

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

MARINA MENDES COELHO

**MÉTODOS DE ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO E REPERCUSSÕES
NA SAÚDE MATERNO-FETAL**

PORTO ALEGRE

2012

MARINA MENDES COELHO

**MÉTODOS DE ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO E REPERCUSSÕES
NA SAÚDE MATERNO-FETAL**

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

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Helga G. Gouveia

PORTO ALEGRE

2012

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus maravilhosos amigos que me alegram e me acompanham em todos os momentos. Amo vocês!

As minhas “brows” pela amizade e por terem feito a graduação ser muito mais divertida. Vão seguir comigo para sempre. Melhores amigas-parceiras-colegas do universo! Amo vocês!

Ao João, por me fazer feliz, compreender-me e dividir comigo experiências maravilhosas. Te amo!

As minhas tias Téta e Mone, minhas mães do coração, sempre ao meu lado. Amo vocês!

A minha avó Dulce, a mais doce e linda, que me dá carinho como ninguém. Te amo!

A minha irmã Gabriela, por todo o amor, companheirismo e paciência nos 20 anos de convivência diária e divisão de tudo. Te amo abigail!

Agradeço aos meus pais, Marco e Sandra, por me proporcionarem a vida! Meus exemplos, meus maiores amores! A vocês agradeço e dedico essa vitória. Mesmo longe estaremos sempre juntos!

Agradeço as minhas queridas professoras, em especial Helga, Cláudia e Mariene, por nos últimos tempos terem se dedicado a minha formação. Mulheres lindas, inteligentes e guerreiras! Muito obrigada!

RESUMO

A dor é uma experiência sensitiva emocional desagradável relacionada à lesão tecidual ou descrita em tais termos e sabe-se que ela representa um importante sinal do início do trabalho de parto. Existem inúmeros métodos seguros e eficazes para o controle da dor durante o trabalho de parto, sendo eles não farmacológicos e farmacológicos, que podem ser utilizados individualmente ou associados. Objetivou-se identificar os métodos de alívio da dor utilizados durante o trabalho de parto e suas repercussões na saúde materno-fetal. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura descrita por Mendes, Silveira e Galvão (2008) que permite a análise, a interpretação e a comparação de estudos que abordam um mesmo assunto, a partir do agrupamento dos resultados referentes a pesquisas primárias. A amostra foi composta por 14 artigos selecionados nas bases de dados LILACS e SciELO, publicados entre os anos de 2006 e 2011, no idioma português. Foram identificados métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto. Dos métodos farmacológicos destaca-se a analgesia sistêmica por fármacos opióides que pode causar depressão respiratória no recém-nascido, a anestesia peridural que permite à mulher deambular durante o trabalho de parto, mas pode prolongar o processo e a anestesia combinada raquiperidural que cessa a sensação dolorosa precocemente à técnica peridural. Em relação aos métodos não farmacológicos salienta-se o uso de técnicas como a massagem, o banho terapêutico, a crioterapia, a bola suíça, a hipnose e a acupuntura, que proporcionam alívio da dor, conforto à parturiente e relaxamento muscular, dentre outros benefícios e não apresentam repercussões negativas sobre ela. Identificou-se nesse estudo que poucas pesquisas abordam as repercussões na saúde fetal, assim considera-se essencial a elaboração de novos estudos multidisciplinares para que as práticas de manejo à dor no processo de parturição sejam embasadas em todos os aspectos, principalmente as não farmacológicas, até então menos estudadas.

Descritor: Dor do Parto

Palavras-chave: Alívio da Dor e Trabalho de Parto

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma de seleção das publicações.....	18
Quadro 1 - Artigos presentes na amostra do estudo.....	19
Gráfico 1 - Composição da amostra segundo o ano de publicação.....	23
Quadro 2 - Periódicos de publicação dos artigos pertencentes à amostra do estudo.....	23
Gráfico 2 - Composição da amostra segundo os métodos de alívio da dor no trabalho de parto.....	25
Quadro 3 - Estudos que abordam os métodos farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto e suas repercussões na saúde materno-fetal.....	27
Quadro 4 - Estudos que abordam métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto e suas repercussões na saúde materno-fetal.....	34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVO	9
3 CONTEXTO TEÓRICO	10
3.1 A DOR NO TRABALHO DE PARTO	10
3.2 MÉTODOS DE ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO	12
4 METODOLOGIA	15
4.1 TIPO DE ESTUDO	15
4.2 DEFINIÇÃO DA QUESTÃO NORTEADORA	15
4.3 COLETA DE DADOS	15
4.4 CATEGORIZAÇÃO DOS ESTUDOS	16
4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	16
4.6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	16
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	17
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	18
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	18
5.2 MÉTODOS FARMACOLÓGICOS E SUAS REPERCUSSÕES NA SAÚDE MATERNO-FETAL	26
5.3 MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS E SUAS REPERCUSSÕES NA SAÚDE MATERNO-FETAL	33
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICE A – Instrumento para a coleta de dados	51
APÊNDICE B – Quadro Sinóptico	52
ANEXO 1 – Carta de Aprovação da COMPESQ – EENF/UFRGS	53

1 INTRODUÇÃO

A dor, segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP, 2011), caracteriza-se como uma experiência sensitiva emocional desagradável relacionada à lesão tecidual ou descrita em tais termos. Devido ao seu caráter subjetivo, é um sintoma de difícil avaliação, mas sabe-se que ela representa um importante sinal do início do trabalho de parto e que, devido à sua intensidade, um grande número de mulheres a considera insuportável. A dilatação do colo uterino apresenta-se como o principal componente da dor durante o trabalho de parto e soma-se a outros fatores como: a tração de anexos e peritônio, a contração e a distensão das fibras uterinas, a distensão do canal de parto, a pressão nas estruturas pélvicas, na uretra, na bexiga e sobre as raízes do plexo lombo-sacro. Para que a dor não seja prejudicial à saúde materno-fetal, quando diagnosticado o trabalho de parto e as contrações regulares, ela pode e deve ser aliviada (BRASIL, 2001).

Um dos objetivos do cuidado no processo de parturição é o manejo da dor e para tal existem dois métodos, os farmacológicos e os não farmacológicos, em que o primeiro destina-se ao alívio da sensação dolorosa por meios medicamentosos, enquanto o segundo visa principalmente a prevenção do sofrimento (SIMKIN; KLEIN, 2009).

Observando a utilização dos métodos de alívio da dor, principalmente os não farmacológicos, como a deambulação, as massagens e a hidroterapia, no Centro Obstétrico de um hospital escola da cidade de Porto Alegre, como acadêmica de enfermagem e como monitora da disciplina Enfermagem no Cuidado à Mulher no mesmo local, a autora motivou-se a conhecer os métodos de alívio da dor utilizados durante o trabalho de parto e suas vantagens para a díade mãe-bebê. Os métodos não farmacológicos de alívio da dor promovem em geral, mais calma e tranquilidade para as mulheres durante as etapas do trabalho de parto, além disso, possibilitam que o acompanhante participe desse momento colaborando na sua execução, como na massagem por exemplo, onde ele atua sozinho, sem a necessidade de profissionais ou equipamentos. O uso dessas técnicas favorece o vínculo da parturiente com o acompanhante e com a equipe cuidadora, o que facilita a evolução natural do parto repercutindo de maneira positiva para o binômio.

O alívio da sensação dolorosa durante o trabalho de parto permite que a mulher participe ativamente desse momento, que ocorra aumento da auto-estima, que haja maior interação com o bebê logo nos primeiros minutos após o parto e ainda permite que a parturiente guarde lembranças positivas desse momento para melhor enfrentar futuros trabalhos de parto (WEISSHEIMER, 2005).

O conhecimento das medidas atuais e efetivas de alívio da dor durante o trabalho de parto, farmacológicas ou não, possibilita que cada mulher receba atendimento qualificado e individual. Os profissionais da área da saúde, principalmente a equipe de enfermagem, por manterem relação muito próxima com a mulher durante o processo de parturição, devem valorizar o entendimento sobre essas práticas para que possam estimular o uso seguro dos métodos de alívio da dor e propiciar à mãe e ao bebê um momento tão saudável e tranquilo quanto possível.

Espera-se que esse estudo contribua para que os profissionais de saúde que acompanham o processo de parturição conheçam melhor os métodos de alívio da dor atualmente em uso, a fim de que participem ativamente na decisão da melhor conduta para cada parturiente. Desta forma, a questão norteadora é: “Quais os métodos de alívio da dor utilizados durante o trabalho de parto e suas repercussões à saúde materno-fetal?”

2 OBJETIVO

Identificar métodos de alívio da dor utilizados durante o trabalho de parto e as repercussões na saúde materno-fetal.

3 CONTEXTO TEÓRICO

No contexto teórico de uma pesquisa estão questões relevantes para o seu desenvolvimento. Aqui foram abordados os seguintes temas: a dor durante o trabalho de parto com seus diferentes aspectos e características; os métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto e os benefícios do manejo da dor no trabalho de parto.

3.1 A DOR NO TRABALHO DE PARTO

“O processamento dos estímulos dolorosos e a resultante percepção da dor envolvem os sistemas nervoso central e periférico” (SMELTZER *et al.*, 2009, p. 219). Durante o trabalho de parto, percebe-se a ação desses sistemas, quando o Sistema Nervoso Simpático, principal mediador da inervação uterina e de seus anexos, conduz estímulos de características viscerais, que possuem aferências no Sistema Nervoso Central no nível dos segmentos medulares T10, T11, T12 e L1 (BRASIL, 2001).

A dor no trabalho de parto é efeito, principalmente, das contrações uterinas. Esta é transmitida por receptores localizados nos tecidos oriundos da visceropleura – vasos sanguíneos, meninges, serosas e vísceras em geral (JIMENÉZ, 2000; ASSUNÇÃO, 2001). Suas características somáticas surgem em decorrência da distensão do períneo da parturiente, resultado da progressão da apresentação fetal no canal de parto (BRASIL, 2001). Essa sensação dolorosa ocorre quando o receptor afetado localiza-se nos tecidos originados da somatopleura: estrutura embrionária que dará origem à pele, músculos, tendões, ossos e articulações e pode ser pulsátil ou surda, geralmente tônica e de localização indefinida (JIMENÉZ, 2000; ASSUNÇÃO, 2001).

Contrações uterinas repetidas com frequência, intensidade e duração suficientes para causar o apagamento e a dilatação do colo uterino definem o início do trabalho de parto e, unida a esses fatores, encontra-se a dor, que também constitui um importante sinal do início desse processo (BRASIL, 2001; HEARNE; DRIGGERS, 2006).

O trabalho de parto é categorizado em quatro períodos ou estágios clínicos, sendo eles, respectivamente: dilatação, expulsão, dequitação e *Greenberg* (CAVAGNA NETO, 1995; HEARNE; DRIGGERS, 2006).

O primeiro período ou estágio do trabalho de parto é considerado em sua fase latente e em sua fase ativa. A primeira se inicia com as contrações uterinas regulares e termina no momento em que ocorre o aumento da velocidade da dilatação da região cervical, normalmente em 3 ou 4 centímetros. A fase ativa é o período caracterizado pelo aumento da velocidade da dilatação cervical, que tem em seus efeitos a descida da apresentação fetal. A dilatação e o apagamento do colo uterino, causados pelas contrações uterinas, são responsáveis pelo desconforto. Esse desconforto é conhecido como dor visceral e vai da região suprapúbica para a região sacra e destas para as pernas (JIMÉNEZ, 2000; BACHMAN, 2002; HEARNE; DRIGGERS, 2006).

Durante o segundo estágio do trabalho de parto, que se caracteriza pelo intervalo entre a dilatação completa do colo uterino e o nascimento da criança, a sensação dolorosa relaciona-se com a distensão da região perineal e da vagina (BACHMAN, 2002; HEARNE; DRIGGERS, 2006). Devido à distensão perineal essa dor é conhecida como somática (BRASIL, 2001).

