

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**DAIANE RIGO DA SILVEIRA**

**MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS NO ALÍVIO DA DOR DURANTE A  
PARTURIÇÃO**

**Porto Alegre  
2007**

**DAIANE RIGO DA SILVEIRA**

**MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS NO ALÍVIO DA DOR DURANTE A  
PARTURIÇÃO**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientador: Professora Doutora Lilian Cordova do Espírito Santo

**Porto Alegre  
2007**

## **AGRADECIMENTOS**

À minha mãe, cunhada e irmão pelo apoio prestado durante a realização da graduação, mas principalmente à ajuda oferecida durante os momentos finais do curso quando precisei da força, compreensão e ajuda para conseguir vencer os obstáculos apresentados durante tal período.

Às minhas amigas, pela torcida e pela confiança demonstrada de que eu venceria.

A todos que de alguma maneira contribuíram para a realização deste sonho, hoje uma realidade.

A Lilian Cordova do Espirito Santo, pela preocupação, colaboração, ajuda e compreensão demonstrados.

Para se mudar a vida é preciso primeiro mudar a forma de nascer.

Michel Odent

## RESUMO

Buscou-se, através de pesquisa bibliográfica, descrever os principais métodos não farmacológicos utilizados no manejo da dor durante o trabalho de parto. Para tanto, foram selecionados periódicos contendo artigos sobre o tema, livros e páginas da *Internet*. Abordaram-se alguns aspectos como definições de trabalho de parto e parto, fisiologia da dor e implicações materno fetais. Foram descritos os métodos não farmacológicos para o alívio da dor mais utilizados por enfermeiras, de acordo com a bibliografia pesquisada, dentre os quais destacam-se o método psicofilático, o apoio emocional, a hidroterapia e o estímulo ao livre posicionamento das parturientes. Os métodos estudados promovem a redução da percepção da dor através da redução dos níveis de ansiedade das parturientes, especialmente o método psicofilático, devido às técnicas de respiração e relaxamento, a hidroterapia, devido ao relaxamento proporcionado pelo contato com a água e o apoio emocional, pela presença constante de um acompanhante.

**Descritores:** trabalho de parto, dor de parto, analgesia obstétrica.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO .....</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>9</b>
<b>3.1</b>	<b>Trabalho de Parto e Parto .....</b>	<b>9</b>
<b>3.2</b>	<b>Dor no Trabalho de Parto.....</b>	<b>11</b>
3.2.1	Fisiologia da dor .....	11
3.2.2	Efeitos da dor na mãe e no bebê.....	13
<b>4</b>	<b>MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS NO ALÍVIO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO .....</b>	<b>15</b>
<b>4.1</b>	<b>Método de Lamaze.....</b>	<b>15</b>
<b>4.2</b>	<b>Apoio emocional.....</b>	<b>18</b>
<b>4.3</b>	<b>Hidroterapia .....</b>	<b>20</b>
<b>4.4</b>	<b>Liberdade de movimentos da parturiente .....</b>	<b>22</b>
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>25</b>
<b>6</b>	<b>ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>26</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>28</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>30</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Todo o processo de gestação de uma criança, até o momento de seu nascimento, sempre me despertaram grande interesse.

Durante o estágio realizado na Unidade de Internação Obstétrica (UIO) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), na disciplina de Enfermagem no Cuidado à Mulher, percebi a falta de vontade e o sentimento de medo de ter outros filhos das mães lá internadas. Esse medo talvez fosse devido a dor por elas experimentada durante o trabalho de parto e parto.

Por experiência pessoal, sempre sofri muito durante o período menstrual, em decorrência das cólicas que surgem nesse período. Chorava muito e chegava até mesmo a perder os sentidos, tamanha era a intensidade da dor que estava sentindo naquele momento. Minha mãe sempre me falou que a dor que eu sentia era apenas 1/3 da que eu experimentaria durante o trabalho de parto. Essas afirmações me causavam o mesmo medo que observei nas puérperas com as quais tive contato durante o período de estágio, pois se a dor que eu sentia era tão intensa imaginava como seria uma dor em maiores proporções.

Isso mostra como a experiência de dor vivenciada, aliada às informações prévias que dispomos acerca do ato de dar a luz influenciam na forma como chegamos a esse momento. A dor vivida na gestação anterior, ou as informações que trazemos através de mulheres próximas a nós que já passaram por esse momento, influem na forma como chegamos ao trabalho de parto e na forma como conviveremos com a dor desse período.

Ao mencionado, alia-se à percepção universal da dor durante o trabalho de parto, principalmente em nossa cultura judaico-cristã, a visão de castigo divino pelo pecado original de Eva: “Multiplicarei as dores de tua gravidez, será na dor que vais parir os teus filhos” (Gênesis, III, 16).

Posteriormente ao já mencionado estágio na UIO do HCPA, durante estágio voluntário realizado no Centro Obstétrico (CO) da mesma instituição, observei como as pacientes ficavam mais tranquilas com o apoio dispensado por mim durante o trabalho

de parto. A curiosidade em saber quais as alternativas para o manejo desta dor, aliada ao meu desejo de trabalhar na área materno-infantil, motivaram-me a desenvolver esse tema.

Surgem vários questionamentos sobre esse assunto: Quais são os métodos de analgesia não farmacológica conhecidos? A analgesia não farmacológica será suficiente para o controle da dor no trabalho de parto e parto? Pretendo responder a esses questionamentos com a realização do presente estudo.

Considerando que o ato de dar à luz a um bebê faz parte do ciclo da vida, os métodos não farmacológicos são “naturais” e fisiológicos e, sobretudo, respeitam a individualidade e a intensidade da dor de cada mulher.

Por outro lado, esses métodos são uma alternativa mais econômica de analgesia, pois estão relacionados principalmente a atitudes e à disponibilidade dos profissionais, não implicando em custos financeiros adicionais, como é o caso do manejo farmacológico em que é necessário, além da presença de profissionais especializados como o anestesista, a aquisição dos medicamentos para a realização da analgesia.



