaliar o grau de satisfação das primíparas com os MNFs o alívio da dor em relação aos resultados obstétricos e expectativas sobre a dor.

3 MÉTODOS

3.1 DESENHO DO ESTUDO

3.1.1 Estudo de revisão

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura sem uso de metanálise, cuja metodologia foi baseada na proposta de Greenhalgh (2005) para a realização de revisões sistemáticas (Figura 1).

A revisão sistemática é um resumo de estudos primários (ensaios clínicos randomizados) que contém uma descrição de objetivos, materiais e métodos e são realizados de acordo com uma metodologia descrita detalhadamente e reproduzível (GREENHALGH, 2005).

Revisões sistemáticas e metanálises são considerados os melhores métodos para resumir evidências relacionadas a cuidados efetivos em saúde. A metanálise utiliza aspectos estatísticos, entre eles, o cálculo de estimativa-sumário do efeito e do intervalo de confiança com base nos achados de todos os estudos elegíveis (HEARST et al., 2003). É um método de integração estatística dos resultados da pesquisa quantitativa que busca e quantifica as informações sobre a força da relação das variáveis independentes e dependentes dos estudos quantitativos selecionados (POLIT; HUNGLER, 2004).

Os métodos sistemáticos são designados para evitar vieses e encontrar resultados e conclusões mais objetivas, porém dependem muito da qualidade metodológica dos estudos incluídos (LINDE; WILLICH, 2003). Neste sentido, a avaliação da qualidade metodológica dos ECRs, especialmente no que se refere ao cálculo amostral e técnica de randomização, foi baseado em Hulley et al. (2008).

Para a elaboração dessa revisão sistemática da literatura foi realizada uma pesquisa nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, LILACS, SciELO, SCOPUS e Isi Web of Science entre os anos de 1980 a março de 2009, com foco direcionado para os MNFs classificados como tecnologia leve-dura de cuidado, utilizando-se as palavras-chave: bola obstétrica (obstetric ball/bola obstétrica), banho terapêutico (therapeutic bath/ baño terapéutico), massagem (massage/masaje), audioanalgesia (audioanalgesia/ audioanalgesia), aromaterapia (aromatherapy/ aromaterapia), mudanças de posição (changes of position /los cambios de posición), técnicas de respiração (breathing

techniques/ técnicas de respiración), focalização da atenção (focus of attention/ centrando la atención) e métodos não farmacológicos (non pharmacological methods/ no métodos farmacológicos) associados a dor de parto (labor pain/ dolor de parto) e dor no parto (pain in labor/ dolor de parto).

Além disso, também foi realizada uma busca nas referências dos artigos encontrados na tentativa de evitar qualquer tipo de perda. Nessa busca, foram identificadas duas teses de doutorado sobre o tema, porém não publicadas. Alguns artigos, que poderiam ser elegíveis, através da leitura dos resumos localizados, não foram encontrados na íntegra.

Foram considerados elegíveis os ECRs que avaliaram a aplicação dos métodos durante o trabalho de parto: banho terapêutico, massagem, técnicas de respiração e relaxamento, aromaterapia, mudança de posição, audioanalgesia e focalização da atenção, considerando a viabilidade do uso dos mesmos não sendo imprescindível uma formação específica ou recursos tecnológicos de ponta (tecnologia dura) para sua aplicação. Essa definição está ancorada em Merhy e Onocko (1997), ou seja, que a tecnologia dura é expressa no uso de equipamentos e máquinas, a tecnologia leve-dura nos saberes estruturados e a leve relaciona-se com o saber que as pessoas adquirem e se apropriam no modo de pensar e atuar sobre os casos de saúde.

Constituído o conjunto de ECRs a serem analisados, identificou-se: o local de realização do estudo (país), ano de publicação, objetivo, amostra, técnica de randomização, o método não farmacológico para alívio da dor utilizado, pessoal/profissional que aplicou o método e a participação de acompanhante ou familiar na aplicação do mesmo, o método de avaliação da intervenção.

Após a avaliação metodológica, foram analisados os resultados maternos e neonatais, entre eles: a taxa de cesárea, analgesia de parto, níveis de ansiedade, tempo de trabalho de parto, satisfação e/ou opinião da mulher, tolerância/alívio da dor, uso de fármacos, ruptura de membranas, Apgar do recém-nascido, taxa de transferência para Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), tempo de permanência na UTIN, necessidade de reanimação cardiopulmonar pós-parto. Esses resultados foram agrupados por tipo de método avaliado nos ECRs, para posteriormente síntese dos resultados. As revisões sistemáticas de ECRs sobre o tema foram utilizadas para a análise e discussão dos resultados.

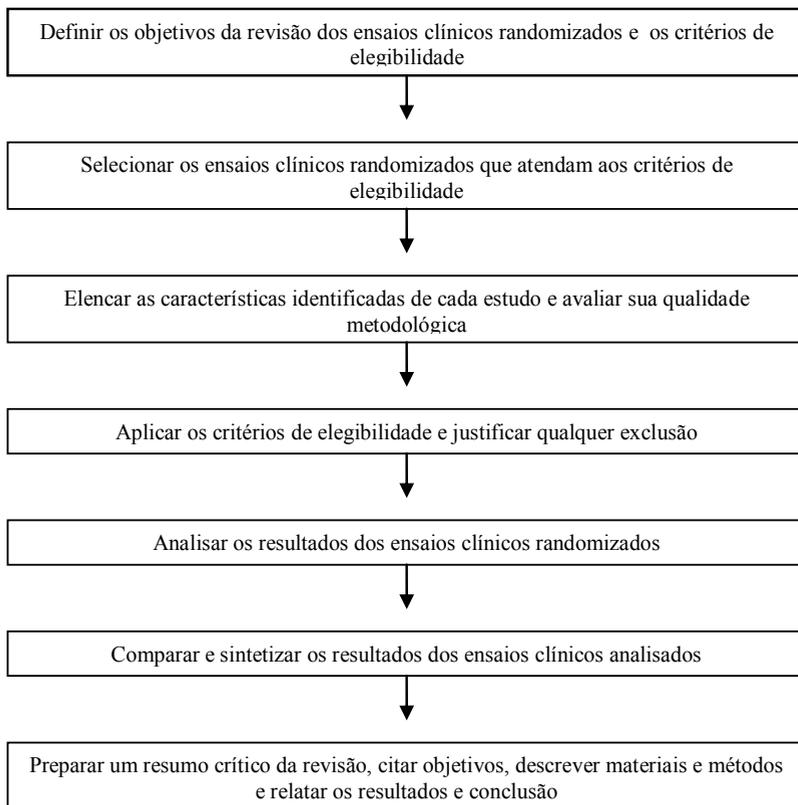


Figura 1- Método para a revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados, adaptado de Greenhalgh (2005)

3.1.2 Pesquisa de campo

Trata-se de um uma pesquisa quantitativa do tipo transversal. Esse é o tipo ideal de estudo para se descrever variáveis e seus padrões de distribuição (HULLEY et al., 2008)

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa de campo foi realizada na maternidade da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) que foi inaugurada em 1995 e conta com quatro leitos de pré-parto e dois leitos de observação no Centro Obstétrico, 22 leitos no Alojamento Conjunto e 16 leitos na UTIN. Está inserida no Hospital Universitário (HU), fundado em maio de 1980, considerado um hospital de médio porte, que presta atendimento de média a alta complexidade e atende exclusivamente pelo SUS (BRÜGGEMANN et al., 2009).

Na maternidade, o atendimento às mulheres e seus acompanhantes é baseado em uma filosofia assistencial com princípios de humanização e interdisciplinaridade, que contempla os aspectos biológicos, sociais e emocionais, assim como destaca a importância da família no processo de nascimento (SANTOS; SIEBERT, 2001). As práticas obstétricas implementadas no serviço, estão em congruência com as recomendações da OMS para a assistência ao parto, entre elas, destaca-se a aplicação dos métodos não farmacológicos de alívio da dor.

Apesar de dispor de um manual de rotinas, não conta com um protocolo de uso dos MNFs de alívio da dor durante o trabalho de parto (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2001). Assim, não há uma descrição sobre como, quando e por quem podem ser aplicados. No entanto, os métodos são descritos na prescrição de enfermagem para primeira fase do trabalho de parto, realizada pelas enfermeiras obstétricas que atuam no centro obstétrico. Através dessa prescrição, sabe-se que são oferecidos como MNF de alívio da dor: técnicas de respiração, banho de aspersão, massagens em região sacra e cervical com óleo de semente de uva, uso da bola, uso do cavalinho, exercícios de movimentação dos quadris (bambolê e lateralização), alternância de posições (genu-peitoral, cócoras e DLE), manutenção do aquecimento dos pés.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo foram as puérperas primíparas de partos vaginais e cesarianas atendidas na maternidade do HU/UFSC. Entendemos que as primíparas, por estarem vivenciando o parto pela primeira vez, apresentam uma opinião livre de comparações anteriores

que poderiam influenciar os resultados sobre a aplicação de métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, evitando-se um viés de aferição.

A amostra é estratificada proporcional e por conveniência. O cálculo da amostra foi baseado no número de partos (vaginais e cesarianas) de primíparas ocorridos na maternidade do HU/UFSC no ano de 2007, que totalizou 336 nascimentos, sendo que destes 61,1% foram partos vaginais, 36,7% foram cesarianas e 2,2% foram partos vaginais com fórceps. Esses dados foram obtidos através da História Clínica Perinatal Base (HCPB), instrumento desenvolvido pelo Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP), utilizado na maternidade do HU/UFSC. A informação do protocolo HCPB é armazenada no programa do Sistema Informático Perinatal do CLAP.

O número total de partos registrados na estatística anual do Serviço de Enfermagem do Centro Obstétrico em 2007 foi de 1.482 e os registrados no programa do CLAP foram de 1.213, no mesmo ano. A diferença entre os dois registros é de 269 partos, o que equivale a aproximadamente 20%. Para minimizar a disparidade entre as informações, acrescentou-se um percentual de 10% ao número de primíparas registrado no CLAP, estimando-se que aproximadamente 369 primíparas pariram via cesariana ou vaginal no ano de 2007.

Assim, para o tamanho da amostra, a satisfação das puérperas com a utilização dos MNFs para o alívio da dor foi estimada em 50%, intervalo de confiança de 95% e erro máximo de 5%, o que resultou em um total de, no mínimo, 188 puérperas primíparas a serem entrevistadas, sendo que destas 30% (57) submetidas a cesariana e 70% (131) submetidas a parto vaginal. Esse percentual de cesarianas, para a estratificação da amostra, foi baseado na taxa de casariana do HU/UFSC entre 1996 à 2005 (BRÜGGEMANN et al., 2009).

Para o cálculo amostral utilizou-se o programa computacional de ensino-aprendizagem de estatística por meio da internet - SStatNet (NASSAR et al., 2008).

3.4 SELEÇÃO DOS SUJEITOS

Os sujeitos foram as puérperas primíparas internadas na Unidade de Interação Obstétrica (alojamento conjunto) da Maternidade do HU/UFSC, que preencheram os critérios de inclusão e concordam em participar do estudo.

3.4.1 Critérios de inclusão

- Idade gestacional ≥ 37 semanas no momento da internação na maternidade;
- Gestação única com apresentação cefálica;
- Parto vaginal ou cesariana;
- Trabalho de parto com duração de 4 horas ou mais;
- Acompanhante durante o trabalho de parto.

3.4.2 Critérios de exclusão

- Multiparidade;
- Presença de pré-eclampsia grave, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, cardiopatia, diabetes gestacional e sofrimento fetal no início do trabalho de parto;
- Internação para cesariana eletiva;
- Uso de fórceps;
- Malformação fetal;
- Óbito fetal.

3.5 VARIÁVEIS

As variáveis do estudo foram classificadas como sócio-demográficas, condições clínico-obstétricas na internação, dados obstétricos do trabalho de parto e parto e descritivas do acompanhante (Figura 2). Estão apresentadas conforme sua descrição e classificação: Qualitativa Nominal (QLN), Qualitativa Ordinal (QLO) Quantitativa Contínua (QTC) e Quantitativa Discreta (QTD).

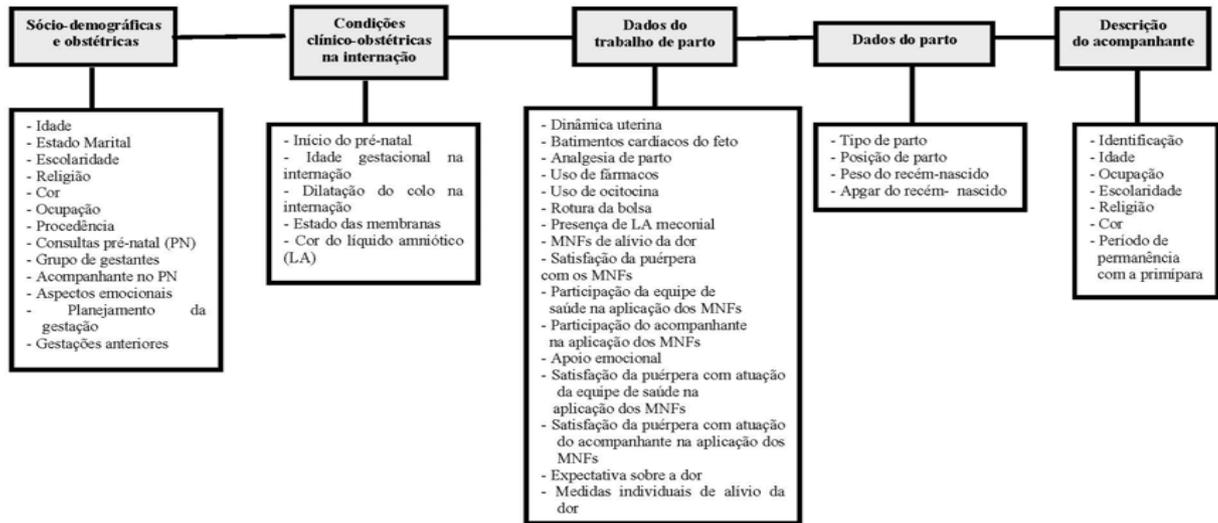


Figura 2 – Classificação das variáveis do estudo

3.5.1 Variáveis sócio-demográficas e obstétricas

- **Idade da parturiente (QTD):** número de anos completos, calculado pela data do nascimento. Dado obtido no prontuário.

- **Estado marital (QLN):** situação conjugal da puérpera, classificado em: solteira, casada, divorciada, viúva, separada, união consensual. Referido pela puérpera na entrevista.

- **Escolaridade (QLO):** última série formal que frequentou na escola classificado em: não frequentou a escola, ensino fundamental completo, ensino fundamental incompleto, ensino médio completo, ensino médio incompleto, ensino superior completo, ensino superior incompleto. Referida pela puérpera na entrevista.

- **Religião (QLN):** manifestação de uma crença por meio de uma doutrina e rituais próprios, classificado em: espírita, evangélica, nenhuma, outra. Referida pela puérpera na entrevista.

- **Cor (QLN):** cor da pele, classificado em: branca, parda, negra e amarela. Referida pela puérpera na entrevista.

- **Ocupação (QLN):** atividade realizada pela puérpera, classificado em: com trabalho remunerado ou não. Referida pela puérpera na entrevista.

- **Procedência (QLN):** município/estado de moradia observado no prontuário da puérpera. Dado obtido no prontuário.

- **Número de consultas pré-natal (QTD):** número total de consultas de pré-natal, segundo descrito no cartão do pré-natal.

- **Participação em grupo de gestantes (QTD):** gestante que tenha assistido palestras sobre o ciclo gravídico-puerperal ou participado de programas de preparação para o parto, classificado em número de vezes. Referida pela puérpera na entrevista.

- **Acompanhante no pré-natal (QLN):** presença de pessoa significativa ou possuidora de laços de parentesco, que a acompanhou nas consultas de pré-natal, classificado em: sim (acompanhante em 1 consulta ou mais) ou não (em nenhuma consulta). Referido pela puérpera na entrevista.

- **Aspectos emocionais durante a gestação (QLN):** ocorrência de fator negativo que possa ter afetado emocionalmente a gestante, classificado em: acidente, perda de ente querido, problemas na relação conjugal, problemas familiares e outros. Referidos pela puérpera na entrevista.

- **Planejamento da gestação (QLN):** programação da gestação pela mulher antes da concepção, classificado em: sim ou não. Referido

pela puérpera na entrevista.

- **Número de gestações anteriores (QTD):** gestação anteriores que resultaram em abortamento, classificado em: número de vezes. Dado obtido no prontuário.

3.5.2 Condições clínico-obstétricas na internação

- **Início do pré-natal (QTC):** idade gestacional em que a puérpera iniciou o pré-natal, descrita em semanas, calculado pela data da última menstruação ou exame ultrassonográfico. Dados coletados no cartão de pré-natal.

- **Idade gestacional na internação (QTC):** semanas de amenorréia no momento da internação, calculada pela data da última menstruação ou pela primeira ultra-sonografia realizada pela gestante (anterior a 20 semanas). Dados coletados no cartão de pré-natal.

- **Dilatação do colo na internação (QTD):** dilatação do colo uterino, classificado em: centímetros. Dado obtido no prontuário.

- **Estado das membranas (QLN):** estado das membranas ovulares, classificado em: íntegras ou rotas. Dado obtido no prontuário.

- **Coloração do líquido amniótico (QLN):** cor observada no líquido amniótico após a ruptura da bolsa: líquido amniótico meconial e líquido amniótico claro com grumos. Dado obtido no prontuário.

3.5.3 Dados obstétricos do trabalho de parto

- **Dinâmica uterina (QTD):** número máximo de contrações uterinas em 10 minutos durante o trabalho de parto. Dado obtido no prontuário.

- **Batimentos cardíacos do feto (QLN):** frequência dos batimentos cardíacos do feto, classificado em: normal, desaceleração do tipo I (DIP I), desaceleração do tipo II (DIP II), DIP umbilical, bradicardia sustentada e taquicardia. Dado obtido no prontuário.

- **Uso de analgesia de parto (QLN):** bloqueio de condução (peridural de bloqueio contínuo) para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto, classificado em: sim ou não. Dado obtido no prontuário da puérpera.

- **Uso de drogas farmacológicas parenterais ou orais para**

alívio da dor (QTD): utilização de medicamentos administrados por via endovenosa, intramuscular, subcutânea ou oral para o alívio da dor, durante o trabalho de parto, classificado em: número de vezes. Dado obtido do prontuário.

- **Uso de ocitocina (QLN):** uso de infusão endovenosa de ocitocina, classificado como: sim ou não. Dado obtido do prontuário.

- **Tipo de rotura das membranas (QLN):** perda de integridade das membranas ovulares, classificado em: espontânea ou provocada. Dado obtido no prontuário.

- **Presença de líquido amniótico meconial (QLN):** presença de mecônio no líquido amniótico, classificado em: sim ou não. Dado obtido no prontuário.

- **Métodos não farmacológicos de alívio da dor (QLN):** técnicas não medicamentosas que auxiliam no alívio da dor durante o trabalho de parto: banho de chuveiro, massagem com aparelhos, massagens com cremes, técnicas de respiração, mudanças de posição, uso da bola suíça, uso do assento ativo auxiliar (cavalinho) (FANEM, 2009), musicoterapia, focalização da atenção e distração, apoio emocional do acompanhante, apoio emocional do enfermeiro obstetra, apoio emocional do médico, apoio emocional dos auxiliares/técnicos de enfermagem, acadêmicos de enfermagem e medicina ou de outros membros da equipe de saúde, classificado: número de vezes ou não. Referidos pela puérpera na entrevista.

- **Satisfação da primípara com os métodos não farmacológicos de alívio da dor (QLO):** grau de satisfação da mulher sobre a aplicação dos MNFs alívio da dor durante o trabalho de parto. Obtida a partir de ícones com expressões faciais, mostrados à puérpera para que aponte qual corresponde à forma como se sentiu com a utilização de cada método: muito insatisfeita, insatisfeita, indiferente, bem satisfeita, muito satisfeita. Referida pela puérpera na entrevista.

- **Participação da equipe de saúde na aplicação dos métodos (QLN):** aplicação dos diferentes tipos de MNFs para alívio da dor pelos membros da equipe de saúde: enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, médico, acadêmico de enfermagem, acadêmico de medicina, não sabe informar e outro. Referida pela puérpera na entrevista.

- **Participação do acompanhante na aplicação dos métodos (QLN):** aplicação dos diferentes tipos de MNFs para alívio da dor pelo acompanhante, classificados em: não participou, banho de aspersão, massagem com aparelhos, massagem manual, mudança na posição, uso da bola, uso do “cavalinho”, música durante o trabalho de parto, apoio

emocional, focalização da atenção e técnicas de respiração. Referidos pela puérpera na entrevista.

- **Apoio emocional durante o trabalho de parto:** presença de pessoas empáticas envolvidas no processo de parturição (acompanhante, profissionais de saúde e acadêmicos) com o objetivo de encorajar, tranquilizar e estimular a mulher para ajudá-la a lidar com o estresse do trabalho de parto, tornando sua experiência mais positiva possível (HODNETT, 2005; BRUGGEMANN, PARPINELLI, OSIS, 2005). Referidos pela puérpera na entrevista.

- **Satisfação da primípara com a atuação da equipe de saúde na aplicação dos métodos não farmacológicos de alívio da dor (QLO):** grau de satisfação da mulher sobre a atuação da enfermeira, médico, auxiliares e técnicos de enfermagem, acadêmicos de enfermagem e medicina na aplicação dos MNFs para alívio da dor durante o trabalho de parto. Obtida a partir de ícones com expressões faciais, mostrados à puérpera para que aponte qual corresponde à forma como se sentiu com a atuação de cada um deles: muito insatisfeita, insatisfeita, indiferente, bem satisfeita, muito satisfeita. Referida pela puérpera na entrevista.

- **Satisfação da primípara com a atuação do acompanhante na aplicação dos métodos não farmacológicos de alívio da dor (QLO):** grau de satisfação da mulher sobre a atuação do acompanhante na aplicação dos MNFs para alívio da dor durante o trabalho de parto. Obtida a partir de ícones com expressões faciais, mostrados à puérpera para que aponte qual corresponde à forma como se sentiu com a atuação do acompanhante: muito insatisfeita, insatisfeita, indiferente, bem satisfeita, muito satisfeita. Referida pela puérpera na entrevista.

- **Expectativa sobre a dor durante o trabalho de parto (QLO):** sensação dolorosa sentida durante o trabalho de parto em relação a expectativa sobre essa dor durante a gestação, classificado em: não tinha expectativas em relação a dor, esperava sentir a dor como sentiu, esperava sentir mais dor do que sentiu, esperava sentir menos dor do que sentiu. Referida pela puérpera na entrevista.

- **Atitudes individuais para o alívio da dor durante o trabalho de parto (QLN):** atitudes assumidas pela puérpera (com iniciativa própria) para aliviar a sua dor durante o trabalho de parto: apoiou-se no acompanhante, mudou de posição, gritou, solicitou o uso de medidas não medicamentosas, usou técnicas aprendidas no pré-natal e outras. Referidas pela puérpera na entrevista.

3.5.4 Dados obstétricos do parto

- **Tipo de parto (QLN):** maneira pela qual o parto foi ultimado, classificado em: via abdominal (cesariana), pélvi-genital (parto vaginal). Dado obtido no prontuário.

- **Posição de parto (QLN):** posição em que o parto ocorreu, classificado em: lateral, vertical, horizontal e genupeitoral. Dado obtido no prontuário.

- **Peso do recém-nascido (RN) (QTC):** peso ao nascimento em gramas. Dado obtido no prontuário.