Após o nascimento, inicia-se o terceiro período do trabalho de parto, chamado de dequitação, que consiste no descolamento, descida e expulsão da placenta e seus anexos, responsáveis pela dor, percebida em forma de cólicas, também relacionada à distensão perineal e às possíveis lacerações (BURROUGHS, 1995; BACHMAN, 2002; HEARNE; DRIGGERS, 2006).

O quarto período ou período de *Greenberg* corresponde à primeira hora pós-parto, importante nos processos homeostáticos que visam coibir o sangramento uterino (CAVAGNA NETO, 1995).

Para Niven e Murphy-Black (2000) a intensidade da sensação dolorosa durante o trabalho de parto é extremamente variável e está sujeita a influências motivacionais relacionadas ao temperamento de cada parturiente, educacionais, psíquicas (comportamentais), aos possíveis desvios da normalidade, como o estresse, às questões orgânicas (constituição genética), aos fatores como distócias que podem aumentar sua intensidade e à liberação de endorfinas, que podem reduzi-la.

Vale, ainda, ressaltar as alterações fisiológicas materno-fetais que acompanham a dor no trabalho de parto citadas no manual “Parto, Aborto e Puerpério” do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001):

- Aumento do volume minuto, acompanhado de aumento do consumo de oxigênio em torno de 40% acima dos níveis anteriores ao trabalho de parto, podendo chegar até 100% durante o segundo estágio. Esta hiperventilação pode diminuir a PaCO₂ materna em 10 a 20 mmHg e elevar o pH arterial até 7,55-7,60. A hipocápnia pode diminuir o estímulo ventilatório materno, reduzindo a PaO₂ materna em 10 a 50%. Quando a PaO₂ materna cai abaixo de 70 mmHg, o feto pode sofrer hipoxemia e apresentar desacelerações de sua frequência cardíaca;
- Aumento progressivo do débito cardíaco materno. Há inicialmente, um aumento de 10 a 15% no período de dilatação, 50% durante o segundo período e pode chegar até 80% acima dos valores preliminares, imediatamente após o parto;
- Aumento dos níveis de adrenalina, noradrenalina, cortisol e ACTH no sangue materno:
- Modificações da função gastrointestinal; e
- Acidose metabólica materna progressiva (p. 69).

3.2 MÉTODOS DE ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO

A percepção da dor durante o trabalho de parto e as técnicas utilizadas para aliviá-la durante esse processo variam de acordo com a cultura e a geografia em que cada parturiente encontra-se. Mulheres japonesas frequentemente apresentam-se tranquilas durante o processo de parturição e não se queixam de dor porque a sua manifestação é apropriada na cultura em que estão inseridas (MOORE; MOOS, 2003; STEPHENS, 2003). Em contrapartida, muitas mulheres deparam-se com o medo de sentir dor, por ela culturalmente, ser sofrida, aterrorizante e desgastante, optando pela analgesia e até mesmo pela cesárea, em busca da diminuição do sofrimento (RUANO *et al.*, 2007).

Atualmente, os inúmeros métodos para o controle da dor durante o trabalho de parto, são seguros, eficazes e que podem ser utilizados individualmente ou associados (RICCI, 2008). Devemos oportunizar um parto com experiências positivas e satisfatórias para as parturientes e suas famílias (WEISSHEIMER, 2005).

Os métodos não farmacológicos podem ser ensinados às futuras mães ou ao casal durante os encontros pré-natal, seja em consultas ou em grupos, visando o manejo da dor no período de parturição (WEISSHEIMER, 2005). A maioria dessas medidas baseia-se na teoria de dor conhecida como “controle do portal”, que propõe

que a estimulação física tem a capacidade de interferir nos estímulos dolorosos fechando um portal hipotético na medula espinhal e assim, bloqueando os sinais dolorosos de modo a impedir que alcancem o cérebro (ENGSTRON, 2004).

Simples, seguras e de baixo custo, as medidas não farmacológicas de alívio da dor são: o apoio, a deambulação, a acupuntura e acupressão, a concentração da atenção e da imaginação, os métodos psicoprofiláticos, a hidroterapia, as técnicas de relaxamento (como o uso da bola obstétrica e do cavalinho), a Estimulação Elétrica Transcutânea (TENS) e o toque terapêutico (WEISSHEIMER, 2005; RICCI, 2008).

Destacam-se, segundo o manual “Parto, Aborto e Puerpério” do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), as seguintes medidas:

- Técnicas psicoprofiláticas: método mais popular dentre os não farmacológicos, introduzido por Lamaze no ano de 1954, prepara a mulher para o momento do parto através de um programa educacional sobre a fisiologia do parto, técnicas respiratórias e exercícios físicos. Podem ser utilizadas nos momentos iniciais do trabalho de parto sendo complementadas ou não por outra medida de alívio da dor.
- Acupuntura: por meio de endorfinas, liberadas pelo sistema nervoso central, produz a analgesia.
- Estimulação elétrica transcutânea (TENS): o alívio da dor ocorre a partir da colocação de dois eletrodos superficiais nos dermatômos que correspondem de T10 a L1 lateralmente à linha média e outros dois eletrodos no nível das vértebras S2 a S4. Impulsos bifásicos que variam quanto à amplitude e a frequência conforme a intensidade da dor consistem nos estímulos elétricos.

Os métodos farmacológicos são aqueles em que se utiliza alguma medicação para promover a redução da sensação dolorosa durante o trabalho de parto. Incluem-se nesses métodos: a anestesia geral, a analgesia sistêmica, a analgesia regional e a analgesia local (WEISSHEIMER, 2005).

Com a evolução nos estudos sobre os métodos de alívio da dor no trabalho de parto, as técnicas sistêmicas (fármacos atarácicos, barbitúricos e opióides pelas vias oral, intramuscular e endovenosa) e as técnicas regionais (bloqueio epidural e intratecal/espinal) vêm sendo menos utilizadas, dando espaço para as técnicas locais (infiltração local e bloqueio do nervo pudendo) que se destacam por serem

realizadas apenas quando existe a necessidade de episiotomia, episiorrafia ou se a região perineal sofreu lacerações durante o trabalho de parto (RICCI, 2008).

A infiltração local, que pode ser administrada pela enfermeira obstétrica, inibe a sensibilidade da área perineal por intermédio da injeção de algum anestésico local, como a lidocaína, nos nervos perineais. Essa técnica não atua nas dores das contrações uterinas, age adormecendo a área lacerada. À exemplo da técnica citada, o bloqueio do nervo podendo também se refere à administração de algum anestésico local, entretanto, deve ser injetado 15 minutos antes da necessidade de sua ação e atua nos nervos pudendos proximais às espinhas ilíacas, conferindo alívio da dor no terço inferior da vagina, na vulva e no períneo. Esse método pode ser utilizado durante o período expulsivo, para a realização de uma episiotomia, para um parto vaginal com a utilização do fórceps ou vácuo-extrator (RICCI, 2008).

É importante que haja atenção e cuidado na escolha do fármaco, da sua dosagem, da via e do momento em que será administrado, pois os anestésicos e os analgésicos, ao atingirem a corrente sanguínea da mãe, entram em contato com a barreira placentária, podendo criar condições fetais não-tranquilizadoras ou, se administradas próximas ao momento do nascimento, depressão respiratória no bebê, fatores que geram a principal preocupação em relação à utilização de medidas farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto (WEISSHEIMER, 2005).

Desvendar a associação de maior efetividade entre os métodos de alívio da dor no trabalho de parto com a finalidade de controlá-la, de modo a impedir que os possíveis efeitos nocivos ocorram ao bebê, a manter a fisiologia natural do trabalho de parto, a gerar a criação do vínculo entre a díade mãe-bebê, a estimular a amamentação e a percepção da mulher do próprio processo de parir são, sem dúvida, os principais desafios enfrentado pelos profissionais atuantes na área obstétrica (PRIMEAU; LUCEY; CROTTY, 2003).

4 METODOLOGIA

A seguir são descritos o tipo de estudo, a definição da questão norteadora, a coleta de dados, a categorização do estudo, a análise e a interpretação dos dados selecionados, a apresentação e a discussão dos resultados obtidos nesse trabalho.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura descrita por Mendes, Silveira e Galvão (2008) que permite a análise, a interpretação e a comparação de artigos que abordam um mesmo assunto, a partir do agrupamento dos resultados referentes a pesquisas primárias. Possibilita a definição de conclusões gerais sobre a temática em estudo que darão suporte à tomada de decisão e à prática clínica.

De acordo com Mendes, Silveira e Galvão (2008), para a construção da revisão integrativa é preciso percorrer seis etapas distintas:

1. identificação do tema e estabelecimento da hipótese;
2. estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos;
3. definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados;
4. avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa;
5. interpretação dos resultados;
6. apresentação da síntese do conhecimento.

4.2 DEFINIÇÃO DA QUESTÃO NORTEADORA

Após a escolha da temática a ser abordada no estudo houve a definição da questão norteadora a ser respondida: “Quais os métodos de alívio da dor utilizados durante o trabalho de parto e suas repercussões à saúde materno-fetal?”

4.3 COLETA DE DADOS

As bases de dados escolhidas para a busca dos artigos que integraram essa revisão de literatura foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Foram incluídos

artigos no idioma português que, por meio de leitura, responderam à questão norteadora do estudo, atenderam aos itens dispostos no instrumento elaborado para a coleta de dados desse estudo (APÊNDICE A) e foram publicados nos últimos seis anos (2006-2011), pois se acredita que nesse período ocorreu uma produção literária significativa do tema em estudo.

Para a busca bibliográfica foi utilizado como descritor: dor do parto, em Descritores em Ciência e Saúde (DeCS).

4.4 CATEGORIZAÇÃO DOS ESTUDOS

Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008), nessa etapa definem-se as informações a serem extraídas dos artigos incluídos na pesquisa. Objetivou-se organizar e sumarizar as informações de maneira concisa para a formação de um banco de dados de fácil acesso e manejo, com o uso do Instrumento para a Coleta de Dados (APÊNDICE A).

4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados obtidos em pesquisas primárias foram descritos em um Quadro Sinóptico cujos itens escolhidos foram: título, autores, métodos de alívio da dor no trabalho de parto, vantagens e desvantagens para o binômio (APÊNDICE B).

A interpretação dos dados ocorreu a partir da análise do quadro sinóptico, em que os dados de cada artigo foram comparados, para atingir o objetivo dessa pesquisa e responder a sua questão norteadora.

4.6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A autora apresentou e discutiu os resultados obtidos na análise e na interpretação dos artigos em estudo com o auxílio de um fluxograma, de quadros e de gráficos explicativos.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Quanto à observância dos aspectos éticos, todos os autores foram devidamente mencionados e seus artigos devidamente referenciados, conforme normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) respeitando a Lei nº 9.610 de 19 de fevereiro de 1998, que trata dos Direitos Autorais (BRASIL, 1998). Além disso, o conteúdo dos textos utilizados foi abordado mantendo sua originalidade. A identidade das instituições e dos profissionais citados foi preservada, a fim de garantir o seu anonimato.

Após a aprovação do projeto do presente estudo pela disciplina Trabalho de Conclusão de Curso I (ENF99004), ele foi submetido à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/EEUFRGS), sendo aprovado sob o número 22195 em 11 de janeiro de 2012 (ANEXO 1).

