

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS

UNIDADE ACADÊMICA DE PÓS-GRADUAÇÃO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

GILOVA MORALES CRAVO

**PARTO HUMANIZADO: MÉTODOS FARMACOLÓGICOS E NÃO
FARMACOLÓGICOS**

Porto Alegre

2013

GILOVA MORALES CRAVO

**PARTO HUMANIZADO: MÉTODOS FARMACOLÓGICOS E NÃO
FARMACOLÓGICOS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS como requisito parcial para obtenção do título de Pós Graduação em Enfermagem Obstétrica.

Orientadora: Profa. Ms. Petroníla Líbana Cechim

Porto Alegre

2013

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente meus pais por me proporcionarem este curso maravilhoso, no qual sempre quis fazer por me espelhar no meu pai que é ginecologista e Obstetra, no qual é meu orgulho minha inspiração.

Ao meu esposo e filhos, que deixei muitas vezes de dar atenção á elas para estar confeccionando meu trabalho.

À professora PETRONILA LIBANA CECHIM, por ter aceitado ser minha orientadora, por me orientar carinhosamente, sendo dedicada e contribuição na consecução deste trabalho.

À DEUS por me dar saúde e me ajudar a superar momentos difíceis. Por me dar força e coragem, por me proporcionar uma família maravilhosa e uma vida abençoada junto a minha família.

À Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, pela excelência de ensino e por todas as facilidades destinadas ao aprendizado dos seus alunos.

A todos aqueles, contribuíram de alguma forma para a conclusão deste trabalho.

RESUMO

Uma das principais causas de sofrimento humano é a dor, interferindo na qualidade de vida das pessoas, no seu bem - estar físico e psicossocial. Através da aplicação de técnicas não farmacológicas e farmacológicas, reduzimos o sofrimento associado à dor. O controlo da dor torna-se mais eficaz quando envolve técnicas farmacológicas e não farmacológicas (tais como o relaxamento, a massagem, a distração, a aplicação de calor e do frio, entre outras). Este trabalho tem como pressuposto conhecer sobre a ação dos métodos não farmacológicos e farmacológicos, mostrando os métodos mais usados e ressaltando suas eficácias. Este estudo trata-se de uma revisão bibliográfica de síntese com enfoque qualitativo, afim de aprimorar o conhecimento e gerar novas idéias sobre o tema proposto, nas áreas de enfermagem, medicina e fisioterapia, a nível nacional, Brasil, no período de 2002 a 2012. O levantamento e as buscas bibliográficas deram-se por meio de bancos eletrônicos: LILACS; MEDLINE; SCIELO; BVS/MS; GOOGLE Acadêmico; ABEnF, através de pesquisas à internet. Foram pesquisadas 150 publicações; destas foram selecionadas 17, por abordarem o tema: parto humanizado: métodos farmacológicos e não farmacológicos. Este trabalho tem como pressuposto conhecer sobre a ação dos métodos não farmacológicos e farmacológicos, mostrando os métodos mais usados e ressaltando suas eficácias. Foram identificados trabalhos abordando as seguintes temáticas: “métodos e estratégias não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto”, “analgesias e anestésias aplicadas para o alívio da dor no trabalho de parto”, “equipes multidisciplinares no contexto do parto humanizado sem dor” e “principais mudanças percebidas na gestação após a aplicação dos métodos”.

Palavras-Chave: parto humanizado, alívio da dor, métodos farmacológico e não farmacológico.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	8
2.1 PARTO HUMANIZADO	8
2.2 DOR NO TRABALHO DE PARTO	8
2.3 MÉTODOS PARA ALÍVIO DA DOR.....	9
2.4 A EQUIPE NESTE CONTEXTO	10
3 MATERIAL E MÉTODO	11
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	11
3.2 FASES DA PESQUISA.....	11
3.2.1 ESCOLHA DO TEMA	11
3.2.2 Plano de trabalho	12
3.2.3 Identificação das fontes	12
3.2.4 Localização das fontes.....	12
3.2.5 Compilação.....	12
3.2.6 Fichamento.....	13
3.2.7 Análise e interpretação.....	13
3.2.8 Redação do trabalho	13
4 APRESENTAÇÃO DAS PUBLICAÇÕES	14
4.1 TABELAS E QUADRO.....	14
5 SÍNTESE DAS PUBLICAÇÕES	18
5.1 ANO DE 2002 À 2006.....	18
5.2 ANO DE 2007	18
5.3 ANO DE 2008	23

	5
5.4 ANO DE 2009	23
5.5 ANO DE 2010	24
5.6 ANO DE 2011	29
5.7 ANO DE 2012	33
6 DISCUSSÃO DAS PUBLICAÇÕES	34
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
REFERÊNCIAS	40
APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	42

1 INTRODUÇÃO

A humanização poder ser entendida como o modo de vermos e compreendermos o ser humano, deste modo, uma das compreensões que englobam essa palavra é a maneira que tratamos uns aos outros. O Ministério da Saúde (2003) preconiza que a humanização é um direito de todos, e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual.

A enfermagem tem como objeto de trabalho o cuidado, sendo o cuidado humanizado o que buscamos tendo em vista a necessidade que temos de atender e cuidar da parturiente, sua família e do recém-nascido a partir do que é preconizado pelo Ministério da saúde como humanização. Dar atenção necessária a gestante no trabalho de parto fazendo com que a dor, ansiedade, desconforto e medo que ela está sentindo nesse momento seja, de algum modo, amenizado. No entanto, algumas mulheres consideram que é a pior dor sentida e, muitas vezes, superior ao que esperavam (COSTA, 2003).

A enfermagem no cuidar compreende e fornece ao seu cliente/paciente o cuidado de acordo com as suas necessidades, sendo assim a equipe de saúde deve adquirir consciência na mudança de pensamento em relação à assistência (BRUNNER; SUDDARTH, 2006).

O profissional da saúde, em especial a enfermagem, desempenham um papel importante nessa experiência e tem a oportunidade de colocar todo seu conhecimento e serviço ao bem estar da parturiente, família e recém-nascido. Ainda mais se considerarmos que o parto é visto, pela maioria dos profissionais, como a dor de caráter fisiológico, um sofrimento natural, onde se pode cuidar e amenizar, mas efetivamente não se consegue eliminar.

Portanto, Sabemos que é nesse momento que o profissional da saúde deve intervir e procurar proporcionar o cuidado humanizado, porque é nesse momento que as gestantes sentem-se mais fragilizadas, procurando amenizar sua dor tanto com métodos não farmacológicos ou mesmo com os métodos farmacológicos.

Os Métodos Não Farmacológicos (MNFs) para alívio da dor, utilizados durante o trabalho de parto, 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. 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 Ministério da Saúde (1996) para assistência ao parto (apud PINHO, 2006).

Dentre as ações que devem ser incentivadas durante o período perinatal incluem-se as que se referem aos cuidados não-farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto, como liberdade de adotar posturas e posições variadas, deambulação, respiração ritmada e ofegante, comandos verbais e relaxamento, pois estes auxiliam no desvio da atenção da dor, banhos de chuveiro e de imersão, toque e massagens. São ainda encontrados relatos de uso da bola de parto para a minimização da dor, bem como para acelerar a progressão do trabalho de parto (RICCI, 2008).

A primeira analgesia obstétrica documentada foi realizada por Simpson, em 1847, utilizando clorofórmio. A partir daí, muitos fármacos e técnicas foram empregados. Entre elas, inalação de óxido nitroso, ciclopropano ou éter; agentes por via venosa, como os barbitúricos e opióides; bloqueio paracervical, bloqueio dos nervos pudendos e anestesia local; raquianestesia para o período expulsivo; além da anestesia peridural contínua e da anestesia combinada (raquiperidural) (FERREZ, 2004).

Sendo assim, este trabalho tem como pressuposto conhecer sobre a ação dos métodos não farmacológicos e farmacológicos, mostrando os métodos mais usados e ressaltando suas eficácias.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 PARTO HUMANIZADO

Humanizar não é uma técnica ou artifício, é um processo vivencial que permeia toda a atividade das pessoas que assistem o paciente, procurando realizar e oferecer o tratamento que ele merece como pessoa humana, dentro das circunstâncias peculiares que se encontra em todos os momentos no hospital (LIMA, 2004).

A humanização da assistência ao parto destaca que os enfermeiros respeitem os aspectos da fisiologia feminina, sem intervenções desnecessárias, reconhecendo todos os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, oferecendo suporte emocional à mulher, à sua família, garantindo os direitos de cidadania (ARAGÃO, 2009).

A preocupação com a humanização da assistência durante o parto humanizado implica em minimizar o desconforto e garantir a segurança da mãe e do feto. Algumas medidas na assistência ao parto favorecem a fisiologia do processo e o tornam menos desagradável. Assim, um ambiente acolhedor e com privacidade, a presença do acompanhante, a assistência de suporte da equipe do hospital, a livre deambulação da parturiente são fatores que podem diminuir a experiência dolorosa.

Não sendo suficientes tais medidas, métodos para o alívio da dor devem ser utilizados. Estes podem ser divididos em farmacológicos e não farmacológicos, métodos nos quais ajudam a parturiente no alívio da dor durante o trabalho de parto.