## **2 OBJETIVO**

Descrever os principais métodos não farmacológicos utilizados para o manejo da dor durante o trabalho de parto e parto descritos na literatura brasileira.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

A seguir descreverei alguns pontos que são indispensáveis à compreensão do objeto de estudo central desse trabalho, ou seja, os métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o processo de parturição.

#### 3.1 Trabalho de Parto e Parto

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), quando a gestante estiver apresentando contrações uterinas regulares, que aumentam em frequência e intensidade e não cessam com o repouso e, além disso, se tais contrações estiverem tornando o colo uterino cada vez mais fino e dilatado, pode-se estabelecer o diagnóstico de trabalho de parto. Para podermos considerar a dinâmica das contrações como sendo regulares, devemos observar no mínimo uma contração a cada 3 a 5 minutos, tendo cada uma delas uma duração entre 20 e 60 segundos. Esse é o padrão de contrações esperado no início do trabalho de parto, devendo progredir ao longo do processo.

As alterações fisiológicas acima descritas conceituam o trabalho de parto e dão origem ao “processo pelo qual o feto é expelido do útero” (BURROUGHS, 1995, p. 154). Segundo essa mesma autora, os fatores desencadeantes de tal processo ainda não são conhecidos, mas fatores como a mudança hormonal do final da gestação, o aumento da contração uterina, estimulado pelo aumento da ocitocina, e as contrações uterinas ocasionadas pela sua distensão muscular e conseqüente excitabilidade parecem contribuir para tal acontecimento.

Segundo Martins-Costa *et al.* (2001), a maior dificuldade para os profissionais da área da saúde estabelecerem o diagnóstico de trabalho de parto é a identificação de seu início. Existem pequenas sutilezas entre um trabalho de parto verdadeiro e um falso como, por exemplo, a perda do “sinal”, um muco róseo que encontra-se presente no verdadeiro trabalho de parto e no falso não, ou ainda as contrações regulares,

freqüentes e intensificadas pela atividade da paciente, características ausentes no falso trabalho de parto. Até mesmo a região onde a paciente está sentindo desconforto pode ser indicativa para esse diagnóstico, sendo na região lombar para o verdadeiro e abdominal para o falso. Mas, sem dúvidas, o fator que pode nos dar o maior indício de certeza para a confirmação do diagnóstico de trabalho de parto são as modificações cervicais (dilatação e apagamento).

Alguns autores classificam o processo do parto em 4 períodos ou estágios, de acordo com os acontecimentos típicos de cada fase:

1. Dilatação, que se estende desde o início do padrão contrátil rítmico do útero até a dilatação completa da cérvix uterina (10 cm).
2. Expulsão, que tem início logo no final do primeiro período e estende-se até o nascimento da criança.
3. Dequitação, quando ocorre a saída da placenta, o que costuma demorar cerca de 30 minutos.
4. Recuperação, no qual a mãe se recupera dos eventos ocorridos durante o parto, tem duração de 1 a 4 horas.

De acordo com Branden (2000b), a dilatação divide-se nas fases de latência, ativa e de transição:

1. Na fase de latência, as contrações ainda são irregulares curtas e fracas, sendo a dilatação de 3 a 4 cm. Esse período costuma durar uma média de 8 horas nas primíparas e de 5 horas nas múltiparas.
2. Na fase ativa, as contrações aumentam em freqüência, duração e intensidade, sendo que a descida fetal também está mais acelerada nessa fase, sendo a dilatação de 5 a 8 cm.
3. A fase de transição é a mais curta, e a dilatação está entre 8 e 10 cm.

Para Burroughs (1995), as crenças culturais das mulheres sobre o parto podem influenciar suas maneiras de entendê-lo como um acontecimento importante e especial ou desgastante. Os conceitos que as mulheres possuem sobre o seu papel também podem afetar seus comportamentos durante o trabalho de parto. Cada mulher tem sua forma de reagir aos acontecimentos do trabalho de parto. Segundo a autora, há mulheres que preferem não serem tocadas, outras pedem para ficarem sozinhas,

algumas se tornam negativas e até mesmo infelizes. Se as parturientes tiveram uma experiência prévia ruim em relação ao parto, provavelmente terão uma resposta negativa em relação ao trabalho de parto atual.

Ainda segundo a mesma autora, o “período de trabalho de parto e parto, apesar de curto se comparado com a duração da gestação, é, talvez, a etapa mais dramática e significativa para a futura mãe, a criança e a família” (1995, p. 154).

### **3.2 Dor no Trabalho de Parto**

De acordo com a *International Association for the Study of Pain*, esta se conceitua como “experiência sensitiva e emocional desagradável, associada ou relacionada à lesão real ou potencial dos tecidos. Cada indivíduo aprende a utilizar esse termo através das suas experiências anteriores” (SOCIEDADE..., 2005).

#### **3.2.1 Fisiologia da dor**

Existem receptores de dor, os nociceptores, que são terminações nervosas livres existentes nas fibras mielínicas finas A-delta e nas fibras amielínicas C. Estão presentes nas estruturas superficiais e profundas dos tegumentos, parede das vísceras e dos vasos sanguíneos e nos músculos.

Quando tais receptores são expostos a algum estímulo doloroso, ocorre a transmissão de mensagem através de axônios de células nervosas situadas na medula espinhal, levando tal informação desde sua origem periférica até o sistema nervoso central, onde o estímulo é identificado e transformado em sensação de dor (GUYTON, 2005).

A dor, durante a parturição, é uma resposta fisiológica complexa, subjetiva e multidimensional aos estímulos sensoriais gerados, principalmente, pela contração

uterina. Segundo Guyton (2005), a mulher em trabalho de parto experimenta uma dor considerável em cada contração uterina. Outras causas, como hipóxia da musculatura uterina, estiramento cervical, vaginal e perineal, estresse (devido aos níveis aumentados de glicocorticóides e catecolaminas) e baixo limiar de tolerância à dor, decorrentes de baixos níveis de endorfina, fadiga e doença, também contribuem para essa sensação.