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

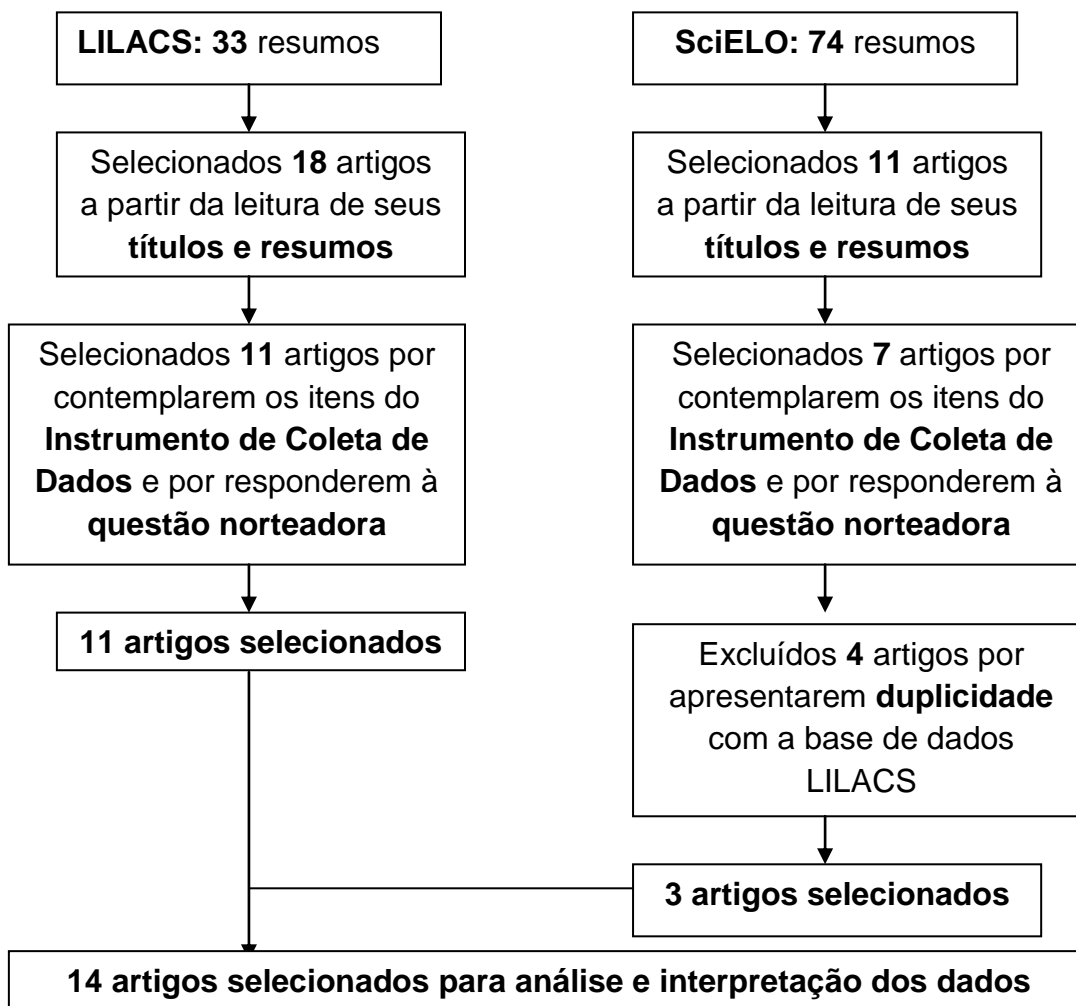
A seguir serão apresentados e discutidos os resultados obtidos nesse estudo.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi caracterizada segundo os critérios de inclusão, o ano de publicação, o periódico do qual os estudos foram extraídos, a metodologia utilizada e sua composição segundo os métodos de alívio da dor no trabalho de parto.

Apresenta-se abaixo o fluxograma de seleção das publicações que compõe a amostra desse estudo.

Figura 1 - Fluxograma de seleção das publicações



Na busca às bases de dados, por intermédio do descritor dor do parto, foram encontradas 33 publicações na LILACS e 74 na SciELO. Foi realizada uma leitura preliminar para identificar se os artigos contemplavam os itens descritos no instrumento para a coleta de dados (APÊNDICE A) e se respondiam à questão norteadora do estudo. Após a leitura de seus títulos e resumos restaram 18 artigos extraídos da LILACS e 11 artigos extraídos da SciELO. Procedeu-se então, a leitura na íntegra de todos esses estudos, restando 11 da LILACS e 7 da SciELO por contemplarem os critérios de inclusão desse trabalho. Entretanto, quatro publicações extraídas da base de dados SciELO foram excluídas por apresentarem duplicidade com a base de dados LILACS. Ao final, identificaram-se 14 publicações, 11 (78,6%) da base de dados LILACS e três (21,4%) da base de dados SciELO, que compuseram a amostra desse estudo por se adequarem às normas predefinidas.

Os artigos que compõe a amostra desse estudo serão expostos, a seguir, em um quadro constituído pelo nome do estudo, autores, ano de publicação, objetivos e resultados.

Quadro 1 – Artigos presentes na amostra do estudo.

Título	Autores e Ano	Objetivos	Resultados
1. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições	Nilsen; Sabatino; Lopes (2011).	Avaliar a intensidade da sensação dolorosa e o comportamento, durante o trabalho de parto, entre mulheres que tiveram parto normal, sem analgesia, nas posições semi-sentada, DLE e litotomia.	A dor entre as mulheres que pariram em litotomia foi menor em comparação com DLE ($p = 0,003$), embora a posição tenha sido escolhida. Houve associação entre dor e comportamento. A dor no trabalho de parto e parto estavam associadas entre si, assim como o comportamento nesses dois momentos.
2. Uso da bola suíça no trabalho de parto	Silva <i>et al.</i> (2011)	Caracterizar o uso da bola suíça na assistência à mulher, durante o trabalho de parto e identificar as características de seu emprego na assistência à parturiente por enfermeiras obstétricas.	100% dos Centros de Parto Normal e 40,9% dos Centros Obstétricos possuíam bola suíça. As indicações do uso da bola suíça foram: - promover a descida da apresentação fetal (32,4%); - relaxamento (19,7%); - progressão do parto (17,1%); - exercício do períneo (14,5%) - alívio da dor (11,8%) - benefícios psicológicos e movimentação materna (4,5%). Das instituições visitadas, 96,8% não possuíam protocolo para sua utilização.

Continuação quadro 1

3. Analgesia e anestesia durante o trabalho de parto	Souza <i>et al.</i> (2010)	Revisar a literatura a respeito dos métodos de analgesia e anestesia mais comumente empregados durante o trabalho de parto, observando seus riscos e benefícios, bem como o momento ideal de sua indicação.	O advento de técnicas anestésicas modernas, com adição de opióides ao anestésico local, pode gerar parto conduzido sem dor com mínimos efeitos colaterais.
4. Analgesia e anestesia no trabalho de parto e parto	Cunha, (2010).	Listar os procedimentos disponíveis para aliviar a dor do trabalho de parto e do parto. Verificar a evidência científica dos mesmos e sua aplicação na prática clínica.	Método alternativo, com ênfase no apoio psicológico durante o trabalho de parto, foi interpretado como efetivo. A hipnose e acupuntura apresentaram evidências científicas de sua efetividade, embora sua aplicação tenha alguma dificuldade. Métodos farmacológicos incluem o uso dos opióides para sedação durante o período de dilatação e os anestésicos locais para o parto vaginal, sob a responsabilidade do obstetra.
5. Analgesia de parto e febre materna: revisão baseada em evidências	Silva; Passini Junior; Amorim (2010).	Determinar a associação entre analgesia de parto, febre materna e infecção neonatal.	Há associação entre febre materna e anestesia peridural, já a associação entre febre materna e anestesia combinada ainda não está estabelecida. A causa pelo aumento da temperatura produzida pela peridural permanece desconhecida, mas acredita-se que ocorra uma alteração na termorregulação. Não existem evidências de que esse aumento da temperatura produza efeitos deletérios para mãe e concepto, entretanto, a presença de febre pode levar a investigações dispensáveis de infecção e prescrição desnecessária de antibióticos.

Continuação quadro 1

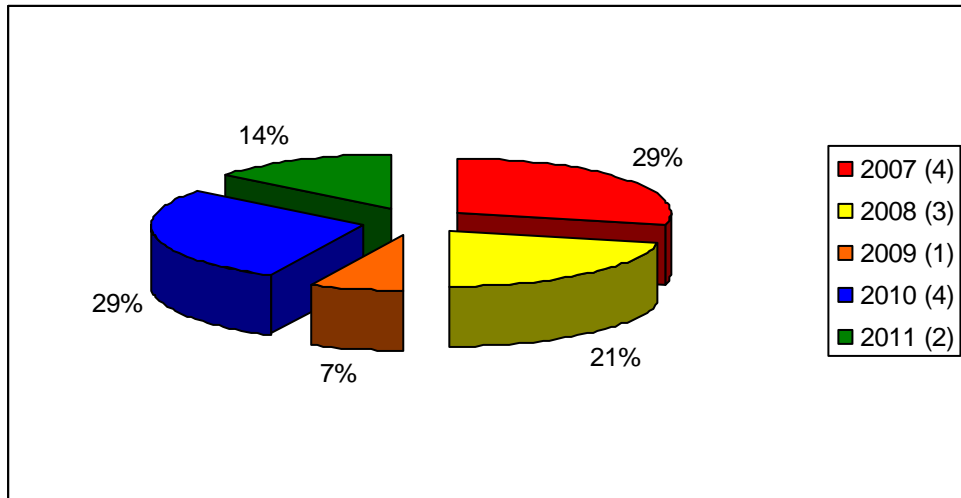
<p>6. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências</p>	<p>Porto; Amorim; Souza, (2010).</p>	<p>Oferecer recomendações baseadas em evidências para a assistência ao primeiro período do trabalho de parto em gestações de baixo risco, contemplando o diagnóstico do trabalho de parto e recomendações, como intervenções maternas, propedêutica fetal, utilização do partograma e manejo ativo do trabalho de parto.</p>	<p>Procedimentos como jejum, tricotomia e enteroclise devem ser evitados, uma vez que não há evidências para sua utilização. Parturientes devem ser encorajadas a deambular ou adotar a posição que preferirem durante o primeiro período do parto. Imersão em água e suporte contínuo intraparto reduz efetivamente a dor do trabalho de parto. Hipnose e acupuntura são métodos não farmacológicos para alívio da dor que levam à redução significativa da necessidade de analgesia. O uso do partograma em países de baixa renda se associa com redução das taxas de cesariana. O manejo ativo do trabalho de parto com amniotomia e ocitocina não deve ser recomendado de rotina. Todas as decisões devem ser discutidas com as parturientes, sobretudo em situações em que não existam evidências suficientes para sua recomendação.</p>
<p>7. Bloqueio combinado raquiperidural versus bloqueio peridural contínuo para analgesia de parto em primigestas: resultados maternos e perinatais</p>	<p>Souza; Silva; Maia Filho, (2009).</p>	<p>Comparar a evolução materna e perinatal após a utilização da analgesia peridural contínua versus analgesia combinada raquiperidural em parturientes primigestas.</p>	<p>Não houve diferença entre os grupos para velocidade de dilatação cervical, tempo para resolução do parto, parâmetros hemodinâmicos maternos, vitalidade do recém-nascido, complementações analgésicas durante o trabalho de parto e modo de parto. Houve maior rapidez de instalação da analgesia no grupo que recebeu analgesia combinada raquiperidural e menor bloqueio motor no grupo que recebeu analgesia peridural contínua. Não foram observadas diferenças em relação aos efeitos adversos (náuseas, vômitos, prurido e hipotensão), sendo hipotensão mais frequente no grupo que recebeu analgesia peridural contínua.</p>
<p>8. Avaliação do uso de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes</p>	<p>Davim; Torres, (2008).</p>	<p>Avaliar a efetividade de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor de parturientes no trabalho de parto.</p>	<p>Verifica-se alívio significativo da dor na aplicação das estratégias não farmacológicas.</p>
<p>9. Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes</p>	<p>Davim <i>et al.</i> (2008).</p>	<p>Avaliar a efetividade do banho de chuveiro para o alívio da dor de parturientes na fase ativa do trabalho de parto.</p>	<p>Verificou-se alívio significativo da dor na aplicação do banho de chuveiro.</p>