2.2 DOR NO TRABALHO DE PARTO

A dor é uma das sensações mais temidas pelo ser humano, sendo ela universal: parir foi e é considerado doloroso por quase todas as culturas do mundo. A dor no trabalho de parto é uma dor subjetiva e individual, sendo resultado de uma série de fatores fisiológicos, psicológicos, sociais, ambientais e emocionais.

A maioria das mulheres, principalmente jovens primigestas esperam que o parto venha acompanhado de muita dor, mas também de um alívio posterior associado ao prazer do nascimento de um filho. Durante o parto, a dor apresenta características específicas que envolvem aspectos fisiológicos do trabalho de parto. Pode ser definida como aguda, transitória, complexa, subjetiva e multidimensional aos estímulos sensoriais gerados, pela contração uterina. A hipóxia da musculatura uterina no início do trabalho de parto, em decorrência da compressão dos vasos sanguíneos do útero, e durante o período expulsivo quando há estiramento cervical, pelo estiramento perineal e/ou dilaceração de estruturas do canal vaginal, os níveis de estresse aumentados são causas que potencializam a dor.

2.3 MÉTODOS PARA ALÍVIO DA DOR

A dor do parto faz parte da própria natureza humana. Apesar de ser um processo fisiológico e natural, o trabalho de parto é acompanhado de dor intensa para muitas mulheres. A relação entre essa sensação dolorosa e a satisfação da mulher com o parto é complexa. A dor é um sinal do seu início tendo a contração uterina associada à dilatação do colo uterino, a distensão das fibras uterinas, a distensão do canal de parto, a tração de anexos e peritônio, a pressão na uretra, na bexiga e em outras estruturas pélvicas e raízes do plexo lombossacral (ALMEIDA, 2008).

Para minimizar esse desconforto existem métodos para alívio da dor, que podem ser farmacológicos ou não farmacológicos. Para minimizar o desconforto e garantir a segurança da mãe e do conceito, algumas medidas na assistência ao parto favorecem a fisiologia do processo e o tornam menos desagradável. Assim, um ambiente acolhedor e com privacidade, a presença do acompanhante, a assistência de suporte da equipe do hospital, a livre deambulação da parturiente são fatores que podem diminuir a experiência dolorosa.

As técnicas não farmacológicas são técnicas que não utilizam remédios ou drogas, sendo que o alívio da dor que proporcionam é menor do que o obtido com as técnicas farmacológicas, mas, geralmente, não tem contra-indicações ou efeitos colaterais, são elas: massagens, deambulação, banhos, acupuntura, musicoterapia e a presença do acompanhante. Cada técnica pode ser empregada no pré-parto amenizando a dor da parturiente. Mas sabe-se que nem sempre pode ser

empregada pela equipe de enfermagem porque existe muita resistência dos médicos nessas atividades, por utilizarem mais das técnicas farmacológicas.

Entre os métodos farmacológicos, estão os sistêmicos, principalmente os opióides, e os bloqueios regionais. Os opióides são bastante eficazes na redução da dor, mas apresentam efeitos adversos consideráveis. Na mãe, podem causar depressão respiratória, e no recém nascido depressão respiratória, índices de Apgar baixos e acidose. Além disso, podem dificultar a interação entre mãe e filho nas primeiras horas após o parto, comprometendo o início precoce da amamentação. Anestésias epidurais são largamente utilizadas para alívio da dor no parto. Há diversas técnicas, mas todas envolvem aplicação de analgésicos e/ou opióides no espaço peridural.

2.4 A EQUIPE NESTE CONTEXTO

Segundo Fróis e Figueiredo (2004, p. 5), “o principal objetivo da equipe multidisciplinar na assistência à maternidade é: ajudar o casal a viver a concepção e o nascimento do seu filho de uma forma menos dolorosa possível e de um modo digno e feliz”.

A sensibilidade e disponibilidade do enfermeiro para estar com as puérperas e familiares são percebidas por meio de ações do enfermeiro que demonstram a humanização com a paciente e a família.

A atitude da enfermeira, em estabelecer uma comunicação efetiva com sua cliente, constrói uma relação terapêutica, estabelecendo uma condução de trabalho de parto resolutiva. O diferencial do modelo de assistência adotado pela enfermeira reside em sua capacidade de comunicação e apoio, o que favorece a interação entre parturiente e profissional.

Acredita-se que há espaço para a tecnologia e o cuidado ético/humanizado. Para tal, há que se reconhecer a humanidade do outro, de quem cuida. Ou seja, considerar a capacidade de interagir, de manifestar e expressar intencionalidade e solidariedade pelo outro, seja ela profissional, cliente e/ou familiares, proporcionando a puérpera um parto humanizado, amenizando sua dor e diminuindo o sofrimento, trazendo a satisfação e alegria de um ótimo trabalho de parto para gestante e sua família.

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Este estudo trata-se de uma revisão bibliográfica de síntese com enfoque qualitativo. Segundo Gil (2007), a revisão bibliográfica é desenvolvida a partir de materiais já elaborados, a fim de colocar o pesquisador em contato com tudo aquilo que já foi escrito sobre determinados assuntos, permitindo aprimorar o conhecimento e gerar novas ideias sobre o tema proposto.

A finalidade da pesquisa bibliográfica é colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto. A pesquisa bibliográfica não é mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras (MARCONI; LAKATOS, 2006).

3.2 FASES DA PESQUISA

Foram utilizadas as fases descritas por Marconi e Lakatos (2006), sendo oito fases distintas para a elaboração de um trabalho de revisão bibliográfica: escolha do tema, elaboração do trabalho, identificação, localização, compilação, fechamento, análise e interpretação e redação do trabalho.

3.2.1 Escolha do tema

Conforme Andrade (2006), o tema é o assunto que se deseja estudar, provar e desenvolver. Neste primeiro passo, está a identificação dos objetivos norteadores do estudo, sendo escolhido o tema parto humanizado: métodos farmacológicos e não farmacológicos para o alívio da dor, pesquisado na literatura nas áreas de enfermagem, medicina e psicologia.

3.2.2 Plano de trabalho

O plano de trabalho será como um guia, por isso deverá ser bem especificado, orientando o desenvolvimento do trabalho e, além de tudo, evitará a dispersão e informações desnecessárias (ANDRADE, 2006). Na presente pesquisa, o plano de trabalho foi elaborado observando-se os seguintes aspectos:

- ⇒ parto Humanizado;
- ⇒ métodos farmacológicos e não farmacológicos para o alívio;
- ⇒ método mais eficaz para alívio da dor.

3.2.3 Identificação das fontes

O reconhecimento dos assuntos deve ser pertinente ao tema. Procura-se identificar o maior número de obras relativas ao assunto que se pretende estudar (LAKATOS, 2006).

Neste trabalho, houve levantamento de dados e busca bibliográfica em base de dados eletrônicos como: LILACS, MEDLINE, SCIELO, Google acadêmico; ABEn, UNISINOS, utilizando os seguintes descritores: parto humanizado, métodos farmacológicos, métodos não farmacológicos, alívio da dor.

3.2.4 Localização das fontes

As fontes do estudo foram localizadas por meio de pesquisas na internet. Algumas publicações não foram possíveis serem resgatadas, pois estas se encontravam bloqueadas para o acesso à pesquisa.

3.2.5 Compilação

Na compilação, é realizada a junção da impressão dos artigos, teses e dissertações e fotocópia do material bibliográfico, sendo agrupados por ano de publicação e área de atuação, assim colaborando no fichamento e estudo dos mesmos.

3.2.6 Fichamento

Para a realização do fichamento, foi elaborada uma ficha (Apêndice A), confeccionada no computador pela autora do presente trabalho.

Na elaboração o fichamento são importantes, todos os documentos que o pesquisador tem em mãos. Fichar é transcrever anotações em fichas, para que se possam estudar.

3.2.7 Análise e interpretação

Para a análise e interpretação deste estudo, foi realizada a leitura dos artigos selecionados sobre o tema escolhido, elaborando-se uma síntese dos mesmos, agrupando-as de acordo com o ano de publicação, para assim realizar a análise e interpretação do estudo. E para concluir o trabalho, foi realizada a discussão dos artigos selecionados.

3.2.8 Redação do trabalho

Segundo Andrade (2006), não importa qual parte será redigido primeiro, desde que o trabalho seja bem elaborado. Deve-se começar pela mais conveniente. O importante é que haja entrosamento entre as partes, mantendo, sempre, a mesma linha de pensamento, sendo redigida de forma clara. Etapa está pertinente à redação final do estudo.

4 APRESENTAÇÃO DAS PUBLICAÇÕES

Foram localizadas 17 publicações sobre o tema central, no período de 2002 a 2012, captado nos bancos eletrônicos: LILACS, MEDLINE, SCIELO, Google Acadêmico, ABEEn e a consulta eletrônica aos acervos das bibliotecas UNISINOS.

4.1 TABELAS E QUADRO

A tabela 1 apresenta as publicações sobre o tema. Parto humanizado, métodos farmacológicos e não farmacológicos. Esta tabela é composta pelos seguintes campos: ano de publicação e o tipo de estudo.

Tabela 1 – Publicações selecionadas.