Existem, em nosso organismo, substâncias endógenas semelhantes aos opiáceos, as endorfinas. Tais componentes são liberados pelo tronco cerebral e hipófise e inibem naturalmente a dor, funcionando como moduladores da mesma, porque modificam a transmissão da informação de uma célula nervosa para outra nas sinapses. Isso ajuda a explicar porque algumas pessoas, quando expostas a um mesmo estímulo doloroso, sentem-no com intensidade diferente de outras (SMELTZER; BARE, 1998).

Smeltzer e Bare (1998) afirmam, ainda, que a existência das endorfinas explica a teoria do “controle do portão”, pois há uma interação entre o estímulo da dor e outras sensações e o estímulo das fibras transmissoras de mensagens dolorosas. Essa interação impede ou diminui a transmissão dos impulsos através de um circuito (do portão), pois as células inibidoras localizadas no corno dorsal da medula espinhal possuem encefalina, que inibe a transmissão dolorosa.

Segundo Burroughs (1995), muitas intervenções de enfermagem podem “fechar ou abrir” portões e explicar muitas técnicas não farmacológicas de alívio para a dor.

De acordo com o Ministério da Saúde, a dor no trabalho de parto, por ser um sintoma subjetivo, é de difícil avaliação, “podendo ser considerado insuportável para um grande número de mulheres” (BRASIL, 2001, p.68).

A dor durante o trabalho de parto, de acordo com Bachman (2002), possui duas origens, a visceral e a perineal. No primeiro caso, os impulsos de dor são transmitidos pelo segmento espinhal nervoso T11-12 e pelos nervos torácicos acessórios inferiores e simpático lombar inferior que se originam no corpo uterino e na cérvix. Estes impulsos são transmitidos durante a primeira fase do parto e são decorrentes das mudanças cervicais e da isquemia uterina ocasionadas pelas contrações uterinas,

causando dores intermitentes, apenas durante as contrações, localizadas na porção inferior do abdômen e irradiadas para a região lombar e coxas.

Na dor perineal, que ocorre durante o segundo estágio do processo de parto, os impulsos são levados por meio de fibras se S1-4 (constituintes do nervo pudendo), dos seguimentos espinhais nervosos e do sistema parassimpático dos tecidos perineais. Tais impulsos são decorrentes do estiramento que ocorre nessa região para possibilitar a passagem do bebê e da tração sobre o peritônio e ligamentos uterocervicais que ocorre durante as contrações uterinas.

De acordo com Bachman (2002), outros fatores que não os anteriormente citados também influenciam na resposta à dor apresentada pela parturiente, como a cultura, a ansiedade e o medo, experiências de partos anteriores, a preparação para o parto e o apoio.

O certo é que uma boa experiência de parto significa, entre outras coisas, lidar com a dor normal, inerente ao processo de abertura do colo do útero, e avaliar ou eliminar as dores desnecessárias, provenientes de tensões, medos, ambientes impróprios, manobras médicas discutíveis ou presença de pessoas indesejadas.

### 3.2.2 Efeitos da dor na mãe e no bebê

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), destaca algumas entre as manifestações fisiológicas que acompanham a dor sentida pelas parturientes:

1. Aumento no volume minuto acompanhado de aumento no consumo de oxigênio; (tal hiperventilação pode diminuir a  $\text{PaCO}_2$  materna e elevar o pH arterial, isso pode levar a uma diminuição do estímulo ventilatório materno reduzindo de tal forma sua  $\text{PaO}_2$  acarretando no feto hipoxemia e desacelerações na frequência cardíaca);
2. Aumento no débito cardíaco materno;
3. Acidose metabólica materna progressiva;

4. Aumento dos níveis de adrenalina, noradrenalina, cortisol e hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) no sangue materno;

Segundo Branden (2000b), a dor é um fator que pode trazer alterações na pressão arterial e na frequência cardíaca. Tais alterações devem-se ao aumento no débito cardíaco ocasionado pela dor.

## **4 MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS NO ALÍVIO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO**

Os métodos não farmacológicos são técnicas que não utilizam remédios ou drogas. O alívio da dor que proporcionam pode ser menor do que o obtido com as técnicas farmacológicas, mas têm a vantagem de, na maioria das vezes, não oferecerem contra-indicações ou efeitos colaterais (KNOBEL, 2006).

Segundo Bachman (2002), a mulher que opta pelo uso de tais métodos, ou então pela sua combinação com técnicas farmacológicas, precisa do apoio de profissionais da saúde habilitados, principalmente da equipe de enfermagem.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1996), uma das atribuições mais importantes do profissional que está acompanhando uma mulher em trabalho de parto é ajudá-la a suportar a dor durante esse período, sendo “o mais fundamental e mais importante a abordagem não farmacológica, iniciada durante o pré-natal, com o fornecimento de informações tranquilizadoras à gestante e ao seu companheiro” (OMS, 1996, p.14). O apoio pode também diminuir a necessidade de analgesia farmacológica melhorando, dessa maneira, a experiência de dar a luz.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), destacam-se três vertentes de métodos não farmacológicos no controle da dor no trabalho de parto: os métodos psicofiláticos, a acupuntura e a estimulação elétrica transcutânea. Destes, abordarei o método de Lamaze, o apoio emocional, a hidroterapia e o livre posicionamento das parturientes, que são os mais passíveis de serem utilizados por enfermeiras.

### **4.1 Método de Lamaze**

O método de Lamaze, ou método psicofilático, é um método de preparação para o parto que tem o intuito de informar as futuras mães, durante o período pré-natal,



sobre todo o processo de trabalho de parto, fornecendo-lhes certo grau de preparo físico e a crença no apoio durante esse período.

Consiste num conjunto de ações psíquicas e físicas que levam a parturiente ao conhecimento das funções fisiológicas do parto. Baseia-se na teoria de Pavlov sobre o reflexo condicionado, que classifica a dor como uma resposta a estímulos físicos e psíquicos e considera que as mulheres podem ser condicionadas a não sentirem dor durante o trabalho de parto.