Continuação quadro 1

<p>10. Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta</p>	<p>Rodrigues; Siqueira, (2008).</p>	<p>Desenvolver algumas reflexões sobre os possíveis efeitos benéficos de uma escuta responsiva à verbalização da presença de dor, medos e seus correlatos na cena do parto tomando como base dados empíricos de pesquisa realizada em maternidade situada na cidade de São Paulo, Brasil.</p>	<p>A análise, apoiada em categorias estabelecidas (subjetividade auto-referida, intersubjetividade, acolhimento, apropriação da experiência) mostrou, entre outros pontos, a importância e a valorização da interlocução qualificada no processo de parturição. Processo esse referido pelas parturientes como experiência de elevado grau de estresse, com vivências de dor, medos e ansiedades, porém mitigados pelo apoio recebido.</p>
<p>11. A crioterapia como estratégia para alívio da dor no trabalho de parto: um estudo exploratório</p>	<p>Nunes; Vargens, (2007).</p>	<p>Identificar os sintomas referidos durante o uso de gelo como recurso para alívio da dor. Verificar possíveis efeitos sobre a evolução do trabalho de parto e perfil biofísico do feto.</p>	<p>Verificou-se que o uso da crioterapia proporcionou o relaxamento geral das parturientes, permitindo a algumas dormirem profundamente em plena fase ativa do trabalho de parto. Não foram evidenciados efeitos indesejados sobre o perfil biofísico do feto, pois todos os recém-nascidos alcançaram APGAR superior a sete no primeiro e quinto minutos de vida.</p>
<p>12. Analgesia de parto: estudo comparativo entre anestesia combinada raquiperidural versus anestesia peridural contínua</p>	<p>Cortês <i>et al.</i> (2007).</p>	<p>Comparar a técnica peridural contínua com a combinada, ambas com o uso de bupivacaína a 0,25% em excesso enantiomérico 50% e fentanil como agentes.</p>	<p>Não houve diferença estatística entre os dois grupos: - em relação ao tempo entre o início da analgesia e a dilatação cervical completa; - em relação ao tempo da duração do período expulsivo e incidência de cesariana.</p>
<p>13. A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação</p>	<p>Mamede <i>et al.</i> (2007).</p>	<p>Verificar a presença de correlação entre a distância deambulada e os níveis de dor durante a fase ativa do trabalho de parto.</p>	<p>Quanto aos escores de dor, verificou-se que a pontuação aumentou à medida que a dilatação cervical avançava. Foi encontrada uma correlação positiva apenas aos cinco centímetros de dilatação, ou seja, quanto maior os trajetos percorridos maiores foram os escores de dor pontuados pelas parturientes.</p>
<p>14. O uso da analgesia peridural em obstetria: uma metanálise</p>	<p>Baraldi <i>et al.</i> (2007).</p>	<p>Caracterizar os estudos produzidos nacional e internacionalmente acerca da analgesia obstétrica.</p>	<p>Observou-se que há aumento nas práticas intervencionistas por parte dos profissionais de saúde com o uso da analgesia peridural, que ela é segura para o feto/recém-nascido e que são necessários mais estudos randomizados para afirmar suas repercussões na evolução do trabalho de parto e parto.</p>

A seguir é apresentada a distribuição da amostra segundo o ano de publicação. Ressalta-se que a mesma foi composta por artigos publicados a partir do ano de 2006.

Gráfico 1 – Composição da amostra segundo o ano de publicação.



O Gráfico 1 mostra que o maior número de publicações selecionadas para a composição dessa amostra ocorreu nos anos de 2007 e 2010, representando 29% das publicações em cada ano. Não foram acrescentadas publicações do ano de 2006 por não se adequarem aos critérios de inclusão.

Na sequência apresenta-se um quadro com o título do estudo, o nome do periódico do qual foi extraído e seu tipo de estudo.

Quadro 2 - Periódicos de publicação dos artigos pertencentes à amostra do estudo.

Título	Nome do Periódico	Tipo de Estudo
1. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Estudo descritivo, transversal e correlacional de abordagem qualitativa.
2. Uso da bola suíça no trabalho de parto	Acta Paulista de Enfermagem	Estudo descritivo de abordagem quantitativa.
3. Analgesia e anestesia durante o trabalho de parto	Revista FEMINA	Revisão de literatura de abordagem qualitativa.
4. Analgesia e anestesia no trabalho de parto e parto	Revista FEMINA	Revisão sistemática para análise da evidência científica de abordagem qualitativa.
5. Analgesia de parto e febre materna: revisão baseada em evidências	Revista FEMINA	Revisão de literatura para análise de evidências científicas de abordagem qualitativa.
6. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências	Revista FEMINA	Revisão de literatura de abordagem qualitativa.
7. Bloqueio combinado raquiperidural versus bloqueio peridural contínuo para analgesia de parto em primigestas: resultados maternos e perinatais	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	Estudo comparativo, prospectivo e randomizado de abordagem quantitativa.

Continuação quadro 2

8. Avaliação do uso de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes	Revista RENE	Ensaio clínico do tipo intervenção terapêutica de abordagem quantitativa.
9. Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes	Revista Eletrônica de Enfermagem	Ensaio clínico do tipo intervenção terapêutica de abordagem quantitativa.
10. Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta	Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil	Estudo descritivo de abordagem qualitativa.
11. A crioterapia como estratégia para alívio da dor no trabalho de parto: um estudo exploratório	Revista de Enfermagem da UERJ	Estudo exploratório de abordagem quantitativa.
12. Analgesia de parto: estudo comparativo entre anestesia combinada raquiperidural versus anestesia peridural contínua	Revista Brasileira de Anestesiologia	Estudo prospectivo aleatório de abordagem quantitativa.
13. A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Estudo analítico de intervenção quase experimental de abordagem quantitativa.
14. O uso da analgesia peridural em obstetrícia: uma metanálise	Revista de Enfermagem da Universidade UERJ	Metanálise de abordagem quantitativa.

Os estudos foram extraídos de 10 diferentes periódicos dos quais nove (90%) publicam estudos no idioma português e um (10%) nos idiomas português e espanhol de origem latino-americana. Esses periódicos têm acesso livre e gratuito na rede e disponibilizam os artigos na íntegra.

A partir da visualização do quadro se percebe que o periódico com maior número de trabalhos extraídos é o FEMINA, com quatro (28%) das publicações, seguido da Revista de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro com duas (14%) das publicações. Vale ressaltar que a revista FEMINA pertence à Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e que os artigos dela extraídos são de autoria médica. Nessas publicações os autores valorizam apenas as equipes médicas envolvidas no processo do parto, não se veem citados os profissionais da equipe de enfermagem e demais profissionais da área da saúde. Mesmo ao abordarem o manejo da dor no período de parturição por métodos não farmacológicos, que sua prática visa o trabalho interdisciplinar, ignoram profissionais que colocam em ação tais métodos.

Com relação à metodologia, oito (57%) estudos utilizaram abordagem quantitativa que, para Tanaka e Melo (2001) busca descrever significados que são considerados como inerentes aos objetos e aos atos e por isso define-se como objetiva. Permite uma abordagem focalizada, pontual e estruturada, sua coleta de

dados realiza-se através da obtenção de respostas estruturadas e suas técnicas de análise são dedutivas - partem do geral para o particular - e orientadas pelos resultados que são generalizáveis.

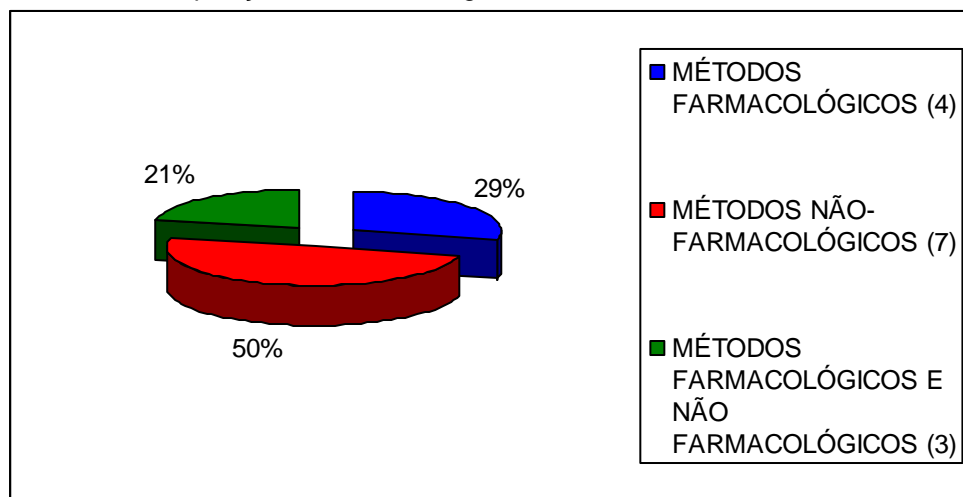
Já em seis (43%) publicações, os autores utilizaram abordagem qualitativa. Segundo Turato (2005), o pesquisador busca o significado das coisas, porque este tem um papel organizador nos seres humanos. O que as “coisas” (fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, idéias, sentimentos, assuntos) representam, molda a vida das pessoas.

Dentre as 11 publicações selecionadas na base de dados LILACS, quatro (36%) abordam métodos farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto, quatro (36%) abordam métodos não farmacológicos e três (27%) abordam ambos os métodos.

Dos três artigos encontrados na base de dados SciELO, um (33%) refere-se à método farmacológico de alívio da dor no trabalho de parto e dois (67%) a métodos não farmacológicos.

A composição desse estudo por publicações que abordam métodos farmacológicos, não farmacológicos e por ambos os métodos é apresentada no gráfico a seguir.

Gráfico 2 – Composição da amostra segundo os métodos de alívio da dor no trabalho de parto.



Portanto, das 14 publicações que compõe esse trabalho, a maioria aborda métodos não farmacológicos (50%), seguidas dos estudos que abordam os métodos farmacológicos (29%) e por último encontram-se as publicações que se referem aos dois tipos de métodos de manejo à dor no processo de parturição (21%). O elevado

número de publicações que se refere aos métodos alternativos para supressão dessa dor pode ser relacionado à gradual e crescente inserção de políticas públicas com ênfase na saúde da mulher, que inclui parir dignamente e com segurança. A partir do ano de 1984, com a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) houve a necessidade de adoção de formas mais simétricas de relacionamento entre os profissionais de saúde e as mulheres, apontando para a apropriação, autonomia e maior controle sobre a saúde, o corpo e a vida (BRASIL, 1985).

No ano de 1993 foi fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa), organização da sociedade civil que objetiva a divulgação da assistência e dos cuidados perinatais embasados cientificamente. A ReHuNa tem papel fundamental na estruturação do movimento de humanização do parto/nascimento que visa à diminuição de intervenções desnecessárias e à promoção do cuidado ao processo de gravidez/parto/nascimento/amamentação baseado na compreensão do processo fisiológico e natural (REHUNA, 1993). Ao tratar-se do manejo da dor no trabalho de parto, podemos citar o manejo farmacológico, muitas vezes oferecido desnecessariamente às mulheres em trabalho de parto. A Carta de Campinas, documento fundador da rede denuncia:

[...] as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência, especialmente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento. Considera que, no parto vaginal a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor (REHUNA, 1993).

5.2 MÉTODOS FARMACOLÓGICOS E SUAS REPERCUSSÕES NA SAÚDE MATERNO-FETAL

No Brasil, a consolidação do processo de medicalização e de hospitalização do parto ocorreu em meados do século XX, juntamente com o surgimento de grandes metrópoles e a criação dos hospitais. Consonante a esse fato, ocorre o fim da feminilização do parto, levando ao predomínio do parto hospitalar, marcado por intervenções cirúrgicas, utilização de fórceps profiláticos e de episiotomias desnecessárias (VARGENS; PROGIANTI, 2004). Entretanto, vale destacar que a

posição das mulheres frente ao processo de medicalização não foi propriamente a de vítimas (PROGIANTI; BARREIRA, 2001). Algumas delas, pertencentes às altas classes sociais, não aceitavam mais sentir as dores advindas do parto e desejavam não correr mais riscos, além de compartilharem o pensamento de que, parir com a assistência de um médico, significava maior poder aquisitivo (VARGENS; PROGIANTI, 2004). Aliado a esse fato, encontra-se o manejo da dor no trabalho de parto por intermédio da utilização de fármacos que em algumas situações são utilizados desnecessariamente.