Ano de publicação	Tipos de estudo		Total
	Revisão	Pesquisa	
2002			
2003			
2004			
2005			
2006			
2007	1	5	6
2008		1	1
2009	1		1
2010	2	3	5
2011	3		3
2012	1		1
Total			17

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: Foram compilados somente os anos em que houve publicações relevantes à pesquisa.

Durante o ano de 2002 a 2006 não foram encontrados artigos relacionados com o tema da pesquisa.

Em 2007 foram publicados 1 artigo de revisão e 5 artigos de pesquisa; em 2008 foi publicado 1 artigo de pesquisa; em 2009 foi publicado 1 artigo de revisão; em 2010 foram publicados 2 artigos de revisão e 3 artigos de pesquisa; em 2011 foram publicados 3 artigos de revisão e em 2012 foi publicado 1 artigo de revisão.

A tabela 2 apresenta a distribuição das publicações produzidas na literatura brasileira, sobre parto humanizado: métodos farmacológicos e não farmacológicos entre 2002 a 2012.

Tabela 1 – Publicações selecionadas, tipo de estudo.

Delineamento	Publicações (Quantidade)	Enfoque		
		Qualitativo	Quantitativo	Quali/Quanti
Estudo Descritivo	1		1	
Estudo Descritivo e exploratório	3	2	1	
Pesquisa	2	2		
Pesquisa campo	4	2	1	1
Pesquisa bibliográfica	7	5	2	
TOTAL	17			

Fonte: Dados da pesquisa

Foram encontradas sete publicações de pesquisa bibliográfica; 4 publicações de pesquisa de campo; e nos outros delineamentos foram encontrado 3 publicações de estudos descritivo exploratório; 2 publicações no delineamento pesquisa; 1 publicação de estudo descritivo.

Foram identificadas 11 publicações com enfoque qualitativo; 5 com enfoque quantitativo e 1 publicação com enfoque qualitativo e quantitativo, totalizando 17 publicações.

O quadro 1 sobre distribuição das publicações produzidas na literatura brasileira sobre parto humanizado: métodos farmacológicos e não farmacológico no período de 2002 a 2012, segundo tema abordado, ano de publicação, unidade federativa e área de conhecimento.

Tema abordado	Ano de publicação	UF	Área de conhecimento	TOTAL
Estratégia não farmacológica no alívio da dor durante o trabalho de parto: pré- teste de um instrumento	2007	RN	Enfermagem	1
Os cuidados não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto: Orientações da equipe de enfermagem	2007	PR	Enfermagem	1
Analgesia de parto: Estudo comparativo entre anestesia combinada raquiperidural versus anestesia peridural contínua	2007	SP	Medicina	1
Uso de técnica respiratória para analgesia no parto	2007	SC	Fisioterapia	1
O uso da analgesia peridural em obstetrícia: uma metanálise	2007	RJ	Medicina	1
A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação	2007	SP	Enfermagem	1
Avaliação do uso de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes	2008	RN	Enfermagem	1
Analgesia de parto: bloqueio locorregionais e anestesia sistêmica	2009	MG	Medicina	1
Métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto	2010	RS	Enfermagem	1
Métodos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática	2010	SC	Enfermagem	1
Dor e satisfação durante o trabalho de parto em primigestas: visão da parturiente e do obstetra	2010	SP	Medicina	1
Analgesia e anestesia no trabalho de parto e parto	2010	RJ	Medicina	1
Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto e parto: visão da equipe de enfermagem	2010	RS	Enfermagem	1
Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto e parto	2011	RS	Enfermagem	1
Recurso não farmacológico no trabalho de parto: protocolo assistencial	2011	SP	Medicina	1
O fisioterapeuta como profissional de suporte á parturiente.	2011	SC	Fisioterapia	1
Métodos de alívio da dor no trabalho de parto e repercussões na saúde materno-fetal	2012	RS	Enfermagem	1
TOTAL				17

Quadro 1 – distribuição das publicações produzidas na literatura brasileira sobre parto humanizado: métodos farmacológicos e não farmacológico no período de 2002 a 2012.

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: (1) Foram compilados somente os anos em que houve publicações relevantes ao estudo.

Nota: (2) MG = Minas Gerais, PR = Paraná, RJ = Rio de Janeiro, RN = Rio Grande do Norte, RS = Rio Grande do Sul, SC = Santa Catarina, SP = São Paulo.

Foram publicados 6 artigos na área de medicina, sendo 3 artigos no Estado de São Paulo, 2 artigos no Rio de Janeiro e 1 artigo em Minas Gerais. Na área de enfermagem, foram publicados 9 artigos, sendo 4 artigos no estado do Rio Grande do Sul, 2 artigos no estado do Rio Grande do Norte, 1 artigos no estado de São Paulo e 1 artigo no estado de Santa Catarina e 1 artigo no estado do Paraná. E na área da fisioterapia foram publicados 2 artigos no estado de Santa Catarina.

5 SÍNTESE DAS PUBLICAÇÕES

5.1 ANO DE 2002 À 2006

Não foram encontrados estudos de relevância que tratassem do tema proposta por este estudo.

5.2 ANO DE 2007

No ano de 2007 Davim et al. publicaram um estudo descritivo, com abordagem quantitativa realizada na Unidade de Parto Humanizado (UPH) da Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), situada no município de Natal/RN, na Região Nordeste do Brasil. Objetivando avaliar a efetividade de Estratégias Não Farmacológicas (ENF) no alívio da dor de parturientes, para fazerem parte de um instrumento de pesquisa. Esse levantamento resultou em onze estudos científicos nos âmbitos nacional e internacional, relacionados à avaliação da dor de parturientes na fase ativa do trabalho de parto com o uso de estratégias não farmacológicas. Com base nos resultados desses estudos, selecionaram-se as estratégias que apresentaram maiores evidências de alívio da dor de parturientes na fase ativa do trabalho de parto, a saber: exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral, deambulação, balanço pélvico e banho de chuveiro.

Neste sentido, optou-se por aplicar essas estratégias com vistas a avaliação da aceitação das mesmas pelas parturientes e a efetividade no alívio da dor na fase ativa do trabalho de parto.

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

Os pesquisadores ressaltam que mais de 80%, foram rejeitadas as estratégias deambulação e balanço pélvico que obtiveram percentuais abaixo do critério de aceitação preestabelecido.

Ele avaliaram quanto à efetividade das estratégias não farmacológicas aceitas pelas parturientes para alívio da dor, verificou-se que os escores de dor, ao serem comparados antes e após a aplicação das estratégias exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral nos três momentos que foram utilizadas nos 6, 8 e 9cm de dilatação, e do banho de chuveiro nos 8 e 9cm, denotam que as mesmas foram efetivas no alívio da dor, sendo, portanto, adequadas para utilização no instrumento, o que possibilitará a aplicação das mesmas para o alívio da dor de parto.

Sescato et AL. (2007), publicaram em 2007 uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória realizada em uma maternidade escola no município de Curitiba/PR, mediante observação participante da equipe de enfermagem durante a internação das pacientes no Centro Obstétrico e, posteriormente, no Alojamento Conjunto por meio de entrevista semiestruturada com as puérperas que receberam os cuidados da equipe durante o trabalho de parto.

Participaram da pesquisa uma enfermeira, um técnico em enfermagem e dois auxiliares de enfermagem e 10 parturientes que estiveram em trabalho de parto efetivo, maiores de 18 anos, primigestas e multigestas que não tenham tido experiência anterior com parto, devido a aborto ou cesárea eletiva. Foram excluídas da pesquisa, parturientes que usaram fármacos para alívio da dor. Das dez pacientes entrevistadas, todas foram orientadas a realizar pelo menos um cuidado não farmacológico na hora do trabalho de parto. As parturientes que já tinham algum conhecimento foram incentivadas a realizar e as que não sabiam foram orientadas no momento do trabalho de parto. As técnicas mais utilizadas durante o trabalho de parto foram o banho, a deambulação e a massagem.

Concluindo, os autores enfatizaram a importância sobre a aplicação dos métodos não farmacológicos de alívio da dor, visando conhecer os cuidados que estão sendo praticados e os que estão sendo realmente efetivos, promovendo o cuidado de acordo com o que preconiza os manuais que ressaltam a humanização do parto.

Em (2007) Côrtes et al., publicaram uma pesquisa qualitativa entre 40 parturientes em trabalho de parto com dilatação cervical entre 4 e 5cm que foram distribuídas em dois grupos iguais de forma aleatória. Grupo I (n = 20) recebeu anestesia peridural contínua. Dose de indução de 8mL (20mg) de bupivacaína a 0,25% em excesso enantiomérico de 50% com epinefrina 1:200.000 associados a 100µg de fentanil. Dose de manutenção de 4mL (10mg) do mesmo anestésico local quando necessário. Dose perineal de 6mL (15mg) de anestésico local no início do período expulsivo em todas as parturientes. Grupo II (n = 20) recebeu anestesia combinada. Dose de indução de 25µg de fentanil via subaracnóidea. Dose de manutenção de 4ml quando necessário de bupivacaína a 0,25% em excesso enantiomérico de 50% com epinefrina 1:200.000, e dose perineal de 6ml de anestésico local no início do período expulsivo, através do cateter no espaço peridural em todas as parturientes.