- **Apgar do RN (QLO):** avaliação da vitalidade do RN pelo escore de apgar, classificado em: 0 a 10. Avaliado no primeiro e quinto minuto de vida do recém-nascido. Dado obtido no prontuário.

3.5.5 Variáveis descritivas do acompanhante

- **Identificação (QLN):** classificação do acompanhante quanto ao seu laço de relacionamento ou parentesco com a parturiente; classificado em: companheiro, pai do bebê, mãe, irmã, amiga, tia, cunhada, sogra ou outro. Referido pela puérpera na entrevista.

- **Idade do acompanhante (QTD):** número de anos completos. Referida pela puérpera na entrevista.

- **Ocupação (QLN):** tipo de ocupação do acompanhante classificado em: trabalho remunerado ou não. Referida pela puérpera na entrevista.

- **Escolaridade (QLO):** última série que freqüentou na escola classificado em: não freqüentou a escola, ensino fundamental completo, ensino fundamental incompleto, ensino médio completo, ensino médio incompleto, ensino superior completo, ensino superior incompleto e não sabe informar. Referida pela puérpera na entrevista.

- **Religião (QLN):** manifestação de uma crença por meio de uma doutrina e rituais próprios, classificado em: nenhuma, católica, espírita, evangélica, outra e não sabe informar. Referida pela puérpera na entrevista.

- **Cor (QLN):** cor da pele, classificado em: branca, parda, negra e amarela. Referida pela puérpera na entrevista.

- **Permanência do acompanhante com a primípara (QLN):** períodos do trabalho de parto e parto em que o acompanhante ficou no

centro obstétrico, classificado em: período de dilatação desde a internação (triagem), período de dilatação após a internação (pré-parto), período expulsivo, período pós-parto na sala de parto e período pós-parto na sala de recuperação. Referida pela puérpera na entrevista.

3.6 COLETA DE DADOS

Foi realizada na Unidade de Internação Obstétrica (alojamento conjunto) da Maternidade do HU/UFSC, com puérperas primíparas que foram selecionadas a partir dos critérios de inclusão e exclusão e após manifestarem desejo, por escrito, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) para participarem da pesquisa. A coleta de dados foi realizada entre outubro de 2008 a setembro de 2009.

Os dados foram obtidos no dia da alta hospitalar, através de formulário preenchido pela pesquisadora, na entrevista, e a partir das anotações contidas no prontuário (Apêndice B). Para subsidiar a elaboração do instrumento de coleta de dados, objetivando conhecer a compreensão das puérperas sobre os termos relacionados aos MNFs para o alívio da dor, foram realizadas entrevistas com puérperas internadas na Unidade de Internação Obstétrica da Maternidade do HU/UFSC. Após isso, o formulário foi ainda pré-testado com seis primíparas e necessitou de reformulações para sua utilização.

Durante a coleta de dados, para que as respostas das primíparas fossem as mais fidedignas possíveis, foram utilizadas algumas estratégias. Para os MNFs, que elas poderiam ter dificuldade em reconhecer, foi realizada uma explicação sobre eles, o que ocorreu especialmente com a focalização da atenção e o apoio emocional. As informações sobre a focalização da atenção foram baseadas em Enkin et al. (2005), que conceitua esse método como o desenvolvimento de atividades para não pensar na dor, através de concentração em estímulo visual, auditivo, tátil ou de outro tipo. Sobre o apoio emocional foram a partir de Hodnett et al. (2005) que o descreve como a presença de uma pessoa empática que oferece aconselhamento, informação, medidas de conforto, e outras formas tangíveis de assistência para ajudar a mulher a lidar com o estresse do trabalho de parto.

Para a identificação de quem aplicou o MNF de alívio da dor, questionou-se qual a pessoa foi referência para aplicação do mesmo.

3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os formulários preenchidos foram revisados, corrigidos, codificados e digitados no programa EPI INFO – versão 2005 (Apêndice C). Para análise estatística foi utilizado o programa SAS -versão 8.2.

As variáveis quantitativas foram avaliadas quanto a média e desvio-padrão, e as qualitativas pela frequência absoluta e relativa.

Para o cálculo do Odds Ratio (OR) e Intervalo de Confiança (IC) a 95% da variável satisfação da primípara, avaliada a partir de perguntas sobre como se sentiu (muito insatisfeita, insatisfeita, indiferente, bem satisfeita, muito satisfeita) com a aplicação dos diferentes MNFs para alívio da dor, durante o trabalho de parto, foi considerado como indicativo de satisfação as respostas bem satisfeita e muito satisfeita (BROWN; LUMLEY, 1994). Foi calculado o escore geral de satisfação da primípara através de escala tipo Likert (HULLEY et al., 2008).

Para avaliar a associação entre o escore geral de satisfação, a satisfação com cada método, os resultados obstétricos e a expectativa sobre a dor, foram calculados o OR com IC 95%, teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher, quando os valores esperados fossem inferiores a 5. O nível de significância assumido foi de 5%.

Foi realizada análise multivariada por regressão logística com critério de seleção *stepwise* para selecionar os principais fatores de risco. Para tanto, considerou-se como variável dependente a satisfação geral (bem satisfeita e muito satisfeita *versus* indiferente, insatisfeita e muito insatisfeita) e como variáveis independentes os métodos não farmacológicos aplicados, incluindo o apoio emocional, os dados obstétricos e a expectativa das primíparas sobre a dor.

O OR representa a estimativa dos riscos. Apesar de ser um estudo de corte-transversal e ser possível o cálculo da razão de prevalência, a análise múltipla para essa razão (por riscos proporcionais de COX) apresentou problemas de convergência matemática, impossibilitando o cálculo do risco múltiplo. O mesmo problema matemático não ocorreu ao se usar a regressão logística que traz como resultados os valores de OR, portanto a análise bivariada também foi realizada apresentando as estimativas de riscos pelo OR, pois ainda que as mesmas sejam superestimadas (por se tratar de OR e não de razão de prevalência), são comparáveis com os valores da análise múltipla (MEDRONHO et al., 2002; BARROS, HIRAKATA, 2005).

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

As puérperas primíparas elegíveis foram convidadas a participar da pesquisa, sendo esclarecidas sobre os objetivos da mesma e da garantia do sigilo, assim como as dúvidas que surgiram. Também foram orientadas sobre o direito de participarem ou não da pesquisa e de poderem desistir a qualquer momento, sem que ocorresse nenhum tipo de prejuízo à assistência recebida na instituição. A autorização para participarem da pesquisa foi obtida pela concordância livre e espontânea das mesmas, e expressa mediante a assinatura do TCLE (Apêndice A).

Todos os aspectos que envolvem a pesquisa estão de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC em 25 de agosto de 2008 processo nº 225/08 FR-209528, conforme certificado nº 189 (Anexo A).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão são apresentados em forma de dois artigos, conforme a Resolução 001/PEN/2008 que dispõe sobre a elaboração de apresentação dos trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

O artigo 1, intitulado “Métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto como tecnologia leve-dura de cuidado: uma revisão sistemática”, aborda os resultados da revisão de literatura e foi submetido para avaliação no Cadernos de Saúde Pública (Anexo B), classificado como periódico A1 pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

O artigo 2, intitulado “Aplicação de métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto: visão de primíparas”, resultante da pesquisa de campo, foi elaborado de acordo com as normas da *Midwifery*, periódico classificado como A1 pela CAPES. Assim, posteriormente será traduzido para a língua inglesa antes da submissão.

4.1 ARTIGO 1 - METODOS NÃO FARMACOLOGICOS DE ALIVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO COMO TECNOLOGIA LEVE-DURA DE CUIDADO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto como tecnologia leve-dura de cuidado: uma revisão sistemática

Non- pharmacological approach to pain relief during labor as hard-light care technology: a systematic review

Título corrido: Alívio da dor no trabalho de parto
Pain relief in labor

Autores: Michele Ediane Gayeski¹
Odaléa Maria Brüggemann²

Endereço para correspondência: Michele Ediane Gayeski
Rua Caminho da Alamandas 163, Ingleses, Florianópolis/SC, CEP 88058-473
E-mail: michelegayeski@hotmail.com. Fone: 48 84076106

¹ Enfermeira obstétrica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

² Doutora em Tocoginecologia. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC.

Métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto como tecnologia leve-dura de cuidado: uma revisão sistemática

Resumo: Revisão sistemática que objetivou avaliar os resultados maternos e neonatais decorrentes da utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto, classificados como tecnologia leve-dura. Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, LILACS, SciELO, SCOPUS E Isi Web of Science. Incluiu-se 12 ensaios clínicos randomizados elegíveis, publicados entre 1980 e 2009 que avaliaram o banho de imersão, a massagem e aromaterapia. Os resultados mostraram que banho de imersão deve ser iniciado após 3cm de dilatação para não prolongar o trabalho de parto e prejudicar os resultados neonatais. A massagem é eficaz no alívio da ansiedade, dor e estresse, sendo mais efetiva para reduzir a dor quando utilizada no começo da fase latente. A aromaterapia diminui a ansiedade e o medo. É necessário estabelecer parâmetros de aplicação em cada método para que os resultados maternos e neonatais sejam positivos e contribuam para a satisfação da mulher.

Palavras-chave: Trabalho de parto; Dor do parto; Ensaio clínico; Enfermagem Obstétrica

Non- pharmacological approach to pain relief during labor as hard-light care technology: a systematic review

Abstract: The objective of this systematic review was to evaluate the maternal and neo-natal results generated from the utilization of non-pharmacological methods for pain alleviation concerning the strains of delivery, classified as light-to-hard technology. Research was carried out in the following databases: CINAHL, MEDLINE, LILACS, SciELO, SCOPUS, and Isi Web of Science. This study is composed of 12 randomized eligible clinical tests published between 1980 and 2009 which evaluated immersion baths, massages, and aromatherapy. Results show that the immersion bath should be initiated after 3cm of dilation in order not to prolong the strains of delivery and harm neo-natal results. Massage is efficient in alleviating anxiety, pain, and stress, being most effective in reducing pain when utilized in the beginning of the latent phase. Aromatherapy diminishes anxiety and fear. It is necessary to establish parameters for the application of each method in order that maternal and neonatal results are positive and contribute to the woman's satisfaction.

Keywords: Labor, obstetric; Labor pain; Clinical trial; Obstetrical nursing

INTRODUÇÃO

A dor do parto faz parte da própria natureza humana e, ao contrário de outras experiências dolorosas agudas e crônicas, não está associada à patologia, mas com a experiência de gerar uma nova vida. O motivo desse processo fisiológico ser tão doloroso sempre foi alvo de diversos debates filosóficos e religiosos, mas o que sabemos é que ela ocorre não somente dentro de um contexto psicológico, social e cultural, mas também envolve o contexto do sistema de saúde em que a mulher está inserida¹.

Para grande parte das mulheres essa dor é considerada a pior experiência de sua vida. Alguns estudos demonstram que muitas mulheres têm expectativas irreais em relação ao parto e seus acontecimentos, sendo a dor, muitas vezes, superior ao que esperavam².

A dor do parto envolve componentes ambientais, sensoriais, emocionais e existenciais, portanto, é relevante a utilização de um cuidado empático associado ao uso de medidas não farmacológicas. A interação do profissional com parturiente e familiar/acompanhante também pode contribuir para tornar o parto menos doloroso e menos tenso³.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) entende o parto como um processo fisiológico, no qual as intervenções devem ser usadas após uma avaliação criteriosa⁴. Entre as intervenções, a redução da dor durante o trabalho de parto, tem sido alvo de preocupação dos profissionais de saúde que prestam cuidado às parturientes. No entanto, observa-se que, o modelo médico prioriza a eliminação da dor física enquanto que a enfermagem obstétrica com a redução do sofrimento. Essas preocupações não são excludentes, uma vez que a dor pode ser sentida sem sofrimento, assim como se pode sofrer sem sentir nenhuma dor⁵.

A dor durante o trabalho de parto resulta de complexas interações, de caráter inibitório e excitatório e, embora, seus mecanismos sejam semelhantes aos da dor aguda, existem fatores específicos do trabalho de parto de natureza neurofisiológica, obstétrica, psicológica e sociológica que interferem no seu limiar⁶.

A intensidade e as características da dor do parto são únicas e subjetivas, mesmo quando a média dos escores de dor são altos, existem diferenças individuais marcantes, assim, algumas mulheres tem extrema dor e outras nenhuma^{7,8}.

Portanto, as opções não farmacológicas de alívio da dor podem

auxiliar a parturiente no alívio da mesma, por contemplarem aspectos físicos, psico-emocionais e espirituais. A habilidade da mulher em manter o controle sobre sua dor, emoções, decisões e ações, é um aspecto importante para uma experiência positiva com o processo de nascimento. Isso requer técnicas de autoconforto que podem ajudar a aliviar a dor e melhorar o progresso do trabalho de parto⁹.

A manutenção do equilíbrio emocional durante o parto é fundamental porque quando os níveis de adrenalina estão altos o sistema nervoso simpático é imediatamente ativado, aumentando os níveis plasmáticos do hormônio liberador de corticotrofinas (CRH), hormônio adenocorticotrófico (ACTH) e cortisol comprovando que o estresse é um mecanismo biológico adaptativo e de defesa¹⁰.

Tendo em vista esses aspectos, torna-se evidente que devem ser desenvolvidas ações que visam diminuir o nível de estresse e ansiedade da mulher durante o trabalho de parto, pois mesmo com a utilização de vários analgésicos sozinhos, eles não podem gerir um fenômeno multidimensional como a dor do trabalho de parto¹¹. Assim, torna-se necessário a utilização de tecnologias não invasivas de forma isoladas ou complementar aos fármacos.

A avaliação de tecnologias utilizadas na saúde tem sido uma das preocupações do Ministério da Saúde, especialmente no que se refere aos benefícios e repercussão financeira decorrentes da sua utilização. Essa preocupação está apoiada na falta de conhecimento sobre a utilização, em nosso país, de tecnologias que não dispõem de eficácia constatada ou que possuem resultados deletérios, assim como de outras consideradas eficazes que ainda apresentam baixa utilização¹².

Os métodos não farmacológicos (MNF) utilizados durante o trabalho de parto, para o alívio da dor, são tecnologias de cuidado que envolvem conhecimentos estruturados quanto ao desenvolvimento da prática de enfermagem em centro obstétrico. O uso desses métodos vem sendo alvo de estudos desde a década de 60¹³, entretanto, de maneira geral, passaram a ser introduzidos em algumas maternidades brasileiras a partir da década de 90, com o movimento de humanização do nascimento e com as recomendações do MS para assistência ao parto^{4,14}.

Esses métodos baseiam-se em conhecimentos estruturados, mas que não necessitam de equipamentos sofisticados para sua utilização, podendo ser aplicados, até mesmo, pelo acompanhante de escolha da mulher. Considerando a classificação de Merhy & Onocko¹⁵, eles podem ser classificados como tecnologia leve-dura, uma vez que está baseada nos saberes estruturados, tanto dos profissionais de saúde como em relação à clínica e a epidemiologia, organizando sua atuação no

processo de trabalho.

Diante desse contexto, pode-se inferir que, no Brasil, nas últimas décadas, as intervenções benéficas e a tecnologia não invasiva vem sendo gradativamente incorporadas no cenário obstétrico. Fato impulsionado pela OMS em 1985¹⁶, a partir da Conferência sobre tecnologia apropriada para o nascimento que recomendou o uso, com cautela, dos MNF de alívio da dor e apontou a necessidade de gerar mais evidências científicas. Assim, ainda há preocupação dos profissionais de saúde e do MS em relação ao uso, custo e eficácia das mesmas. Cada vez mais, é necessário conhecer e divulgar os resultados maternos e neonatais advindos dessas práticas para que as comprovadamente eficazes sejam incorporadas e as pouco avaliadas sejam usadas com cautela e mais pesquisadas.

Assim, essa revisão sistemática teve como objetivo avaliar os resultados maternos e neonatais decorrentes da utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, classificados como tecnologia leve-dura de cuidado.

MÉTODOS

Para a elaboração dessa revisão sistemática da literatura foi realizada uma pesquisa nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, LILACS, SciELO, SCOPUS e Isi Web of Science entre os anos de 1980 a março de 2009, utilizando-se as palavras-chave: bola obstétrica (obstetric Ball/bola obstetrica) , banho terapêutico (therapeutic bath/ baño terapéutico), massagem (massage/masaje), audioanalgesia (audioanalgesia/ audioanalgesia), aromaterapia (aromatherapy/ aromaterapia), mudanças de posição (changes of position /los cambios de posición), técnicas de respiração (breathing techniques/técnicas de respiración), focalização da atenção (focus of attention/ centrando la atención) e métodos não farmacológicos (non pharmacological methods/no métodos farmacológicos) associados a dor de parto (labon pain/ dolor de parto) e dor no parto (pain in labor/ dolor de parto).

Além disso, também foi realizada uma busca nas referências dos artigos encontrados na tentativa de evitar qualquer tipo de perda. Nessa busca, foram identificadas duas teses de doutorado sobre o tema, porém não publicadas^{17,18}. Alguns artigos, que poderiam ser elegíveis, através da leitura dos resumos localizados, não foram encontrados na íntegra^{19,20} mesmo sendo solicitados via Programa de Comutação Bibliográfica – Comut.

Foram considerados elegíveis ensaios clínicos randomizados (ECRs) que avaliaram a aplicação dos métodos durante o trabalho de

parto: banho terapêutico, massagem, técnicas de respiração e relaxamento, aromaterapia, mudança de posição, audioanalgesia e focalização da atenção, considerando a viabilidade do uso dos mesmos não sendo imprescindível uma formação específica ou recursos tecnológicos de ponta (tecnologia dura) para sua aplicação, definidos como tecnologia leve-dura por Merhy & Onocko¹⁵.

As etapas metodológicas utilizadas são baseadas em Greenhalgh²¹. 1. Definir os objetivos da revisão dos ensaios clínicos randomizados e os critérios de elegibilidade; 2. Selecionar os ensaios clínicos randomizados que atendam aos critérios de elegibilidade; 3. Elencar as características identificadas de cada estudo e avaliar sua qualidade metodológica, (cálculo amostral e técnica de randomização, baseado em Hulley et al.²²); 4. Aplicar os critérios de elegibilidade e justificar qualquer exclusão; 5. Analisar os resultados dos ensaios clínicos randomizados; 6. Comparar e sintetizar os resultados dos ensaios clínicos analisados; 7. Preparar um resumo crítico da revisão.

Constituído o conjunto de ensaios clínicos a serem analisados, identificou-se: o local de realização do estudo (país), ano de publicação, objetivo, amostra, técnica de randomização, o método não farmacológico para alívio da dor utilizado, pessoal/profissional que aplicou o método e a participação de acompanhante ou familiar na aplicação do mesmo e o método de avaliação da intervenção.

Após a avaliação metodológica, foram analisados os resultados maternos e neonatais, entre eles: a taxa de cesárea, analgesia de parto, tempo de trabalho de parto, satisfação e/ou opinião da mulher, tolerância/alívio da dor, níveis de ansiedade, uso de fármacos, ruptura de membranas, Apgar do recém-nascido, taxa de transferência para Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), tempo de permanência na UTIN, necessidade de reanimação cardiorespiratória pós-parto. Esses resultados foram agrupados por tipo de método avaliado nos ECRs, para posteriormente síntese dos resultados. As revisões sistemáticas de ECRs sobre o tema foram utilizadas para a análise e discussão dos resultados.

RESULTADOS

Características dos ensaios clínicos randomizados

Durante a busca inicial nas bases de dados, observou-se que um elevado número de ECRs publicados que avaliaram MNF de alívio da dor que utilizam tecnologia dura, tais como estimulação elétrica transcutânea, acupuntura, hipnose, entre outros. Tais métodos necessitam de profissionais treinados e equipamentos ou materiais

específicos para a sua aplicação¹⁵. Assim, foram localizados somente 22 ECRs que avaliaram métodos classificados como tecnologia leve-dura e leve. Destes, 12 foram incluídos (Tabela 1), pois atendiam aos critérios de elegibilidade estabelecidos de acordo com a metodologia escolhida e 10 foram excluídos (Tabela 2) por não atenderem a alguns critérios metodológicos.

A maioria dos ECRs elegíveis foram realizados em países desenvolvidos (Estados Unidos da América, Canadá, Suécia, Austrália, Inglaterra, Taiwan e Itália), e somente um em país em desenvolvimento (Brasil). Todos foram publicados em periódicos de circulação internacional, a partir da década de 90, sendo que o ECR mais antigo foi realizado nos Estados Unidos²³ e avaliou o banho de imersão. O país que destacou-se pelo maior número de sujeitos na amostra foi o Canadá que realizou dois ECRs^{24,25} totalizando uma amostra de 2.022 mulheres (múltiparas e primíparas) avaliando o mesmo método (Tabela 1).

Em relação a paridade dos sujeitos, quatro deles foram realizados somente com primíparas^{7,26,27,28} e oito^{23,24,25,29,30,31,32,33} com múltiparas e primíparas. Ou seja, as primíparas foram incluídas em todos os Estudos, porém a maioria não utilizou a paridade como critério de exclusão e a dilatação cervical mínima para o início da intervenção (Tabela 1). No entanto, foram incluídas somente mulheres com gestação única, de baixo risco, a termo e feto em apresentação cefálica, com exceção de Schorn et al.²³ e Eriksson et al.²⁹ que incluíram bebês prematuros.

Os MNFs mais avaliados pela maioria dos estudos foram o banho de imersão^{23,24,25,26,28,29,31} e a massagem^{7,27,30,33}, seguidos pela aromaterapia³². As enfermeiras obstétricas (*midwives*) aplicaram o MNF em praticamente todos os ECRs, sendo que o acompanhante participou de todos os estudos elegíveis que avaliaram a massagem como MNF de alívio da dor^{7,27,30,33} (Tabela 1).

Cabe destacar que não foram encontrados ECRs sobre o uso da bola suíça, conhecida como bola obstétrica, banho de aspersão e o uso da focalização da atenção, que são amplamente utilizados nas maternidades brasileiras. Os estudos sobre mudança de posição e audioanalgesia para o alívio da dor durante o trabalho de parto encontrados não foram considerados elegíveis.

Resultados dos métodos não farmacológicos de alívio da dor

Banho de imersão

A imersão em água quente a uma profundidade suficiente para cobrir o abdome da parturiente tornou-se uma opção muito popular em

muitos países, principalmente durante a primeira fase do trabalho de parto⁵.

Os sete ECRs que avaliaram o banho de imersão, contaram com a participação de 2.796 parturientes (Grupo Experimental - GE e Grupo Controle - GC). Cabe destacar que no estudo de Rush et al.²⁴ a intervenção foi o banho de imersão com hidromassagem, comparada com o banho de imersão simples e no de Schorn et al.²³, Eckert et al.³¹ e Ohlsson et al.²⁵ foi oferecido o banho de aspersão ao GC. As principais variáveis avaliadas foram a dor^{24,26,28,31}, o tempo de trabalho de parto^{23,24,26,29,31}, a taxa de analgesia^{23,24,25,29,31}, os partos operatórios^{24,25,31} e os resultados neonatais^{23,24,25,26,28,31} (Tabela 2).

Em todos os ECRs o início da intervenção se deu na primeira fase do trabalho de parto, sendo que em três estudos foi estabelecida dilatação cervical mínima para o início da mesma. Nos estudos de Schorn et al.²³ e Ohlsson et al.²⁵ foi de 4 cm e no de Silva et al.²⁸ 6 cm de dilatação. Relevante destacar que no estudo de Eriksson et al.²⁹, a mesma intervenção foi aplicada em dois grupos diferentes (G1 e G2), sendo que a única diferença foi o início da intervenção em relação à dilatação, ou seja, as parturientes do G1 iniciavam o banho de imersão quando a dilatação era inferior a 5 cm e o G2 com dilatação igual ou maior que esse valor.