Atualmente, vê-se que a maioria das mulheres não tem conhecimento sobre as adversidades dos métodos farmacológicos e, em algumas situações, submetem-se ao uso apenas por comodidade. Porém não se pode negar que a administração de alguns desses fármacos é benéfica durante o processo de parturição, em situações onde o trabalho de parto não progride devido à tensão que leva à dor, uma vez que esses medicamentos auxiliam no relaxamento, facilitando a dilatação do colo uterino.

No quadro a seguir são apresentadas as publicações que abordam métodos farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto selecionadas para esse estudo, os métodos descritos em cada publicação e suas repercussões na saúde materno-fetal.

Quadro 3 – Estudos que abordam os métodos farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto e suas repercussões na saúde materno-fetal.

Título e Autor	Métodos Farmacológicos de Alívio da Dor no Trabalho de Parto	Repercussões na saúde materno-fetal
<p>Analgesia de parto: estudo comparativo entre anestesia combinada raquiperidural versus anestesia peridural contínua (CORTÈS <i>et al.</i>, 2007)</p>	<p>Analgesia Peridural Contínua (APC); Analgesia Combinada Raquiperidural (ACRP).</p>	<p>Mulher: alívio imediato da dor após administração da ACRP; Facilidade para deambular e urinar após administração de ambas as técnicas. Feto: indicação de cesárea por bradicardia fetal.</p>
<p>Bloqueio combinado raquiperidural versus bloqueio peridural contínuo para analgesia de parto em primigestas: resultados maternos e perinatais (SOUZA; SILVA; MAIA FILHO, 2009)</p>	<p>Analgesia Peridural Contínua (APC); Analgesia Combinada Raquiperidural (ACRP).</p>	<p>Mulher: mais casos de náuseas e rápido alívio da dor após realização da técnica ACRP; menor dificuldade para mover-se no leito e mais casos de hipotensão nas que receberam APC; Feto: vigor ao nascer.</p>

Continuação quadro 3

O uso da analgesia peridural em obstetrícia: uma metanálise (BARALDI <i>et al.</i> , 2007)	Analgesia Peridural	<p>Mulher: rápido alívio da dor; Aumento do período expulsivo e de práticas intervencionistas como o uso de ocitocina.</p> <p>Feto: possível depressão respiratória ao nascer.</p>
Analgesia e anestesia no trabalho de parto e parto (CUNHA, 2010)	Opióides por via sistêmica; Anestesia Peridural; Raquiperidural.	<p>Mulher: opióides são responsáveis por sedação; Analgesia peridural e raqui peridural aliviam a dor da mesma maneira, podem retardar o trabalho de parto e aumentar a possibilidade de parto vaginal operatório (inibe a vontade de “fazer força”).</p> <p>Feto: opióides podem causar depressão respiratória no recém-nascido.</p>
Analgesia e anestesia durante o trabalho de parto (SOUZA <i>et al.</i> , 2010)	Analgesia sistêmica; Bloqueios locorreionais; Analgesia espinhal; Raquianestesia; analgesia peridural; Bloqueio combinado raquiperidural.	<p>Mulher: bloqueios locorreionais proporcionam analgesia seletiva; Bloqueio do nervo pudendo e analgesia infiltrativa pode gerar complicações como toxicidade sistêmica, hematomas e abscessos pela injeção venosa acidental de anestésico local; Bloqueio paracervical pode gerar complicações como punção da artéria uterina e infecção; Analgesia peridural proporciona analgesia prolongada e limitada aos segmentos de dor, o que evita o relaxamento precoce do períneo;</p> <p>O bloqueio combinado proporciona rápido alívio da dor, produz menor bloqueio motor e simpático e permite a deambulação pela parturiente.</p> <p>Feto: bloqueio paracervical pode gerar depressão ao nascer, pode ocorrer punção do couro cabeludo do bebê e infecção; Analgesia peridural se mal aplicada, causa o relaxamento precoce do períneo, podendo interferir na rotação interna do feto e gerar distócias.</p>
Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010)	Analgesia Peridural; Analgesia Combinada Raquiperidural	<p>Mulher: alívio da dor durante o trabalho de parto por ambos os métodos.</p> <p>Feto: não apresenta repercussões na saúde do bebê.</p>

Continuação quadro 3

<p>Analgésia de parto e febre materna: revisão baseada em evidências (SILVA; PASSINI JUNIOR; AMORIM, 2010)</p>	<p>Analgésia Peridural; Analgésia Combinada Raquiperidural.</p>	<p>Mulher: ocorrência de febre após a utilização da técnica peridural por alteração na termorregulação da mulher. Mulher/Feto: na ocorrência da febre conseqüente à analgesia, reduz-se a suspeita e a investigação de infecção materna e neonatal, o que pode evitar investigações desnecessárias e exames adicionais para pesquisa de infecção, além do uso indiscriminado de antibióticos no período intraparto.</p>
--	---	---

Na análise do quadro acima se observa que todos os estudos abordam a analgesia peridural e apenas um estudo com autoria de Souza *et al.* (2010) fala da raquianestesia sem combinações. Entretanto, seis publicações tratam da analgesia combinada raquiperidural, exceto o estudo desenvolvido por Baraldi *et al.* (2007) que aborda apenas a analgesia peridural. Percebe-se que o bloqueio do nervo pudendo, a analgesia infiltrativa e o bloqueio paracervical são analisados apenas por Souza *et al.* (2010). A analgesia sistêmica com o uso de fármacos opióides é abordada por dois estudos dos autores Cunha (2010) e Souza *et al.* (2010). Nota-se ainda, que todos os sete estudos apresentam as repercussões das técnicas farmacológicas na saúde da mulher e que seis apresentam as repercussões na saúde fetal, exceto a publicação com autoria de Porto, Amorim e Souza (2010).

Em relação à analgesia sistêmica, particularmente ao uso de opióides, Cunha (2010) considera a petidina, responsável pela sedação, como droga referência para analgesia no período de dilatação. O autor menciona esse fármaco como o mais utilizado por via intramuscular para o alívio da dor no trabalho de parto, mas faz alertas sobre sua efetividade e possibilidade de depressão respiratória no recém-nascido. Souza *et al.* (2010) referem-se à analgesia sistêmica como utilizável na existência de contraindicação para o bloqueio regional. Cunha (2010) destaca a petidina como o fármaco opióide mais utilizado e com menor potência entre os fármacos da classe.

Tratando-se dos bloqueios regionais, Souza *et al.* (2010) consideram que a analgesia seletiva constitui grande vantagem sobre a analgesia sistêmica. Classificam os bloqueios regionais em:

- Bloqueio do nervo pudendo (S2-S4) e anestesia infiltrativa: indicado para a realização de episiotomia. Essa técnica pode apresentar complicações como toxicidade sistêmica, hematomas e abscessos pela injeção venosa acidental de anestésico local.
- Bloqueio paracervical: promove efetiva analgesia no primeiro período do trabalho de parto e, entre as complicações associadas a essa técnica estão a depressão neonatal pela absorção de anestésico local, a punção da artéria uterina ou do couro cabeludo do bebê e a infecção.
- Analgesia espinhal: essas técnicas são amplamente utilizadas em obstetrícia. Minimizam os bloqueios motor e simpático, mantendo o tônus da musculatura abdominal, fundamental no período expulsivo.

Souza *et al.* (2010) consideram a raquianestesia com injeção única de anestésico local, como a técnica mais aceita para aplicação no período expulsivo e, em relação à analgesia peridural dizem que trata-se de uma técnica bastante difundida na condução do trabalho de parto, independente do grau de dilatação do colo uterino. Para os autores, a inserção do cateter no espaço peridural permite a realização de uma analgesia prolongada e limitada aos segmentos correspondentes à dor de cada estágio do trabalho de parto, evitando-se o relaxamento precoce do períneo, que poderia interferir com a rotação interna do feto e constituir-se fator de distócia.

Assim, o grau de dilatação do colo uterino deveria ser critério para a administração de técnicas analgésicas e questão para o desenvolvimento de novas pesquisas, visto que, enquanto uns dizem que as técnicas só podem ser administradas após quatro ou cinco centímetros de dilatação do colo do útero, outros, como Souza *et al.* (2010), dizem que as técnicas podem ser realizadas a qualquer momento.

O bloqueio combinado decorrente da união da raquianestesia com a analgesia peridural, segundo Souza *et al.* (2010) instala-se rapidamente proporcionando rápido alívio da dor, produz menor bloqueio motor e simpático e permite, em diversos casos, que a parturiente deambule.

Baraldi *et al.* (2007) ao pesquisarem o uso da analgesia peridural a partir de uma metanálise composta por 34 artigos científicos, detectaram que o período expulsivo do trabalho de parto foi prolongado após a administração da técnica. Os autores crêem que isso se justifica pelo fato de, no período expulsivo, a

apresentação fetal ao pressionar o assoalho pélvico, estimula o reflexo de puxo e que o uso da analgesia pode diminuir essa sensibilidade, reduzindo este reflexo, aumentando assim o segundo período do trabalho de parto. Essa metá-análise também aponta o aumento da utilização de ocitócitos nas parturientes que receberam a técnica peridural, entretanto, não houve alterações na contratilidade uterina após a realização da técnica peridural, mesmo após o uso da ocitocina exógena. Esse fato permite que os autores concluam que há aumento de práticas intervencionistas por parte dos profissionais de saúde ao conduzirem o trabalho de parto com o uso da analgesia peridural. O presente estudo considera que a realização da analgesia peridural pode realmente prolongar o trabalho de parto. Muitas mulheres que apresentam dilatação uterina com boa evolução recebem a analgesia e estagnam.

Sobre o feto e o recém-nascido, Baraldi *et al.* (2007) referem que foram encontrados elementos suficientes para afirmar que a analgesia peridural realizada durante o trabalho de parto é segura. Entretanto, sua realização próxima ao parto, deixou dúvidas acerca de provocar depressão respiratória no nascimento. Atualmente, percebe-se que as equipes envolvidas no processo de parturição preocupam-se bem mais com essa questão. Avaliam a evolução de cada mulher, considerando o número de gestações e de partos normais pelos quais ela já passou, pois esse fator pode interferir no tempo de duração do trabalho de parto. Múltiparas tendem a parir mais rapidamente comparando-se às primíparas.

Para Cunha (2010), o uso da técnica peridural proporciona alívio da dor no trabalho de parto, entretanto, assim como para Baraldi *et al.* (2007), essa técnica pode retardar a evolução do trabalho de parto, além aumentar a incidência de parto vaginal operatório, possivelmente pela falta de vontade de “fazer força” expressa pelas parturientes expostas ao método. O autor aborda ainda, a associação entre raquianestesia e analgesia peridural e diz que o resultado é equivalente ao gerado pela analgesia peridural. Ressalta que a forma mais eficaz de diminuição da dor do parto, deve-se ao controle da dose de anestésico na técnica peridural lombar contínua pela própria paciente. Acredita-se que esse método reduza a necessidade de reposição analgésica, devido à continuidade da infusão de acordo com a necessidade da parturiente.

Na comparação entre anestesia combinada raquiperidural e analgesia contínua peridural, Cortês *et al.* (2007) identificaram, por intermédio da escala

Analógica Visual (VAS), que, se admitido que dor inferior a três seja suportável, após cinco minutos de realização da técnica combinada raquiperidural houve significativo alívio da dor, ao contrário das parturientes que receberam analgesia peridural contínua nesse período de tempo, que continuaram a referir dor intensa. Os autores perceberam, também, que as pacientes deambularam sem dificuldades após a administração de ambos os métodos farmacológicos de alívio da dor, conseguiram urinar sem restrições e não sofreram bloqueio motor algum. Em relação ao feto, no grupo de mulheres que recebeu anestesia combinada raquiperidural, houve duas indicações de cesárea por bradicardia fetal sustentada e ambas ocorreram vinte minutos após a realização dessa técnica de alívio da dor. A etiologia da bradicardia fetal é incerta, mas parece estar relacionada com a rápida cessação da dor das contrações uterinas, o que reduz a concentração plasmática de beta-endorfinas e epinefrina, podendo resultar em hipertonia uterina e/ou espasmo arterial e conseqüente diminuição da oferta sanguínea uteroplacentária (SHNIDER; ABOUD; ARTAL, 1983; ALBRIGHT; FORSTER, 1997; SCULL; HEMMINGS; CARLI, 1998). Parece que a bradicardia fetal sustentada ocorre raramente, visto que a dosagem dos fármacos analgésicos é calculada cautelosamente para que efeitos adversos não ocorram.