Todas as pacientes foram colocadas em decúbito lateral esquerdo e, após 20 minutos do bloqueio, a avaliação da força muscular foi realizada solicitando-se que a paciente levantasse o quadril da mesa cirúrgica, elevasse e mantivesse os membros inferiores estendidos por cerca de 10 segundos e realizasse flexão e extensão das coxas e pernas, contra a resistência do examinador. Com a ausência completa de bloqueio motor, a paciente era colocada em pé e o teste de Romberg era realizado. Todas as pacientes em ambos os grupos deambularam sem dificuldades, pois nenhuma alteração foi observada. Aquelas que desejaram urinar também não encontraram dificuldades à micção espontânea.

Os autores chegaram à conclusão que ambas as técnicas se mostraram eficazes e seguras para a analgesia do trabalho de parto, embora a técnica combinada tenha proporcionado um rápido e imediato alívio da dor.

Boing et al. (2007), publicaram uma pesquisa de caráter qualitativo, ocorreu no Centro Obstétrico (CO) da Maternidade Carmela Dutra, em Florianópolis (SC), durante seis meses. Compuseram a amostra 40 primíparas, com previsão para parto vaginal, elas deveriam estar em trabalho de parto, ter entre 18 e 37 anos, 4 ou menos centímetros de dilatação cervical, sem abortos ou outros partos prévios.

As primigestas foram divididas em dois grupos: o controle (GC) e o experimento (GE), que passava anteriormente por uma fase de aprendizado da técnica respiratória. A parturiente era estimulada a indicar o valor da intensidade de dor e a saturação de oxigênio era colhida sempre em decúbito lateral esquerdo,

durante e nos intervalos de contração. Os dados foram coletados uma vez a cada 60 minutos, podendo variar em intervalos de tempo de 50 a 70 minutos, respeitando o período de contração da gestante e a rotina do CO.

Foi concluído pelos autores que a técnica respiratória, além de interferir no parto como fator relaxante, diminui a sensação dolorosa, quando verifica-se que a intensidade dolorosa no GE não excedeu à intensidade 7 (severa e muito severa) de intensidade. Este valor foi registrado aos 9cm durante a contração, sendo que, fora dela, o valor obtido foi de 4 (moderada). Ambos os grupos tiveram as médias dos valores da saturação de oxigênio mais elevadas durante e fora da contração, no entanto, foram consideravelmente menores no GC. Assim, acredita-se que a técnica respiratória diafragmática, realizada de forma lenta e profunda, é uma forma alternativa potencial para o controle da dor durante o trabalho de parto.

Em (2007) Baraldi et al., publicaram uma revisão bibliográfica de caráter quantitativo. A analgesia peridural contínua foi a mais utilizada (88,2%) entre os artigos pesquisados, e as droga de escolha foram principalmente a bupivacaína associada ao fentanil (70,9%). O principal método de alívio da dor aplicado nos grupos que não receberam a analgesia peridural foi a meperidina endovenosa (52,8%). Essa droga é menos prescrita, nacionalmente, pelo risco de causar depressão respiratória no recém nascido, principalmente, se o nascimento ocorrer antes de 4 horas de sua administração.

Na maior parte dos artigos pesquisados (60%), o período expulsivo foi prolongado após a realização da analgesia peridural. Isso pode ser justificado pelo fato de, no período expulsivo, a apresentação fetal exercer pressão sobre o assoalho pélvico materno, estimulando o reflexo de puxo; o uso da analgesia pode diminuir essa sensibilidade com conseqüente redução do puxo e aumento do 2º período do trabalho de parto. Os autores concluíram que há aumento de práticas intervencionistas por parte dos profissionais de saúde na condução do trabalho de parto, e parto com o uso da analgesia. Isso ficou de ocitocina e puxos dirigidos em todas as parturientes após a realização da analgesia obstétrica, mesmo sem alteração na evolução do trabalho de parto.

Em 2007 Mamede et al., realizaram uma pesquisa na qual aborda a dor durante o trabalho de parto: efeito da deambulação. A pesquisa é de caráter qualitativo, realizado no Centro de Parto Normal (CPN) do Amparo Maternal que é uma maternidade filantrópica, situada na região sul da cidade de São Paulo. A amostra constituiu-se de 75 primigestas, com idade gestacional de 37 a 42 semanas, gestação única e tópica, ausência de intercorrência gestacional, feto vivo em apresentação cefálica de vértice com boas condições de vitalidade. A inclusão foi feita no início da fase ativa do trabalho de parto tendo como indicadores duas ou mais contrações de intensidade média a cada dez minutos, dilatação cervical de quatro a cinco centímetros e presença de líquido amniótico claro constatado na amnioscopia.

Parturiente em trabalho foi aplicada a Escala de dor (EVN) e iniciado o estímulo à deambulação, ocasião em que o pro pé com o podômetro (contador digital, que avalia a distância percorrida), eram colados na parturiente e permaneciam durante toda a fase ativa do trabalho de parto. Em seguida a parturiente era estimulada a iniciar a deambulação. Os escores de dor bem como o trajeto deambulado foram tomados e registrados a cada hora até o final da fase ativa do trabalho de parto. Os autores ao associar o trajeto percorrido a cada hora da fase ativa do trabalho de parto com a deambulação, verificaram que houve diferença significativa nas três primeiras horas desta fase, ou seja, as parturientes que deambularam uma distância maior, durante as três primeiras horas da fase ativa do trabalho de parto, tiveram uma redução na duração do trabalho de parto. Entretanto, a partir da quarta hora tal associação não se fez mais presente.

Os autores concluíram que a influência combinada do avanço da dilatação cervical e da frequência e intensidade aumentada das contrações uterinas, é uma explanação lógica para a dor intensa que muitas mulheres experiênciam, durante o final do primeiro período de parto. Fato observado neste estudo, especialmente quando verificaram que todas as mulheres pontuaram a maior intensidade de dor aos 9 e 10cm de dilatação cervical. Entretanto, quanto aos escores de dor, verificou-se que a pontuação dos mesmos aumenta à medida que a dilatação cervical avança. Foi encontrada uma correlação positiva significativa entre a deambulação e o escore de dor apenas aos 5cm de dilatação, ou seja, quanto maiores os trajetos percorridos maiores foram os escores de dor pontuados pelas parturientes.

5.3 ANO DE 2008

Torres e Davim, publicaram uma pesquisa de caráter quantitativa, sobre a avaliação da efetividade de estratégia não farmacológica para o alívio da dor da parturiente na fase ativa do período de dilatação no trabalho de parto. A pesquisa foi realizada em uma maternidade escola no Rio Grande do Norte (RN).

Nesse ambiente, as parturientes receberam orientações quanto as estratégias não farmacológicas, como técnicas de respiração, relaxamento muscular, massagem, lombossacral, deambulação, balanço pélvico e banho de chuveiro.

A população do estudo foi composta por parturientes consideradas de baixo risco gestacional, sendo avaliadas quando estavam na fase ativa do parto. A pesquisa teve uma amostra de 100 parturientes. O instrumento constou de 3 partes, caracterização das parturientes, o partograma e avaliação da dor de parto.

Os autores concluíram que a aplicação das estratégias não farmacológicas nos 6, 8 e 9cm de dilatação do colo uterino, apresentam diferença significativa no alívio da dor.

5.4 ANO DE 2009

Freitas e Meinberg publicaram uma revisão que relata sobre o tipo de analgesia locorregionais e sistêmicas, utilizadas no trabalho de parto. Este artigo foi publicado na revista de medicina de Minas Gerais. Os autores relatam sobre a importância do preparo pré-analgesia. Avaliação pré-anestésica deve ser cuidadosa e completa das gestantes (história clínica, exame físico, pré-natal, evolução do trabalho de parto). Quanto ao jejum, a preocupação com a aspiração do conteúdo gástrico é real e séria, porém o risco está quase totalmente associado ao uso da anestesia geral.

Portanto, o grau de risco está diretamente relacionado à frequência com que a anestesia geral acompanha o parto, e esse risco é muito baixo. Além disso, mesmo o jejum prolongado na grávida não garante esvaziamento gástrico. Revisão do material de intubação, ventilação e aspiração, além de drogas de apoio às possíveis complicações e situações de emergência. A paciente deverá ser monitorizada durante a realização da analgesia.

Os autores descrevem que analgesia sistêmica é considerada um método alternativo, sendo indicada quando há contra-indicações aos bloqueios regionais ou na ausência de recursos para a realização dos mesmos, sendo que muito opióides são utilizados, entretanto, é notório o fato de que produzem analgesia incompleta e, dependendo do tipo e quantidade utilizadas, podem trazer efeitos colaterais para mãe e feto. Todos os medicamentos dessa classe atravessam a barreira placentária. Eles ressaltam que a meperidina e os opióides podem causar depressão respiratória no feto, bradicardia.

Já o remifentanil em obstetrícia, inicialmente era indicado em cesarianas de gestantes cardiopatas ou em pré-eclâmpsia na anestesia geral ou associado á peridural. Essas características o tornam uma droga bem indicada em analgesia de trabalho de parto. O remifentanil cruza a barreira placentária com facilidade, porém apresenta grande volume de distribuição e rápido metabolismo. Em baixas doses geralmente não apresenta efeito clínico e em altas doses há mais efeitos colaterais. Essa droga tem sido indicada pela fácil administração. A anestesia raquidiana apresenta como vantagens: facilidade de aplicação, curto período de latência, mínimas concentrações fetais e maternas da solução anestésica.