Por ser um método que auxilia a mulher a suportar a dor através de técnicas que desviam a sua atenção, concentrando-a em exercícios respiratórios, comandos verbais e relaxamento, é considerada pela Organização Mundial da Saúde como sendo uma prática não perigosa e recomendável, sendo inclusive enquadrada na categoria A da classificação de práticas no parto normal, por ser demonstradamente útil, devendo ser estimulada (OMS, 1996).

As mulheres são ensinadas, em grupos que iniciam entre a 12 e 13<sup>o</sup> semanas de gestação, a desviarem a sua atenção das contrações uterinas, relaxando outros grupos musculares, focalizando algum objeto durante esse período e utilizando técnicas de respiração. Bachman coloca que “a concentração em um ponto focal [...] visa manter os trajetos nervosos ocupados para que não possam responder aos estímulos dolorosos” (2002, p. 317).

Os exercícios respiratórios utilizados são específicos a cada estágio do trabalho de parto, sendo os mesmos realizados usando a respiração torácica de forma lenta, no período inicial, e intercalada (lenta – rápida – lenta) durante a evolução do processo de trabalho de parto (BURROUGHS, 1995). Bachman (2002) coloca que os defensores de tal método acreditam que a respiração de maneira torácica concede mais espaço à expansão do útero em contração, devido ao afastamento do diafragma ocasionando, desta forma, uma redução da sensação dolorosa.

Pesquisa realizada por Almeida *et al.* (2005b), em que foram utilizados, em um grupo experimental, exercícios respiratórios adaptados do método psicoprofilático durante as contrações uterinas, juntamente com técnica de relaxamento (soltura da musculatura) nos intervalos das mesmas, enquanto que ao grupo controle era dado o atendimento de rotina, não observou redução da intensidade da dor, porém houve uma

manutenção de níveis de ansiedade mais baixos durante um maior período de tempo, especialmente nas fases latente e ativa do trabalho de parto, no grupo que foi submetido às técnicas de respiração e relaxamento.

Ainda nesses mesmos grupos foram investigados os níveis séricos de hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), substância intimamente relacionada aos níveis de estresse, e identificou-se uma diminuição nos níveis séricos deste componente no grupo experimental, sugerindo uma interferência das técnicas de respiração e relaxamento nos níveis de estresse das parturientes (ALMEIDA *et al.*, 2005a).

Estudo descrito por Couto (2006) afirma a importância da preparação para o parto como método de quebra de preconceitos baseados na tradição oral e escrita e em mitos e ritos. Através da aquisição de conhecimentos e do esclarecimento de dúvidas, tais valores negativos são desmistificados, havendo, dessa maneira, a diminuição dos sentimentos de medo e ansiedade e, conseqüentemente, uma diminuição da sensação dolorosa.

Segundo Burroughs (1995), no método psicofilático o acompanhante tem um papel fundamental, pois é ele quem proporcionará apoio à parturiente para que tenha um papel ativo no controle das contrações, lembrando-a que respire de forma correta e que relaxe. Couto (2006) apresenta o método psicofilático como sendo uma oportunidade para o casal, devido à ajuda que pode ser oferecida pelo marido/companheiro a sua mulher nessa experiência única.

Ainda segundo esse mesmo autor, a utilização de tal método proporciona muitas vantagens para as parturientes, como diminuição da necessidade de analgesia, de partos instrumentais e do tempo de trabalho de parto.

Para finalizar, Couto (2006) aponta diferenças significativas entre as mulheres que realizaram e as que não realizaram preparação para o parto em três aspectos fundamentais: o controle, a motivação e a colaboração. Segundo o autor, este é sem dúvidas um campo de intervenção de extrema importância aos profissionais da área de enfermagem, sendo a aplicação de tais métodos uma forma de permitir um ajuste da prática dos cuidados às necessidades das parturientes.

## 4.2 Apoio emocional

Segundo Leão e Bastos (2001), algumas práticas, como a presença contínua e o apoio dispensados às parturientes por familiares e amigos, foram abolidas a partir da medicalização e institucionalização do parto de tal processo.

Brüggeman *et al.* (2005), em revisão de literatura a respeito das evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto e parto, também indicam tal marco histórico como fator determinante do afastamento da rede familiar e social da mulher do processo de nascimento.

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde aponta o apoio dispensado à parturiente por acompanhantes e profissionais como uma forma de redução da necessidade de métodos farmacológicos para o alívio da dor, intitulando este como sendo o fator mais importante dentre os métodos para aliviar a dor do parto (OMS, 1996).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), a presença de um acompanhante da escolha da parturiente, que lhe forneça o apoio emocional necessário durante o trabalho de parto, juntamente com um controle adequado das dores provenientes desse processo, constituem a assistência adequada e o respeito aos desejos da mulher, na medida em que contemplam sua necessidade de conforto, segurança e bem estar. O apoio é, sobretudo, um direito da mulher, não devendo ser visto exclusivamente como uma alternativa ao alívio da dor.

Atualmente, tem-se utilizado o termo “acompanhante” como suporte e apoio dispensado por diferentes pessoas, podendo as mesmas serem profissionais, como enfermeiras ou parteiras, companheiros, familiares, amigos da parturiente ou doulas, mulheres leigas destinadas a tal função (BRÜGGEMAN; PARPINELLI; OSIS, 2005). O que é importante, segundo Weissheimer (2005a), não é a pessoa que fornece o apoio, mas sim o estabelecimento de uma relação empática com a parturiente, demonstrando-se sempre disponibilidade, encorajamento, estímulo e reforço de comportamentos positivos.

São consideradas como doulas, pela Organização Mundial da Saúde, pessoas que receberam treinamento básico sobre o parto, estando familiarizadas com uma grande variedade de procedimentos assistenciais. São, portanto, prestadoras de serviço aptas a fornecer apoio emocional e explicações acerca do que está ocorrendo durante o trabalho de parto e parto, sendo uma presença amiga constante durante esse período. Essas tarefas podem ser também atribuídas a uma enfermeira, sendo que o apoio constante diminui a ansiedade de maneira significativa, como mostrou uma avaliação feita por puérperas 24 horas após o parto (OMS, 1996).