No estudo desenvolvido por Souza, Silva e Maia Filho (2009), ao comparar ambas as técnicas analgésicas, foi constatado que no grupo de gestantes que recebeu analgesia combinada raquiperidural houve alívio da dor anteriormente ao grupo que recebeu a técnica peridural contínua, como também comprovado no estudo de Cortês *et al.* (2007). Em relação ao bloqueio motor, as parturientes que receberam analgesia peridural contínua tiveram menor dificuldade para mover-se no leito. Acredita-se que pela menor quantidade de anestésico local utilizado. Foi detectado que a hipotensão apresentou-se mais frequentemente no grupo que recebeu analgesia peridural contínua, enquanto náuseas foram mais comuns àquelas que receberam analgesia combinada raquiperidural. Tratando-se do bebê, o estudo aponta que a maioria deles mostrou-se vigoroso, com índices de Apgar adequados de primeiro e quinto minuto.

Cortês *et al.* (2007) e Souza, Silva e Maia Filho (2009) consideram que apesar da técnica combinada raquiperidural proporcionar alívio da dor mais rapidamente, ambas são seguras e eficazes para a analgesia no trabalho de parto. Corroborando ao que dizem esses autores, Porto, Amorim e Souza (2010) afirmam

que as analgesias peridural e combinada raquiperidural podem ser utilizadas para alívio da dor no trabalho de parto sem efeitos adversos sobre a mãe e o feto.

Um último estudo analisado, desenvolvido por Silva, Passini Junior e Amorim (2010) avaliou a ocorrência da febre materna após a utilização de técnicas analgésicas e constatou que a febre materna intraparto parece ter clara ligação com a técnica peridural e que a ligação com a técnica combinada raquiperidural ainda não está estabelecida. O estudo sugere que a analgesia peridural produz alterações na termorregulação materna e que a febre decorrente da analgesia de parto é de etiologia não infecciosa e não está associada a efeitos deletérios maternos e neonatais. Os autores ressaltam que, quando a equipe envolvida está ciente desse desfecho, reduz-se a suspeita e a investigação de infecção materna e neonatal, o que pode evitar investigações desnecessárias e exames adicionais para pesquisa de infecção, além da prescrição de antibióticos, que aumentam custos e efeitos colaterais. Esse aumento de temperatura não está envolvido com o aumento da morbidade materno-neonatal.

Atualmente, existe um consenso de que, se algum método farmacológico for indicado para manejo da dor no trabalho de parto, a analgesia regional com peridural ou a técnica combinada raquiperidural devem ser empregadas, preferencialmente em relação ao uso de opióides sistêmicos ou de analgesia inalatória (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

É direito da mulher brasileira receber atenção durante o trabalho de parto que ofereça possibilidades de controle da dor quando e se necessário, fato esse garantido pelas Portarias do Ministério da Saúde nº 2815, de 1998, e nº 572, de 2000, as quais incluem a analgesia de parto na tabela de procedimentos obstétricos remunerados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BARALDI *et al.* 2007).

5.3 MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS E SUAS REPERCUSSÕES NA SAÚDE MATERNO-FETAL

Com o advento do Programa de Humanização do Parto e do Nascimento, causa cada vez mais discutida e valorizada no Brasil, as práticas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto ganham posição de destaque. Apesar de a dor ter uma função biológica importante, necessita ser aliviada, pois a sua persistência e

intensidade associam-se ao aumento do estresse materno produzindo efeitos prejudiciais à mulher e ao conceito (OCHIAI, 2000).

As técnicas não farmacológicas difundem-se por serem capazes de reduzir efeitos colaterais e por permitirem à mulher a sensação de controle durante todo o processo do parto. As práticas que têm esses objetivos contextualizam a valorização do parto fisiológico e do uso adequado das tecnologias na assistência ao parto e ao nascimento (SILVA *et al.*, 2011).

Promover a assistência humanizada à parturiente, garantindo o uso de técnicas não invasivas, que possuem potencial para evitar as analgesias farmacológicas e a ocorrência de procedimentos cirúrgicos, deve ser o principal objetivo dos profissionais atuantes nessa área.

Na sequência, apresenta-se um quadro com as publicações selecionadas para esse estudo que abordam estratégias não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto, os métodos descritos em cada publicação e suas repercussões na saúde materno-fetal.

Quadro 4 - Estudos que abordam métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto e suas repercussões na saúde materno-fetal

Título e Autor	Métodos Não Farmacológicos de Alívio da Dor no Trabalho de Parto	Repercussões na saúde materno-fetal
Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições (NILSEN; SABATINO; LOPES, 2011).	Semi-sentada; Decúbito lateral esquerdo (DLE); Posição litotômica.	Mulher: não mostrou diferenças em relação ao alívio da dor associadas às posições do parto; DLE reduz o risco de traumas perineais e o uso de episiotomia. Feto: não há descrição de efeitos positivos ou negativos.

Continuação quadro 4

<p>Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes (DAVIM <i>et al.</i>, 2008)</p>	<p>Banho de chuveiro</p>	<p>Mulher: alívio da dor na fase ativa de dilatação do colo uterino e conforto. Feto: não há descrição de efeitos positivos ou negativos.</p>
<p>Avaliação do uso de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes (DAVIM; TORRES, 2008)</p>	<p>Exercícios respiratórios; Relaxamento muscular; Massagem lombossacral; Posturas variadas; Música.</p>	<p>Mulher: técnicas promovem conforto físico às parturientes. Feto: não há descrição de efeitos positivos ou negativos.</p>
<p>Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta (RODRIGUES; SIQUEIRA, 2008)</p>	<p>Escuta responsiva</p>	<p>Mulher: redução do estresse. Feto: não há descrição de efeitos positivos ou negativos.</p>
<p>A crioterapia como estratégia para alívio da dor no trabalho de parto: um estudo exploratório (NUNES; VARGENS, 2007)</p>	<p>Crioterapia</p>	<p>Mulher: alívio da dor; melhores condições de suportar as contrações; diminuição da exaustão; do estresse e da ansiedade; cooperação; relaxamento físico e mental. Feto: autores referem que não foram encontrados efeitos negativos sobre a criança.</p>
<p>A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação (MAMEDE <i>et al.</i>, 2007)</p>	<p>Deambulação</p>	<p>Mulher: encurtamento do trabalho de parto; Aumento da sensação dolorosa. Feto: não há descrição de efeitos positivos ou negativos.</p>
<p>Uso da bola suíça no trabalho de parto (SILVA <i>et al.</i>, 2011)</p>	<p>Bola suíça</p>	<p>Mulher: auxílio na descida e encaixe da apresentação fetal; Relaxamento; Progressão do trabalho de parto; Exercícios da região perineal; Alívio da dor; Auxílio na dilatação do colo uterino; Benefícios psicológicos. Feto: auxílio na descida e encaixe da apresentação fetal.</p>
<p>Analgesia e anestesia no trabalho de parto e parto (SOUZA <i>et al.</i>, 2010)</p>	<p>Técnicas psicoprofiláticas; Hipnose; Acupuntura; Estimulação Elétrica Transcutânea.</p>	<p>Mulher: auxiliam na analgesia, entretanto são insuficientes para bloquear toda a estimulação nociva do parto, quando utilizadas isoladamente. Feto: não há descrição de efeitos positivos ou negativos.</p>

Continuação quadro 4

<p>Analgesia e anestesia durante o trabalho de parto e parto (CUNHA, 2010)</p>	<p>Técnicas psicoprofiláticas; Suporte contínuo; Hipnose; Acupuntura; Estimulação Elétrica Transcutânea; Audioanalgesia; Pressão cutânea; Aromaterapia; Massagem; Relaxamento.</p>	<p>Mulher: diminuição do medo no trabalho de parto; suporte contínuo pode reduzir o uso de analgesias e anestésias; hipnose e acupuntura são benéficas no alívio da dor; Audioanalgesia, pressão cutânea, aromaterapia, massagem, relaxamento não possuem evidências para o uso rotineiro e alívio da dor. Feto: não há descrição de efeitos positivos ou negativos.</p>
<p>Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010)</p>	<p>Deambulação; Posicionamento vertical; Hipnose; Acupuntura; Imersão em água em banheiras; Aromaterapia; Massagem; Relaxamento muscular; Suporte contínuo; <i>Biofeedback</i>; Estimulação Elétrica Transcutânea (TENS).</p>	<p>Mulher: posição vertical e suporte contínuo por acompanhante de escolha da parturiente promovem alívio da dor e maior satisfação da mulher. Hipnose reduz a necessidade de métodos farmacológicos e aumenta a satisfação da mulher. Acupuntura associa-se à diminuição da dor e do uso de ocitocina. Imersão em água promove relaxamento e alívio da dor. Aromaterapia, massagem, relaxamento, <i>biofeedback</i>, TENS não apresentam evidências sobre o uso rotineiro. Feto: não há descrição de efeitos positivos ou negativos</p>

Na análise do quadro acima, observa-se que dois estudos abordam a deambulação (MAMEDE *et al.*, 2007; PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010). Houve divergência entre os autores em relação aos efeitos causados pela técnica à parturiente. Para MAMEDE *et al.* (2007) quanto maior o trajeto percorrido pela mulher, maior a dor sentida. Por outro lado, segundo Porto, Amorim e Souza (2010) essa técnica não ocasiona efeitos nocivos à mulher. De acordo com as experiências vividas pela autora desta pesquisa, a deambulação é benéfica às mulheres em trabalho de parto por favorecer a sua evolução, entretanto, se a sensação dolorosa ultrapassar os limites da parturiente, deve ser desestimulada, por poder prejudicar o processo.

Três estudos abordam as posições e posturas durante o trabalho de parto e parto. Para Davim e Torres (2008) e Porto, Amorim e Souza (2010) a mudança de posicionamento durante o trabalho de parto favorece o bem-estar da mulher e alivia

as dores, enquanto Nilsen, Sabatino e Lopes (2011) dizem que essa modificação não alivia as dores e que o posicionamento vertical durante o parto não possui muita relevância. Considero que o pouco saber sobre os efeitos benéficos do posicionamento vertical durante o parto pode ser tema para novas pesquisas, visto que sua estimulação por aqueles que defendem o parto natural é grande e gera inúmeras discussões na sociedade.

Em relação ao suporte contínuo e à presença de um acompanhante de escolha da parturiente, três publicações apresentaram a temática (DAVIM; TORRES, 2008; CUNHA, 2010; PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010). Houve semelhança nos achados dos autores: todos concordam que o suporte contínuo e a presença de um acompanhante são benéficos à mulher. Porto, Amorim e Souza (2010) ressaltam que se o acompanhante for de escolha da parturiente, os benefícios são ainda maiores e a mulher apresenta-se mais satisfeita. Ressalta-se a importância das instituições na valorização e respeito à presença do acompanhante, pois estes, além de prestarem auxílio físico e emocional à parturiente, podem auxiliar a equipe na condução do trabalho de parto.

Alguns métodos foram objeto de estudo em um único artigo, como a escuta responsiva durante o processo de parturição (RODRIGUES; SIQUEIRA, 2008), os exercícios respiratórios e a utilização de música (DAVIM; TORRES, 2008), a imersão em água (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010), a técnica de *biofeedback* e a audioanalgesia (CUNHA, 2010). Isso leva a crer que novos estudos em relação a estas intervenções, bem como avaliações no sentido de identificar a repercussão destes métodos na saúde materno-fetal são bem-vindos.