Os autores concluíram que a participação do anestesiolegista durante o trabalho de parto alcança resultados que transcendem o bem estar da mãe e do recém nascido. O incentivo ao parto sem dor reduz a incidência do número de cesarianas e suas complicações (risco três a quatro vezes mais alto que o do parto vaginal) e contribuindo para alívio para a dor e tornando esse momento realmente prazeroso e único para o casal e o seu recém nascido.

5.5 ANO DE 2010

Klein publicou uma pesquisa qualitativa descritiva exploratória realizada foi realizada em um hospital privado, localizado em um município do Vale do Caí, no Estado do Rio Grande do Sul. Foram de interesse deste estudo, todos os métodos não farmacológicos empregados, mesmo que em associação, utilizados no alívio da dor nos trabalhos de partos de baixo risco. A população de estudo foi constituída por todas as enfermeiras que atuam no atendimento do centro obstétrico deste hospital, incluindo folguistas e efetivas nos turnos da manhã, tarde e noite, totalizando quatro enfermeiras.

Os métodos não farmacológicos são medidas alternativas para evitar o uso de analgésicos, visando uma terapia não medicamentosa e fornecer meios de ajudar a enfrentar o desconforto percebido pela mulher durante o trabalho de parto. Os métodos de analgesia não medicamentosos relatados pelas enfermeiras deste estudo foram o banho de aspersão, a bola suíça, a massagem nas costas e a deambulação.

A parturiente deve ter uma participação importante na escolha do método mais adequado para o momento pelo qual esta passando, sem essa participação efetiva o resultado muitas pode trazer prejuízos para uma evolução mais tranquila do trabalho de parto. Percebe-se que as enfermeiras participantes deste estudo oferecem à puérpera as técnicas disponíveis, e a mulher tem a liberdade para escolher o método. A equipe de enfermagem deve orientar e estimular a realização dos exercícios pela parturiente durante o trabalho de parto, permanecendo com ela durante todo o processo, contribuindo para uma assistência humanizada e qualificada.

Os autores concluíram que os métodos não farmacológicos para alívio da dor de parto não são eficazes, a ponto de promover alívio total da dor, no entanto se constituem em opção que possibilita à mulher ter maior conhecimento sobre seu corpo, e maior domínio sobre o processo, culminando assim, como a constituição de um instrumento eficaz para eliminar ou pelo menos diminuir a necessidade de recorrer a medidas farmacológicas.

Gayesky e Bruggemann, publicaram uma revisão de literatura sobre o método não farmacológico para o alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. Foram incluídas em todos os artigos, sendo que quatro foram realizados somente com primípara e oito com múltiparas e primíparas. Ou seja, na maioria deles a paridade e a dilatação cervical para o início da intervenção não eram critérios de inclusão/exclusão. Os métodos não farmacológicos mais avaliados pela maioria dos estudos foram o banho de imersão e a massagem, seguidos da aromoterapia.

Não foram localizados artigos sobre o uso da bola suíça, conhecida como bola obstétrica, banho de aspersão e o uso da focalização da atenção apesar de serem amplamente utilizados nas maternidades brasileiras. Os estudos sobre mudança de posição e audioanalgesia encontrados não eram elegíveis.

Ronconi et al., publicaram uma pesquisa na no serviço de Obstetrícia da Universidade de Taubaté em São Paulo. Esse estudo foi realizado sobre a dor e satisfação durante o trabalho de parto em primigestas: visão da parturiente e do obstetra. Foram incluídas 60 primigestas, submetidas ao parto por via vaginal, com idade média de 22 anos, sendo 23,3% (4) com idade inferior a 18 anos, 71,6% com idade entre 18 e 35 anos e 5% com idade superior a 35 anos. A maior intensidade da dor sentida pela paciente e o seu grau de satisfação com o parto foram avaliados em até 24 horas após o parto, usando a escala visual para avaliar a sua intensidade e o grau de satisfação.

Todas as parturientes tiveram parto por via vaginal, sendo que para realização da episiotomia 8,33% receberam anestesia regional e local, 91,66% receberam apenas anestesia local. Cerca de 70% das pacientes entrevistadas informaram ter sentido dor intensa, porém apenas 31,66% dos obstetras, compartilharam dessa mesma opinião. No entanto 60% dos obstetras consideraram a dor como moderada enquanto que apenas 26,6 das pacientes tiveram essa percepção em relação à dor por elas sentida.

A dor foi considerada leve por 3,33% das pacientes e 8,33% dos obstetras. A relação da dilatação cervical com a dor apresentada pelas pacientes mostrou dor intensa para 31% com 9 a 10cm de dilatação, 13% relatavam a pior dor imaginável com 3 cm além de algumas pacientes relataram dor máxima antes mesmo de 3cm de dilatação.

Os autores chegaram a conclusão que os resultados obtidos, evidenciaram altas taxas de dor máxima no decorrer do trabalho de parto, enquanto os obstetras subestimaram a real dor percebida pelas gestantes. Quanto à satisfação com o trabalho de parto, as pacientes se mostraram bastante satisfeitas, enquanto os obstetras desconheciam este sentimento das mulheres.

Cunha, publicou na revista Femina em Tijuca no Rio de Janeiro. Ele ressalta que a intenção da pesquisa é responder duas perguntas: Quando indicar analgesia/anestesia durante o trabalho de parto e o parto? Qual a melhor analgesia/anestesia a ser empregada durante o trabalho de parto e o parto?. Do ponto de vista humano, sempre que a paciente se queixar de dor e solicitar alívio, está indicada a analgesia/anestesia.

A petidina (meperidina) tem sido o opióide mais usado, por via intramuscular, para o alívio da dor do trabalho de parto. Entretanto, existem algumas considerações sobre sua efetividade e a possibilidade de depressão do recém nascido. Não houve evidência de diferença entre petidina e tramadol em termos de alívio da dor, duração do trabalho de parto ou parto operatório. Aparentemente houve mais efeitos colaterais, como náuseas, vômitos e tontura, com a petidina. Já a anestesia epidural é uma técnica de bloqueio nervoso central pela injeção de um anestésico local, próximo aos nervos que transmitem a dor, e é amplamente utilizada como forma de alívio da dor durante o trabalho de parto.

Embora a analgesia epidural esteja sendo amplamente usada nos últimos 20 anos, e proporcione o mais efetivo alívio da dor durante o trabalho de parto, está associada a alguns desfechos adversos, incluindo o aumento do risco do parto vaginal operatório (fórcipe/vácuo). Diversos mecanismos foram propostos para explicar o aumento do número de partos vaginais operatórios associados à analgesia epidural, e são citados: o relaxamento dos músculos do assoalho pélvico (que podem retardar a rotação da cabeça); a diminuição da vontade de fazer força pela diminuição do reflexo de expulsão; e a redução da atividade uterina.

O autor concluiu que as formas farmacológicas como a petidina, é considerada droga de referência para a analgesia do período de dilatação. Comparada à petidina, a analgesia com técnica de bloqueio (epidural) proporciona maior alívio da dor. Entretanto, a epidural tem sido acusada de retardar a evolução do trabalho de parto e aumentar a incidência de parto vaginal operatório, observação polêmica. A proposta de deambulação da paciente para reduzir esse efeito indesejável não se mostrou eficaz.

Técnica mais recente é a associação dos bloqueios raquianos e epidural, cujo resultado equivale ao da epidural. Já o controle da dose de anestésico na epidural lombar contínua pela paciente (técnica mais recente) mostrou-se superior às demais técnicas pela menor necessidade de intervenção anestésica complementar. A anestesia geral equivale às técnicas de bloqueio quanto ao efeito anestésico. Entretanto, as diferentes técnicas têm indicações e contraindicações para as quais os profissionais devem ficar atentos.

Rosa publicou uma pesquisa descritiva exploratória, com abordagem qualitativa. A apresentação dos resultados obtidos das entrevistas realizadas com dez funcionárias da equipe de enfermagem do Centro Obstétrico de um hospital de médio porte do Vale do Taquari, Rio Grande do Sul. Na categoria sobre o conhecimento dos métodos não farmacológicos a maioria dos sujeitos da pesquisa referiu ter conhecimento sobre o Banho de Chuveiro, Massagem, Bola Suíça, Musicoterapia, Acupuntura e a Presença do acompanhante. Porém, poucos entrevistados referiram conhecer o uso da Respiração, Iluminação, Cavalinho, Deambulação.

A massagem lombossacral realizada pelo acompanhante ou por um profissional de saúde, no momento da contração, estimula a liberação de endorfinas intensificando o alívio da dor. Portanto, a massagem é um método seguro que pode aliviar a dor durante o trabalho de parto.

A música beneficia o relaxamento da mulher durante o parto, ela deve ser estimulada a trazer gravadas músicas se sua preferência para o hospital.