De acordo com Leão e Bastos (2001), a diminuição nos níveis de ansiedade parece contribuir para um melhor resultado perinatal, pois reduz os níveis séricos de catecolaminas (adrenalina e noradrenalina), substâncias que contribuem para uma progressão lenta do trabalho de parto e complicações perinatais.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, os profissionais devem estar aptos tanto para a prestação da assistência no que diz respeito às atividades técnicas quanto as que dizem respeito à prestação de apoio, incluindo o fornecimento à mulher de todas as informações e explicações que a mesma deseje e necessite (OMS, 1996). Segundo Motta e Crepaldi (2005), ainda nesse contexto, o fornecimento de orientação ao acompanhante é uma importante fonte de apoio para que o mesmo possa ampliar e enriquecer sua atuação junto à parturiente.

Brüggeman *et al.* (2001) afirmam que não basta a presença do acompanhante, mesmo que esse tenha sido de escolha da parturiente, pois essa situação não é sinônimo de suporte, devendo ser dadas condições e apoio para que o mesmo possa desenvolver tal atividade.

Hodnett e Osborn<sup>1</sup> (1989), citado por Leão e Bastos (2001) classificam em quatro categorias as atividades de apoio que podem ser desenvolvidas durante o trabalho de parto:

1. suporte emocional (encorajar, tranquilizar, estar presente);
2. medidas de conforto físico (massagens, auxílio na deambulação);
3. suporte de informações;

---

<sup>1</sup> HODNETT, ED; OSBORN, RJE. *Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes. Res Nurs Health*. v. 12, p. 289-297, 1989.

4. defesa do casal frente aos profissionais, sendo que essas duas últimas modalidades referem-se ao apoio prestado por doulas, já que as duas primeiras podem perfeitamente ser desenvolvidas pelo acompanhante da paciente.

De acordo com Brüggeman *et al.* (2005), o suporte dispensado às parturientes está intimamente relacionado a resultados maternos, havendo um destaque para a redução das taxas de cesarianas e para a utilização de analgesia e medicamentos para o alívio da dor e, conseqüentemente, aumento da satisfação materna com a experiência do nascimento.

As autoras ainda afirmam que, em todos os estudos abordados em sua revisão, os resultados do suporte intraparto mostraram-se benéficos, não sendo apontado nenhum risco ou prejuízo relacionados a sua prática. Dependendo das características assistenciais do hospital, do provedor e da duração do suporte, os benefícios poderão ser maiores ou menores.

### **4.3 Hidroterapia**

De acordo com Bachman (2002), a hidroterapia enquadra-se, dentro das estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, como uma estratégia de estimulação cutânea. Segundo Becker e Cole (2000), o efeito de relaxamento da musculatura corporal provém da compressão que a imersão na água provoca sobre a pele.

Conforme Bachman (2002), a hidroterapia pode ser aplicada em banheiras com hidromassagem ou mesmo chuveiros, sendo que muitas unidades obstétricas dispõem de banheiras com jato de água. Em locais como o Centro de Parto Normal de Itapeverica da Serra, em São Paulo (MACHADO; PRAÇA, 2006) e na Maternidade Darcy Vargas, em Joinville, SC (DAVIM; MENEZES, 2001), as parturientes podem utilizar tal recurso.

Silva e Oliveira (2006) referem que o banho é uma forma de a mulher assumir o comando da situação, mobilizando recursos próprios na busca do bem estar durante o período de parturição.

Bachman (2002) enumera vários benefícios imediatos da utilização da hidroterapia, como alívio do desconforto, relaxamento corporal, redução da ansiedade, produção de adrenalina, aumento da produção de ocitocina e de endorfina. Os resultados são a estimulação do trabalho de parto, devido à ocitocina, e redução da percepção dolorosa devido à endorfina.

A autora menciona a ajuda que a técnica oferece para a rotação espontânea de feto em posição transversa, aliada ao posicionamento da mulher, apoiada com as mãos sobre os joelhos ou deitada de lado na banheira, posição que diminui a dor, aumentando o relaxamento e a produção de ocitocina.

Branden (2000a) sugere a colocação de um banquinho no boxe do chuveiro e uma barra de apoio na qual a mãe possa se apoiar durante as contrações.

As candidatas ao uso da hidroterapia devem estar na fase ativa do trabalho de parto (na fase latente as contrações podem ficar mais lentas), as membranas amnióticas podem estar íntegras ou rompidas e os sinais vitais devem estar estáveis, assim como o bem estar fetal deve estar estabelecido (BACHMAN, 2002).

A autora citada no parágrafo anterior afirma que, se durante o banho houver aumento da frequência cardíaca fetal, deverá ser interrompido o banho ou diminuída a temperatura da água, que deve manter-se entre 36,7°C e 37,8°C. A temperatura da parturiente, após o banho, pode manter-se elevada por algum tempo, podendo-se oferecer a ela líquidos, cubos de gelo e uma compressa fria para o rosto (BACHMAN, 2002).

Silva e Oliveira (2006) concluíram que o banho é uma opção de conforto para a parturiente que se mostra viável, sem interferência na progressão do trabalho de parto e, ainda por cima, proporciona condições para uma maior participação do acompanhante.

Por outro lado, a Organização Mundial da Saúde considera esta prática como sendo da categoria C no nível de recomendações, que são as práticas que não possuem evidências suficientes de apoio e uma recomendação clara de utilização,

devendo a ser realizada com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão (OMS, 1996).

#### **4.4 Liberdade de movimentos da parturiente**

A liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto é considerada, pela Organização Mundial de Saúde, como pertencendo à categoria A de recomendações, a das práticas que demonstraram a sua utilidade e devem ser estimuladas (OMS, 1996).

Leão e Bastos (2001) dizem que, antes da institucionalização e medicalização do parto, a posição vertical durante o momento do nascimento era uma prática habitual.

De acordo com Bio *et al.* (2006), após a assimilação do parto horizontal pela cultura vigente ocorreu uma extensão de tal posição também para o trabalho de parto, de forma que as parturientes passaram a manter-se restritas ao leito durante esse período.