Três publicações abordam técnicas psicofiláticas que auxiliam no alívio da dor no trabalho de parto e apontam em seus resultados repercussões positivas à mulher (RODRIGUES; SIQUEIRA, 2008; CUNHA, 2010; SOUZA *et al.*, 2010). Entretanto, os estudos apresentam poucas informações sobre as técnicas, quais foram utilizadas, qual a abordagem e qual a sua repercussão, apenas citam benefícios às parturientes, o que incita a necessidade de estudos.

A aromaterapia foi estudada por dois grupos de pesquisadores (CUNHA, 2010; PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010), e como as técnicas psicofiláticas também não descreveu sua aplicação. Na prática, percebe-se que a sua utilização é incomum e pouco se sabe sobre ela, o que a torna carente de pesquisas.

A hipnose, a acupuntura e a Estimulação Elétrica Transcutânea (TENS) foram citadas por Cunha (2010), Porto, Amorim e Souza (2010) e Souza *et al.* (2010). Souza *et al.* (2010) referem que essas técnicas não possuem comprovação de efetividade, mas que devem ser utilizadas, pois não causam malefícios. Cunha (2010) e Porto, Amorim e Souza (2010) pouco falam sobre a TENS, apenas dizem que devem ser desenvolvidos protocolos sobre a utilização correta e que sua efetividade deve ser posta em estudo. Ambos concordam que a hipnose e a acupuntura proporcionam benefícios à mulher em trabalho de parto.

Os estudos divergem em relação à utilização do relaxamento muscular e da massagem lombossacral. Para Davim e Torres (2008) essas técnicas proporcionam conforto físico à parturiente. Já para Porto, Amorim e Souza (2010) elas devem ser utilizadas, mas não existem estudos que indiquem sua efetividade. Deste modo, a realização de estudos sobre esses métodos é relevante para que o seu uso seja feito com respaldo científico.

A utilização das estratégias banho de chuveiro, crioterapia e bola suíça/bola obstétrica foram objetivo de estudo de Davim *et al.* (2008), Nunes e Vargens (2007) e Silva *et al.* (2011) respectivamente. Cada método foi objeto de estudo de um artigo e todos eles são considerados eficazes e benéficos à mulher em trabalho de parto, pois reduzem as dores e proporcionam conforto e relaxamento, dentre outros aspectos positivos.

Percebe-se que todos os estudos apresentam repercussões dos métodos não farmacológicos sobre a saúde da mulher. Apenas um (SILVA *et al.*, 2011), avalia a utilização da bola suíça no trabalho de parto, indicando sua repercussão na saúde do feto/recém-nascido.

Porto, Amorim e Souza (2010) posicionam-se em relação à deambulação e às posições verticais estimulando-as no primeiro estágio do trabalho de parto e afirmam que essas técnicas não se associam ao aumento de intervenções médicas ou efeitos negativos para mães e seus filhos. Citam ainda, que as posições verticais, juntamente com o suporte contínuo, por intermédio de um acompanhante de escolha da parturiente, associam-se à redução da dor e a ao maior grau de satisfação da mulher.

Nilsen, Sabatino e Lopes (2011) estudaram algumas posições que podem ser adotadas pelas mulheres durante o parto, sendo elas: posição semi-sentada, posição decúbito lateral esquerdo (DLE) e posição litotômica. Consideram que

mulheres que pariram em litotomia referiram dor em menor intensidade àquelas que pariram em DLE, entretanto, ao final da avaliação da intensidade da dor, o estudo mostra que não houve diferenças associadas às posições do parto.

Vale ressaltar que estes autores apontam que a posição DLE reduz o uso de episiotomia e de traumas perineais em comparação à posição semi-sentada, considerada vertical. O fato de a posição DLE reduzir o uso de episiotomia é questionável, entretanto pode ser explicado a partir da hipótese do risco de trauma perineal ser menor, pois é provável que o período de distensão seja prolongado, o que permite que o períneo se distenda aos poucos e não se rompa.

Os autores Nilsen, Sabatino e Lopes (2011) citam ainda, que, a posição semi-sentada (posição verticalizada) não teve relevância no quesito dor em relação às outras posições. Entretanto, vê-se que mulheres após parirem em posições verticais, principalmente múltiparas, que passaram pelas técnicas “tradicionais” (posição litotômica), em partos anteriores, parecem apresentar muito mais satisfação em relação à posição vertical, fato este também apontado no estudo realizado por Porto, Amorim e Souza (2010).

Outra questão evidenciada foi a presença de um acompanhante. Cunha (2010) considera que a participação de um acompanhante durante todo o processo é benéfico, mas infelizmente nem todas as instituições públicas dispõem de estruturas que permitam adotar essa conduta. A mulher é capaz de suportar o trabalho de parto sem a utilização de analgesias ou anestésias, pelo simples fato de estar acompanhada por alguém de sua confiança.

Davim e Torres (2008) ao abordarem a questão da permanência de um acompanhante junto à mulher durante o processo de parturição acreditam que esse papel deve ser estimulado em virtude do suporte oferecido. Destacam que, quando a pessoa provedora desse suporte não é um membro da equipe de saúde, e sim alguém escolhido pela mulher, os benefícios são mais acentuados, o que corrobora com o estudo de Porto, Amorim e Souza (2010).

O Ministério da Saúde recomenda a presença de um acompanhante junto à mulher. Este poderá estar ao seu lado desde o pré-natal, no decorrer do trabalho de parto e parto, vivenciando juntamente a ela a experiência do nascimento (BRASIL, 2003).

Vale destacar que, segundo a Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005 (BRASIL, 2005), os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou

conveniada, são obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e puerpério imediato e o acompanhante deve ser indicado pela parturiente.

Fator extremamente importante que merece atenção é o apoio emocional às parturientes. De acordo com Cunha (2010) esse deve começar nas consultas pré-natais, por intermédio de esclarecimentos prestados à gestante sobre o seu trabalho de parto, sobre a dor nesse momento e o seu componente subjetivo, visando diminuir o medo da paciente pelo que está por vir.

Um método em estudo, que valoriza a questão psicológica é a escuta. Rodrigues e Siqueira (2008) desenvolveram um estudo avaliando as dimensões de uma escuta responsiva em relação às dores e aos temores do parto. Verificaram, a partir das declarações das parturientes, que a “força” ou “energia positiva” recebida por doulas ou obstetrias para encarar o trabalho de parto faz parte de um processo relacional onde a escuta não foi apenas valorizada, mas também sentida como processo de comunicação que gerou conseqüências positivas. Assim os autores têm a impressão que a presença de interlocutores com a característica de não só ouvir, mas também de criar empatia em relação à parturiente, produz atos capazes de reduzir o estresse gerado pelo momento, favorecendo a vivência dessas mulheres.

Outros métodos não farmacológicos para manejo da dor em obstetrícia, como a hipnose, a acupuntura e imersão em água são estudados por Porto, Amorim e Souza (2010). Para eles, a hipnose reduz a necessidade de métodos farmacológicos e aumenta o grau de satisfação materna, a acupuntura associa-se à diminuição da dor e à redução do uso de ocitócitos, e a imersão em água em banheiras ou similares promove relaxamento e alívio da dor. Citam ainda, que métodos como a audioanalgesia, a aromaterapia, a massagem, o relaxamento, o *biofeedback*, e a Estimulação Elétrica Transcutânea (TENS) apresentam evidências limitadas sobre a redução da dor, devendo ser reservados a protocolos de pesquisa.

Para Cunha (2010) dentre a audioanalgesia, a pressão cutânea, a aromaterapia, a massagem, o relaxamento, a hipnoterapia e a acupuntura, apenas os dois últimos métodos citados apresentam evidências científicas de benefícios, entretanto as outras práticas não devem ser deixadas de lado, pois mesmo sem comprovações podem ter efeitos benéficos às mulheres.

Segundo Souza *et al.* (2010), as técnicas psicoprofiláticas, a hipnose, a acupuntura e a TENS auxiliam na analgesia, entretanto são insuficientes para

bloquear toda a estimulação nociva do parto, quando utilizadas isoladamente. Toda a estimulação dolorosa, com certeza, não é cessada, entretanto a redução dela ocasionada pela utilização dos métodos não farmacológicos pode ser suficiente para deixar a mulher confortável às sensações do parto, não existindo a necessidade de complementá-las com o uso de fármacos.

Os exercícios respiratórios, o relaxamento muscular e a massagem lombossacral são estratégias estudadas por Davim e Torres (2008). Os autores concluíram que essas técnicas são efetivas na promoção do conforto físico, e que posturas variadas ao longo do trabalho de parto e a utilização de músicas, também minimizam o desconforto durante o processo.

Nunes e Vargens (2007) avaliaram o uso da crioterapia como estratégia no alívio da dor no trabalho de parto. Citam que o gelo age como anestésico loco-regional que envia, através da medula, estímulos ao cérebro obtendo respostas como relaxamento local (dormência) e geral (sono). Os autores observaram que o uso desse método não só proporcionou alívio da dor, mas também ajudou as parturientes a terem melhores condições de suportar as contrações uterinas durante o período de dilatação até o período expulsivo. Destacam ainda, que houve uma significativa diminuição da exaustão, do estresse, e que a diminuição da ansiedade e a cooperação percebida durante o acompanhamento do trabalho de parto nas parturientes estudadas parecem ter sido diretamente estimuladas pela técnica referida. Os autores dizem que à medida que passava o tempo, com o gelo mantido na região lombar da mulher, instalava-se um estado de relaxamento físico e mental que algumas referiam vontade de dormir e outras solicitavam a permanência da cinta contendo o gelo. Não foram evidenciadas complicações em relação à mãe e ao feto pelo uso da crioterapia.

Portanto, percebe-se que o uso do gelo traz vantagens às mulheres durante o trabalho e parto. A elaboração de novas pesquisas para a comprovação da sua efetividade deve ser realizada, para que essa técnica utilizada, em detrimento à medicação.

Sabe-se que a água tem poder relaxante. Frente a isso Davim *et al.* (2008) realizaram um estudo avaliando o banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor em parturientes e observaram que ela é efetiva no alívio da intensidade da dor de mulheres na fase ativa do período de dilatação e proporciona conforto a essas mulheres. Os autores ressaltam a necessidade de

novas pesquisas clínicas que focalizem a utilização do banho de chuveiro, em busca da humanização do atendimento às parturientes, como também pela carência dessa temática na literatura. Assim, o banho de chuveiro terapêutico merece destaque por proporcionar momentos agradáveis às mulheres que o utilizam no processo de parturição.

Outra técnica discutida e que tem seu uso ampliado ao longo do tempo é a bola suíça. Os primeiros registros do uso da bola em obstetrícia surgiram na década de 1980, em uma maternidade da Alemanha onde era utilizada pelas obstetrias na assistência às parturientes para auxiliar na progressão do trabalho de parto. Essas obstetrias acreditavam que o método auxiliava na descida e na rotação da apresentação fetal (PEREZ, 2000).

Silva *et al.* (2011) caracterizaram o uso da bola por enfermeiras obstétricas na assistência à mulher em trabalho de parto em serviços de atenção obstétrica do município de São Paulo que funcionam no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Os resultados do estudo afirmam que a maioria das indicações para o uso da bola foi auxiliar na descida da apresentação fetal, promover o relaxamento e aliviar a dor. Já a contraindicação foi à existência de alguma intercorrência obstétrica, como síndrome hipertensiva gestacional ou descolamento prematuro de placenta. Os efeitos do emprego da bola foram comparados às indicações, predominando então o auxílio na descida e encaixe da apresentação fetal, seguido por relaxamento, progressão do trabalho de parto, exercícios da região perineal e alívio da dor. Além disso, o auxílio na dilatação do colo uterino e os benefícios psicológicos foram efeitos observados.

As mulheres ao utilizarem a bola suíça apresentam significativa evolução, não só referente ao trabalho de parto, mas passam a aceitar melhor a situação a qual estão expostas naquele momento, pois a dor intensa é amenizada e torna-se mais suportável.