A acupuntura causa analgesia através da liberação de endorfinas pelo Sistema Nervoso Central. Na maior parte dos casos, obtém-se alívio parcial da dor e muitas parturientes necessitam de métodos para complementar no segundo estágio do trabalho de parto. A bola suíça, ao mesmo tempo em que proporciona relaxamento à parturiente, com os movimentos realizados com a bola, auxiliam na abertura dos diâmetros transversos e anteroposteriores do canal do parto. A água, em temperatura elevada, no local específico da dor na parturiente promove uma vasodilatação local, diminuindo a dor e promovendo relaxamento.

A autora conclui que no decorrer desta pesquisa, pode-se confirmar o quanto os métodos não farmacológicos são benéficos, mesmo assim algumas mulheres preferiam ganhar de cesariana para não sentir dor. Para os profissionais da enfermagem, os métodos possibilitam maior proximidade com a parturiente podendo passar segurança e confiança a ela e proporcionar um momento único e com ausência de sofrimento. A massagem se mostrou mais efetiva para o alívio da dor quando utilizada no início da faz latente.

Esse método reduz as reações comportamentais, o estresse e ansiedade frente à dor, além disso, permite a participação ativa do acompanhante, o que resulta em maiores níveis de satisfação para ambos. O banho de imersão apresenta mais benefício quando utilizado a partir dos 3cm de dilatação cervical,

principalmente quando controlados, conjuntamente o tempo de ruptura das membranas 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.

Os autores concluíram que nem todos os métodos são eficazes no alívio da dor, mas reduzem os níveis de estresse e ansiedade da parturiente e promovem satisfação. A redução dos níveis de estresse previne a hiperventilação e conseqüentemente alcalose respiratória reduzindo a liberação de catecolaminas o que contribui para uma melhor perfusão placentária e menores índices de acidose fetal, com conseqüente resultados neonatais positivos.

5.6 ANO DE 2011

Silva et al., realizou uma revisão de literatura sobre os métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto e parto. Na análise da aplicabilidade dos métodos de alívio da dor investigados, verificou-se que as técnicas de respiração e relaxamento muscular foram as mais incidentes seguidas de massagens e mobilidade (exercícios na bola suíça, movimento articular geral, mobilidade pélvica, uso do cavalinho ou cadeira, deambulação e posturas verticais). A utilização de métodos não farmacológicos objetiva amenizar o estresse fisiológico e aumentar o grau de satisfação da parturiente.

As técnicas de respiração e relaxamento muscular são atrativas pela sua simplicidade e por garantir à parturiente participação ativa, durante processo de parturição e autonomia no controle da dor. Constatou-se a aplicabilidade da prática de massagens manuais, com uso de bola de tênis, automassagem e massagens praticadas pelo acompanhante, em nove estudos. Muitas medidas não farmacológicas são ótimas para envolver o acompanhante durante o trabalho de parto e parto, a massagem é uma terapêutica simples, de baixo custo, que associada à respiração, posição e deambulação pode ser de grande valia no processo de nascimento.

A terapia da mobilidade, como a deambulação, uso da bola suíça e o cavalinho, são técnicas utilizadas para alívio da dor durante a fase ativa do trabalho de parto, proporcionando maior relaxamento, melhor progressão do trabalho de parto e, menor consumo de analgésicos e anestésicos. Banhos, de chuveiro ou a jato (hidromassagem), com água quente são medidas que podem promover conforto e relaxamento durante o trabalho de parto. É um método de simples aplicabilidade, que pode ser oferecido com freqüência na prática de enfermagem, proporcionando melhor conforto à mulher.

Os autores concluíram que estas terapias alternativas são excelentes para a redução de intervenções medicamentosas, a maioria das terapêuticas apresentadas nos artigos é de simples aplicabilidade e possibilitam a participação ativa do acompanhante durante o trabalho de parto e parto.

Gallo et al., publicaram uma revisão bibliográfica sobre recursos não farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. Foram investigados seguintes recursos não farmacológicos: suporte contínuo, banho de chuveiro, banho de imersão, massagem, exercícios respiratórios, técnicas de relaxamento, deambulação, mobilidade materna, bola Suíça ou de nascimento.

A partir da análise destes estudos publicados, foi elaborado um protocolo assistencial. O protocolo assistencial utilizando os recursos não farmacológicos na fase ativa do trabalho de parto mostra a dilatação do colo uterino, recurso terapêutico utilizado, o tempo de utilização e a técnica utilizada. A seguir, os aspectos científicos relacionados aos diferentes recursos e a viabilização de sua implementação na prática são discutidos.

Apesar da existência de poucos estudos utilizando o banho de chuveiro durante o trabalho de parto, este recurso parece exercer influência positiva sobre a dor, o mecanismo de alívio da dor por este método é a redução da liberação de catecolaminas e elevação das endorfinas, reduzindo a ansiedade e promovendo a satisfação da parturiente. Já o banho de imersão, geralmente, a imersão da parturiente é realizada em uma banheira de fibra ou acrílico na instituição ou de laminado de PVC inflável portátil, protegida por material descartável. A água deve estar aquecida em torno de 37 a 38°C, sendo importante que a imersão seja realizada quando estiver definida a fase ativa do trabalho de parto e com dilatação cervical mais avançada em torno de 6cm para não interferir na intensidade das contrações e duração desta fase.

A massagem é um método de estimulação sensorial caracterizado pelo toque sistêmico e pela manipulação dos tecidos. No trabalho de parto, a massagem tem o potencial de promover alívio de dor, além de proporcionar contato físico com a parturiente, potencializando o efeito de relaxamento, diminuindo o estresse emocional e melhorando o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos. Apesar de a massoterapia praticamente não apresentar efeitos colaterais, suas diferentes técnicas devem ser aplicadas individualmente com base em uma avaliação fisioterapêutica prévia, pois algumas parturientes podem apresentar intolerância à massagem em determinadas regiões corporais ao longo do trabalho de parto.

Os exercícios respiratórios podem não ser suficientes na redução da sensação dolorosa durante o primeiro estágio do trabalho de parto, porém são eficazes na redução da ansiedade e na melhora dos níveis de saturação materna de oxigênio. Nesta fase, prioriza-se a respiração torácica lenta com inspiração e expiração profundas e longas em um ritmo natural, sendo realizada no momento das contrações uterinas. Os exercícios de relaxamento têm como objetivo permitir que as parturientes reconheçam as partes do seu corpo, evidenciando as diferenças entre relaxamento e contração, melhorando o tônus muscular e, desta forma, favorecendo a evolução do trabalho de parto. Estudos demonstram que o relaxamento reduz o número de cesarianas e de partos vaginais assistidos, além de promover alívio da dor e redução da ansiedade.

A deambulação é um recurso terapêutico utilizado para reduzir a duração do trabalho de parto, beneficiando-se do efeito favorável da gravidade e da mobilidade pélvica que atuam na coordenação miométrial e aumentam a velocidade da dilatação cervical e descida fetal. Alguns estudos demonstram que a deambulação aumenta a tolerância à dor no trabalho de parto. A bola Suíça é um recurso que deve ser utilizado com o objetivo de facilitar a adoção de postura vertical pela parturiente de forma confortável. A utilização da bola pela parturiente sem orientação e supervisão de um profissional de saúde pode provocar queda e não deve ser recomendada. Os recursos podem ser aplicados de forma isolada, combinada ou sequencial, dependendo das características e perfil de cada parturiente, do treinamento das equipes de saúde e da disponibilidade dos recursos nas maternidades. Eles indicam que as parturientes devem ter acesso aos recursos não farmacológicos para alívio da dor e progressão do trabalho de parto.

Sendo assim, sugere-se a utilização do protocolo proposto com o intuito de demonstrar a efetividade desses métodos nos diversos momentos do trabalho de parto, possibilitando a continuação de estudos sobre o tema.

Bavaresco et al., publicou uma revisão bibliográfica. Os autores começam a revisão apontando sobre o estímulo à deambulação e adoção de posturas verticais. Acredita-se que a mobilidade materna e a liberdade de movimento facilitem a “adaptação” e o encaixe do bebê à pelve materna e ao canal de parto, visto que a mobilidade pélvica é diferente nas diversas posturas que a mulher pode assumir durante o trabalho de parto. Outras posturas também podem ser estimuladas e auxiliadas pelo fisioterapeuta, tais como: ajoelhada, sentada, quatro apoios, sentada em cadeiras especiais, inclinada para frente apoiada em uma parede, segurando-se a uma corda presa ao teto ou a uma barra, posição de Simms (decúbito lateral esquerdo) ou cócoras sustentada, para que assim haja maior relaxamento, principalmente da musculatura dorsal, do assoalho pélvico e do canal vaginal.

A bola suíça também pode ser usada com a finalidade de melhorar a percepção da tensão e do relaxamento do assoalho pélvico da gestante, através da realização de movimentos associados à respiração, promovendo desta forma, inclusive, o relaxamento global da mulher.

Habitualmente a postura de cócoras não nos é solicitada e o fortalecimento do assoalho pélvico não é rotina na nossa sociedade. Em vista disso, a atuação fisioterapêutica é primordial para as parturientes que optarem por este tipo de parto, pois através de exercícios perineais elas podem trabalhar esta musculatura a fim de prevenirem rupturas perineais. Já a respiração, não existe técnica respiratória ideal a ser recomendada durante o trabalho de parto.