O Ministério da Saúde preconiza que as mulheres adotem a liberdade de movimentos durante o trabalho de parto, de acordo com a sua preferência, alternando entre as posições sentada, deitada e caminhando espontaneamente, sem a obrigação de que permaneçam no leito, devendo ser apoiadas em suas escolhas (BRASIL, 2001).

Armellini e Riffel (2005) estimulam o encorajamento de uma mudança freqüente de posições, sendo tal ação uma possibilidade de maior interação entre a parturiente com seu acompanhante ou com o profissional que estiver prestando cuidados a ela.

De acordo com Branden (2000b), a posição da gestante pode interferir no diâmetro da pelve, sendo que as posições de cócoras e lateral de Sims ajudam a ampliar o diâmetro pélvico. Em estudo apresentado por Bio *et al.* (2006), isso foi comprovado, ocorrendo dilatação e descida da apresentação fetal mais rapidamente no grupo estimulado à movimentação vertical.

Há consenso entre os autores de que as posições eretas abreviam o período de trabalho de parto, na medida em que propiciam contrações uterinas mais fortes,

regulares, freqüentes e com maior duração, o que resulta em um apagamento da cérvix uterina mais rapidamente. Além disso, a força da gravidade alinha o feto ao ângulo pélvico, auxiliando na sua descida (BRANDEN, 2000a; ARMELLINI; RIFFEL, 2005).

Porém, segundo Branden (2000a), a manutenção da posição ereta por muito tempo é desconfortável para a parturiente. Outra posição que pode tornar-se desconfortável, para as mulheres que não estão acostumadas, é a de cócoras. Portanto, com a finalidade de repousar e de diminuir a intensidade e freqüência das contrações uterinas, a gestante pode alterar períodos andando, sentada, deitada em posição lateral ou ajoelhada, além de utilizar a bola obstétrica para realizar balanço pélvico.

No chamado "trabalho de parto lombar", quando a posição da apresentação fetal é posterior, prolonga-se o trabalho de parto e ocorre intensa dor na região sacra. Branden (2000a) recomenda que a parturiente deite-se em posição lateral, do mesmo lado que se encontrar o dorso fetal, com as pernas apoiadas em travesseiros, abra bem as pernas quando sentada, apoie-se no companheiro durante as contrações ou fique em posição de quatro apoios, e realize rotação pélvica, para ajudar na rotação do bebê e a diminuir o desconforto.

A Organização Mundial de Saúde sugere que os protocolos de parto das instituições, o desenho da mesa de parto e o uso rotineiro de soroterapia ou monitorização podem restringir as opções de movimentação da parturiente (OMS, 1996). Para Armellini e Riffel (2005), tais condições, e outras, como a ruptura de membranas e a evolução do trabalho de parto, não devem interferir na possibilidade de que a parturiente seja respeitada com relação a manter a posição de sua preferência.

De acordo com o Ministério da Saúde, os únicos fatores que contra-indicam que a parturiente assuma uma posição verticalizada são a ruptura de membranas amnióticas com a cabeça fetal não encaixada à pelve, devido ao risco de prolapso de cordão, e sangramento vaginal de moderado a severo (BRASIL, 2001).

Branden (2000a) recomenda que, nos casos em que a gestante necessite permanecer no leito, se dê preferência à posição lateral o máximo de tempo possível, pois nessa posição as contrações são menos freqüentes, porém mais intensas. Nessa



posição garante-se a manutenção de retorno venoso adequado, o que não ocorre na posição supina, em que a veia cava é comprimida pelo peso uterino, não promovendo um aporte de oxigênio adequado ao feto e desenvolvendo um quadro de hipotensão materna. Além disso, nessa posição as contrações são mais freqüentes, porém menos intensas.

Armellini e Riffel (2005) afirmam que a liberdade de movimentação, no leito ou fora deste, proporciona conforto à parturiente, aliviando a dor e a fadiga.

De fato, estudo desenvolvido por Bio *et al.* (2005) observou, entre as parturientes que mantiveram-se em movimento e na posição vertical, uma supressão ou retardo no uso de analgesia em relação ao grupo de parturientes que mantiveram-se acamadas.

Tais autores argumentam que usar a analgesia em uma fase mais adiantada do trabalho de parto, ou mesmo durante o período expulsivo, permite uma maior consciência da região perineal, tornando os esforços expulsivos mais efetivos.

Mamede *et al.* (2004) acrescentam às vantagens da posição vertical a segurança de trocas materno-fetais efetivas por mais tempo, diminuindo o risco de sofrimento fetal, mesmo em períodos expulsivos prolongados.

Outra opção à posição litotômica durante o período expulsivo, segundo Branden (2000), seria a posição de cócoras ou o decúbito lateral para a realização da força, pois as mesmas, como já foi mencionado, alargam o ângulo pélvico, fator que facilita a realização dos esforços expulsivos e a decida da apresentação.

Segundo Bio *et al.* (2006), é imprescindível que o limiar individual da dor seja avaliado no manejo da mesma, pois é um recurso sensorial na estruturação e direção do controle voluntário da musculatura pelas parturientes.

Para Mamede *et al.* (2004), é muito importante que a parturiente conheça e experimente as posições possíveis nas semanas que antecedem o parto, ou mesmo no momento do trabalho de parto, tendo a liberdade de escolha da posição que melhor lhe convir. Segundo os autores, cabe aos profissionais orientar, ensinar e estimular a parturiente na escolha da melhor posição para ela, privilegiando o seu conforto e bem-estar, ainda durante o pré-natal. Para tanto, é necessário que os profissionais sejam preparados para a realização de partos em outras posições que não a supina.

## 5 METODOLOGIA

Foi realizado estudo tipo pesquisa bibliográfica, que é aquela “desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” (GIL, 2002, p. 44). Ainda segundo o mesmo autor, a pesquisa bibliográfica envolve as seguintes etapas: “escolha do tema, levantamento bibliográfico preliminar, formulação do problema, elaboração do plano provisório de assunto, busca das fontes, leitura do material, fichamento, organização lógica do assunto e redação do texto” (2002, p. 59).