Nos estudos de Rush et al.²⁴, Eckert et al.³¹ e Schorn et al.²³ as parturientes permaneceram na banheira o tempo desejado, porém a média de permanência foi de uma hora em todos. Em contrapartida, em três estudos, foi estabelecido o tempo máximo de permanência na água. No de Eriksson et al.²⁹ até o início da segunda fase do trabalho de parto, no de Cluett et al.²⁶ quatro horas e no de Silva et al.²⁸ uma hora. Quanto à temperatura da água, houve uma variação de 27°C à 41°C^{23,26,28,29,31}.

Os resultados maternos e neonatais foram abordados em todos os estudos, mas a dor foi avaliada somente em três^{26,28,31}, sendo que em apenas um deles não houve redução da dor no GE³¹.

Com relação aos demais resultados maternos, no estudo de Cluett et al.²⁶, houve redução da taxa de analgesia no GE (OR=0.71; IC95%: 0.49-1.01), em contrapartida, Eriksson et al.²⁹ encontraram um aumento na taxa de analgesia peridural no grupo que iniciou a intervenção com dilatação inferior a 5 cm (p=0,0015). Quanto ao tempo de trabalho de parto avaliado em praticamente todos os ECRs^{23,24,26,28,29,31}, em nenhum houve redução no mesmo, ao contrário, no de Rush et al.²⁴ o trabalho de parto foi significativamente mais longo no GE (p=0.003) e no Eriksson et al.²⁹ mais longo para o grupo que iniciou o banho antes dos 5cm de dilatação (p<0.004). Embora não tenha havido redução nas taxas de

cesariana ou de parto operatório (fórceps e vácuo) em nenhum dos estudos. Importante destacar que no de Rush et al.²⁴, em que todas parturientes foram submetidas a banho de imersão, sendo que a intervenção foi o uso de hidromassagem, a taxa de cesariana foi menor em ambos os grupos (8,9%), quando comparada a taxa habitual do serviço (16,6%).

Entre as práticas obstétricas realizadas durante o trabalho de parto, destaca-se que a ruptura de membranas foi avaliada em quatro estudos^{24,26,28,31}, sendo que em um deles²⁶ a realização desse procedimento associado ao uso de ocitocina foi menos freqüente no GE (OR=0.74; IC 95%: 0.59-0.88).

Os resultados sobre a satisfação materna com experiência do parto foram avaliados em três estudos. Em um deles³¹, a experiência global e a satisfação materna com o parto foi maior no GC (p=0,05), destacando-se que nesse estudo os resultados neonatais foram negativos. Em dois^{24,26} as parturientes do GE relataram uma maior satisfação com a experiência de parto, sendo que no de Cluett et al.²⁶, essa satisfação foi decorrente de uma maior liberdade de movimento (RR=1.46; IC 95%: 1.18 – 1.91) e privacidade (RR=1.18; IC 95%: 1.02 – 1.42).

Quanto aos resultados neonatais, pode-se inferir que estão relacionados ao tempo de permanência da água, a dilatação mínima para o início da intervenção e a integridade das membranas. Em dois estudos^{26,31}, os quais não tiveram critérios rígidos em relação a esses aspectos, os resultados neonatais foram negativos. No de Cluett et al.²⁶ a admissão dos recém-nascidos do GE na unidade de terapia intensiva neonatal foi significativamente maior (p=0,013) e no estudo Eckert et al.³¹ os recém-nascidos do GE necessitaram mais de reanimação cardiorespiratória do que os do GC (RR=1.41; IC95%: 1.06-1.89; p=0,01) apesar de não terem sido encontradas diferenças significativas em relação a escala de Apgar entre os grupos. Além disso, esses recém-nascidos necessitaram mais de aspiração (57% vs 53%), oxigenioterapia (35% vs 27%), ventilação mecânica (3% vs 1%), embora sem significância estatística. Contudo, cabe destacar que nos ECRs^{23,25} que estabeleceram dilatação mínima acima de 3cm, com tempo de permanência livre na água, assim como imersão na água somente após 6cm de dilatação por um período máximo de uma hora²⁸, não houve diferença significativa nesses resultados.

Massagem

A massagem é a manipulação intencional e sistemática dos tecidos moles do corpo para melhorar a saúde. É utilizada durante o

trabalho de parto para aumentar o relaxamento e reduzir a dor e o sofrimento. Além disso, através do toque os seres humanos podem passar mensagens positivas de carinho, respeito, confiança e amor^{5,7}.

Foram selecionados quatro ECRs que avaliaram a massagem (na região dorsal, nos pés, na cabeça, nos ombros e nas mãos) os quais envolveram 238 primíparas e múltíparas (GE e GC). Em dois estudos, as mulheres participaram de um programa de orientação no pré-natal^{29,32} e todos contaram com a participação de um acompanhante de escolha da mulher na aplicação da intervenção^{7,27,30,33}.

Com relação a essa participação do acompanhante, no estudo de Kimber et al.³³, tanto as parturientes quanto os acompanhantes receberam treinamento prático, durante o pré-natal, sobre como realizar a massagem. E no de Field et al.³⁰ o treinamento do acompanhante foi durante o trabalho de parto, no qual uma massoterapeuta atuou até o mesmo se sentir confortável para realizar a massagem sozinho de forma alternada. Cabe destacar que em nenhum desses estudos o acompanhante aplicou sozinho a intervenção.

As principais variáveis avaliadas foram a dor, reações comportamentais (expressão facial, vocalização, movimentação corporal e respiração), nível de estresse e ansiedade, satisfação, analgesia farmacológica e tempo de trabalho de parto.

Em todos os ECRs^{7,27,30,33} as parturientes do GE tiveram redução da dor durante o trabalho de parto, sendo que os estudos que avaliaram a intensidade da dor nas duas fases do trabalho de parto (latente e ativa) separadamente^{7,27}, apontaram uma redução da dor, estatisticamente significativa, somente na fase latente do GE.

As reações comportamentais resultantes da dor foram avaliados em dois estudos^{7,30}. Um deles⁷ encontrou *scores* significativamente menores de reações de dor no GE quando comparado ao GC nas fases latente, ativa e de transição ($p=0,000$, $p=0,002$, $p=0,000$). Field et al.³⁰ apresentou separadamente os resultados das variáveis que compõem as reações comportamentais no GE, sendo que as expressões faciais positivas ($p<0,05$) foram maiores e a movimentação corporal menor ($p<0,001$) frente a dor na fase latente.

O ECR de Field et al.³⁰ (1997) foi o único que avaliou o nível de estresse durante o trabalho de parto, evidenciando menor índice no GE ($p<0,001$).

O nível de ansiedade foi avaliado em dois estudos^{7,30}. No de Chang et al.⁷ as parturientes que receberam a intervenção tiveram uma redução da ansiedade somente na fase latente do trabalho de parto e no Field et al.³⁰ uma redução em todas as fases.

A satisfação com a experiência do parto foi avaliada em dois estudos^{7,32}. O de Kimber et al.³³, que embora não tenha encontrado redução significativa do dor, em geral, as parturientes do GE (massagem) e placebo (musicoterapia) apresentaram percepção mais positiva do trabalho de parto, maior senso de controle, sendo que o níveis de preocupação foram os mesmos. No de Chang et al.⁷ a satisfação com o nascimento, com a assistência de enfermagem e com a participação do acompanhante foram similares nos GE e GC.

Os resultados maternos referentes ao manejo e evolução do trabalho foram avaliados em três ECRs^{7,30,33}, sendo que em dois deles^{7,33} não foram encontradas diferenças em nenhuma das variáveis avaliadas (duração do trabalho de parto, analgesia peridural, taxa de cesariana, uso de fórcepe, tempo de trabalho de parto e uso de fármacos). Apenas Field et al.³⁰ encontrou uma redução no tempo de trabalho de parto no GE, com significância estatística.

Aromaterapia

A aromaterapia é uma prática alternativa que se utiliza do poder das plantas através do uso de suas essências. Apesar de incerto, seu mecanismo de ação parece estimular a produção de substâncias relaxantes, estimulantes e sedativas próprias do corpo³⁴.

Apenas um ECR³² avaliou a eficácia da aromaterapia durante o trabalho de parto na melhoria dos resultados maternos e neonatais. Para tanto, 513 múltiparas e primíparas (GE e GC) foram randomizadas. A aplicação do método foi realizada por parteiras não aromaterapistas através do uso de somente uma essência aplicada através de acupressão, massagem, esalda pés, diluição em água para banho de imersão e inalação. A maior frequência de uso foi da essência *L. augustifolium* – lavanda (45%), por escolha da parturiente, aplicada através de inalação (37%) e massagem (32%).

Não foram encontradas diferenças nos resultados maternos referentes a ocorrência de cesárea (RR=0.99, IC95%: 0.70-1.41), parto a vácuo (RR=1.5, 95% CI: 0.31–7.62), parto espontâneo vaginal (RR=0.99, 95% CI: 0.75–1.3) e duração da primeira fase do trabalho de parto (RR= 1.01, 95% CI: 0.83–1.4). A amniotomia teve maior ocorrência no GC, porém sem significância estatística (p=0,11).

A redução da dor foi mais percebida pelas nulíparas do GE antes e após a administração da aromaterapia. Nas múltiparas não se observou diferenças entre os grupos antes e após a administração. A dor, ansiedade e medo, foi menor para 86 % das mulheres que receberam a intervenção.

Em relação aos resultados neonatais houve, no entanto, uma

redução de admissões de bebês do GE, na unidade de tratamento intensivo neonatal ($p=0,017$).

AVALIAÇÃO METODOLÓGICA DOS ESTUDOS

Para a avaliação metodológica dos ECRs elegíveis foram utilizados os conceitos de Hulley et al.²², que apontam como características a serem respeitadas nesse delineamento de pesquisa, além da aplicação da intervenção, uma alocação aleatória ou randomização, cegamento (quando possível) e tamanho da amostra adequado. Tais aspectos são imprescindíveis para que se possa demonstrar causalidade e gerar evidências científicas confiáveis.

Ensaio clínico randomizados incluídos

A randomização é a base de um ensaio clínico, por isso é importante que seja feita de forma correta, garantindo que os membros da equipe de pesquisa ou o próprio pesquisador, que tenham algum contato com os participantes do estudo, não influenciem na alocação aleatória dos sujeitos. Para essas alocações, devem ser utilizados algoritmos computadorizados ou uma série de números aleatórios gerados por computador, colocadas em envelopes lacrados e opacos²².

Dos doze ECRs analisados, seis deles^{24,26,29,31,32} explicitaram que todos esses critérios foram respeitados. Outros estudos^{23,28} obedeceram apenas ao critério de alocação aleatória gerada por computador e somente um aos critérios relacionados aos cuidados com os envelopes²⁵. Os demais não explicitaram cuidados relacionados a esses assuntos^{7,27,30}.

Rush et al.²⁴, Eckert et al.³¹ e Cluett et al.²⁶ realizaram a randomização em blocos, que garante que um preditor importante do desfecho seja distribuído mais uniformemente entre grupo de estudo do que o mero acaso poderia determinar²².

Quando o cegamento não é possível, como é o caso da aplicação de MNF durante o trabalho de parto, é recomendável que o GC receba algum tipo de cuidado similar que se acredite não ser eficaz²². Cinco estudos^{23,24,25,31,33} seguiram essa recomendação. Rush et al.²⁴, Eckert et al.³¹, Schorn et al.²⁵ e Ohlsson et al.²⁵ avaliaram o banho de imersão, porém o primeiro testou a eficácia da hidromassagem oferecendo ao GC uma banheira simples de imersão, enquanto que os outros, testaram a eficácia do banho de imersão oferecendo o banho de aspersão ao GC. Kimber et al.³³ que avaliou a eficácia da massagem, ofereceu ao GC a audianalgésia. Nos demais estudos^{7,26,27,28,30,32} o GE recebeu a intervenção e no GC apenas cuidados de rotina.

Praticamente em todos ECRs o cálculo da amostra foi realizado

utilizando-se como referência a taxa de desfecho a ser avaliada, ou seja, a analgesia farmacológica^{24,31} *scores* de estudos anteriores^{30,33}, taxas de intervenção ou distócia intraparto^{26,32}, taxa de transferência de recém-nascidos para UTIN²⁵ taxa de resultados maternos^{23,29} e a minoria usou estudo piloto^{7,27}. Apenas um estudo utilizou a fórmula de *Cochran* para comparação de proporções de populações finitas, baseando-se no número de nascimentos da instituição em que foi realizado²⁸. Cabe destacar que no estudo de Burns et al.³² os autores explicitaram algumas limitações do mesmo que interferiram nos resultados. A ausência de significância estatística em algumas variáveis de intervenção intraparto pode ter sido decorrente do tamanho amostral insuficiente.

O método mais utilizado para avaliação da intervenção, ou seja, a aplicação dos MNF nos ECRs, foi a *Visual Analogue Scale* que avalia a intensidade da dor de forma numérica^{26,28,30,31,33}. Também foram utilizadas as escalas: *Behavioural pain scale* para identificar as reações comportamentais frente à dor^{7,28,30} *Likert Scale*^{26,30,31,32}, *Birth Worry Scale* que determina os níveis de preocupação, satisfação e senso de controle³³ e *Postnatal Depression Scale*³¹.

Ensaio clínico randomizado não incluído

Considerando que “Ensaio clínico com número insuficiente de participantes para detectar efeitos marcantes geram gastos desnecessários, são antiéticos e podem levar a conclusões enganadoras. Estimar o tamanho da amostra é, pois, uma das partes mais importantes do início da fase de planejamento” (Hulley et al. 2008, p. 172). A não inclusão de 10 ECRs nessa revisão (Tabela 2) ocorreu devido a não explicitação, no artigo, do cálculo amostral ou taxa de desfecho utilizada^{35,36,37,38,39,40,41}, a não apresentação de nenhum resultado clínico específico³⁵ e avaliação qualitativa dos resultados⁴².

Além desses motivos, foram excluídos outros dois. O estudo de Silva et al.⁴³, por se tratar do mesmo ECR publicado, em 2007, em outro periódico, o qual as informações sobre o método estavam mais completas. O de Adachi et al.⁴⁴, por ter aplicado a mesma intervenção de forma alternada em um mesmo grupo não analisando os resultados separadamente (Tabela3).

DISCUSSÃO

A maioria (14) dos ECRs selecionados, tanto incluídos quanto excluídos, foram realizados após o ano 2000. A realização desse tipo de estudo, que gera evidências científicas do tipo I⁴⁵, sobre os MNFs de alívio da dor durante o trabalho de parto, pode ter sido impulsionada

pela Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Nascimento e Parto (1985), na qual a OMS recomendou que esses métodos fossem usados com cautela necessitando de evidências para a utilização¹⁶.

Cabe destacar que nesse processo de busca de evidências sobre a utilização dos MNFs, a contribuição das *midwives* (enfermeiras obstétricas) foi expressiva, uma vez que praticamente em todos os estudos publicados, elegíveis para essa revisão, a aplicação do método foi realizada por essa profissional. Fato que pode estar relacionado à sua formação, já que a maioria das enfermeiras obstétricas direciona a sua prática para o “cuidar”, respeitando os aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais que envolvem o processo reprodutivo. Pauta a sua atuação na compreensão do fenômeno da reprodução como único, no qual a mulher é o foco principal, abordando de forma diferenciada a condução do trabalho de parto⁴⁶.

Os ECRs sobre o banho de imersão foram os que mais avaliaram as variáveis relacionadas à evolução do trabalho de parto e resultados maternos e neonatais e contaram com maior número amostral (2.796 mulheres), sendo que os resultados foram contraditórios em relação a sua utilização. Esse método, se diferencia dos demais, por ser o único que afeta os sinais vitais maternos, aumentando o pulso e a temperatura corporal da mulher, o que, de modo indireto pode causar efeitos adversos no feto, portanto seu uso deve ser baseado em evidências científicas confiáveis.

Simkin & O’Hara⁴⁷, comentam que a temperatura da água, tempo de permanência na banheira e dilatação cervical para o início da intervenção devem ser cuidadosamente avaliados porque podem alterar o progresso do trabalho de parto. A importância de estabelecer tais parâmetros para o início da intervenção foi observada no ECR de Silva et al.²⁸ que encontrou resultados maternos e neonatais positivos ao controlar todos eles, além de estabelecer o período máximo de ruptura de membranas. Entretanto, parece que o fundamental é estabelecer uma dilatação cervical mínima para o início da intervenção, mais do que controlar o tempo de permanência na banheira e a integridade das membranas, o que foi demonstrado em dois ECRs^{23,25} que não encontraram diferenças significativas nos resultados neonatais quando esse critério foi estabelecido e respeitado. Em contrapartida, em outros dois estudos^{26,31}, nos quais não foram estabelecidos nenhum parâmetro, os resultados neonatais também foram negativos. Portanto, dos sete ECRs que avaliaram o banho de imersão os quatro que estabeleceram dilatação mínima para o início da intervenção $\geq 3\text{cm}$ não apresentaram resultados neonatais negativos^{23,25,28,29} sendo que o mesmo não ocorreu

nos outros dois estudos^{26,29}.

Os resultados em relação à redução da taxa de analgesia peridural são contraditórios. Essa variável foi avaliada somente em dois ECRs^{26,29}, sendo que em um deles²⁶ houve redução nessa taxa no GE, mesmo não havendo critério de dilatação mínima para o início da intervenção. Em contrapartida, em outro²⁹ houve um aumento nessa taxa quando o banho era iniciado antes dos 5 cm de dilatação.

Quanto ao tempo de trabalho de parto, nenhum estudo mostrou redução dessa variável. Inclusive os ECRs mostram que o banho de imersão pode aumentar esse período, se o mesmo for iniciado antes de uma dilatação $\geq 3\text{cm}$ ^{24,29}.

A satisfação materna com a experiência do parto foi avaliada em poucos estudos^{24,26,31}, sendo maior nas mulheres que receberam a intervenção, em dois deles^{24,26}. Essa variável parece não estar relacionada aos resultados neonatais, já no de Cluett et al.²⁶ a satisfação materna foi significativamente maior no GE mesmo tendo uma elevada taxa de transferência dos recém-nascidos para UTIN. Somente um estudo³¹ houve menor satisfação das mulheres que receberam a intervenção, sendo que a necessidade de reanimação cardiorespiratória de seus recém-nascidos foi significativamente maior.

Embora o banho de imersão seja classificado com um MNF de alívio da dor, chama atenção o fato de que a intensidade da mesma foi avaliada somente em três estudos^{26,28,31}, dos quais dois obtiveram redução na intensidade no GE^{26,28}. Esse resultado também foi encontrado nos ECRs que avaliaram a aplicação da massagem^{7,27,30,33}. Vale destacar que com o uso da aromaterapia não houve redução da dor (Tabela1). Esses achados permitem salientar a importância da utilização do banho de imersão e da massagem como MNF de alívio da dor durante o trabalho de parto. No entanto, a intensidade e as características da dor, nesse período, são altamente individuais e subjetivas devido ao fato de algumas mulheres terem uma dor extrema e outras quase nenhuma, demonstrando que a assistência à mulher em trabalho de parto deve ser individualizada respeitando-se também essas diferenças^{7,8}.

O uso do banho de imersão na primeira e segunda fase do trabalho de parto foi avaliado por uma revisão sistemática, realizada em 2002, publicada na biblioteca Cochrane⁴⁸, que incluiu oito ECRs, sendo que os resultados do trabalho de parto quanto a redução na percepção materna sobre a dor foram similares aos dos estudos analisados na presente revisão. Destaca-se que a revisão Cochrane⁴⁸ já apontava uma lacuna de conhecimento sobre a relação entre os resultados maternos e neonatais e o tempo de início do banho de imersão, havendo

necessidade de uma melhor investigação sobre esses parâmetros. Transcorridos alguns anos, os estudos de Cluett et al.²⁶ e Silva et al.²⁸, conforme já discutido anteriormente, trazem novas contribuições sobre esses aspectos, apontando que uma dilatação mínima deve ser estipulada para que os benefícios desse MNF de alívio da dor sejam maiores do que os efeitos indesejáveis, no que se refere ao tempo de trabalho de parto e resultados neonatais.

Ao comparar os ECRs que avaliaram o banho e a massagem, observa-se que o número de sujeitos no segundo é consideravelmente menor (238), apesar de serem quatro estudos, e preocuparam-se mais em avaliar a satisfação materna e a intensidade da dor do que com os resultados obstétricos e neonatais.

A massagem, mostrou-se mais efetiva para o alívio da dor quando utilizada no início da fase latente⁷. Esse método reduz as reações comportamentais^{7,30}, o estresse³⁰ e ansiedade^{7,30} frente à dor, além disso permite a participação ativa do acompanhante, o que resulta em maiores níveis de satisfação para ambos. Esse aspecto foi destacado em um dos estudos³⁰ que avaliou a opinião do acompanhante sobre a aplicação da massagem, encontrando resultados significativamente positivos relacionados a percepção dos acompanhantes do GE acerca do progresso do trabalho de parto e nível de estresse da sua companheira. Cabe destacar que nos estudos analisados (todos) de certa forma, houve um treinamento/orientação durante o pré-natal ou trabalho de parto para os acompanhantes que participaram da sua aplicação.

Os resultados relacionados à redução da ansiedade e estresse, também foram apontados por Simkin & O'Hara⁴⁷, no qual destacaram que a massagem além de ser um método simples e eficiente, é apreciado por muitas mulheres durante o trabalho de parto. Por essas razões, merecem ser mais investigados por estudos controlados para que profissionais tenham mais subsídios para implementar esse método de forma adequada.

A aromaterapia foi o MNF de alívio da dor menos avaliado pelos ECRs. O único incluído nessa revisão apontou uma redução na admissão dos recém-nascidos, das parturientes que receberam essa intervenção, na UTIN, no entanto, não teve repercussões sobre os resultados maternos avaliados. Entre as participantes do estudo (múltiparas e nulíparas) as nulíparas se mostraram mais perceptivas ao método, o que pode ter influenciado a maior redução da dor nessas mulheres. Já a redução dos níveis de ansiedade e medo ocorreram independente da paridade.

Apesar de ser um método de fácil aplicação e baixo custo, é necessário que mais estudos sejam realizados, com delineamento

adequado, para examinar os seus efeitos no manejo da dor durante o trabalho de parto, conforme já apontado por Smith et al.³⁴, em sua revisão sistemática publicada no Cochrane.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados maternos e neonatais encontrados nos ECRs que avaliaram a massagem, o banho de imersão e aromaterapia durante o trabalho de parto fornecem subsídios para a utilização mais adequada de cada um deles no cuidado às parturientes durante a primeira fase do trabalho de parto. Destaca-se também a importância da participação das enfermeiras, independente de serem ou não especialistas em obstetrícia, além da inclusão do acompanhante de escolha da mulher, especialmente na aplicação da massagem. Os MNFs abordados nessa revisão, por serem considerados como tecnologia leve-dura não necessitam de aparato tecnológico para a sua utilização, porém para que possam ser eficazes, precisam de um protocolo de implementação para que os mesmos, não afetem negativamente os resultados intraparto e neonatais.