O que deve ser estimulado pelo fisioterapeuta, desde o pré-natal, é o uso adequado dos músculos respiratórios, através da respiração espontânea, diafragmática, natural e leve, para que no momento do parto a mulher já esteja conscientizada e consiga desviar a atenção das dores e beneficie a sua oxigenação e a do bebê. Por muito tempo, a respiração rápida e superficial, conhecida como “cachorrinho”, foi estimulada, mas atualmente a técnica foi abandonada, pois leva a um rápido aumento da taxa respiratória e uma redução da profundidade interferindo na fisiologia da respiração e nas trocas gasosas, podendo levar à hipocapnia, resultando em alcalose respiratória que tem como sinais e sintomas: tonturas, entorpecimento, parestesia e espasmo muscular, tensão, exaustão e ansiedade.

O relaxamento associado aos exercícios respiratórios promove alívio do estresse da parturiente ao diminuir a secreção de hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), que atua no mecanismo do estresse em resposta à dor, tanto na fase latente quanto na ativa.

Os autores concluíram que a assistência fisioterapêutica ajuda ainda a tornar o processo de parturição mais ativo, natural e satisfatório, favorecendo uma vivência positiva na vida social e familiar da parturiente, como mulher e mãe, sendo o fisioterapeuta, o profissional da saúde que dispõe de todo o conhecimento para fornecer este suporte de forma eficiente e segura, priorizando métodos não-farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto e no parto, mesmo sabendo que ainda na maioria dos hospitais não tem um fisioterapeuta em atendimento para gestante dentro das maternidades.

5.7 ANO DE 2012

Coelho publicou uma revisão de literatura, descrita por Mendes, Silveira e Galão (2008). Os estudos encontrados nesta revisão foi que a mudança de posicionamento durante o trabalho de parto e a deambulação favorece a mulher e alivia as dores. A deambulação é benéfica para a mulher no trabalho de parto por favorecer sua evolução, porém se a sensação dolorosa ultrapassar seus limites deve ser desestimulada por prejudicar o processo. A autora ressalta que em alguns artigos encontro sobre a posição decúbito lateral esquerdo, relatando que diminui o risco de episiotomia e traumas perineais. Ela cita também sobre a crioterapia que foi comprovado cientificamente que o gelo age como anestésico local, que envia através da medula, estímulos ao cérebro, obtendo dormência e sono.

A bola suíça e o banho de chuveiro, a autora refere que os dois foram considerados eficazes e benéficos as mulheres proporcionando conforto e relaxamento no trabalho de parto. Já se tratando do acompanhante a autora relata que a maioria dos autores que ela buscou para sua revisão concorda que a parturiente deve ter um acompanhante que fique continuamente com ela, pois isso acarreta em benefícios para o parto e para ela. A autora concluiu que existe um leque de possibilidade de estratégia não farmacológica de alívio da dor para mulheres em parturição, além de possibilitarem um relaxamento físico e mental, estimulando também o contato com o acompanhante.

6 DISCUSSÃO DAS PUBLICAÇÕES

A partir do levantamento dos artigos de pesquisas publicados na literatura brasileira no período de 2002 a 2012, sobre o parto humanizado: métodos farmacológicos e não farmacológicos, foram identificados trabalhos abordando as seguintes temáticas: “métodos e estratégias não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto”, “analgésias e anestésias aplicadas para o alívio da dor no trabalho de parto”, “equipes multidisciplinares no contexto do parto humanizado sem dor” e “principais mudanças percebidas na gestação após a aplicação dos métodos”.

Em 2007 Davim et al., avaliaram através de um estudo a avaliação da dor de parturientes na fase ativa do trabalho de parto com o uso de estratégias não farmacológicas. Eles avaliaram que as estratégias aplicadas na fase ativa do trabalho de parto foram efetivas quanto ao alívio da dor, mas ressaltaram que foram rejeitadas pela maioria das parturientes as estratégias deambulação e balanço pélvico que obtiveram percentuais abaixo do critério de aceitação preestabelecido.

Para Mamede em 2007, a dor durante o trabalho de parto aumenta à medida que a dilatação cervical avança. Entretanto a cada hora da fase ativa do trabalho de parto com a deambulação, houve diferença significativa nas três primeiras horas desta fase, ou seja, as parturientes que deambularam uma distância maior, durante as três primeiras horas da fase ativa do trabalho de parto, tiveram uma redução na duração do trabalho de parto.

Já em 2007 Boing et al., a técnica respiratória, além de interferir no parto como fator relaxante, diminui a sensação dolorosa, a técnica respiratória diafragmática, realizada de forma lenta e profunda, é uma forma alternativa potencial para o controle da dor durante o trabalho de parto.

Entretanto em 2007, Cortês avaliou que tanto anestesia peridural contínua, quanto a anestesia combinada, ambas as técnicas se mostraram eficazes e seguras para a analgesia do trabalho de parto, embora a técnica combinada tenha proporcionado um rápido e imediato alívio da dor.

No ano de 2007, Secato et al., publicaram que a massagem é uma arte que precisa ser cultivada e o único modo de aprendê-la é explorando e experimentando. O motivo de sua baixa realização pode ser devido a que em muitos dias o centro obstétrico apresentava uma demanda elevada de atendimentos. Uma solução seria o acompanhante de parto, que se bem orientado pela equipe, poderia realizar tal técnica com a parturiente. Concluíram então que papel de toda a equipe, em especial a equipe de enfermagem, é de prestar cuidados visando à saúde e o bem estar da mãe e bebê, principalmente, no que diz respeito à humanização.

Baraldi et al. em 2007 publicaram que os métodos não farmacológicos foram utilizados em poucos estudos, e incluíam massagens, banhos mornos e acompanhamento por enfermeira obstetra. Esses resultados mostram a reduzida importância que é dada aos métodos alternativos de alívio da dor, uma vez que são utilizados com menor frequência do que drogas que podem causar prejuízos ao recém-nascido, como a meperidina, que é um narcótico com passagem transplacentária. Eles concluíram que foram encontrados elementos suficientes para afirmar que a analgesia peridural realizada durante o trabalho de parto é segura, com restrições à sua realização próxima ao parto, que deixou dúvidas acerca de provocar depressão respiratória ao nascimento.

Em 2008, Davim e Torres, ressaltam as estratégias não farmacológicas, como técnicas de respiração, relaxamento muscular, massagem, lombossacral, deambulação, balanço pélvico e banho de chuveiro nos 6, 8 e 9cm de dilatação do colo uterino apresentam diferença significativa no alívio da dor e ressaltam que muitas vezes os métodos não são utilizados, e acaba sendo utilizada a ocitocina de forma desnecessária na qual essa conduta muitas vezes leva a distócia no trabalho de parto.

No entanto em 2009 Freitas e Meinberg, descrevem a analgesia como um método alternativo, porém deve ser cuidadosa e conter a história completa das gestantes (história clínica, exame físico, pré-natal, evolução do trabalho de parto). Quanto ao jejum, a preocupação com a aspiração é séria, porém o risco está quase totalmente associado ao uso da anestesia geral. A solicitação materna é suficiente a justificativa para a realização dos métodos farmacológicos no alívio da dor no trabalho de parto.

Eles concluíram que a anestesia raquidiana apresenta como vantagens: facilidade de aplicação, curto período de latência, mínimas concentrações fetais e maternas da solução anestésica, por isso é uma das mais indicadas.

Em 2010, Rosa verificou que bola suíça, ao mesmo tempo em que proporciona relaxamento à parturiente, auxiliando na abertura dos diâmetros transversos e anteroposteriores do canal do parto.

Para Klein em 2010, os métodos não farmacológicos são medidas alternativas para evitar o uso de analgésicos, visando uma terapia não medicamentosa e fornecer meios de ajudar a enfrentar o desconforto percebido pela mulher durante o trabalho de parto.

Cunha em 2010, concluiu que as formas farmacológicas como a petidina, considerada droga de referência para a analgesia do período de dilatação. Comparada à petidina, a analgesia com técnica de bloqueio (epidural) proporciona maior alívio da dor. Entretanto, a epidural tem sido acusada de retardar a evolução do trabalho de parto e aumentar a incidência de parto vaginal operatório.

Já Gayesky e Bruggeman em 2010, publicaram que nem todos os métodos são eficazes no alívio da dor, mas reduzem os níveis de estresse e ansiedade da parturiente e promovem satisfação. Como eles reduzem os níveis de estresse previne a hiperventilação e conseqüente alcalose respiratório reduzindo a liberação de catecolaminas o que contribui para uma melhor perfusão placentária e menores índices de acidose fetal, com consequentes resultados neonatais positivos.

Ronconi et al., em 2010 ressalta que a presença de acompanhante durante o trabalho de parto muda o comportamento da paciente positivamente e dá apoio emocional, humaniza o trabalho de parto com melhor resultado tanto emocional como da própria saúde da mulher, obtendo redução nas taxas de cesarianas realizadas. Ressalta o limiar de dor, o relaxamento, o ambiente de atendimento, a presença e apoio de familiares e de profissionais, podem influenciar na intensidade da dor e na progressão do trabalho de parto.