Foram selecionados periódicos localizados nas bases de dados LILACS, MEDLINE e SciELO, e analisados artigos sobre o tema, escritos em português, publicados entre 1996 e 2006. Também foram selecionados livros publicados em português, localizados na biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) através do catálogo on-line do sistema de bibliotecas (SABi), e algumas páginas da *Internet* com artigos científicos sobre o tema.

A análise do material foi realizada através de leitura exploratória, seletiva e interpretativa, de acordo com Gil (2002).

As questões éticas foram respeitadas na medida em que as obras e os autores consultados foram referenciados no texto e nas referências bibliográficas do trabalho, conforme as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas que foram descritas em material elaborado pela biblioteca da Escola de Enfermagem (MIRANDA, 2005).

## 6 ANÁLISE DOS RESULTADOS

A partir do estudo realizado, constatou-se que as práticas descritas para o manejo da dor durante o trabalho de parto, como a presença contínua de um acompanhante e a liberdade de movimentação, eram comuns antes da medicalização e institucionalização do parto, tendo sido preteridas desde então. Esforços do Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde têm levado à retomada de tais práticas. A presença do acompanhante, juntamente com um adequado manejo da dor, são hoje apontadas como indispensáveis à concretização do processo de humanização ao parto e nascimento.

Com exceção da hidroterapia, considerada pela Organização Mundial de Saúde como sendo uma prática sobre a qual não existem evidências suficientes e que deve ser utilizada com cautela, até que mais estudos sejam realizados, as demais práticas apresentadas são recomendadas, devendo inclusive ser estimuladas.

Nenhum dos métodos descritos promove extinção total da sensação dolorosa causada pelas contrações e dilatação do colo uterino, mas todos levam à redução da utilização de analgesia farmacológica ou postergam seu uso, além de reduzir o tempo de evolução do trabalho de parto e a necessidade de instrumentalização dos partos. Assim, eles contribuem para uma maior sensação de satisfação das mulheres em relação ao processo de parto e nascimento.

Os métodos estudados promovem a redução da percepção da dor através da redução dos níveis de ansiedade das parturientes, especialmente o método psicofilático, devido às técnicas de respiração e relaxamento, a hidroterapia, devido ao relaxamento proporcionado pelo contato com a água e o apoio emocional, pela presença constante de um acompanhante.

Prestar esclarecimentos à parturiente acerca do processo de nascimento tem se mostrado fator decisivo na redução dos níveis de ansiedade e medo, sendo apontado como fator relevante em todos os métodos estudados. Cabe aos membros da equipe de enfermagem relevante papel como profissionais capacitados a orientarem a parturiente e seu acompanhante sobre o processo de parturição.

A presença do acompanhante de escolha da gestante foi colocada como de grande importância em todos os métodos, sendo que ele tem um papel de estímulo e participação ativa no método psicoprofilático, de suporte físico na utilização da livre movimentação da parturiente e da hidroterapia e participação indiscutível no apoio emocional.

O Ministério da Saúde considera a presença do acompanhante e a liberdade de movimentação da mulher durante o trabalho de parto não apenas como métodos para o alívio da dor durante esse período, mas principalmente um direito da parturiente.

Contudo, os métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto e parto ainda não são universalmente aceitos pelas instituições e equipes de saúde, talvez porque ainda seja muito presente na formação dos profissionais a idéia de que o trabalho de parto e o parto sejam situações de risco iminente e, por isso, necessitem ser controlados. Por outro lado, essas práticas devolvem à mulher o controle da situação e do próprio corpo, colocando a mulher, e não os profissionais, como protagonista do processo.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com Torquinst (2003), o modelo de assistência ao parto vigente, com medicalização e intervencionismo excessivos, é um dos responsáveis pelas altas taxas de mortalidade materno-infantil, pelo desrespeito aos direitos das mulheres e por tornar um evento social, cultural e de extrema importância na vida das mulheres em um fenômeno patológico e fragmentado.

Vários estudos indicam a necessidade de resgate de um nascimento mais “natural”. Contudo, isso só acontecerá quando as mulheres tornarem-se protagonistas do processo de parto e nascimento de seus filhos (CASTRO; CLAPIS, 2005).

Para Torquinst (2003), as propostas de humanização ao parto recuperam técnicas de alívio da dor, sobretudo aquelas consideradas naturais e menos invasivas, como a presença do acompanhante, o suporte emocional, o apoio da equipe e a experiência da mulher em relação à dor. Para a autora, humanização do parto é o conjunto de recomendações que a Organização Mundial da Saúde adotou: o incentivo ao parto vaginal, a presença do acompanhante, a redução do excessivo intervencionismo tecnológico no processo do parto e o estímulo às técnicas mecânicas de alívio da dor (massagens, banhos, deambulação), entre outros.

Caron e Silva (2002) afirmam que as mulheres, durante o trabalho de parto, buscam estabelecer uma interação com os membros da equipe, de forma a encontrar nos mesmos apoio e segurança, sendo que a comunicação entre equipe e parturiente pode dar-se de forma não-terapêutica, quando os significados de comunicação emitidos pelos profissionais resultam em elementos de bloqueio de comunicação comprometendo as relações e a assistência, ou de forma terapêutica, quando os significados de comunicação emitidos entre os atores da situação resultam em entendimento recíproco proporcionando uma assistência de melhor qualidade à mulher em seu processo parturitivo, fato, que nas raras vezes que ocorreu no estudo realizado pelas autoras, aconteceu com enfermeiras.