Davim e Torres (2008) ressaltam a necessidade de pesquisas clínicas que focalizem o uso de estratégias não farmacológicas para manejo da dor durante o trabalho de parto visando ações humanizadas na assistência a essas mulheres.

Observamos assim, um leque de possibilidades de estratégias não farmacológicas de alívio da dor para mulheres no processo de parturição que, além de possibilitarem alívio da intensidade dolorosa, relaxamento físico e mental, conforto e estímulo ao vínculo com o seu acompanhante, exigem que a equipe de

saúde tenha um preparo qualificado, pois eles intensificam a interação com a parturiente, o que pode proporcioná-la momentos maravilhosos.

Entretanto, deve-se salientar que as repercussões das técnicas não farmacológicas na saúde do feto/recém-nascido, pouco aparecem nas publicações atuais; o enfoque maior é voltado à saúde da mulher.

O presente estudo estimula a execução de pesquisas que abordem a saúde do feto/recém-nascido que fizeram uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O movimento Pró Humanização do Parto e do Nascimento no Brasil deu seus primeiros passos em meados dos anos 70 e na década de 1980 vários grupos passaram a oferecer assistência humanizada à gravidez e parto propondo mudanças nas práticas de assistência a mulher durante o processo de parturição.

Os métodos de alívio da dor no trabalho de parto, tanto farmacológicos como não farmacológicos corroboram para esse movimento, visto que objetivam um parto sem a utilização de intervenções desnecessárias.

Entretanto, deve-se destacar que a utilização da analgesia farmacológica contribui para a realização de práticas invasivas, como punções lombares para a administração dos anestésicos. Por outro lado, esta prática retira a dor da mulher, permitindo que ela protagonize o seu trabalho de parto e parto.

Nesta revisão, foram identificados vários métodos farmacológicos de alívio da dor no processo de parturição e suas repercussões na saúde materno-fetal. Destaca-se a analgesia sistêmica por fármacos opióides, a qual pode provocar depressão respiratória no recém-nascido e a analgesia peridural que permite à parturiente deambular durante o trabalho de parto, mas pode prolongar o período, possibilitando repercussões sobre ela e o bebê.

De uma maneira geral, verifica-se nos estudos que os métodos farmacológicos não apresentam malefícios à parturiente, porém abordam de forma sucinta as repercussões na saúde fetal, fato este que deve ser levado em consideração para a elaboração de novas pesquisas, visto que, no processo de parto e nascimento, mãe e filho são o destaque.

Atualmente, muitas instituições têm-se inclinado às práticas não farmacológicas de manejo da dor no processo de parturição e são diversas as justificativas. Há comprovação de que essas técnicas realmente proporcionam efeitos benéficos não só à mulher, mas também ao concepto e cabe àqueles que se interessam pela área obstétrica e pela saúde materno-infantil investir nessas práticas e em seus estudos.

Entre as estratégias não farmacológicas, verificou-se que estas proporcionam diminuição da intensidade da sensação dolorosa, relaxamento muscular e conforto à mulher, sugerindo uma boa repercussão sobre a dor da mulher. Por outro lado, pouco é pesquisado em relação à repercussão ao feto/recém-nascido.

A dificuldade de se obter dados precisos acerca de ambos os métodos, os farmacológicos e os não farmacológicos, foi identificada em grande parte dos artigos revisados e a justificativa dada é que existem poucos estudos qualificados que abordem a temática.

Frente a esses achados, considera-se essencial a elaboração de novos estudos multidisciplinares para que essas práticas sejam abordadas em múltiplos aspectos.

REFERÊNCIAS

ALBRIGHT, G. A.; FORSTER, R. M. Does combined spinal-epidural analgesia with subarachnoid sufentanil increase the incidence of emergency cesarean delivery? **Reg Anesth**, v. 22, p. 400-405, 1997.

ASSUNÇÃO, A. A. **Os DORT e dor dos DORT**. In: Congresso da Associação Nacional de Medicina do Trabalho, 11, 2001, Belo Horizonte. **Anais**. Belo Horizonte, maio 2001.

BACHMAN, J. A. Manejo do desconforto. In: LOWDERMILK, D.L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

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.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005**. Do subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 13 jun. 2012.

BRASIL. **Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998**. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Brasília, DF, 1998. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9610.htm>. Acesso em: 10 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ações programáticas**. Brasília: Ministério da Saúde, 1985. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25236> Acesso em: 08 jun. 2012.

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

CAVAGNA NETO, M. **Parto: fenômenos maternos**. In: NEME, B. Obstetrícia Básica. São Paulo, Sarvier, 1995.

CORTÊS, C. A. F.; SANCHEZ, C. A.; OLIVEIRA, A. S.; SANCHEZ, M. 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.

CUNHA, A. A.; Analgesia e anestesia no trabalho de parto e parto. **Revista FEMINA**, v. 38, n. 11, p. 559-606, nov. 2010.

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

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; DANTAS, J. C.; MELO, E. S. M.; PAIVA, C. P.; VIEIRA, D.; COSTA, I. K. F. Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 600-609, 2008.

ENGSTRON, J. **Maternal-neonatal nursing made incredibly easy!** Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

IASP - ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL PARA O ESTUDO DA DOR. **Definição de dor**. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Defi...isplay.cfm&ContentID=178#Pain> Acesso em: 26 set. 2011.

HEARNE, A. E.; DRIGGERS, R. Trabalho de parto e parto normais, parto operatório e má apresentação. In: HEARNE, Amy E.; BANKOWSKI, Brandon J.; WALLACH, Edward E.; FOX, Harold E.; LAMBROU, Nicholas C. **Manual de Ginecologia e Obstetrícia do John Hopkins**. Tradução de Ricardo Savaris e Rafael de Andrade Duarte. 2. ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2006.

JIMENÉZ, S. L. M. Comfort and pain management. In: NICHOLS, F. H.; HUMENICK, S. S. **Childbirth education: practice, research and theory**. 2 ed. Philadelphia: W.B., 2000.

MAMEDE, V. P.; ALMEIDA, A. M.; SOUZA, L.; MAMEDE, M. V. A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 6, nov./ dez. 2007.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, 4 ed. v.17, p.758-64, out./ dez., 2008.

MOORE, M. L.; MOOS, M. K. **Cultural Competence in the care of the childbearing families**. March of Dimes Nursing Module. With Plains, NY: March of Dimes Birth Defection Foudationn Education Service, 2003.

NILSEN, E.; SABATINO, H.; LOPES, M. H. B. M. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP)**, v. 45, n. 3, p. 557-565, 2011.

NIVEN, C.A.; MURPHY-BLACK R.M. **Memory for labor pain: a review of the literature**. Birth, v. 27, n. 4, p. 244-53, 2000.

NUNES, S.; VARGENS, O. M. C. A crioterapia como estratégia para alívio da dor no trabalho de parto: um estudo exploratório. **Revista de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 337-342, 2007.

OCHAI, A. M. **O banho de chuveiro como medida de alívio da dor no trabalho de parto**. [dissertação]. São Paulo. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), 2000.

PEREZ, P. **Birth balls: use of a physical therapy balls in maternity care**. Vermont: Cutting Edge Press, 2000.

PORTO, A. M. F.; AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidência. **Revista FEMINA**, v. 38, n. 10, p. 527-537, out. 2010.

PRIMEAU, M. R; LUCEY, K. A.; CROTTY, P. M. Managing the pain of labor. **Advance for Nurses**, 4(12), p. 15-19, 2003.

PROGIANTI, J.M.; BARREIRA, I. A. A obstetrícia, do saber feminino à medicalização: da época medieval ao século XX. **Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)**, v. 9, p. 91-97, 2001.

REHUNA - Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento. **Carta de Campinas**. 1993.

REHUNA – Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento. **Quem Somos**. 1993. Disponível em: <<http://www.rehuna.org.br>>. Acesso em: 08 jun. 2012.

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

RODRIGUES, A. V.; SIQUEIRA, A. A. F. Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v. 8, n. 2, p. 179-186, Recife, abr./ jun. 2008

RUANO, R. *et al.* Dor do parto- sofrimento ou necessidade? **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 53, n. 5, São Paulo, set./ out., 2007.

SCULL, T. J.; HEMMINGS, G. T.; CARLI, F. Epidural analgesia in early labor blocks the stress response but uterine contractions remain unchanged. **Can J Anaesth**, v. 45, p. 626-630, 1998.

SHNIDER, S. M; ABOUD, T. K.; ARTAL, R. Maternal catecholamines decrease during labor and after lumbar epidural anesthesia. **Am J. Obstet Gynecol**, v. 147, p. 13-15, 1983.

SILVA, F. A. O. L.. F.; PASSINI JÚNIOR, R.; AMORIM, M. M. R. Analgesia de parto e febre materna: revisão baseada em evidências. **Revista FEMINA**, v. 38, n. 12, p. 661-665, dez. 2010.

SILVA, L. M.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; SILVA, F. M. B.; ALVARENGA, M. B. Uso da bola suíça no trabalho de parto. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 5, p. 656-662, 2011.

SIMKIN, P.; KLEIN, M. C. Nonpharmacological approaches to management of labor pain. **Uptodate**, jan. 2009.

SMELTZER et al. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 219, 2009.

SOUZA, G. N.; FERREIRA, D. Q.; CAMANO, L.; MORAES FILHO, O. B. Analgesia e anestesia durante o trabalho de parto. **Revista FEMINA**, v. 38, n. 12, p. 655-659, dez. 2010.

SOUZA, M. A.; SILVA, J. L. P.; MAIA FILHO, N. L. Bloqueio combinado raquiperidural versus bloqueio peridural contínuo para analgesia de parto em primigestas: resultados maternos e perinatais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n. 10, p. 485-491, 2009.

STEPHENS, K.C. An Appalachian perspective. In: Moore, M. L & MOOS. **Cultural competence in the care of childbearing families**. March of Dimes Nursing Module. White Plains, NY: March of Dimes Birth Defection Foudationn Education Service, 2003.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente-um modo de fazer**. Capítulo IV, São Paulo, Edusp, 2001.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, Campinas, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, J. M. O processo de desmedicalização da assistência à mulher no ensino de enfermagem. **Revista de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, v. 38, p. 46-50, 2004.

WEISSHEIMER, A. M. O manejo da dor em obstetrícia. In: de OLIVEIRA, D. L. (org.). **Enfermagem na gravidez, parto e puerpério**: notas de aula. Porto Alegre: Editora da UFRGS, p. 341-55, 2005.

APÊNDICE A – Instrumento para a coleta de dados

Título do artigo:			
Autor:		Titulação do autor:	
Nome do periódico:	Ano:	Volume:	Número:
Tipo de estudo:			
Objetivo do estudo:			
Método de alívio da dor apresentado no estudo:			
Considerações sobre o método de alívio da dor em estudo para a saúde materno-fetal:			

APÊNDICE B – Quadro Sinóptico

N° do artigo	Título do artigo	Autores e ano de publicação	Método de alívio da dor no trabalho de parto	Vantagens do método para o binômio	Desvantagens do método para o binômio

ANEXO 1 – Carta de Aprovação da COMPESQ – EENF/UFRGS

Dados do Projeto de Pesquisa

Projeto Nº: 22195

Título: Métodos de alívio da dor no trabalho de parto e suas repercussões na saúde materno-fetal

Área do Conhecimento: Enfermagem Obstétrica

Início: 01/02/2012

Previsão de conclusão: 30/06/2012

Situação: projeto em andamento

Origem: Escola de Enfermagem

Projeto Isolado com linha temática NULL

Objetivo: Conhecer os métodos de alívio da dor e suas repercussões na saúde materno-fetal.

Palavras-Chave

Dor Do Parto

Equipe UFRGS

Nome: Marina Mendes Coelho

Participação: Pesquisador

Início: 01/02/2012

Nome: Helga Geremias Gouveia

Participação: Coordenador

Início: 01/02/2012

Anexos

Projeto Completo

Data de Envio: 13/12/2011

Avaliações

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 11/01/2012