Silva em 2011 ressalta que muitas medidas não farmacológicas são ótimas para envolver o acompanhante durante o trabalho de parto e parto, a massagem é uma terapêutica simples, de baixo custo, que associada à respiração, posição e deambulação pode ser de grande valia no processo de nascimento. As terapias alternativas são excelentes para a redução de intervenções medicamentosas, a

maioria das terapêuticas é de simples aplicabilidade e possibilitam a participação ativa do acompanhante durante o trabalho de parto e parto.

Já Gallo et al. em 2011, referem que a atuação da fisioterapia no trabalho de parto ainda é uma prática pouco estabelecida nas maternidades públicas, espera-se que, com a comprovação dos benefícios dos recursos não-farmacológicos neste momento, os gestores e profissionais de saúde validem a importância da assistência interdisciplinar no ciclo gravídico-puerperal. Os recursos não farmacológicos podem ser aplicados de forma isolada, combinada ou sequencial, dependendo das características e perfil de cada parturiente, do treinamento das equipes de saúde e da disponibilidade dos recursos nas maternidades.

Bavaresco em 2011 acredita que a mobilidade materna e a liberdade de movimento facilitem o encaixe do bebê à pelve materna e ao canal de parto, visto que a mobilidade pélvica é diferente nas diversas posturas que a mulher pode assumir durante o trabalho de parto. Mas outras posturas também podem ser estimuladas tais como: ajoelhada, sentada, segurando-se a uma corda presa ao teto ou a uma barra, posição de Simms (decúbito lateral esquerdo) ou cócoras sustentada, para que assim haja maior relaxamento, principalmente da musculatura dorsal, do assoalho pélvico e do canal vaginal. O relaxamento associado aos exercícios respiratórios promove alívio do estresse da parturiente ao diminuir a secreção de hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), que atua no mecanismo do estresse em resposta à dor.

Mas para Coelho em 2012, ressalta que a deambulação é benéfica para a mulher no trabalho de parto por favorecer sua evolução, porém se a sensação dolorosa ultrapassar seus limites deve ser desestimulada por prejudicar o processo. Ele concluiu que existe um leque de possibilidade de estratégia não farmacológica de alívio da dor para mulheres em parturição, além de possibilitarem um relaxamento físico e mental, estimulando também o contato com o acompanhante.

Em todos os estudos aqui apresentados, os autores, independentemente da abordagem utilizada, enfatizaram a importância dos métodos farmacológicos e não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto, para assim poder ter um trabalho de parto tranquilo minimizando a dor na hora do parto e diminuindo as consequências para a mãe e para o bebê.

É válido ressaltar que nos anos de 2002 e 2006 não houve publicação de relevância sobre o tema para a consecução deste trabalho.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo enfocou as publicações encontradas na literatura brasileira no período de 2002 á 2012, que abordaram o tema parto humanizado: métodos farmacológicos e não farmacológicos, e identificou os tipos de publicações produzidas nesse período.

As publicações totalizaram 17 obras selecionadas das 150 pesquisadas em 10 anos, nos estados de Minas Gerais, Paraná, Rio de Janeiro, Rio grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo.

Através da revisão bibliográfica realizada, foi possível diagnosticar que o maior número de estudos foi encontrado na área de enfermagem, pois sabemos que são os enfermeiros que lidam com a arte do cuidar. Para os profissionais da enfermagem, os métodos possibilitam maior proximidade com a parturiente, podendo passar segurança e confiança a ela, e proporcionar um momento único e com ausência de sofrimento. A medicina teve seis estudos, mas os principais se deteram em mostrar mais sobre os métodos farmacológicos no qual os médicos estão mais interados sobre o assunto. E na fisioterapia foram encontrados poucos artigos, tendo que haver mais estudos e publicações sobre esse tema.

Através da maioria dos estudos, a presente pesquisa propiciou conhecer quais as técnicas que estão sendo aplicadas, as mais utilizadas e as que ainda são pouco aplicadas. A partir dos resultados encontrados se conclui-se que para cada método é necessário definir em que fase do período de dilatação, latente ou ativa, ele deve ser implementado. Nem todos os métodos são eficazes no alívio da dor, mas reduzem os níveis de estresse e ansiedade da parturiente e promovem satisfação.

Sendo estes cuidados aceitos ou não, o papel de toda a equipe, em especial a equipe de enfermagem, é de prestar cuidados visando à saúde e o bem estar da mãe e bebê, principalmente, no que diz respeito à humanização.

A assistência, principalmente dos enfermeiros, durante o parto humanizado implica em minimizar o desconforto e garantir a segurança da mãe e do feto. A redução dos níveis de estresse 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 fetal, com conseqüente resultados neonatais positivos.

O que mais pude perceber neste estudo foi que a maioria dos métodos foram aplicados e eficazes, mas isso depende muito de qual método a paciente se enquadra mais e em qual período do trabalho de parto está. Muitas gostam de estarem deambulando, outras gostam de estarem na bola suíça ou no banho de aspersão, outras não aceitam nenhum método não farmacológico e preferem as analgesia e anestesia. Isso varia muito de paciente para paciente, ela possivelmente irá escolher o método que para ela diminua a dor e ela se sinta mais segura. Devemos considerar a individualidade de cada parturiente e que muito sentimento se exacerba durante o trabalho de parto, além de conhecer os efeitos dos métodos não farmacológico e farmacológico, é imprescindível que pesquisas sejam realizadas com o objetivo de conhecer as preferências das parturientes em relação ao tipo de método a ser utilizado.

Enfim, a importância do método de pesquisa “Revisão Bibliográfica” chama a atenção do mundo científico para as falhas, quanto ao número de trabalhos publicados, sobre este tema. Isso é observado através da ausência de publicação, na década proposta, nos anos de 2002 á 2006, e também, através da falta de pesquisas, diretamente com as gestantes, suas opiniões, sentimentos e suas preferências.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA NAM, SOARES LJ, SODRÉ RLR, et al. A dor do parto na literatura científica da enfermagem e áreas correlatas indexada entre 1980-2007. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2008; 10 (4): 1114-23.

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**: elaboração de trabalho de graduação. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

ARAGÃO, Carolina de Oliveira. **A Avaliação da Qualidade do Pré-natal Realizado por Enfermeiros na Ótica das Gestantes Usuárias no Município de Teresópolis**. jul. 2009. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/21145/1/a-avaliacao-da-qualidade-do-pre-natal-realizado-por-enfermeiros-na-otica-das-gestantes-usuarias-no-municipio-de-teresopolis/pagina1.html>>. Acesso em: 18 jul. 2012.

BARALDI, A. C. P.; ALMEIDA, A. M.; PANOBIANCO, M. S.; MAMEDE, F. V. O uso da analgesia peridural em obstetrícia: uma metanálise. **Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.64-71, 2007.

BÖING, I.; SPERANDIO, F. F.; SANTOS, G. M. Uso de técnica respiratória para analgesia no parto. **Femina** [Internet]. 2007 Jan [cited 2012 Jan 12]; 35 (1): 41-6. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=458465&indexSearch=ID>

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de Enfermagem: Médico-Cirúrgico**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2006.

CORTÊS, C. A. F; SANCHEZ, C. A.; OLIVEIRA, A. S.; SANCHEZ, A. S. Analgesia de parto: estudo comparativo entre anestesia combinada raquiperidural versus anestesia peridural contínua. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, V. 57, n. 1, p 39-45, jan./fev., 2007.

COSTA, B.; FIGUEIREDO, A.; PACHECO, A.; PAIS, A. Parto: expectativas, experiências, dor e satisfação. **Psic Saúde Doenças**, 2003 Jul; 4 (1): 47-67.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V. Avaliação do uso de estratégia não farmacológicas no alívio da dor de parturiente. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 64-72, abr./jun. 2008.

DAVIM, RMB, TORRES, GV, DANTAS, JC. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. **Rev Esc Enferm USP** [Internet]. 2009 Jun/July [cited 2012 jan 12]; 43 (2): 438-45. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000200025&script=sci_arttext.

FEREZ, D. **Atualização em Anestesiologia**. v. IX. São Paulo: Office Editora, 2004.

GALLO, R. B. S. et al. Recursos não farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **Revista Femina**, Ribeirão preto, v. 39, n. 1, p. 41-48, jan. 2011. Disponível em: http://www.febrasgo.org.br/arquivos/femina/Femina2011/janeiro/Femina_v39n1_41-48.pdf

GAYESKY, M. E.; BRUGGEMMAN, O. M. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. **Texto contexto-enferm.**, v. 19, n. 4, p. 774-782, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4//22.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2012.

GIL, Antônio C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

LAKATOS, Eva M. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MAMEDE, Fabiana Villela et al. A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, Dec. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?>. Acesso em: 22 abr. 2013.

PINHO, I. C.; SIQUEIRA, J. C. B. A; PINHO, L. M. O. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 01, p.42-51. 2006.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SESCATO, A. C.; SOUZA, S. R. R. K.; WALL, M. L. Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. **Cogitare enferm** [Internet]. 2008 Oct/Dec [cited 2012 Jan 12]; 13 (4): 585-90. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/13120/8879>.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Título do artigo:		
Autor:	Titulação do autor:	
Nome do periódico:		
Ano:	Volume:	Número:
Tipo de estudo:		
Objetivo do estudo:		
Método farmacológico ou não farmacológico apresentado no estudo:		
Considerações sobre as efetividades dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor:		