A partir das leituras realizadas, constato como é importante o respeito e a valorização da parturiente como merecedora de vivenciar o momento de dar a luz em plenas condições físicas e emocionais, com acesso a métodos de alívio da dor (se

necessitar e quiser) que não lhe tirem do controle da situação. Entendo o enfermeiro como um dos profissionais que pode e deve auxiliar e apoiar a mulher na escolha de como e na presença de quem ter seu filho. Para tanto, acredito ser necessário a realização de mais pesquisas que aprofundem os conhecimentos de tais profissionais neste aspecto para que sintam-se mais seguros em sua atuação, pois na prática profissional cotidiana as atitudes como o apoio, orientação e oferecimento de medidas de conforto às parturientes já são amplamente realizadas pelo profissional enfermeiro.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Nilza Alves Marques; SILVEIRA, Nusa de Almeida; BACHION, Maria Márcia; SOUZA, Joaquim Tomé de. Concentração plasmática do hormônio adrenocorticotrófico de parturientes submetidas a método não farmacológico de alívio da ansiedade e dor do parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 13, n. 2, p. 223-228, mar/abr, 2005a.

ALMEIDA, Nilza Alves Marques; SOUZA, Joaquim Tomé de; BACHION, Maria Márcia; SILVEIRA, Nusa de Almeida. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 13, n. 1, p. 52-58, jan/fev, 2005b.

ARMELLINI, Cláudia Junqueira; RIFFEL, Mariene Jaeger. O parto e o cuidado de enfermagem. *In*: OLIVEIRA, Dora Lucia Leidens Correa de. **Enfermagem na gravidez, parto e puerpério**: notas de aula. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2005, 423 p. p. 277-312.

BACHMAN, J. A. Manejo do desconforto. *In*: LOWDERMILK, Deitra Leonard. **O cuidado em enfermagem materna**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. Cap. 13, p. 315-335.

BECKER, Bruce; COLE, Andrew. **Terapia aquática moderna**. São Paulo: Moderna, 2000.

BIO, Eliane; BITTAR, Roberto Eduardo; ZUGAIB. Influência na mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 28, n. 11, p. 671-679, 2006.

BRANDEN, Pennie Sessler. Conforto e apoio durante o trabalho de parto e o nascimento. *In*: \_\_\_\_\_. **Enfermagem materno-infantil**. 2 ed. .Rio de Janeiro, RJ: Reichmann & Affonso, 2000a. 524 p. p. 219-240

\_\_\_\_\_. Fisiologia do trabalho de parto e do nascimento. *In*: \_\_\_\_\_. **Enfermagem materno-infantil**. 2 ed. .Rio de Janeiro, RJ: Reichmann & Affonso, 2000b. 524 p. p.168-193.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: Assistência Humanizada à Mulher**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; PARPINELLI, Angela Maria; OSIS, Maria José Duarte. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto; uma revisão de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1316-1327, set/out, 2005.

BURROUGHS, Arlene. **Uma introdução à enfermagem materna**. 6 ed..Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CARON, Olga Aparecida Fortunato; SILVA, Isilia Aparecida. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte de comunicação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n.4, p. 485-492, jul/ago, 2002.

CASTRO, Jamile Castro de; CLAPIS, Maria José. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 960-967, nov/dez, 2005.

COUTO, Germano Rodrigues. Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.14, n.3, p. 190-198, mar/abr, 2006.

DAVIM, Rejane Maria Barbosa; MENEZES, Rejane Maria Paiva. Assistência ao parto normal no domicílio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 9, n .6, p. 62-68, nov/dez, 2001.

GENESIS 3. 16 *In: A bíblia sagrada*: antigo e novo testamento. Rio de Janeiro: Sociedade Bíblica do Brasil. 1969.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

GUYTON, Arthur C.; HALL John Edward. **Tratado de fisiologia médica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

KNOBEL, Roxana. **Métodos para alívio da dor no trabalho de parto**. Disponível em: <[www.amigas do parto.org.br](http://www.amigasdo parto.org.br)>. Acesso em: 30/09/2006.



LEÃO, Miriam Rêgo de Castro; BASTOS, Marisa Antonini Ribeiro. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do hospital Sofia Feldman. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 9, n. 3, p. 90-94, maio, 2001.

MACHADO, Nilce Xavier de Souza; PRAÇA, Neide de Souza. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 40, n. 2, p. 274-279, 2006.

MAMEDE, Fabiana Villela; ALMEIDA, Ana Maria de; CLAPIS, Maria José. Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 2, p. 295-302, 2004.

MARTINS-COSTA, Sérgio H; VIDAL, Ana Maria Carvalho; CHAVES, Maria Tereza Pedrazzi; RAMOS, José Geraldo Lopes. Assistência ao trabalho de parto *In*: FREITAS, Fernando *et.al*. **Rotinas em Obstetrícia**. 5 ed. . Porto Alegre: ARTMED Editora, 2006, 680 p. p. 231-246.

MIRANDA, Celina Leite. Elaboração de trabalho de conclusão para a graduação da Escola de Enfermagem conforme a ABNT. 2.ed. Porto Alegre: UFRGS; Escola de Enfermagem, 2005. Não Publicado.

MOTTA, Cibele, Cunha Lima da; CREPALDI, Maria Aparecida. O pai no parto e apoio emocional: perspectiva da parturiente. **Paidéia – Cadernos de Psicologia e educação**. v. 15, n. 30 jan/abr. 2005. Disponível em: <<http://sites.ffclrp.usp/paideia> > Acesso em 09 jun 2007.

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

SILVA, Flora Maria Barbosa da; OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcelos de. O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 40, n. 1, p. 57-63, 2006.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR. Dor. São Paulo: SBED, ©2005. Disponível em: <[www.dor.org.br/dor\\_intro.asp](http://www.dor.org.br/dor_intro.asp)>. Acesso em: 09 jun 2007.

TORNQUIST, Carmem Susana. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, sup. 2, p. s419-s427, 2003.

WESSHEIMER, Anne Marie. O manejo da dor em obstetrícia *In*: OLIVEIRA, Dora Lucia Leidens Correa de (Org.). **Enfermagem na gravidez, parto e puerpério**: notas de aula. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2005a, 423 p. p.341-356.

\_\_\_\_\_. Tipos de parto *In*: OLIVEIRA, Dora Lucia Leidens Correa de (Org.). **Enfermagem na gravidez, parto e puerpério**: notas de aula. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2005b, 423 p. p. 313-326.