Cabe destacar que ao realizar a busca inicial nas bases de dados, encontrou-se com maior frequência ECRs que avaliaram MNFs de alívio da dor durante o trabalho de parto classificados como tecnologia dura de cuidado, tais como: estimulação elétrica transcutânea, bloqueio intradérmico com água estéril, hipnose e acupuntura. No entanto, são métodos que requerem treinamento e materiais ou equipamentos específicos para que possam ser utilizados nas maternidades brasileiras.

Dessa forma, a partir dos ECRs analisados, pode-se inferir que para cada método é necessário definir em que fase do período de dilatação, latente ou ativa, ele deve ser implementado. O banho de imersão apresenta mais benefícios quando utilizado na fase ativa, a partir dos 3cm de dilatação cervical, principalmente quando controlados conjuntamente o tempo de ruptura das membranas e permanência na água, pois todos esses parâmetros podem influenciar negativamente nos resultados neonatais e no tempo de trabalho de parto. Esse método mostrou-se eficiente na redução da dor, independente dos parâmetros citados anteriormente. No entanto, a sua aplicabilidade, no cenário de cuidado brasileiro não é uma realidade, uma vez que não há banheira instalada na maioria dos centros obstétricos. Dessa forma, a mudança na estrutura física deve ser encorajada, tendo em vista os resultados positivos apresentados. Entretanto, avaliar o banho de aspersão também torna-se importante, porque esse recurso está disponível com maior frequência.

A massagem é eficaz no alívio da ansiedade, do estresse e da dor. No entanto, seu efeito, em relação à dor, é significativamente maior na

fase latente, apesar de também reduzi-la na fase ativa. Assim como a massagem, a aromaterapia, apesar de ter sido menos avaliada, é um método que também reduz a ansiedade, além do medo, que podem influenciar positivamente nos resultados neonatais.

A partir desses achados, ressalta-se que os MNFs são eficazes no alívio da dor, mas seus benefícios vão além disso, quando reduzem os níveis de estresse e ansiedade da parturiente, assim como quando promovem maiores índices de satisfação. A redução desses níveis, principalmente o de estresse, é importante porque previne a hiperventilação e conseqüente alcalose respiratória reduzindo a liberação de catecolaminas o que contribui para uma melhor perfusão placentária e menores índices de acidose fetal⁶, com conseqüente resultados neonatais positivos. Portanto, o fato de um MNF não reduzir significativamente a dor não é razão para que não seja utilizado, uma vez que seus benefícios transcendem esse resultado.

Tendo em vista as características multidimensionais e individuais do fenômeno doloroso e suas conseqüências para a parturiente e feto, durante o trabalho de parto, torna-se evidente que nenhum método, farmacológico ou não farmacológico, é capaz de resolver sozinho tal processo. Mesmo os métodos farmacológicos, sendo considerados mais eficazes na redução da dor, não são capazes de gerar os benefícios que os MNF oferecem para as parturientes. Portanto, todas as variáveis envolvidas na experiência do nascimento devem ser levadas em conta na escolha dos métodos de alívio da dor a serem utilizados durante o trabalho de parto, já que o uso de medidas não farmacológicas exige da mulher um maior senso de controle sobre seu corpo e suas emoções, fatores que nem sempre estão presentes.

Considerando a individualidade de cada parturiente e sabendo que muitos sentimentos se exacerbam durante o trabalho de parto, além de conhecer os efeitos dos MNF, também é imprescindível que pesquisas sejam realizadas com o objetivo de conhecer as preferências das parturientes em relação ao tipo de método a ser utilizado. Conhecer e respeitar a opinião da mulher quanto ao cuidado prestado é uma das formas de humanizá-lo.

Os achados dessa revisão permitem apontar a necessidade de que os ECRs sobre o uso de MNF durante o trabalho de parto avaliem melhor algumas variáveis obstétricas, como a evolução do trabalho de parto e o uso de analgesia peridural, além de controlar aspectos associados à aplicação da intervenção que podem interferir nos resultados, tanto maternos quanto neonatais, e conseqüentemente na sua implementação na prática cotidiana.

REFERÊNCIAS

1. Lowe N. The nature of labor pain. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:16-24.
2. Costa B, Figueiredo A, Pacheco A, Pais A. Parto: expectativas, experiências, dor e satisfação. *Psic Saúde & Doenças* 2003; 4:47-67.
3. Davim RMB, Torres GV, Melo ES. Non-pharmacological strategies on pain relief during labor: pre-testing of an instrument. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007; 15:1150-56.
4. Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1996.
5. Simkin P, Bolding A. Update on non pharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *JMWH* 2004; 49:489-504.
6. Drummond JP. Dor aguda: fisiologia, clínica e terapêutica. São Paulo: Editora Atheneu; 2000.
7. Chang M, Wang S, Chen C. Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. *J Adv Nurs* 2002; 38:68 –73.
8. Melzack R, Kinch R, Dobkin P, Lebrun M, Taenzer P. Severity of labour pain: Influence of physical as well as psychologic variables. *CMAJ* 1984; 130:579-84.
9. Chuntharapata S, Petpichetchianb W, Hatthakitc U. Complementary therapies in yoga during pregnancy: effects on maternal comfort, labor pain and birth outcomes. *Complement Ther Clin Pract* 2008; 14:105–15.
10. Mclean M, Thompson D, Zhang HP, Brinsmead M, Smith R. Corticotrophin-releasing hormone and b-endorphin in labor. *Eur J Endocrinol* 1994; 131:167-72.
11. Mobily PR, Herr KA, Nicholson AC. Validation of cutaneous stimulation interventions for pain management. *Int J Nurs Stud* 1994; 31:533–44.
12. Ministério da Saúde. Avaliação de tecnologias em saúde: institucionalização das ações no Ministério da Saúde. *Rev Saúde Pública* 2006; 40:743-7.
13. Rock NL, Shipley TE, Campbell C. Hypnosis with untrained nonvolunteer patients in labor. *Int J Clin Exp Hypn* 1969; 18:25-36.
14. Buxton RSJ. Maternal respiration in labour. *Nurs Mirror* 1973; 137:22-5.
15. Merhy EE, Onocko R. Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.

16. World Health Organization. *Appropriate technology for birth*. Fortaleza: World Health Organization; 1985.
17. Taha M. *The effects of water on labour: a randomised controlled trial* [Thesis]. Rand Afrikaans: University South Africa; 2000.
18. Calvert I. *The evaluation of the use of herbal substances in the bath water of labouring women* [Thesis]. New Zealand, 2000.
19. Roberts J, Malasanos L, Mendez-Bauer C. Maternal positions in labor: analysis in relation to comfort and efficiency. *Birth* 1981; 17:97-128.
20. Roberts JE, Mendez-Bauer C, Wodell DA. The effects of maternal position on uterine contractility and efficiency. *Birth* 1983; 10:243-9.
21. Greenhalgh T. *Como ler artigos científicos: fundamentos da medicina baseada em evidências*. Porto Alegre: Editora Artmed; 2005.
22. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. Porto Alegre: Editora Artmed; 2008.
23. Schorn MNA, McAllister JLB, Blanco JDCD. Water immersion and the effect on labor. *J Nurse Midwifery* 1993; 38:336-42.
24. Rush J, Burlock S, Lambert K, Loosley-Millman M, Hutchison B, Enkin M. The effects of whirlpool baths in labor: a randomized controlled trial. *Birth* 1996; 23:136-43.
25. Ohlsson G, Buchhave P, Leanderssön U, Nordström L, Rydhström H, Sjölin I. Warm tub bathing during labor: maternal and neonatal effects. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80:311-4.
26. Cluett E, Pickering R, Getliffe K, Saunders N. Randomized controlled trial of labouring in water compared with standard of augmentation of dystocia in first stage of labour. *BMJ* 2004; 328:314-20.
27. Chang MY, Chen CH, Huang KF. A comparison of massage effects on labor pain using the McGill pain questionnaire. *J Nurs Resear* 2006; 14:191-6.
28. Da Silva FM, Oliveira SMJV, Nobre MRC. A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. *Midwifery* 2007; 25:286-94.
29. Eriksson M, Mattsson L, Ladfors L. Early or late bath during the first stage of labour: a randomised study of 200 women. *Midwifery* 1997; 13:146-8.
30. Field T, Hernandez-Reif M, Taylor S, Quintino O, Burman I. Labor pain is reduced by massage therapy. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1997; 18:286-91.
31. Eckert K, Turnbull D, MacLennan A. Immersion in water in the first

- stage of labor: a randomized controlled trial. *Birth* 2001; 28:84-93.
32. Burns E, Zobbi V, Panzeri D, Oskrochi R, Regaliab A. Aromatherapy in childbirth: a pilot randomized controlled trial. *BJOG* 2007; 114:838-44.
33. Kimber L, McNabb M, McCourt C, Haines A, Brocklehurst P. Massage or music for pain relief in labour: a pilot randomized placebo controlled trial. *Eur J Pain* 2008; 12:961-9.
34. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2006*. Oxford: Update Software.
35. Sammons LN. The use of music by women during childbirth. *J Nurse Midwifery* 1984; 29:266-70.
36. Cammu H, Clasen K, Wettere VL, Derde MP. To bathe or not to bathe during the first stage of labor. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73:468-72.
37. Melzack R, Belanger E, Lacroix R. Labor pain: effect of maternal position on front and back pain. *J Pain Symptom Manag* 1991; 6:476-80.
38. Molina F, Sola P, Lopez E, Pires C. Pain in the first stage of labor: relationship with the patient's position. *J Pain Symptom Manag* 1997; 13:98-103.
39. Almeida NAM, Sousa 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* 2005a; 13:52-8.
40. Almeida NAM, Silveira NA, Bachion MM, Sousa JT. Concentração plasmática do hormônio adenocorticotrófico de parturientes submetidas a método não-farmacológico de alívio da ansiedade e dor do parto. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2005b; 13:223-8.
41. Bagharpoosh M, Sangestani G, Goodarzi M. Effect of progressive muscle relaxation technique on pain relief during labor. *Acta Med Iranica* 2006; 44:187-90.
42. Browning C. Using music during childbirth. *Birth* 2000; 27:272- 6.
43. Silva FM, Oliveira SMJV, Nobre MRC. O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40:57-63.
44. Adachi K, Shimada M, Usui A. The relationship between the parturient's positions and perceptions of labor pain intensity. *Nurs Res* 2003; 52:47-51.
45. Grimes DA, Schulz KF. An overview of clinical research: the lay of

the land. *Lancet* 2002; 5:57-61.

46. Riesco MLG, Tsunehiro MA. Midwifery and nurse-midwifery: old problems or new possibilities? *Rev Estud Fem* 2002; 10:449-459.

47. Simkin P, O'Hara M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:131-59.

48. Cluett ER, Nikodem VC, McCandlish RE, Burns EE. Immersion in water in pregnancy, labour and birth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2007. Oxford: Update Software.

Tabela 1 - Características dos ensaios clínicos randomizados

Ensaio clínico	Ano	País	Sujeitos	Método	Quem aplicou	Periódico
Schorn et al. ²³	1993	EUA	93 primíparas e múltiparas	Banho de Imersão	<i>Midwife</i>	Journal of Nurse-Midwifery
Rush et al. ²⁴	1996	Canadá	785 primíparas e múltiparas	Banho de Imersão	<i>Midwife</i>	Birth
Eriksson et al. ²⁹	1997	Suécia	200 primíparas e múltiparas	Banho de Imersão	<i>Midwife</i>	Midwifery
Ohlsson et al. ²⁵	2001	Canadá	1.237 primíparas e múltiparas	Banho de Imersão	<i>Midwife</i>	Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica
Eckert et al. ³¹	2001	Austrália	274 primíparas e múltiparas	Banho de Imersão	<i>Midwife</i>	Birth
Cluett et al. ²⁶	2004	Inglaterra	99 primíparas	Banho de imersão	<i>Midwife</i>	British Medical Journal
Silva et al. ²⁸	2007	Brasil	108 primíparas	Banho de Imersão	Enfermeira obstétrica	Midwifery
Field et al. ³⁰	1997	EUA	28 múltiparas e primíparas	Massagem	<i>Midwife e acompanhante</i>	Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology
Chang et al. ⁷	2002	Taiwan	60 primíparas	Massagem	<i>Midwife e acompanhante</i>	Journal of Advanced Nursing
Chang et al. ²⁷	2006	Taiwan	60 primíparas	Massagem	<i>Midwife e acompanhante</i>	Journal of Nursing Research
Kimber et al. ³²	2008	Inglaterra	90 primíparas e múltiparas	Massagem	<i>Midwife e acompanhante</i>	European Journal Pain
Burns et al. ³²	2007	Itália	513 primíparas e múltiparas	Aromaterapia	<i>Midwife</i>	International Journal of Obstetrics and gynaecology

Tabela 2 – Características dos ensaios clínicos não incluídos

Ensaio clínico	Ano	País	Sujeitos	Método	Motivo da não inclusão	Periódico
Cammu et al. ³⁶	1991	Bélgica	110 primíparas	Banho de imersão	Não explicitou o calculo amostral	Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica
Silva et al. ⁴³	2006	Brasil	108 nulíparas;	Banho de imersão	Mesmos dados publicados por Silva et al ²	Revista da Escola de Enfermagem da USP
Sammons ³⁵	1984	Canadá	54 múltiparas e primíparas	Música	Não explicitou o calculo amostral. Não apresenta resultados clínicos	Journal of Nurse-Midwifery
Browning ⁴²	2000	Canadá	11 múltiparas e primíparas	Música	Avaliação qualitativa dos resultados	Journal of Advanced Nursing
Adachi et al. ⁴⁴	2003	Japão	58 múltiparas e primíparas	Mudança de posição	Aplicação da mesma intervenção em dois grupos de forma alternada	Nursing Research
Almeida et al. ³⁹	2005a	Brasil	36 primíparas; dilatação < 4cm;	Técnicas de respiração	Não explicitou o calculo amostral	Revista Latino Americana de Enfermagem
Almeida et al. ⁴⁰	2005b	Brasil	36 primíparas; dilatação < 4cm;	Técnicas de respiração	Não explicitou o calculo amostral	Revista Latino Americana de Enfermagem
Bagharpoosh et al. ⁴¹	2005	Iran	62 primíparas e múltiparas;	Massagem	Não explicitou o calculo amostral	Acta Médica Iranica
Molina et al. ³⁸	1997	Argentina	100 múltiparas e primíparas	Mudança de posição	Não explicitou o calculo amostral	J Pain Symptom Manage
Melzack et al. ³⁷	1991	Canadá	60 múltiparas e primíparas	Mudança de posição	Não explicitou o calculo amostral	J Pain Symptom Manage

4.2 ARTIGO 2 - APLICAÇÃO DE METODOS NÃO FARMACOLOGICOS DE ALIVIO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO: VISÃO DE PRIMIPARAS

Aplicação de métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto: visão de primíparas

Michele Ediane Gayeski, (Enfermeira Obstétrica)^{a*}, Odaléa Maria Brüggemann, Doutora em Tocoginecologia (Professor Assistente)^b

^aHospital Universitário, Rua Roberto Sampaio Gonzaga S/N, Trindade, Florianópolis, CEP 88040-970, Brasil

^bDepartamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil, Campus Universitário – Trindade. CEP 88040-970, Florianópolis, Brasil

* Correspondência do autor: e-mail: michelegayeski@hotmail.com (M.E Gayeski), odalea.ufsc@gmail.com (O.M. Brüggemann)

Resumo

Objetivo: verificar a aplicação dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto sob a ótica das primíparas.

Desenho: estudo quantitativo transversal.

Local: maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

Participantes: 188 primíparas, 57 submetidas a cesareana e 131 submetidas a parto normal, entrevistadas no dia da alta hospitalar, por meio de formulário padronizado.

Resultados: o método não farmacológico mais aplicado foi o apoio emocional do acompanhante (97.3%), seguido do banho de aspersão (91.5%), entretanto, o maior grau de satisfação foi com a focalização da atenção. Na avaliação do escore geral de satisfação com os métodos, as primíparas tiveram elevado grau de satisfação geral (88,3%). Foram observadas associações significativas entre esse escore e a mudança de posição ($p = 0.0340$; OR 3.29, IC95% 1.13-9.52) e a focalização da atenção

($p = 0.0326$; OR 2.61, IC95% 1.06-6.43). Houve associação significativa entre o escore geral de satisfação e o apoio emocional da enfermeira obstétrica ($p = 0.0096$; OR 3.78, IC95% 1.49-9.55), médico obstetra ($p = 0.0031$; OR 3.74, IC95% 1.5-9.33) e técnico de enfermagem ($p = 0.0303$; OR 4.56, IC95% 1.03-20.24). Quanto aos resultados obstétricos e expectativas sobre a dor, não houve associações significativas.

Conclusões: Na maternidade estudada praticamente todos os métodos não farmacológicos disponíveis estão sendo utilizados pelos membros da equipe de saúde e o acompanhante também está participando, porém os que geram maior grau de satisfação não são os mais aplicados.

Palavras-chave: Trabalho de parto; Dor do parto; Estudos transversais; Enfermagem Obstétrica

Introdução

A dor que a mulher sente durante o parto é muito variável, assim como as suas respostas frente a mesma. Por esse motivo o ambiente no qual ela dá a luz, o suporte que ela recebe dos profissionais e acompanhantes assim como os métodos usados para o alívio da dor são muito importantes, pois podem modificar as reações dela mediante esse processo (ENKIN et al., 2005).

Tanto na dor aguda quanto na de parto considera-se a existência de duas dimensões: sensorial e afetiva. No entanto, o foco principal na pesquisa e na prática clínica é quase sempre a transmissão física da mesma não se valorizando os componentes emocionais e afetivos. Isso acaba sempre refletindo em assistência farmacológica da dor durante o trabalho de parto por acreditar-se que somente fármacos podem evitá-la (Chapman e Nakamura, 1999).

A dor, durante o trabalho de parto, assim como os métodos para aliviá-la são as maiores preocupações das mulheres em idade fértil e tem consideráveis implicações para o curso, a qualidade e os resultados do cuidado intraparto (Caton, 2002).

Atualmente, em alguns hospitais brasileiros, as mulheres podem optar pelo uso de medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor. Ambos possuem vantagens, porém a principal diferença é que o uso dos métodos farmacológicos, apesar de obterem resultados evidentes, possuem efeitos colaterais adversos sobre a mãe, feto e recém-nascido, o que faz com que muitas mulheres prefiram evitá-los quando existem outras

possibilidades. Isso provavelmente ocorre devido à vontade de manter o controle pessoal durante o processo e participar de forma mais efetiva. Os métodos não farmacológicos podem ser úteis nos estágios iniciais do trabalho de parto antes que as opções farmacológicas sejam indicadas (Enkin et al., 2005).

Os estudos sobre a transmissão da dor e sua modulação possibilitaram achados importantes na sua compreensão permitindo o renascimento de condutas tradicionais e o surgimento de novas. Enkin et al. (2005) conceituam os MNFs para o alívio da dor como habilidades desenvolvidas com as mulheres para lidar com o estresse e a dor durante o trabalho de parto através de relaxamento físico e mental, várias formas de concentração e distração e padrões respiratórios controlados. O referido autor classifica os MNFs em três categorias: técnicas que reduzem os estímulos dolorosos como as mudanças de posição materna, deambulação e contrapressão; técnicas que ativam os receptores sensoriais periféricos como a aplicação de calor e frio superficiais, o banho de imersão, a massagem, a acupuntura, a acupressão, a estimulação elétrica transcutânea, a injeção intradérmica de água estéril e a aromaterapia e técnicas que estimulam vias inibidoras descendentes como é o caso da focalização da atenção, hipnose e musicoterapia.

Esses métodos também podem ser classificados segundo o grau de tecnologia empregado na sua utilização, segundo Merhy e Onocko (1997), ou seja: a tecnologia dura é representada pelo material concreto como equipamentos, mobiliário tipo permanente ou de consumo; já a tecnologia leve-dura está baseada em saberes estruturados, tanto dos profissionais da saúde como em relação a clínica e a epidemiologia, organizando sua atuação no processo de trabalho; e a tecnologia leve relaciona-se com o saber que as pessoas adquirem e se apropriam no modo de pensar e atuar sobre os casos de saúde, sendo produzida no próprio processo que envolve o encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário. Partindo dessa definição podemos classificar os MNFs usados para o alívio da dor durante o trabalho de parto como tecnologia dura e leve-dura de cuidado, uma vez que todos eles necessitam, pelo menos, de saberes estruturados para sua utilização já que podem interferir nos resultados maternos e neonatais.

Muitas mulheres apreciam essa simplicidade de alívio da dor durante o trabalho de parto porque através desse processo obtém um senso de controle, uma capacidade de lidar com sua dor e uma maior percepção do apoio de seus acompanhantes e cuidadores. A liberdade de circular, mudar de posição e poder realizar seus puxos de forma eficaz também são vistas

como pontos positivos destas técnicas (Simkin e O'Hara, 2002).

Enkin et al. (2005) elencam diversos métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, sendo eles: movimento e mudanças de posição maternas, contrapressão (aplicação de grande força contínua em um ponto da região lombar durante as contrações), calor e frio superficiais, imersão em água durante o trabalho de parto e parto, toque e massagem, acupuntura, acupressão (compressão ou massagem profunda nos pontos tradicionais da acupuntura), estimulação nervosa elétrica transcutânea (uma corrente elétrica de baixa voltagem é transmitida para a pele usando eletrodos de superfície), injeção intradérmica de água estéril (em quatro pontos na região lombar), aromaterapia, focalização da atenção e distração (atividades desenvolvidas para não pensar na dor), hipnose e audioanalgesia.

No Brasil, nem sempre essas opções são possíveis para as mulheres, uma vez que o modelo obstétrico começou a mudar nos anos 80 com o movimento de humanização da assistência ao parto e nascimento. Este reivindicava uma nova forma de atenção à parturiente baseado nas recomendações da Organização Mundial da Saúde e das evidências científicas, defendendo a diminuição de técnicas intervencionistas desnecessárias e um maior respeito aos direitos reprodutivos das mulheres (McCallum e Reis, 2006). No entanto, a aplicação de métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto só passou a ter visibilidade a partir de 1996, quando foi amplamente divulgado um guia prático sobre a assistência ao parto normal, que os classificou como práticas que deveriam ser usadas com cautela (Organização Mundial da Saúde, 1996). Esse fato estimulou a produção de conhecimento sobre o assunto, levando ao desenvolvimento de diversas pesquisas realizadas no sentido de fundamentar tal prática.

Compreendemos que no atual contexto da assistência obstétrica no Brasil, a aplicação dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor surge em conjunto com uma “nova” visão do processo de parturição, que busca reduzir o intervencionismo e promover uma vivência plena e satisfatória para a mulher e seu acompanhante durante todo esse processo. A implementação de práticas obstétricas, mesmo que as baseadas nas evidências científicas, requer sua avaliação sob a ótica da mulher.

Assim, a pesquisa teve como objetivo avaliar a aplicação dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto sob a ótica das primíparas, verificando quais os métodos são utilizados; quais os profissionais da equipe de saúde, acadêmicos e

acompanhantes que os aplicam e avaliar o grau de satisfação das primíparas com os métodos e em relação aos resultados obstétricos e expectativa sobre a dor.

Considera-se que esse conhecimento, a partir da avaliação de mulheres que vivenciam o processo do nascimento, poderá dar subsídios para promover a ampliação da utilização dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto e buscar estratégias para a participação da equipe de saúde e do acompanhante na sua efetivação.

Método

Tipo de estudo

Trata-se de um uma pesquisa quantitativa transversal.

Local e sujeitos do estudo

A pesquisa foi realizada de outubro de 2008 a setembro de 2009 na maternidade da Universidade Federal de Santa Catarina, localizada na cidade de Florianópolis, Brasil. A maternidade foi inaugurada em 1995 e conta com quatro leitos de pré-parto e um leito de observação no Centro Obstétrico, 22 leitos no Alojamento Conjunto e 16 leitos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal atendendo, em torno de 1.400 partos ao ano. Está inserida no Hospital Universitário, fundado em maio de 1980, considerado um hospital de médio porte, que presta atendimento de média a alta complexidade e atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (Santos e Siebert, 2001).

Na maternidade, o atendimento às mulheres e seus acompanhantes é baseado em uma filosofia assistencial com princípios de humanização e interdisciplinaridade, que contempla os aspectos biológicos, sociais e emocionais, assim como destaca a importância da família no processo de nascimento (Santos e Siebert, 2001). As práticas obstétricas implementadas no serviço, estão em congruência com as recomendações da Organização Mundial da Saúde para a assistência ao parto, entre elas, destaca-se a aplicação dos métodos não farmacológicos de alívio da dor. Apesar de dispor de um manual de rotinas (Universidade Federal de Santa Catarina, 2001), a maternidade não conta com um protocolo de uso desses métodos, não havendo uma descrição sobre como, quando e por quem podem ser aplicados.

No entanto, os métodos são descritos na prescrição de enfermagem para primeira fase do trabalho de parto, realizada pelas enfermeiras obstétricas que atuam no Centro Obstétrico. Através dessa prescrição, sabe-se que são oferecidos o banho de aspersão, técnicas de respiração,

massagens em região sacra e cervical, uso da bola obstétrica, uso do assento ativo auxiliar - “cavalinho” (Fanem, 2009), exercícios de movimentação dos quadris (bambolê e lateralização) e alternância de posições (genu-peitoral, cócoras e decúbito lateral esquerdo). Além desses, são também oferecidos a focalização da atenção e o apoio emocional. Assim, todos esses métodos, classificados como tecnologia leve-dura de cuidado (Merhy e Onocko, 1997), foram avaliados nesse estudo.

Os sujeitos do estudo foram puérperas primíparas. Os critérios de inclusão foram: idade gestacional \geq de 37 semanas no momento da internação; gestação única com apresentação cefálica; parto vaginal ou cesariana; trabalho de parto com duração \geq 4 horas e presença de acompanhante durante o trabalho de parto. Foram excluídas as múltíparas, as internadas para cesariana eletiva, as que apresentavam patologias obstétricas (pré-eclâmpsia, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, cardiopatia, diabetes gestacional), sofrimento fetal no início do trabalho de parto, que tiveram parto a fórceps e malformação ou óbito fetal.

Considerações sobre o cálculo amostral

A amostra foi do tipo estratificada proporcional e por conveniência. O cálculo amostral foi baseado no número de partos (vaginais e cesarianas) de primíparas ocorridos na maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina no ano de 2007, obtidos através da História Clínica Perinatal Base, instrumento desenvolvido pelo Centro Latino-Americano de Perinatologia, que totalizou 336 nascimentos, sendo que destes 61,1% foram partos vaginais, 36,7% foram cesarianas e 2,2% foram partos vaginais com fórceps.

Considerando que o número de partos registrados no programa do Centro Latino-Americano de Perinatologia, em 2007, foi de 1.213 e que pela estatística anual do Serviço de Enfermagem do Centro Obstétrico foi de 1.482 no mesmo ano, acrescentou-se 10% ao número de primíparas, estimando-se que aproximadamente 369 primíparas pariram via cesariana ou vaginal no referido ano.

Assim, para o tamanho da amostra, a satisfação das puérperas primíparas com a utilização dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor foi estimada em 50%, intervalo de confiança de 95% e erro máximo de 5%, o que resultou em um total de, no mínimo, 188 primíparas a serem entrevistadas, sendo que destas 30% (57) submetidas à cesariana e 70% (131) submetidas a parto vaginal.

A taxa de cesariana , utilizada como base para a estratificação da amostra, está baseada numa série histórica sobre a maternidade do Hospital Universitário, na qual entre 1996 à 2005 esse valor foi, em média de 30% (Brüggemann et al., 2009).

Para esse cálculo estatístico utilizou-se o programa computacional de ensino-aprendizagem de Estatística por meio da internet - SEstatNet (Nassar, 2008).

Considerações éticas

Todos os aspectos que envolvem a pesquisa estão de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina em 25 de agosto de 2008 processo nº 225/08 FR-209528. Todas as puérperas primíparas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Coleta dos Dados

Foram realizadas entrevistas, pelo próprio pesquisador, no dia da alta hospitalar. O registro foi realizado em formulário que contava com perguntas relacionadas aos dados sócio-demográficos e obstétricos das primíparas, ao tipo de método não farmacológico de alívio da dor aplicado, ao membro da equipe de saúde (enfermeira obstétrica, auxiliar/técnico de enfermagem, acadêmico de enfermagem, médico obstetra e acadêmico de medicina) e acompanhante (mãe, companheiro, irmã, pai do bebê e outros) que aplicou, e sobre a satisfação com essa prática. Os dados referentes ao trabalho de parto, parto e recém-nascido foram obtidos pelo pesquisador através do prontuário.

Para que as respostas das primíparas fossem as mais fidedignas possíveis, foram utilizadas algumas estratégias durante a coleta dos dados. Para os métodos não farmacológicos que elas poderiam ter dificuldade em reconhecer foi realizada uma explicação sobre ele, o que ocorreu especialmente com a focalização da atenção e o apoio emocional. As informações sobre a focalização da atenção foram baseadas em Enkin et al. (2005), que conceitua esse método como o desenvolvimento de atividades para não pensar na dor, através de concentração em estímulo visual, auditivo, tátil ou de outro tipo. Sobre o apoio emocional foram a partir de Hodnett et al. (2005) que o descreve como a presença de uma pessoa empática que oferece aconselhamento, informação, medidas de conforto, e outras formas tangíveis de assistência para ajudar a mulher a lidar com o

estresse do trabalho de parto.

Para a identificação de quem aplicou o método, questionou-se qual a pessoa foi referência para aplicação do mesmo.

Quanto à satisfação, as respostas foram obtidas a partir de uma seqüência de cinco símbolos com expressões faciais, mostrados à puérpera para que ela apontasse qual correspondia à forma como se sentiu com a utilização de cada método: muito insatisfeita, insatisfeita, indiferente, bem satisfeita, muito satisfeita.

Análise estatística

Os formulários preenchidos foram revisados, corrigidos, codificados e digitados no programa EPI INFO – versão 2005. Para análise estatística foi utilizado o programa SAS -versão 8.2.

As variáveis quantitativas foram avaliadas quanto a média e desvio-padrão, e as qualitativas pela frequência absoluta e relativa.

Para o cálculo do Odds Ratio e Intervalo de Confiança a 95% da variável satisfação da primípara, avaliada a partir de perguntas sobre como se sentiu (muito insatisfeita, insatisfeita, indiferente, bem satisfeita, muito satisfeita) com a aplicação dos diferentes métodos não farmacológicos para alívio da dor, durante o trabalho de parto, foi considerado como indicativo de satisfação as respostas bem satisfeita e muito satisfeita (Brown e Lumley, 1994). Foi calculado o escore geral de satisfação da primípara através de escala tipo Likert (Hulley et al., 2008).

Para avaliar a associação entre o escore geral de satisfação, a satisfação com cada método, os resultados obstétricos e a expectativa sobre a dor, foram calculados o Odds Ratio com Intervalo de Confiança a 95%, teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher, quando os valores esperados fossem inferiores a 5. O nível de significância assumido foi de 5%.

Foi realizada análise multivariada por regressão logística com critério de seleção stepwise para selecionar os principais fatores de risco. Para tanto, considerou-se como variável dependente a satisfação geral (bem satisfeita e muito satisfeita versus indiferente, insatisfeita e muito insatisfeita) e como variáveis independentes os métodos não farmacológicos aplicados, incluindo a apoio emocional, os dados obstétricos e a expectativa das primíparas sobre a dor.

Resultados

Do total de 188 primíparas que participaram do estudo, a média de idade era 23.3 anos (5.5DP), a maioria mantinha união estável (76.2%),

cursou até o ensino médio completo (54.5%), era do lar (57.7%), realizou seis ou mais consultas de pré-natal (70.9%) e não participou de grupo de gestantes (68.8%).

Com relação aos dados do trabalho de parto, a média foi de 16.9 horas (DP = 12.1) e a mediana 12.5, a maioria das mulheres não utilizou analgesia peridural (84.1%) e fármacos (78.8%) para alívio da dor, não apresentou alterações dos batimentos cardíacos fetais (90.5%) e presença de mecônio no líquido amniótico (90.9%) e fez uso de ocitocina (61.4%). Quanto ao tipo de parto, considerando que a amostra foi estratificada, 30.2% foi cesárea e 69.8% foi normal, sendo que a maioria foi na posição vertical (66.1%).

Quanto aos métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto, os mais utilizados foram o apoio emocional pelo acompanhante (97.3%) e o banho de aspersão (91.5%), seguidos das técnicas de respiração e mudança de posição (87.8%), bola obstétrica (79.8%), apoio emocional da enfermeira obstétrica (78.7%), focalização da atenção (69.7%) e massagem manual (55.9%). Entre os métodos menos aplicados, destacam-se a música (10.6%), a massagem com a aparelho (20.7%) e o “cavalinho” (29.8%) (Tabela 1).

No que se refere aos membros da equipe de saúde que aplicaram os métodos, as primíparas identificaram que a maioria deles foi aplicado pela enfermeira obstétrica, destacando-se o banho de aspersão (47.3%), a mudança de posição (38.8%), a bola obstétrica (36.2%) e as técnicas de respiração (34.6%). A participação dos médicos foi maior na aplicação de técnicas de respiração (28.1%) e mudança de posição (21.3%). Entre os profissionais da equipe de saúde os auxiliares/técnicos de enfermagem foram os menos identificados pelas primíparas, sendo os maiores percentuais no banho (9.1%) e bola obstétrica (6.9%). Os acadêmicos tanto de enfermagem quanto de medicina foram reconhecidos por uma pequena parcela delas. Os de enfermagem atuaram mais no banho de aspersão (2.6%) e nas técnicas de respiração (2.6%) e os de medicina nas técnicas de respiração (2.1%) e mudança de posição (2.1%). Os acompanhantes participaram na aplicação de praticamente todos os métodos, principalmente na massagem manual (31.9%) e na focalização da atenção (25%). Muitas primíparas não identificaram quem aplicou os métodos, especialmente o banho (21.3%), a bola obstétrica (18.6%) e a mudança de posição (17.6%) (Tabela 2).

A avaliação do escore geral de satisfação, com a aplicação dos métodos não farmacológicos, por meio da escala Likert, aponta que as

primíparas tiveram um alto grau de satisfação geral (88.3%) e apenas uma pequena parcela ficou insatisfeita (11.7%). Em relação a cada método, a satisfação das primíparas foi maior com a focalização da atenção (77.9%), com o banho de aspersão (76.9%) e a bola obstétrica (60.3%). Apesar do grau satisfação também ter ocorrido em relação a cada método em si, é interessante notar que na satisfação com um deles, o grau de insatisfação é muito maior do que na satisfação geral (Tabela 3).

Foram observadas associações significativas entre o escore satisfação geral das primíparas com a mudança de posição ($p = 0.0340$; OR 3.29, IC95% 1.13-9.52) e focalização da atenção ($p = 0.0326$; OR 2.61, IC95% 1.06-6.43) (Tabela 4).

Na Tabela 5 observa-se que os resultados do escore geral de satisfação em relação a ter recebido apoio emocional durante o trabalho de parto, mostraram um alto grau de satisfação com o apoio emocional recebido pelo acompanhante de escolha da mulher (98.2%), e dentre os membros da equipe de saúde os maiores percentuais foram em relação a participação da enfermeira obstétrica (81.9%) e do médico obstetra (72.1%). Dentre a atuação do diversos membros da equipe de saúde, foram encontradas associações significativas entre o escore geral de satisfação com os métodos e o apoio emocional da enfermeira ($p = 0.0096$; OR 3.78, IC95% 1.49-9.55), do médico ($p = 0.0031$; OR 3.74, IC95% 1.5-9.33) e do auxiliar/técnico de enfermagem ($p = 0.0303$; OR 4.56, IC95% 1.03-20.24).

Com relação aos resultados obstétricos e expectativas em relação a dor, não houve associações significativas entre o escore geral de satisfação com a aplicação dos métodos não farmacológicos de alívio da dor (Tabela 6).

Na análise multivariada por regressão logística (OR múltiplo), considerando as variáveis independentes todos os métodos não farmacológicos (Tabela 1), o apoio emocional (Tabela 5), os resultados obstétricos do trabalho de parto e expectativas sobre a dor (Tabela6), as que realmente apresentaram associação significativa com a satisfação geral das primíparas foram a mudança de posição (OR 3.21; IC 95% 1.02-10.10), o apoio emocional da enfermeira obstétrica (OR 3.82; IC 95% 1.43-10.20) e o apoio emocional do médico (OR 3.82; IC 95% 1.30- 8.70).

Discussão

De uma maneira geral, todos os métodos não farmacológicos disponíveis na maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, estão sendo utilizados, fato que pode ser

decorrente da própria filosofia assistencial implementada desde a sua ativação baseada nas recomendações da Organização Mundial da Saúde.

O método não farmacológico mais utilizado, segundo a ótica das primíparas, foi o apoio do acompanhante (Tabela 1). O apoio contínuo é uma prática comprovadamente benéfica durante o trabalho de parto, uma vez que reduz as intervenções como analgesia peridural, cesariana e parto instrumental e aumenta a satisfação com a experiência do nascimento (Hodnett et al., 2005). Ensaio clínico randomizado, mostrou que o apoio, por acompanhante de escolha da mulher, é forte preditor de satisfação global com a experiência do trabalho de parto e parto (Brüggemann et al., 2007).

Destaca-se que o segundo mais utilizado foi o banho de aspersão (Tabela 1). Apesar desse método não ter sido avaliado em estudos controlados randomizados, portanto, não há evidências científicas disponíveis sobre a sua eficácia, Ochiai e Gualda (2000) em estudo quantitativo descritivo, constatou que a maioria das parturientes estava disposta a receber outros banhos, apesar de não haver alívio da dor, sendo a provável explicação para isso o fato de o banho trazer conforto.

A primeira publicação científica sobre o uso da água durante o trabalho de parto foi publicada em 1973, na França, na qual foram relatados os primeiros cem (100) nascimentos, na água. (Odent, 1983). Após a década de 90 quando a Organização Mundial da Saúde incluiu o banho como sendo um método não farmacológico para ser utilizado durante o trabalho de parto, houve um aumento no interesse em gerar evidências suficientes para apoiar a sua prática. Nas últimas duas décadas, os ensaios clínicos randomizados têm avaliado o banho de imersão (Rush et al., 1996; Eriksson et al., 1997; Ohlsson et al., 2001; Cluett et al., 2004; Silva et al., 2007) os quais apontam vários benefícios como maiores índices de satisfação com a experiência de parto e alívio da dor, desde que algumas variáveis, como o início do uso do método em uma dilatação mínima de 3 cm fosse respeitada.

Apesar do banho de aspersão ter sido um dos métodos não farmacológicos mais aplicados, seguido das técnicas de respiração e mudanças de posição (Tabela 1), e ter gerado um elevado grau de satisfação, a focalização da atenção foi o método que gerou mais satisfação nas primíparas, embora com pequena diferença percentual, seguido da bola obstétrica (Tabela 3). Cabe destacar que dos métodos mais aplicados somente o banho encontra-se entre os que deixam as mulheres mais satisfeitas. Por outro lado, a focalização da atenção e a bola obstétrica,

mesmo não sendo os mais utilizados, foram também os preferidos pelas parturientes deste estudo (Tabela 2 e 3).

A satisfação é uma variável que não foi avaliada nos ensaios clínicos sobre o banho de imersão analisados na revisão Cochrane, atualizada em 2002 sobre banho de imersão (Cluett et al., 2007). Porém, em 2004, o mesmo autor (Cluett et al., 2004) preocupou-se em avaliar a satisfação com o banho de imersão, sendo que as nulíparas do grupo experimental ficaram mais satisfeitas com a experiência do nascimento do que as do controle, embora sem significância estatística.

Entre todos métodos avaliados, a mudança de posição e a focalização da atenção, embora não tenham sido os mais aplicados, foram os únicos que tiveram associação estatisticamente significativa com o escore de satisfação geral das primíparas (Tabela 4), embora, quando avaliados isoladamente o grau de satisfação é menor (Tabela 3). Apesar da mudança de posição ter sido estudada em dois ensaios clínicos randomizados (Molina et al., 1997; Adachi e Usui, 2003) nenhum deles avaliou a satisfação da mulher em relação a essa técnica. No entanto, o de Adachi et al. (2003) os escores de dor mostraram-se significativamente menores na posição vertical.

Interessante observar que a focalização da atenção ou distração, são atividades desenvolvidas pelos cuidadores para auxiliar a parturiente a não pensar na dor através de condicionamento verbal (Enkin et al., 2005; Abushaikha e Oweis, 2005), sendo um método simples, que pode contribuir para a quebra do ciclo tensão-medo-dor. Apesar de não ser, muitas vezes, reconhecido e valorizado pelos profissionais como um método não farmacológico, inclusive não constando da prescrição de enfermagem na instituição estudada, as primíparas identificaram que ele é realizado com maior frequência pelos acompanhantes, mas todos os membros da equipe de saúde foram citados como referência para esse método, pelo menos uma vez, destacando-se a atuação da enfermeira obstétrica e do médico obstetra em relação a essa aplicação (Tabela 2).

Tanto a focalização da atenção quanto o uso da bola obstétrica, métodos com elevado grau de satisfação nesse estudo, não foram avaliados nas últimas revisões sistemáticas sobre métodos não farmacológicos de alívio da dor (Smith et al., 2006; Cluett et al., 2007; Simkin e O'Hara, 2002; Simkin e Bolding, 2004), o que pode corroborar com a dificuldade encontrada em localizar estudos publicados sobre esses métodos.

Em relação ao membro da equipe de saúde que aplicou os métodos, embora, de uma maneira geral, as enfermeiras obstétricas tenham se destacado na maioria deles, os médicos obstetras, também se envolveram na

aplicação de todos. Em outro estudo, com abordagem qualitativa, realizado em uma maternidade brasileira, aponta a dificuldade na aplicação de recursos alternativos durante o trabalho de parto como a bola obstétrica, massagem e banho de chuveiro porque são consideradas como pouco científicos e inapropriados pelos médicos, mas que ao perceberem o benefício dos mesmos, mudam de opinião (Dias e Domingues, 2005).

Esse achado também é relevante ao considerarmos que a maioria dos ensaios clínicos randomizados, publicados nas últimas décadas, sobre os métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto foram realizados e aplicados por enfermeiras obstétricas ou *midwives* (Schorn et al., 1993; Rush et al., 1996; Field et al., 1997; Chang et al., 2006; Cluett et al., 2004, Silva et al., 2007). No que diz respeito aos técnicos de enfermagem, acadêmicos de enfermagem e de medicina, somente uma pequena parcela foi apontada pelas mulheres como referência na aplicação dos métodos. No entanto, um elevado número de primíparas não soube identificar qual membro da equipe de saúde aplicou o método, o que pode ser decorrente da falta de valorização, por parte de alguns deles, em se identificar antes de prestar assistência (Tabela 2).

Interessante destacar que tanto os acadêmicos de enfermagem quanto os de medicina se envolveram mais na aplicação dos métodos que coincidentemente foram os mais aplicados também pelas enfermeiras obstétricas (banho de aspersão) e médicos obstetras (técnicas de respiração), o que demonstra que prestando-se assistência se ensina, primeiro princípio da filosofia assistencial da maternidade na qual o estudo foi realizado (Santos e Siebert, 2001) (Tabela 2).

A participação do acompanhante, que não recebeu treinamento, na aplicação da massagem manual foi marcante (Tabela 4), embora esse método não tenha gerado elevado grau de satisfação nas primíparas, pode ter contribuído para a satisfação de 98.2% delas com o apoio emocional recebido do acompanhante (Tabela 5), uma vez que propicia a aproximação, envolvimento e empatia, elementos fundamentais do apoio (Hodnett, 2005). Vários ensaios clínicos randomizados têm incluído o acompanhante na aplicação da massagem (Field et al., 1997; Chang et al., 2002; Chang et al., 2006; Kimber et al., 2008), sendo que em um deles, no qual o acompanhante era treinado, durante o trabalho de parto, as mulheres do grupo experimental apresentaram menor humor depressivo e dor ($p < 0.005$), nível de stress e ansiedade ($p < 0.001$) (Field et al., 1997). Esses achados sugerem que um treinamento pré-natal e um acompanhamento na aplicação podem gerar mais satisfação.

Esse resultado, em relação ao apoio emocional prestado pelo acompanhante, é congruente com estudo de Brüggemann et al. (2007), no qual encontrou forte associação entre o apoio do acompanhante e a satisfação global com a experiência do trabalho de parto.

No presente estudo, observou-se que entre os membros da equipe de saúde, identificados pelas primíparas, houve associação estatisticamente significativa do apoio emocional durante o trabalho de parto prestado pela enfermeira obstétrica, médico obstetra e auxiliar/técnico de enfermagem na satisfação geral com os métodos (Tabela 5). Assim, pode-se inferir que a chance da parturiente ficar satisfeita com os métodos não farmacológicos de alívio da dor está associada com a participação desses profissionais naqueles que envolvem uma presença genuína e atitude empática, como foi percebido também com a focalização da atenção (Tabela 4). Davim et al. (2009) apontam sobre a importância dessa consciência sobre o comportamento verbal e não-verbal dos membros da equipe de saúde que estão prestando assistência, tamanha é a influência desses fatores no contexto em que a parturiente está inserida. Isso ocorre porque o comportamento dos profissionais frente à dor da parturiente interfere diretamente nessa relação profissional-usuária. Esses aspectos são valorizados pelas parturientes, que muitas vezes buscam estabelecer interação com todos os membros da equipe obstétrica, procurando apoio e segurança (Caron e Silva, 2002).

Esses achados podem ser decorrentes do próprio contexto assistencial no qual a pesquisa foi desenvolvida, ou seja, uma maternidade que possui princípios de humanização e procura incorporar as recomendações da Organização Mundial da Saúde para a assistência ao parto e que pode estar consolidando um modelo de assistência que torna o profissional menos intervencionista. Assim, surpreendentemente, o médico, considerado um profissional intervencionista e mais preocupado em eliminar a dor física do que o sofrimento e que possui uma formação voltada principalmente para as complicações da gestação e do parto com uso intensivo de tecnologia (Lowe, 2002; Riesco e Tsunehiro, 2002), foi identificado pelas primíparas como tendo aplicado todos os métodos, incluindo o apoio emocional (Tabela 2), embora em pequena porcentagem em alguns deles. No nosso país, como um todo, o modelo atual em vigor é predominantemente biologicista e rompê-lo é considerado um processo lento que exige mudanças comportamentais dos profissionais de saúde ao longo dos anos, porém os resultados do estudo demonstraram que esse caminho já está sendo percorrido pela equipe médica (Silva et al., 2004).

De maneira geral, pode-se inferir que o apoio emocional é uma prática que pode ser incorporada no cotidiano do centro obstétrico, embora Lindow et al. (1998) refira que existam dificuldades na implementação da mesma, intraparto, uma vez que o ambiente é agitado e não propício.

Importante destacar que os resultados obstétricos, assim como a expectativa das primíparas sobre a dor não influenciaram na satisfação geral das mesmas com a aplicação dos métodos não farmacológicos, ou seja, mesmo que submetidas a intervenções como uso de ocitocina e misoprostol, e com tempo de trabalho de parto maior do que 8 horas. Ressalta-se que também não foram encontradas associações significativas com o uso de analgesia peridural e fármacos para o alívio da dor com a satisfação das primíparas. Esses achados são controversos, uma vez que ensaios clínicos randomizados tanto encontram associação entre a redução do uso de analgesia peridural e ocitocina e o elevado grau de satisfação (Cluett et al., 2004) como não (Kimber et al., 2008). Assim, pode-se inferir que o grau de satisfação independe das intervenções quando os métodos não farmacológicos são aplicados.

Conclusão

Os resultados desse estudo mostram que na maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, de maneira geral, todos os métodos não farmacológicos disponíveis estão sendo aplicados pelos membros da equipe de saúde, porém aqueles que geram maior grau de satisfação não são os mais aplicados. O apoio do acompanhante destaca-se como o método não farmacológico mais utilizado, seguido do banho de aspersão. A enfermeira obstétrica é o profissional que mais atua na aplicação dos métodos e o acompanhante participa de quase todos. A satisfação das primíparas, quando avaliada isoladamente para cada método, é maior com a focalização da atenção e o banho de aspersão. No entanto, focalização da atenção e a mudança de posição estão estatisticamente associados com o escore de satisfação geral das primíparas com os métodos.

Com base nos resultados da regressão logística, constata-se que o apoio emocional da enfermeira obstétrica e do médico obstetra e a mudança de posição são os que mais estão associados com a satisfação geral das primíparas com os métodos. Esses são de fácil aplicação e possíveis de implementar em qualquer cenário de cuidado obstétrico, independente da estrutura física e dos recursos materiais.

Referências

Abushaikha, L., Oweis, A., 2005. Labour pain experience and intensity: a Jordain perspective. *International Journal of Nursing Practice* 11, 33-38.

Adachi, K., Shimada, M., Usui, A., 2003. The relationship between the parturient's positions and perceptions of labor pain intensity. *Nursing Research* 52, 47-51.

Assento Ativo auxiliar. Fanem. 2009. Referencia 400.120.600. [online] [accessed on 2009 Out 23]. Available at: <http://www.fanem.com.br/BR/produtoscategoria.php?linha=1& categoria =70&PHPSESSID=6797f50228a9dbbc4cbc1e84435b457a>

Brown, S., Lumley, J., 1994. Satisfaction with care in labor and birth: a survey of 790 Australian women. *Birth* 21, 4-13.

Bruggemann, O. M., Parpinelli, M.A., Osis, M.J.D., Cecatti, J.G., Neto, A.S.C., 2007. Support to woman by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial. *Reproductive Health Journal* 4, 1-7.

Brüggemann, O.M., Knobel, R., Siebert, E.R.S., Boing, A.F., Andrezzo, H.F.A.A, 2009. Vertical-position births at a University Hospital: a time-series study, 1996 to 2005. *Brazilian Journal of Mother and Child Health* 9, 189-196.

Caron, O.A.F., Silva I.A., 2002. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. *Revista Latino Americana de Enfermagem* 10, 485-492.

Caton, D., 2002. The nature and management of labor pain: executive summary. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 186, 1-15.

Chang, M., Wang, S., Chen, C., 2002. Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing* 38, 68 –73.

Chang, M.Y., Chen, C.H., Huang, K.F., 2006. A comparasion os massage effects on labor pain using the McGill pain questionnaire. *Journal of Nursing Research* 14, 191-6.

Chapman, C. R., Nakamura, Y., 1999. A passion of the soul: an introduction to pain for consciousness researchers. *Conscious Cogn* 8, 7-14.

Cluett, E.R., Pickering, R.M., Getliffe, K., James, N.S.G.S., 2004. Randomised controlled trial of labouring in water compared with standard of augmentation for management of dystocia in first stage of labour. *British Medical Journal* 328, 314-320.

Cluett, E.R., Nikodem, V.C., McCandlish, R.E., Burns, E.E., 2007. Immersion in water in pregnancy, labour and birth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2007. Update Software, Oxford.

Davim, R.M.B., Torres, G.V., Dantas, J.C., 2009. Efetividade de Estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo* 43, 438-445.

Dias, M. A. B., Domingues, R.M.S.M. , 2005. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciência & Saúde Coletiva* 10, 669-705.

Eckert, K., Tumbull, D., MacLennan, A., 2001. Immersion in water in the first stage of labour: a randomized controlled trial. *Birth* 728, 84-93.

Enkin, M., Keirse, M.J.N.C., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., 2005. Guia para a atenção efetiva na gravidez e no parto. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Eriksson, M., Mattsson, L.-A., Ladfors, L., 1997. Early or late bath during the first stage of labour: a randomized study of 200 women. *Midwifery* 13, 146-148.

Field, T., Hernandez-Reif, M., Taylor, S., Quintino, O., Burman, I., 1997. Labor pain is reduced by massage therapy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 18, 286-91.

Hodnett, E.D., 2005. Continuous support for women during Childbirth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2005. Update Software, Oxford.

Hulley, S. B., Cummings, S.R., Browner, W.S., Grady, D.G., Newman, T.B., 2008. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. Porto Alegre: Artmed.

Kimber, L., McNabb, M., McCourt, C., Haines, A., Brocklehurst, P., 2008. Massage or music for pain relief in labour: a pilot randomized placebo

controlled trial. *European Journal of Pain* 12, 961-9.

Lindow, S.W., Hendricksa, M.S., Thompsonb, J.W, Van der Spuya, Z.M., 1998. The effect of emotional support on maternal oxytocin levels in labouring women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 79, 127–129.

Lowe, N., 2002. The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 186, 16-24.

Mccallum, C., Reis, A., 2006. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 22, 1483-1491.

Ministério da Saúde, 2006. Avaliação de tecnologias em saúde: institucionalização das ações no Ministério da Saúde. *Revista de Saúde Pública* 40, 743-7.

Molina, F., Sola, P., Lopez, E., Pires, C., 1997. Pain in the first stage of labor: relationship with the patient's position. *The Journal of Pain and Symptom Management* 13, 98-103.

Nassar, S.M., 2008. SEstatNet - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. Florianópolis - SC, Brasil. Disponível em: <<http://www.sestat.net>>.

Ochiai, A. M., Gualda, D.M..S., 2000. O banho de chuveiro como medido de alívio da dor no trabalho de parto. In: *International Conference on the Humanization of Childbirth*; Fortaleza, Brasil, 75p.

Odent M., 1983. Birth under water. *Lancet* 2, 1476 –7.

Ohlsson, G., Buchhave, P., Leandersson, U., Nordstrom, L., Rydhstrom, Sjolín, I., 2001. Warm tub bathing during labour: maternal and neonatal effects. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 80, 311-314.

Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1996.

Riesco, M.L.G., Tsunechiro, M.A., 2002. Midwifery and nurse-midwifery: old problems or new possibilities? *Revista Estudos Feministas* 10, 449-459.

Rush, J., Burlock, S., Lambert, K., Loosley-Millman, M., Hutchison, B., Enkin, M., 1996. The effects of whirlpool baths in labor: a randomized controlled trial. *Birth* 23, 136-43.

Santos, O.M.B., Siebert E.R.C., 2001. The humanization of birth experience at the University of Santa Catarina maternity hospital. *International Journal of Gynecology & Obstetrics (Supl.)* 75, S73-S79.

Schorn, M.N., McAllister, J.L., Blanco, J.D., 1993. Water immersion and the effect on labour. *Journal of Nurse Midwifery* 38, 336-342.

Silva, R.M, Gurgel, A.H., Moura, E.R.F., 2004. Ética no processo ensino aprendizagem em enfermagem obstétrica. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo* 38, 28-36.

Silva, F.M., Oliveira, S.M.J.V., Nobre, M.R.C., 2007. A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. *Midwifery* 25, 286-94.

Simkim, P.P., O'Hara, M., 2002. Nonpharmacologic relief of pain during labour: systematic reviews of five methods. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 186 (Suppl), 131-159.

Simkin P., Bolding, A., 2004. Update on non pharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health* 49, 489-504.

Smith C.A., Collins, C.T., Cyna, A.M., Crowther, C.A., 2006. Complementary and alternative therapies for pain management in labour (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2006. Update Software, Oxford,*

Universidade Federal de Santa Catarina, 2001. Manual de rotinas dos serviços da maternidade e ambulatório. Florianópolis, 189 p.

Tabela 1 - Métodos não farmacológicos utilizados no trabalho de parto.

Métodos	n	%
Apoio do acompanhante		
Sim	183	97.3
Não	5	2.7
Banho de aspersão		
Sim	172	91.5
Não	16	8.5
Técnicas de respiração		
Sim	165	87.8
Não	23	12.2
Mudança de posição		
Sim	165	87.8
Não	23	12.2
Bola obstétrica		
Sim	150	79.8
Não	38	20.2
Apoio da enfermeira obstétrica		
Sim	148	78.7
Não	40	21.3
Focalização da atenção		
Sim	131	69.7
Não	57	30.3
Apoio do médico obstetra		
Sim	128	68.1
Não	60	39.1
Massagem manual		
Sim	105	55.9
Não	83	44.1
Cavalinho		
Sim	56	29.8
Não	132	70.2
Apoio do técnico de enfermagem		
Sim	54	28.7
Não	134	71.3
Massagem com aparelho		
Sim	39	20.7
Não	149	79.3
Música		
Sim	20	10.6
Não	168	89.4
Apoio do acadêmico enfermagem		
Sim	37	19.1
Não	152	80.9
Apoio do acadêmico medicina		
Sim	36	19.1
Não	152	80.9

Tabela 2 - Membro da equipe de saúde e acompanhante que aplicou o método não farmacológico.

Método	Membro da equipe de saúde e acompanhante							
	EO n(%)	A/TE n(%)	MO n(%)	AE n(%)	AM n(%)	A n(%)	NS n(%)	NR n(%)
Banho de aspersão	89(47.3)	17(9.1)	16(8.5)	5(2.6)	3 (1.6)	2 (1.1)	40(21.3)	16(8.5)
Massagem com aparelho	4(2.1)	—	1(0.5)	2(1.1)	—	32(17)	—	149(79.3)
Massagem manual	26(13.9)	5(2.7)	7(3.7)	2(1.1)	—	60(31.9)	4(2.1)	84 (44.6)
Técnicas de respiração	65(34.6)	6(3.2)	53(28.1)	5 (2.7)	4 (2.1)	11(5.9)	20(10.6)	24 (12.8)
Mudança de posição	73(38.8)	7(3.7)	40(21.3)	2(1.1)	4(2.1)	5(2.6)	33 (17.6)	24(12.8)
Bola obstétrica	68(36.2)	13(6.9)	22(11.7)	3(1.6)	1(0.5)	8(4.3)	35(18.6)	38(20.2)
Cavalinho	17(9)	2(1.1)	7(3.7)	—	—	10(5.3)	20(10.6)	132(70.3)
Música	7(3.7)	—	2(1.1)	2(1.1)	—	—	8(4.3)	169(89.9)
Focalização da atenção	33(17.6)	4(2.1)	33(17.6)	4(2.1)	2(1.1)	47(25.0)	7(3.7)	58(30.8)

EO = Enfermeira Obstétrica, A/TE = Auxiliar ou Técnico de Enfermagem, MO = Médico Obstetra, AE = Acadêmico de Enfermagem, AM = Acadêmico de Medicina, A = Acompanhante (Companheiro/pai do bebê, mãe, irmã e outros), NS = Não Sabe, NR = Não Recebeu.

Tabela 3 - Avaliação do grau de satisfação das mulheres com cada método não farmacológico recebido

Método	Satisfação			
	Satisfeita		Insatisfeita	
	n	%	n	%
Focalização da atenção	102	77.9	29	22.1
Banho de aspersão	133	76.9	40	23.1
Bola obstétrica	91	60.3	60	39.7
Técnicas de respiração	96	58.2	69	41.8
Massagem manual	61	58.1	44	41.9
Mudança de Posição	95	57.9	69	42.0
Música	10	50.0	10	50.0
Massagem com aparelho	16	41.0	23	59.0
Cavalinho	19	33.9	37	66.1

Tabela 4 - Avaliação do escore geral de satisfação em relação a cada método não farmacológico.

Método	Satisfação geral				OR (IC a 95%)	p valor
	Satisfeita		Insatisfeita			
	n	%	n	%		
Banho de aspersão						
Sim	152	91.6	20	90.9	1.09(0.23-5.23)	1.0000
Não	14	8.4	2	9.1		
Massagem com aparelho						
Sim	33	19.9	6	27.3	0.66(0.24-1.82)	0.4100
Não	133	80.1	16	72.7		
Massagem manual						
Sim	97	58.4	8	36.4	2.46(0.98-6.18)	0.0501*
Não	69	41.6	14	63.6		
Técnicas de respiração						
Sim	148	89.2	17	77.3	2.42(0.80-7.34)	0.1564
Não	18	10.8	5	22.7		
Mudança de Posição						
Sim	149	89.8	16	72.7	3.29(1.13-9.52)	0.0340
Não	17	10.2	6	27.3		
Bola obstétrica						
Sim	134	80.7	16	72.7	1.57(0.57-4.33)	0.3998
Não	32	19.3	6	27.3		
Cavalinho						
Sim	51	30.7	5	22.7	1.51(0.53-4.13)	0.4410*
Não	115	69.3	17	77.3		
Música						
Sim	20	12.0	--	--	6.30(0.37-07.81)	0.1364
Não	146	88.0	22	100		
Focalização da atenção						
Sim	120	72.3	11	50	2.61(1.06-6.43)	0.0326*
Não	46	27.7	11	50		

Teste exato de Fisher, *Teste qui-quadrado

Tabela 5 - Avaliação do escore geral de satisfação com apoio emocional de cada membro da equipe de saúde e acompanhante

Apoio emocional	Satisfação geral				OR (IC a 95%)	p valor*
	Satisfeita		Insatisfeita			
	n	%	n	%		
Acompanhante						
Sim	163	98.2	20	90.9	5.43(0.86-34.50)	0.1053
Não	3	1.8	2	9.1		
Enfermeira					3.78(1.49-9.55)	0.0096
Sim	136	81.9	12	54.5		
Não	30	18.1	10	45.5		
Médico					3.74(1.50-9.33)	0.0031*
Sim	119	72.1	9	40.9		
Não	46	27.9	13	59.1		
Técnico em enfermagem					4.56(1.03-20.24)	0.0303*
Sim	52	31.3	2	9.1		
Não	114	68.7	20	90.9		
Acadêmico de enfermagem					1.12(0.35-3.52)	1.0000
Sim	33	19.9	4	18.2		
Não	133	80.1	18	81.8		
Acadêmico de medicina					0.59(0.21-1.63)	0.3845
Sim	30	18.1	6	27.3		
Não	136	81.9	16	72.7		

Teste exato de Fisher, *Teste qui-quadrado

Tabela 6 - Resultados obstétricos e expectativa das primíparas sobre a dor, segundo grau de satisfação geral com os métodos.

	Satisfação geral				OR (IC a 95%)	p valor*
	Satisfeita		Insatisfeita			
	n	%	n	%		
Dados obstétricos						
Ocitocina						
Trabalho de parto	102	61.4	13	59.1		
Não	46	27.7	7	31.8	0.84(0.31-2.24)	0.9044*
Período expulsivo	18	10.8	2	9.1	1.15(0.24-5.52)	
Misoprostol						
Trabalho de parto	26	15.7	4	18.2	0.84(0.26-2.67)	0.7585
Não	140	84.3	18	81.8		
Tempo de trabalho de parto						
≤ 8 horas	34	20.5	2	9.1		
> 8 horas	132	79.5	20	90.9	0.39(0.09-1.74)	0.3804
Tipo de parto/posição						
Cesárea	47	28.3	9	40.9	0.55(0.22-4.40)	
Normal vertical	113	68.1	12	54.5		
Normal horizontal	5	3.0	1	4.5	0.53(0.06-4.93)	
Normal genu-peitoral	1	0.6	--	--	0.33(0.01-8.55)	0.3799
Uso de fármacos						
Não	6	3.6	3	13.6		
Sim	160	96.4	19	86.4	4.21(0.97-18.23)	0.0735
Analgesia peridural						
Sim	26	15.7	4	18.2	0.84(0.26-2.67)	0.7585
Não	140	84.3	18	81.8		

continua...

	Satisfação geral					p valor*
	Satisfeita		Insatisfeita		OR (IC a 95%)	
	n	%	n	%		
Batimentos cardíacos do feto						
Sem alteração	152	91.6	18	81.8		
Com alteração	14	8.4	4	18.2	0.41(0.12-1.40)	0.2362
Líquido amniótico meconial						
Não	151	91.0	18	81.8	2.58(0.76-8.77)	
Sim	13	7.8	4	18.2		0.1231
Expectativa sobre a dor						
Não tinha	13	7.8	--	--	4.32(0.25-75.90)	
Esperava sentir como sentiu	16	9.6	1	4.5	2.50(0.31-20.06)	0.6195
Esperava sentir menos dor	115	69.3	18	81.8		
Esperava sentir mais dor	21	12.7	3	13.6	1.10(0.30-4.05)	

*Teste qui-quadrado, Teste exato de Fisher

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca por uma melhor qualidade na assistência obstétrica no Brasil vem se intensificando nas últimas décadas, estando sempre atrelada as recomendações de organismos nacionais e internacionais. O interesse nessa melhoria tem gerado a criação de muitos programas e políticas públicas, objetivando contribuir para a mudança no modelo de atenção ao parto. Assim, busca-se uma assistência menos intervencionista para devolver à mulher o direito de escolha sobre as práticas a serem instituídas durante o processo de parturição.

Nesse contexto, os MNFs de alívio da dor durante o trabalho de parto, com poucas evidências científicas, e conseqüentemente pouco utilizados até a década de 90, passam a ter visibilidade e valorização pelos profissionais de saúde nas maternidades brasileiras.

O presente estudo, surgiu da inquietação sobre como os MNFs para o alívio da dor durante o trabalho de parto tem sido utilizados em uma maternidade pública e de ensino, sob a ótica das mulheres primíparas. Uma vez que, num ideário de atenção ao parto, na qual a mulher deve ser um sujeito ativo no processo vivenciado, é imprescindível que a implementação dessa prática seja avaliada também sob a ótica dela. Assim, conhecer a eficácia dos MNFs, através de estudos controlados, que geram evidências científicas aceitas pela comunidade científica, não é menos importante, mas precisam ser acrescidos da opinião da mulher para que não somente o mais eficaz seja utilizado, mas também o que gera mais satisfação.

Após a realização da revisão sistemática da literatura sobre os MNFs, considerados como tecnologia leve-dura de cuidado, e da pesquisa de campo, conclui-se que, sem dúvida nenhuma, esses métodos trazem muitos benefícios, não somente em relação ao alívio da dor, mas também para reduzir os níveis de estresse, medo e ansiedade durante o trabalho de parto. Apesar disso, constatou-se que poucos estudos tem se preocupado em conhecer a satisfação da mulher submetida ao uso de MNFs.

Cabe destacar que, além dos benefícios, alguns métodos quando não utilizados adequadamente, com parâmetros pré-estabelecidos, trazem alguns riscos tanto obstétricos quanto neonatais. A partir da revisão sistemática, observou-se que o banho de imersão é o que necessita de maiores cuidados na utilização, principalmente no que diz respeito ao tempo de início de seu uso. Esse método pode prolongar o trabalho de parto e gerar resultados neonatais negativos se critérios como uma dilatação

mínima, tempo de permanência na água e tempo de ruptura de membranas durante a imersão não forem respeitados. Outro método bastante avaliado nos ECRs foi a massagem manual, que além de ser de fácil utilização e ter resultados muito positivos na redução da dor, também permite uma maior aproximação tanto dos profissionais quanto do acompanhante com a parturiente. Aliás, o acompanhante foi incluído na maioria dos ECRs sobre esse método, sendo que aqueles que preocuparam-se em avaliar a satisfação da mulher e do acompanhante, encontraram elevados graus de satisfação de ambos.

Cabe destacar, que os resultados da pesquisa de campo também mostraram que o acompanhante tem participado na aplicação de vários MNFs, destacando-se o apoio emocional, contribuindo para a satisfação das primíparas.

As primíparas também valorizaram o apoio emocional recebido pelos membros da equipe de saúde, sobressaindo-se a enfermeira obstétrica, o médico obstetra e os técnicos de enfermagem. Tais achados são relevantes, uma vez que permitem uma reflexão sobre as práticas diárias, nas quais as atitudes, as expressões verbais e não verbais são percebidas pelas mulheres e estão diretamente ligadas a sua satisfação.

Além do apoio emocional, a enfermeira obstétrica também se destacou na aplicação dos demais MNFs, o que mostra que essa profissional além de estar atuando na implementação de todos, também tem se preocupado em se identificar para parturiente, tornando-se visível. O que não é tarefa fácil quando refletimos sobre a realidade assistencial, na qual, muitas vezes, as tarefas burocráticas a sobrecarregam e impedem a sua atuação na assistência direta. Portanto, os resultados desse estudo contribuem para que as enfermeiras possam ser consideradas como profissionais de referência na aplicação de MNFs. Esse resultado é congruente com a literatura internacional pesquisada, uma vez que as enfermeiras obstétricas se destacam, idealizando e realizando pesquisas com intuito de produzir evidências científicas sobre a aplicação de MNFs.

A participação do médico na aplicação de MNFs foi um dado inesperado nesse estudo, o que pode ser decorrente do próprio cenário em que a pesquisa foi desenvolvida, no qual a maioria das recomendações da OMS são implementadas e há uma filosofia assistencial com princípios humanísticos, que podem estar influenciando na prática médica, trazendo benefícios para equipe de saúde e usuárias do serviço.

É importante salientar que as intervenções obstétricas a exemplo da utilização de analgesia peridural, ocitocina e misoprostol, assim como as

expectativas das mulheres frente à dor não influenciaram na satisfação com os métodos. Ou seja, mesmo submetidas a essas intervenções e esperando sentir menos dor do que sentiram, elas ficaram satisfeitas.

Considerando que nem todos os dados sobre as intervenções e resultados obstétricos, coletados na pesquisa de campo, foram analisados na presente dissertação, uma vez que houve a necessidade de fazer um recorte que se tornasse factível de ser executado para atender aos principais objetivos propostos, os dados não apresentados serão posteriormente avaliados sob outros enfoques.

Dentre os MNFs identificados pelas primíparas, somente a mudança de posição e a focalização da atenção apresentaram associação estatisticamente significativa com o grau de satisfação geral delas. Interessante lembrar que nenhum deles necessita de aparato tecnológico para a sua aplicação, ou seja, podem ser classificados como tecnologia leve-dura. Desta forma, sua utilização está basicamente relacionada ao conhecimento sobre os benefícios e atitudes dos profissionais da equipe de saúde e do acompanhante. Mesmo assim, esses métodos ainda não são os mais aplicados.

Importante inferir que os benefícios dos MNFs podem ser maiores quando as mulheres estão mais familiarizadas com sua aplicação e tendo conhecimento sobre os mesmos, podem solicitá-los. O pré-natal é o momento ideal para que isso ocorra, pois neste período a mulher está mais receptiva para as atividades educacionais e interessada em ampliar conhecimentos sobre seu corpo e o trabalho de parto.

Tendo em vista os resultados encontrados no presente estudo, conclui-se que as primíparas se sentem satisfeitas com os MNFs de alívio da dor aplicados durante o trabalho de parto, principalmente no que diz respeito ao apoio emocional, focalização da atenção e mudança de posição. Assim, esses achados fornecem subsídios para que a maternidade, na qual o estudo de campo foi desenvolvido, possa elaborar um protocolo que padronize a utilização dos métodos. A partir disso, capacitar os membros da equipe de saúde, dando especial ênfase aos métodos que estiveram mais associados à satisfação das primíparas. Também é necessário incentivar o uso dos métodos menos utilizados, ou seja, a música, o “cavalinho” e a massagem com aparelho.

Importante destacar que as próprias características da aplicação de MNFs promovem uma aproximação entre os membros da equipe de saúde, o acompanhante e a parturiente, fazendo com que elas se sintam apoiadas e assistidas durante esse processo.

Os achados da revisão sistemática e da pesquisa de campo, permitem apontar a necessidade de que ECRs avaliem os MNFs de alívio da dor mais utilizados nas maternidades brasileiras, especialmente o banho de aspersão, assim como a focalização da atenção, que não tem sido muito descrito na literatura. Assim, a produção desse conhecimento poderá contribuir para ampliar a sua utilização.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. A. M.; et al. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 52-58, jan./fev. 2005a.

_____. Concentração plasmática do hormônio adenocorticotrófico de parturientes submetidas a método não-farmacológico de alívio da ansiedade e dor do parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p.223-228, abril. 2005b.

ASSENTO ATIVO AUXILIAR. FANEM. 2009. Referência 400.120.600. Disponível em: < <http://www.fanem.com.br>>. Acesso em: 23 out. 2009.

BARROS, A. J. D.; HIRAKATA, V. N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: na empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *Medical Research Methodology* , v. 3, n. 21, 2005.

BIO, E.; BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 671-679, nov. 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 1996.

_____. Lei 11.108 de 07 de abril de 2005. Garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, DF, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF, 2001.

_____. Portaria nº 2.883, de 4 de junho de 1998. Institui o Prêmio Professor Galba de Araújo. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 jun. 1998. Disponível em: <
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2883.htm>>.
 Acesso em: 16 mar. 2009.

BROWN, S.; LUMLEY, J. Satisfaction with care in labor and birth: a survey of 790 Australian women. **Birth**, v. 21, n. 1, p. 4-13, mar. 1994.

BRÜGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1316-1327, set./out. 2005.

BRUGGEMANN, O. M. et al. Support to woman by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial. **Reproductive Health Journal**, Geneva, v. 4, n. 5, p. 1-7, jul. 2007.

BRÜGGEMANN, O.M.; KNOBEL, R.; SIEBERT, E.R.S.; BOING, A.F.; ANDREZZO, H.F.A. Vertical-position births at a University Hospital: a time-series study, 1996 to 2005. **Brazilian Journal of Mother and Child Health**, Recife, v. 09, n. 02, p.189-196, abr./jul. 2009.

CATON, D. et al. The nature and management of labor pain: executive summary. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 186, n. 5, p. 1-15, may. 2002.

CHAPMAN, C. R.; GAVRIN, J. Suffering and its relationship to pain. **Journal Palliat Care**, v. 9, n. 5, p.3-4, mai. 1993.

CHAPMAN, C. R.; NAKAMURA, Y. A passion of the soul: an introduction to pain for consciousness researchers. **Conscious Cogn**, v. 8, n.3, ago. 1999.

CLUETT, E. R. et al. Immersion in water in pregnancy, labour and birth. **The Cochrane Library**, v. 2, 2007.

COSTA, B. et al. Parto: expectativas, experiências, dor e satisfação. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 4, n. 1, p. 47-67, jul. 2003.

DRUMMOND, J. P. **Dor aguda: fisiologia, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2000.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.3, p. 669-705, 2005.

ENKIN, M. et al. **Guia para a atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

GREENHALGH, T. **Como ler artigos científicos**: fundamentos da medicina baseada em evidências. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

HEARST, N. et al. Pesquisas com dados existentes: análise de dados secundários, estudos suplementares e revisões sistemáticas. In: HULLEY, S. B.; et al. **Pesquisa clínica**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HODNETT, E. D.; OSBORN, R. W. A randomized Trial of the effect monitrice support during labor: mothers views two to four weeks postpartum. **Birth**, v. 16, p. 177-183, 1989.

HODNETT, E.D. et al. Continuous support for women during Childbirth. **The Cochrane Library**, v.1, 2005.

HULLEY, S. B., et al. **Delineando a pesquisa clínica**: uma abordagem epidemiológica. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

KHAYAT, R.; CAMPBELL, O. Hospital practices in maternity wards in Lebanon. **Health Policy Plann**, v. 15, n. 8, p. 270-278, 2000.

KNOBEL, R.; RADÜNZ, V.; CARRARO, T. E. Utilização de estimulação elétrica transcutânea para o alívio da dor no trabalho de parto: um modo possível de cuidado a parturiente. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 229-236, abr/jun. 2005.

LEÃO, E. R. **Dor: 5º sinal vital**: reflexões e intervenções de enfermagem. São Paulo: Livraria e Martinari , 2007.

LINDE, K.; WILLICH, S. N. How objective are systematic reviews: Differences between reviews on complementary medicine. **Journal of the Royal Society of Medicine**, United Kingdom, v. 96, p. 17-22, jan. 2003.

LOWE, N. K. The nature of labour pain. **American Journal Obstetric Gynecology**, v. 186, n. 5, p. 16-24, may. 2002.

McCALLUM, C.; REIS, A. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em

uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1483-1491, jul. 2006.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2002.

MELZACK, R.; KATZ F. **Textbook of pain**. 3ª ed. New York: Churchill Livingstone, 1994.

MERCER, R. T.; HACKLE, K. C.; BOSTROM, A. G. Relationship of psychosocial and perinatal variables to perception of childbirth. **Nursing Research**, v. 32, p.202-207, 1983.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: informes técnico-institucionais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 2, n. 1, p.69-71, jan./abr. 2002.

NASSAR, S. M. et al. **SEstatNet** - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. Florianópolis - SC, Brasil. Disponível em: <<http://www.sestat.net>>. Acessado em 20 mai. 2008.

OCHIAI, A. M.; GUALDA, D.M.S. O banho de chuveiro como medida de alívio da dor no trabalho de parto. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON THE HUMANIZATION OF CHILDBIRTH, 2000, Fortaleza. **Anais...** Fortaleza: USP, 2000. p.75

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático**.Genebra: OMS, 1996.

POLIT, D.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RIESCO, M. L. G.; TSUNECHIRO, M. A. formação profissional de obstetrias e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.10, n.2, p. 449-459, 2002.

SANTOS, O. M. B.; SIEBERT, E. R. C. The humanization of birth experience at the University of Santa Catarina maternity hospital. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 75(Supl.), p. 73-79, 2001.

SERRUYA, S. J.; CECATT, I. J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1291-1289, set./out. 2004.

SMITH, C. A. et al. A. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. **The Cochrane Library**, v.2, 2007.

SIMKIN, P.; O'HARA, M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods. **American Journal Obstetric and Gynecology**, v. 186, n. 5, p. 131-159, may. 2002.

SIMKIN, P.; BOLDING, A. Update on nonpharmacologic Approaches to relieve labor pain and prevent suffering. Chicago, **Journal of midwifery & women's health**, v. 49, n. 6, p. 489-504, nov/dec. 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Manual de rotinas dos serviços da maternidade e ambulatório. Florianópolis, [2001]. 189 p.

WAGNER, M. **Pursuing the birth machine: The search for appropriate birth technology**. Camperdown: Ace Graphics, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Apropriate technology for birth**. Fortaleza: WHO, 1985.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

Aplicação dos métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto: visão de primíparas

Eu _____ RG _____
prontuário N° _____ residente à _____

abaixo assinada, fui informada que está sendo realizada uma pesquisa para conhecer o que as mulheres pensam sobre a utilização de métodos que aliviam a dor durante o trabalho de parto, ou seja, massagem, banho de chuveiro, uso da bola além de outros que são realizados no centro obstétrico. A pesquisa também quer saber quais os profissionais de saúde aplicaram esses métodos e como foi a participação do acompanhante.

Me explicaram que serei entrevistada sobre como foi a minha experiência com a dor durante o trabalho de parto, sobre os métodos utilizados para aliviar a minha dor e como me senti com a aplicação dos mesmos. Também farão perguntas sobre o meu acompanhante e sobre os profissionais de saúde que aplicaram os métodos e/ou que me orientaram sobre eles. Também irão utilizar alguns dados sobre a minha gravidez, trabalho de parto e parto que estão registrados no meu prontuário. Foi-me garantido que tudo que eu responder será confidencial, assim como os meus dados do prontuário e que meu nome e do meu acompanhante serão mantidos em sigilo.

Me informaram de que não estarei correndo nenhum risco decorrente de estar participando da pesquisa. Também fui informada que tenho o direito de não responder a qualquer pergunta que não deseje e que em qualquer momento posso desistir de participar da pesquisa, sem que isto prejudique o meu atendimento na maternidade.

Para qualquer esclarecimento, poderei procurar a Enf^a Michele E. Gayeski na Emergência do HU, no período das 13:00 às 19.00hs ou pelos telefones (48) 84076106 e (48) 32691935, ou a Prof^a Odaléa Maria Brüggemann no Departamento de Enfermagem da UFSC, no período das 8.30hs às 18.00hs ou pelo telefone 37219480.

Florianópolis, __ de _____ de 200__.

Assinatura da puérpera: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Assinatura do representante legal (caso seja adolescente): _____

APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados

APLICAÇÃO DE MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS DE ALÍVIO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO: VISÃO DE PRIMÍPARAS

Data: [__][__][__]

Número do formulário:[__][__][__]

SEÇÃO 1 – DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E OBSTÉTRICOS OBTIDOS ATRAVÉS DO PRONTUÁRIO

1.1 Data do nascimento :[__][__][__] Idade: [____] anos

1.2 Procedência: _____(cidade) _____(estado)

1.3 Número de consultas de pré-natal: [____]

1.4 Número de gestações anteriores: [____]

1.5 Início do pré-natal (em semanas): [____] () não realizou pré-natal

1.6 Idade gestacional na internação:

[__][__][__] pela DUM sem/dias [__][__][__] pela USG sem/dias (USG com _____)

(99) DUM interrogada [__][__][__] IG Capurro

1.7 Dilatação do colo uterino na internação: [__][__] cm

1.8 Estado das membranas na internação:

(1) íntegras (2) rotas (3) interrogado (99) não informado

1.9 Rotura das membranas no trabalho de parto:

(1) não

(2) espontânea: horário Hora / min: [____][____] dilatação do colo: [____] cm

(3) provocada: horário Hora / min: [____][____] dilatação do colo: [____] cm

(99) não informado

1.10 Presença de líquido amniótico meconial:

(1) não (2) sim (99) não informado

1.11 Dinâmica uterina – frequência máxima de contrações em 10 min no trabalho de parto:

(1) uma (3) três (5) cinco
 (2) duas (4) quatro (6) nenhuma
 (99) não informado

Nome: _____ N.

Prontuário: _____

Endereço _____

Telefone: _____ Bairro: _____

1.12 Batimentos Cardíacos do Feto:

(1) normal (3) DIP II (5) DIP umbilical
 (2) DIP I (4) bradicardia sustentada (6) taquicardia

1.13 Uso de analgesia de parto:

(1) não (2) sim, horário: [__][__][__] dilatação do colo: [__][__] cm

1.14 Foram utilizados medicamentos para aliviar sua dor durante o trabalho de parto?

(1) Não (2) sim, quantas vezes e quais ? _____

1.15 Uso de ocitocina:

(1) não (2) desde o trabalho de parto (3) apenas no período expulsivo

1.16 Uso de Misoprostol

(1) não (2) desde o trabalho de parto (3) apenas no período expulsivo

1.17 Tipo de parto:

(1) vaginal espontâneo (2) cesárea

Ocorrência: _____

1.18 Posição de parto:

- (1) horizontal (3) lateral (5) outras
 (2) vertical (4) genu-peitoral

1.19 Peso do RN: [__]__[__]__[__]__[__] g**1.20** Apgar do RN: 1^o min: [____] 5^o min: [____]**1.21** Prescrição de enfermagem de métodos não farmacológicos de alívio:

- (1) não (2) Sim – manhã () tarde () noite
 ()

1.22 A prescrição do método estava checada?

- (1) não (2) Sim – manhã () tarde () noite ()

1.23 Data e hora da Internação: [__]__[__]__[__] [__]__[__]**1.24** Data e hora do parto: [__]__[__]__[__] [__]__[__]**1.25** Duração do trabalho de parto: [_____] horas [_____] min

SEÇÃO 2 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E OBSTÉTRICOS OBTIDOS ATRAVÉS DA ENTREVISTA

2.1 Qual o seu estado civil (marital):

- (1) solteira (3) separada (5) Viúva
 (2) casada (4) união consensual

2.2 Qual sua escolaridade?

- (1) Ensino fundamental completo (5) Ensino superior completo
 (2) Ensino fundamental incompleto (6) Ensino superior incompleto
 (3) Ensino médio completo (7) Pós-graduação
 (4) Ensino médio incompleto (8) Não frequentou a escola

2.3 Qual sua religião?

- (1) católica (2) espírita (3) evangélica (4) nenhuma (5) outra:
-

2.4 Qual a sua cor?

(1) branca (2) negra (3) amarela (4) parda

2.5 Qual é a sua ocupação?

(1) do lar (2) trabalho remunerado

2.6 Você participou de algum grupo de gestantes ou casais grávidos?

(1) não (2) sim Quantas vezes? [____]

2.7 Você teve algum acompanhante nas consultas de Pré-natal?

(1) não (2) sim, quem: _____

2.8 Você teve algum tipo de problema emocional durante a gestação?
(exemplo: acidente, perda de ente querido, problemas na relação conjugal)

(1) não

(2) sim.

Qual? _____

2.9 A sua gestação foi planejada?

(1) não (2) sim

Comentário: _____

SEÇÃO 3 - DADOS DO ACOMPANHANTE

3.1 Como foi a permanência do seu acompanhante no centro obstétrico?

(1) período de dilatação desde a internação

(4) período pós-parto na sala de parto

(2) período de dilatação após a internação

(5) período pós-parto na sala de recuperação

(3) período expulsivo

3.2 O acompanhante permaneceu com você durante todo o período de dilatação? Ou seja, da internação até a hora em que você foi para a sala de parto?

(1) não.

Porque? _____

(2) sim

3.3 Qual o laço de parentesco ou de relacionamento com seu acompanhante?

[]

- | | | |
|-------------------|-------------|--------------------|
| (1) companheiro | (4) irmã | (7) cunhada |
| (2) pai do bebê | (5) amiga | (8) sogra |
| (3) mãe | (6) tia | (9) outra: _____ |

3.4 Qual a ocupação do seu acompanhante?

- (1) não trabalha no momento (2) trabalho remunerado

3.5 Qual a escolaridade do acompanhante?

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| (1) Ensino fundamental completo | (5) Ensino superior completo |
| (2) Ensino fundamental incompleto | (6) Ensino superior incompleto |
| (3) Ensino médio completo | (7) Pós-graduação |
| (4) Ensino médio incompleto | (8) não sabe informar |

3.6 Qual a religião do seu acompanhante?

- (1) católica (2) espírita (3) evangélica (4) nenhuma (5) outra:

3.7 Qual a idade do seu acompanhante? [] [] anos

SEÇÃO 4 - DADOS SOBRE UTILIZAÇÃO DOS MÉTODOS E A SATISFAÇÃO DA PARTURIENTE

Agora eu vou lhe fazer algumas perguntas sobre a aplicação de métodos não medicamentosos para aliviar a sua dor durante o trabalho de parto e como você se sentiu com os uso de cada um deles, por exemplo: a massagem, a bola, o cavalinho e outros. Pense naquele tempo desde a sua internação até a hora em que foi levada para a sala de parto para ganhar o bebê. Depois de cada pergunta, vou lhe mostrar um papel com umas “carinhas” e você vai me apontar qual delas representa a forma como se sentiu.

O entrevistador fará o registro conforme a classificação:



1

**Muito
Insatisfeita**



2

Insatisfeita



3

Indiferente



4

**Bem
Satisfeita**



5

**Muito
Satisfeita**

4.1 Banho de chuveiro (1) não (2) sim, quantos []

4.2 Quem encaminhou para o chuveiro?

- (1) não sabe identificar (3) técnico em enfermagem (5) acadêmico de enfermagem
(2) enfermeiro obstetra (4) acadêmicos de medicina (6) médico obstetra
(7) Ninguém aplicou

4.3 Como você se sentiu em relação ao uso do banho para aliviar a dor ?	1	2	3	4	5
--	----------	----------	----------	----------	----------

4.4 Massagens com aparelho: (1) não (2) sim , muitas vezes (3) sim, poucas vezes

4.5 Quem aplicou?

- (1) não sabe identificar (3) técnico em enfermagem (5) acadêmico de enfermagem
(2) enfermeiro obstetra (4) acadêmicos de medicina (6) médico obstetra
(7) acompanhante (8) Ninguém aplicou

4.6 Como você se sentiu com as massagens com aparelhos?	1	2	3	4	5
--	----------	----------	----------	----------	----------

4.7 Massagens com cremes: (1) não (2) sim , muitas vezes (3) sim, poucas vezes

4.8 Quem aplicou?

- (1) não sabe identificar (3) técnico em enfermagem (5) acadêmico de enfermagem

- (2) enfermeiro obstetra (4) acadêmicos de medicina (6) médico obstetra
 (7) acompanhante (8) Ninguém aplicou

4.9 Como você se sentiu com as massagens com cremes?	1	2	3	4	5
---	----------	----------	----------	----------	----------

4.10 Técnicas de respiração: (1) não (2) sim , muitas vezes (3) sim, poucas vezes

4.11 Quem orientou?

- (1) não sabe identificar (3) técnico em enfermagem (5) acadêmico de enfermagem
 (2) enfermeiro obstetra (4) acadêmicos de medicina (6) médico obstetra
 (7) acompanhante (8) Ninguém aplicou

4.12 Como você se sentiu com o uso das técnicas de respiração?	1	2	3	4	5
---	----------	----------	----------	----------	----------

4.13 Mudanças na posição: (1) não (2) sim , muitas vezes (3) sim, poucas vezes

4.14 Quem orientou?

- (1) não sabe identificar (3) técnico em enfermagem (5) acadêmico de enfermagem
 (2) enfermeiro obstetra (4) acadêmicos de medicina (6) médico obstetra
 (7) acompanhante (8) Ninguém aplicou

4.15 Como você se sentiu com as mudanças de posição?	1	2	3	4	5
---	----------	----------	----------	----------	----------

4.16 Uso da bola: (1) não (2) sim , muitas vezes (3) sim, poucas vezes

4.17 Quem orientou?

- (1) não sabe identificar (3) técnico em enfermagem (5) acadêmico de enfermagem
 (2) enfermeiro obstetra (4) acadêmicos de medicina (6) médico obstetra
 (7) acompanhante (8) Ninguém aplicou

4.18 Como você se sentiu com o uso da bola ?	1	2	3	4	5
---	----------	----------	----------	----------	----------

4.19 Uso do cavalinho: (1) não (2) sim , muitas vezes (3) sim, poucas vezes

4.20 Quem orientou/encaminhou?

- (1) não sabe identificar (3) técnico em enfermagem (5) acadêmico de enfermagem
 (2) enfermeiro obstetra (4) acadêmicos de medicina (6) médico obstetra
 (7) acompanhante (8) Ninguém aplicou

4.21 Como você se sentiu com o uso do cavalinho para aliviar a dor?	1	2	3	4	5
--	----------	----------	----------	----------	----------

4.22 Música durante o trabalho de parto: (1) não (2) sim

4.23 Quem utilizou?

- (1) não sabe identificar (3) técnico em enfermagem (5) acadêmico de enfermagem
 (2) enfermeiro obstetra (4) acadêmicos de medicina (6) médico obstetra
 (7) acompanhante (8) Ninguém aplicou

4.24 Como você se sentiu com o uso da música para aliviar a dor ?	1	2	3	4	5
--	----------	----------	----------	----------	----------

4.25 Focalização da atenção e distração: (1) não (2) sim , muitas vezes (3) sim, poucas vezes

4.26 Quem orientou/explicou?

- (1) não sabe identificar (3) técnico em enfermagem (5) acadêmico de enfermagem
 (2) enfermeiro obstetra (4) acadêmicos de medicina (6) médico obstetra
 (7) acompanhante (8) Ninguém aplicou

4.27 Como você se sentiu com a focalização da atenção para aliviar a dor?	1	2	3	4	5
--	----------	----------	----------	----------	----------

4.28 O que você fez, por iniciativa própria, durante o trabalho de parto para aliviar sua dor?

- (1) apoiou-se no (6) solicitou o uso de medicamentos

acompanhante

(2) mudou de posição

(3) gritou

(4) usou a respiração

(5) tentar dormir

(7) usou técnicas aprendidas no pré-natal, quais? _____

(8) Caminhou

(9) nada

(10) outra, qual?

4.29 Como foi a dor que você sentiu durante o trabalho de parto em relação a expectativa sobre essa dor durante a gestação?

(1) não tinha expectativas em relação a dor (3) esperava sentir menos dor do que sentiu

(2) esperava sentir mais dor do que sentiu (4) esperava sentir a dor como sentiu

Agora eu vou lhe fazer algumas perguntas sobre como você se sentiu com a atuação do acompanhante e dos profissionais de saúde na aplicação de métodos não medicamentosos para aliviar sua dor durante seu trabalho de parto que você já respondeu anteriormente. Lembre que é referente aquele tempo desde a sua internação até a hora em que foi levada para a sala de parto para ganhar o bebê. Depois de cada pergunta, vou lhe mostrar novamente o papel com as “carinhas” e você vai me apontar qual delas representa a forma como se sentiu.

Perguntas	1	2	3	4	5	Não atuou	Não identifica
4.30 Como você se sentiu em relação à atuação do acompanhante no uso dos métodos para aliviar a dor ?							
4.31 Como você se sentiu em relação a atuação dos auxiliares/técnicos de enfermagem no uso dos métodos para aliviar a dor ?							
4.32 Como você se sentiu em relação à atuação da enfermeira obstétrica no uso dos métodos para aliviar a dor ?							
4.33 Como você se sentiu em relação à atuação do médico no uso dos métodos para aliviar a? M MNF							
4.34 Como você se sentiu em relação à atuação dos acadêmicos de enfermagem no uso dos métodos para aliviar a dor ?							
4.35 Como você se sentiu em relação à atuação dos acadêmicos de medicina no uso dos métodos para aliviar a dor ?							

APÊNDICE C - Máscara de entrada de dados – Epi Info versão - 2005

INSTRUMENTO COLETA DE DADOS

Data

Nº formulário

SEÇÃO 1 - DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E OBSTÉTRICOS - PRONTUÁRIO

1.1 Data de nascimento

Idade

1.2 Procedência

1.3 Número de consultas pré-natal

1.4 Número de gestações anteriores

1.5 Início do Pré-natal

1.6 Idade Gestacional na internação

Idade Gestacional DUM

Idade Gestacional Capurro

Idade Gestacional USG

1.7 Dilatação do colo na internação

Semanas do Ultrassom

1.8 Estado das membranas na internação

1.9 Rotura das membranas no trabalho de parto

Dilatação do colo na rotura provocada

Dilatação do colo na rotura espontânea

Horário da rotura provocada

Horário da rotura espontânea

1.10 Presença de Líquido amniótico meconial

1.11 Dinâmica Uterina

1.12. Batimentos cardíacos do feto

1.13 Uso de analgesia de parto

Horário da analgesia de parto

Dilatação do colo na administração de analgesia de parto

1.14 Medicamentos para aliviar a dor durante o trabalho de parto

Frequência de uso dos medicamentos para alívio da dor durante o trabalho de parto

Tipo de medicamento usado para alívio da dor durante o trabalho de parto

1.15 Uso de ocitocina

1.16 Uso de misoprostol

1.17 Tipo de parto

Ocorrência de parto

Indicação da Cesarea

1.18 Posição de parto

1.19 Peso do recém-nascido

1.20 Apgar do recém-nascido Primeiro minuto:

Quinto minuto:

Legalvalues

1.21 Prescrição de métodos não-farmacológicos de alívio

Frequência de prescrição de métodos não-farmacológicos de alívio Frequência de prescrição de métodos não

Frequência de prescrição de métodos não-farmacológicos de alívio1 farmacológicos de alívio 2

1.22 Checagem da prescrição de métodos não-farmacológicos de alívio

Checagem da prescrição de métodos não-farmacológicos de alívio

Checagem da prescrição de métodos não-farmacológicos de alívio 1

Checagem na prescrição de métodos não farmacológicos de alívio 2

1.23 Data da Internação 1.23.1 Horário da internação

1.24 Data do parto 1.24.1 Horário do parto

1.25 Duração do trabalho de parto

SEÇÃO 2 - DADOS DEMOGRÁFICOS E OBSTÉTRICOS OBTIDOS ATRAVÉS DA ENTREVISTA

2.1 Estado Civil

2.2 Escolaridade

2.3 Religião

2.4. Cor

2.5 Ocupação

2.6 Participação em grupo de gestantes

LegalValues

2.6.1 Frequência de participação em grupos de gestantes

2.7 Presença de acompanhante no pré-natal

2.7.1 Acompanhante nas consultas pré-natal

2.8 Problemas emocionais na gestação

2.9 Planejamento da gestação

2.9.1 Comentário sobre planejamento da gestação

Seção 3 - DADOS DO ACOMPANHANTE

3.1 Permanência do acompanhante no centro obstétrico

3.2 O acompanhante permaneceu com você da internação até o parto?

3.2.1 Porque não permaneceu todo o período?

3.3 Qual o laço de parentesco entre você e seu acompanhante?

3.4 Ocupação do acompanhante

3.5 Escolaridade do acompanhante

3.6 Religião do acompanhante

3.7 Idade do Acompanhante

SEÇÃO 4 - DADOS SOBRE A UTILIZAÇÃO DOS MÉTODOS E SATISFAÇÃO DA PARTURIENTE4.1 Banho de chuveiro Quantos banhos recebeu 4.2 Profissional que encaminhou para o banho 4.3 Como você se sentiu em relação ao uso do banho para aliviar a dor 4.4 Massagens com aparelhos: Frequência das massagens: 4.5 Profissional que aplicou a massagem com aparelho: 4.6 Como você se sentiu com as massagens com aparelho? 4.7 Massagem com cremes Frequência da massagem com cremes: 4.8 Profissional que aplicou a massagem com creme: 4.9 Satisfação com as massagem com creme: 4.10 Técnicas de respiração Frequência da aplicação das técnicas de respiração 4.11 Profissional que orientou as técnicas de respiração 4.12 Satisfação com as técnicas de respiração:

Legend values

4.13 Mudanças de posição:	<input type="text"/>	Frequência das mudanças de posição:	<input type="text"/>
4.14 Profissional que orientou a mudança de posição:	<input type="text"/>		
4.15 Satisfação com a mudança de posição:	<input type="text"/>		
4.16 Uso da bola obstétrica:	<input type="text"/>	Frequência do uso da bola obstétrica:	<input type="text"/>
4.17 Profissional que orientou o uso da bola obstétrica:	<input type="text"/>		
4.18 Satisfação com a bola obstétrica:	<input type="text"/>		
4.19 Uso do cavalinho:	<input type="text"/>	Frequência do uso do cavalinho:	<input type="text"/>
4.20 Profissional que orientou o uso do cavalinho:	<input type="text"/>		
4.21 Satisfação com o uso do cavalinho:	<input type="text"/>		
4.22 Uso de música:	<input type="text"/>		
4.23 Profissional que utilizou música:	<input type="text"/>		
4.24 Satisfação com uso da música:	<input type="text"/>		
4.25 Uso da focalização da atenção:	<input type="text"/>	Frequência de uso da focalização:	<input type="text"/>
4.26 Profissional que usou focalização da atenção:	<input type="text"/>		
4.27 Satisfação com a focalização da atenção:	<input type="text"/>		

4.28 O que você fez, por iniciativa própria, durante o trabalho de parto para aliviar a dor?

4.29 Como foi a dor que você sentiu durante o trabalho de parto em relação a expectativa sobre essa dor durante a gestação?

SATISFAÇÃO COM A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NA APLICAÇÃO DOS MÉTODOS

4.30 Como foi a satisfação com a atuação do acompanhante no uso dos métodos?

4.31 Qual a sua satisfação com a atuação dos técnicos de enfermagem na aplicação dos métodos?

4.32 Como você se sentiu com a atuação da enfermeira obstetra na aplicação dos métodos?

4.33 Como se sentiu com a atuação do médico na aplicação dos métodos?

4.34 Como se sentiu com a atuação dos acadêmicos de enfermagem na aplicação dos métodos?

4.35 Como você se sentiu com a atuação dos acadêmicos de medicina na aplicação dos métodos?

APOIO EMOCIONAL RECEBIDO DURANTE O TRABALHO DE PARTO

4.36 Você recebeu apoio emocional do acompanhante?

4.37 Satisfação com o apoio do acompanhante:

4.38 Você recebeu apoio emocional da enfermeira obstetra?

4.39 Satisfação com o apoio emocional da enfermeira obstetra:

- 4.40 Você recebeu apoio emocional do médico?
- 4.41 Satisfação com o apoio emocional do médico:
- 4.42 Você recebeu apoio emocional dos técnicos de enfermagem?
- 4.43 Satisfação com o apoio emocional dos técnicos de enfermagem:
- 4.44 Você recebeu apoio emocional dos acadêmicos de enfermagem?
- 4.45 Satisfação com o apoio emocional dos acadêmicos de enfermagem:
- 4.46 Você recebeu apoio emocional dos acadêmicos de medicina?
- 4.47 Satisfação com o apoio emocional dos acadêmicos de medicina:
- 4.48 De uma maneira geral como você se sentiu com a aplicação dos métodos que não usam medicamentos para aliviar a dor durante o trabalho de parto?

ANEXOS

ANEXO A - Aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa



Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 189

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

APROVADO

PROCESSO: 225/08 FR- 209528

TÍTULO: Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto: visão de primíparas.

AUTORES: Odaléa Maria Brüggemann e Michele Ediane Gayeski.

DPTO.: UFSC

FLORIANÓPOLIS, 25 de agosto de 2008.



Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza

ANEXO B - Comprovante de submissão do artigo 1

Login: michelegayewski Português English Español

SAGAS
 Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos
 Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health
 Início Autor Sair

CSP_1270/09

Arquivos	Versão 1 [Resumo]
Seção	Revisão
Título	Métodos não farmacológicos de alívio de dor no trabalho de parto como tecnologia leve-dura de cuidado: uma revisão sistemática <i>Non-pharmacological approach to pain relief during labor as hard-light care technology: a systematic review</i>
Título corrido	Alívio da dor no trabalho de parto
Área de Concentração	Sistemas, Programas, Serviços e Tecnologia de Saúde
Palavras-chave	Trabalho de parto, Dor do parto, Exame clínico, Enfermagem Obstétrica.
Autores	Michele Eschauer Gayewski (Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina) Orcelia Maria Engemann (Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina)

DECISÕES EDITORIAIS: [Exibir Histórico]

Versão	Recomendação	Decisão	Parceiros	Data de Submissão
1				

Em avaliação. Artigo enviado em 23 de Outubro de 2009.

http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php?whattodo=autor_artigo_exibir&idArtigo=1270/09

23/10/2009

De:  **Cadernos de Saude Publica** (cadernos@ensp.fiocruz.br)
 Você pode não conhecer este remetente. Marcar como confiável | Marcar como lixo
Enviada: sexta-feira, 23 de outubro de 2009 16:20:08
Para: michelegayeski@hotmail.com
@1 anexo
logoCSP.jpg (18,3 KB)
Prezado(a) Dr(a). Michele Ediane Gayeski:

Confirmamos a submissão do seu artigo "Métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto como tecnologia leve-dura de cuidado: uma revisão sistemática" (CSP_1270/09) para Cadernos de Saúde Pública. Agora será possível acompanhar o progresso de seu manuscrito dentro do processo editorial, bastando clicar no *link* "Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos", localizado em nossa página <http://www.ensp.fiocruz.br/csp>.

Em caso de dúvidas, envie suas questões através do nosso sistema, utilizando sempre o ID do manuscrito informado acima. Agradecemos por considerar nossa revista para a submissão de seu trabalho.

Atenciosamente,

Prof. Carlos E.A. Coimbra Jr.
Prof. Mario Vianna Vettore
Editores

ANEXO C – Normas de submissão de manuscritos aos periódicos



ISSN 0102-311X *versión impresa*
ISSN 1678-4464 *versión on-line*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)

Escopo e política

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins.

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

- 1.1 Revisão** – revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.2 Artigos** – resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.3 Notas** – nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.4 Resenhas** – resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);
- 1.5 Cartas** – crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);
- 1.6 Debate** – artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.7 Fórum** – seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial.

2. Normas para envio de artigos

2.1 CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será

desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês.

2.3 Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- a) [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- b) [ClinicalTrials.gov](#)
- c) [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- d) [Netherlands Trial Register \(NTR\)](#)
- e) [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- f) [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembremos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [International Committee of Medical Journal Editors](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e

interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>).

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote[®]), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinkj](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão online

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/>. Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.2 Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.3 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão online é feita na área restrita do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS). O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título corrido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo, *abstract* e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (no idioma original e em inglês) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título corrido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível: <http://decs.bvs.br/>.

12.7 *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do *abstract* em inglês. O resumo pode ter no máximo 1100 caracteres com espaço.

12.8 *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o

corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumo e abstract; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 *Ilustrações.* O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 *Tabelas.* As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 *Figuras.* Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

15.1 Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader®. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21) 2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

© 2009 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz

Rua Leopoldo Bulhões, 1480
21041-210 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: +55 21 2598-2511 / 2598-2508
Fax: +55 21 2296-2737 / 2598-2514



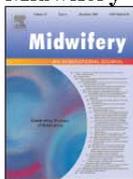
cadernos@ensp.fiocruz.br



<http://www.elsevier.com>

[Browse Journals](#) > [Midwifery home](#) > [Guide For Authors](#)

Midwifery



ISSN: 0266-6138

Imprint: CHURCHILL LIVINGSTONE

Actions

-  [Submit Article](#)
-  [Order Journal](#)
-  [Free Sample Issue](#)
-  [Recommend to Friend](#)
-  [Bookmark this Page](#)

Statistics

Impact Factor: 1.042

Issues per year: 6

Additional Information

- [Editorial Board](#)
-  [Login to Editorial System](#)
-  [Reproductive and Women's Health Resource Online](#)

Readers

- [Order Journal](#)
-  [Access Full-Text](#)
-  [Free Sample Issue](#)
-  [Volume/Issue Alert](#)
- [Free Tables of contents and abstracts](#)

Authors

- [Authors Home](#)

- [⇒ Submit an Article](#)
- [⇒ Track Your Accepted Articles](#)
- [Guide for Authors](#)
- [Artwork instructions](#)
- [Authors Rights](#)
- [Funding Bodies Compliance](#)

Librarians

- [Librarians Home](#)
- [Ordering Information and Dispatch Dates](#)
- [Abstracting/Indexing](#)

Editors

- [Editors Home](#)
- [⇒ Article Tracking for Editors](#)
- [Ethics Questions \(PERK\)](#)

Reviewers

- [Reviewers Home](#)

Advertisers/Sponsors

- [Advertisers Home](#)



[Printer-friendly](#)

Guide for Authors

Dr Debra Bick, the editor of *Midwifery*, welcomes manuscripts for consideration for publication in the journal.

Submission to this journal proceeds totally online. Use the following guidelines to prepare your article. Via the journal page [⇒ http://ees.elsevier.com/vmidw](http://ees.elsevier.com/vmidw) you will be guided stepwise through the creation and uploading of the various files. The system automatically converts source files to a single Adobe Acrobat PDF version of the article, which is used in the peer-review process. Please note that even though manuscript source files are converted to PDF at submission for the review process, these source files are needed for further processing after acceptance. All correspondence, including notification of the Editor's decision and requests for revision, takes place by e-mail and via the Author's homepage, removing the need for a hard-copy paper trail.

Alternatively, in the instance when authors are unable to submit online, the editorial office may accept postal submissions at Midwifery Editorial Office, Elsevier Ltd., Stover Court, Bampfylde Street, Devon, Exeter, EX1 2AH, UK. Please do NOT submit via both routes. This will cause confusion and may lead to your article being reviewed and published twice.

The above represents a very brief outline of this form of submission. It can be advantageous to print this "Guide for Authors" section from this site for reference in the subsequent stages of article preparation.

Submission of an article implies that the work described has not been published previously (except in the form of an abstract or as part of a published lecture or academic thesis), that it is

not under consideration for publication elsewhere, that its publication is approved by all Authors and tacitly or explicitly by the responsible authorities where the work was carried out, and that, if accepted, it will not be published elsewhere in the same form, in English or in any other language, without the written consent of the Publisher.

Ethics

Patent Confidentiality

Identifiable clinical photographs can only be included in the journal if they are accompanied by written permission from the subject or the subject's next-of-kin. Without permission such illustrations will be masked or cropped to render them unidentifiable. Please indicate where the illustration can be cropped or masked if permission for reproduction has not been obtained.

Authorship

All authors should have made substantial contributions to all of the following: (1) the conception and design of the study, or acquisition of data, or analysis and interpretation of data, (2) drafting the article or revising it critically for important intellectual content, (3) final approval of the version to be submitted.

Acknowledgements

All contributors who do not meet the criteria for authorship as defined above should be listed in an acknowledgements section. Examples of those who might be acknowledged include a person who provided purely technical help, writing assistance, or a department chair who provided only general support. Authors should disclose whether they had any writing assistance and identify the entity that paid for this assistance.

Conflict of Interest

At the end of the text, under a subheading "Conflict of interest statement" all authors must disclose any financial and personal relationships with other people or organizations that could inappropriately influence (bias) their work. Examples of potential conflicts of interest include employment, consultancies, stock ownership, honoraria, paid expert testimony, patent applications/registrations, and grants or other funding.

Presentation of Typescripts

Full length articles should be approximately 5,000 words in length. Authors are required to submit manuscripts according to the requirements of the Instructions to Authors. Please note that papers not formatted in this manner will be returned to the author for amendment before entering into the editorial and peer review process. In particular please take care to follow the instructions for the formatting of references.

Authors are encouraged to submit electronic artwork files. Please refer to <http://www.elsevier.com/authors> for guidelines for the preparation of electronic artwork files. To facilitate anonymity, the author's names and any reference to their addresses should only appear on the title page. Please check your typescript carefully before you send it off, both for correct content and typographic errors. It is not possible to change the content of accepted typescripts during production.

Title

The title page should be provided as a separate file. Your title page should give the title in capital letters below which should be the authors' names (as they are to appear) in lower-case letters. For each author you should give one first name as well as the surname and any initials. You should give a maximum of four degrees/qualifications for each author and the current relevant appointment only. Authors' addresses should be limited to the minimum information needed to ensure accurate postal delivery; these details should be on the title page below the authors' names and appointments. Authors should also provide a daytime contact telephone number and fax

number and e-mail address.

Title

Headings in the article should be appropriate to the nature of the paper. Research papers should follow the standard structure of: Introduction (including review of the literature), Methods, Findings and Discussion.

Keywords

Include three or four keywords. The purpose of these is to increase the likely accessibility of your paper to potential readers searching the literature. Therefore, ensure keywords are descriptive of the study. Refer to a recognised thesaurus of keywords (e.g. CINAHL, Medline) wherever possible.

Abstract

A summary should be in the 'Structured Summary Format' giving objective, design, setting, participants, interventions (if appropriate), measurements and findings, key conclusions and implications for practice (see Vol 10, p58 for further information).

Reference Format

The accuracy of the references is the responsibility of the author.

Text: All citations in the text should refer to: 1. *Single author:* the author's name (without initials, unless there is ambiguity) and the year of publication;

2. *Two authors:* both authors' names and the year of publication;

3. *Three or more authors:* first author's name followed by 'et al.' and the year of publication. Citations may be made directly (or parenthetically). Groups of references should be listed first chronologically, then alphabetically.

Examples: "as demonstrated (Allan, 1996a, 1996b, 1999; Allan and Jones, 1995). Kramer et al. (2000) have recently shown "

Reference list: References should be arranged first alphabetically and then further sorted chronologically if necessary. More than one reference from the same author(s) in the same year must be identified by the letters "a", "b", "c", etc., placed after the year of publication. Full journal titles must be used in the reference list.

Examples:

Reference to a journal publication:

Hunter, B., 2006. The importance of reciprocity in relationships between community-based midwives and mothers. *Midwifery* 22, 308-322.

References to a book:

Field, P. A., Morse, J. M., 1985. *Nursing research: the application of qualitative approaches*. Croom Helm, London.

Reference to a chapter in an edited book:

Mettam, G.R., Adams, L.B., 1999. How to prepare an electronic version of your article. In: Jones, B.S., Smith, R.Z. (Eds.), *Introduction to the Electronic Age*. E-Publishing Inc., New York. pp. 281-304.

Citing and listing of Web references. As a minimum, the full URL should be given. Any further information, if known (Author names, dates, reference to a source publication, etc.), should also be given. Web references can be listed separately (e.g., after the reference list) under a different heading if desired, or can be included in the reference list.

Tables, Illustrations and Figures

A detailed guide on electronic artwork is available on our website: ⇒

<http://www.elsevier.com/authors>

Preparation of supplementary data. Elsevier accepts supplementary material to support and enhance your scientific research. Supplementary files offer the author additional possibilities to publish supporting applications, movies, animation sequences, high-resolution images, background datasets, sound clips and more. Supplementary files supplied will be published online alongside the electronic version of your article in Elsevier Web products, including ScienceDirect: ⇒ <http://www.sciencedirect.com>. In order to ensure that your submitted material is directly usable, please ensure that data is provided in one of our recommended file formats. Authors should submit the material in electronic format together with the article and supply a concise and descriptive caption for each file. For more detailed instructions please visit our artwork instruction pages at ⇒ <http://www.elsevier.com/artworkinstructions>

Illustrations and tables that have appeared elsewhere must be accompanied by written permission to reproduce them from the original publishers. This is necessary even if you are an author of the borrowed material. Borrowed material should be acknowledged in the captions in the exact wording required by the copyright holder. If not specified, use this style: 'Reproduced by kind permission of (publishers) from (reference)'. **Identifiable clinical photographs must be accompanied by written permission from the patient**

Copyright Information

Upon acceptance of an article, authors will be asked to sign a "Journal Publishing Agreement" (for more information on this and copyright see ⇒

<http://www.elsevier.com/copyright>). Acceptance of the agreement will ensure the widest possible dissemination of information. An e-mail (or letter) will be sent to the corresponding author

confirming receipt of the manuscript together with a 'Journal Publishing Agreement' form or a link to the online version of this agreement. If excerpts from other copyrighted works are included, the author(s) must obtain written permission from the copyright owners and credit the source(s) in the article. Elsevier has preprinted forms for use by authors in these cases: contact Elsevier's Rights Department, Philadelphia, PA, USA; phone (+1) 215 239 3804, fax (+1) 215 239 3805, e-mail healthpermissions@elsevier.com. Requests may also be completed online via the Elsevier homepage ⇒ <http://www.elsevier.com/locate/permissions>.

Permissions Information

Written permission to produce borrowed materials (quotations in excess of 100 words, illustrations and tables) must be obtained from the original copyright holders and the author(s), and submitted with the manuscript. Borrowed materials should be acknowledged in the captions as follows: 'Reproduced by kind permission of (publishers) from (reference)'.

Funding body agreements and policies

Elsevier has established agreements and developed policies to allow authors whose articles appear in journals published by Elsevier, to comply with potential manuscript archiving requirements as specified as conditions of their grant awards. To learn more about existing agreements and policies please visit ⇒ <http://www.elsevier.com/fundingbodies>

Authors' rights

As an author you (or your employer or institution) retain certain rights; for details you are referred to: ⇒ <http://www.elsevier.com/wps/find/authorshome.authors/authorsrights>

Page Proofs

One set of page proofs in PDF format will be sent by e-mail to the corresponding author (if we do not have an e-mail address then paper proofs will be sent by post). Elsevier now sends PDF proofs which can be annotated; for this you will need to download Adobe Reader version 7 available free from ⇒ <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>. Instructions on how to annotate PDF files will accompany the proofs. The exact system requirements are given at the Adobe site: ⇒ <http://www.adobe.com/products/acrobat/acrrsystemreqs.html#70win>. If you do not wish to use the PDF annotations function, you may list the corrections (including replies to the Query Form) and return to Elsevier in an e-mail. Please list your corrections quoting line number. If, for any reason, this is not possible, then mark the corrections and any other comments (including replies to the Query Form) on a printout of your proof and return by fax, or scan the pages and e-mail, or by post. Please use this proof only for checking the typesetting, editing, completeness and correctness of the text, tables and figures. Significant changes to the article as accepted for publication will only be considered at this stage with permission from the Editor. We will do everything possible to get your article published quickly and accurately. Therefore, it is important to ensure that all of your corrections are sent back to us in one communication: please check carefully before replying, as inclusion of any subsequent corrections cannot be guaranteed. Proofreading is solely your responsibility. Note that Elsevier may proceed with the publication of your article if no response is received.

Offprints

The corresponding author, at no cost, will be provided with a PDF file of the article via e-mail. The PDF files is a watermarked version of the published article and includes a cover sheet with the journal cover image and a disclaimer outlining the terms and conditions of use.

Language Editing

Authors who require information about language editing and copyediting services pre- and post-submission please visit: ⇒ <http://www.elsevier.com/wps/find/authorhome.authors/languagepolishing> or contact authorsupport@elsevier.com for more information. Please note Elsevier neither endorses nor takes responsibility for any products, goods or services offered by outside vendors through our services or in any advertising. For more information please refer to our Terms & Conditions ⇒ http://www.elsevier.com/wps/find/termsconditions.ews_home/termsconditions

Submission checklist

It is hoped that this list will be useful during the final checking of an article prior to sending it to the journal's Editor for review. Please consult this Guide for Authors for further details of any item.

Ensure that the following items are present:

- One author designated as corresponding author:•*E-mail address*
- Full postal address*
- Telephone and fax numbers*
- All necessary files have been uploaded
- Keywords
- All figure captions
- All tables (including title, description, footnotes).

Further considerations

- Manuscript has been "spellchecked"
- References are in the correct format for this journal
- All references mentioned in the Reference list are cited in the text, and vice versa

- Permission has been obtained for use of copyrighted material from other sources (including the Web)
- Colour figures are clearly marked as being intended for colour reproduction on the Web (free of charge) and in print or to be reproduced in colour on the Web (free of charge) and in black-and-white in print.

This is a spacer...

[† Top of Page](#)

© Copyright 2009 Elsevier | <http://www.elsevier.com>

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](#)