

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DISCIPLINA ESTÁGIO CURRICULAR – ENF 99003**

**MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS DE ALÍVIO À DOR DURANTE
O TRABALHO DE PARTO E O CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Acadêmica: Cristiane Raupp Nunes

**Porto Alegre
2003**

CRISTIANE RAUPP NUNES

**MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS DE ALÍVIO À DOR DURANTE
O TRABALHO DE PARTO E O CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Comissão de
Estágio Curricular da Escola de Enfermagem
como requisito parcial para obtenção do Título de Enfermeira.

Profª Orientadora: MS Cláudia Junqueira Armellini



Porto Alegre

2003

AGRADECIMENTOS

À Deus pela possibilidade de existir.

À meus pais pelo apoio e amor incondicional.

À minhas irmãs e sobrinhos pela torcida e confiança de que eu venceria.

À meu tio que muitas vezes foi a mão que segurei nos momentos difíceis.

À todos que de alguma maneira participaram comigo deste sonho, hoje realidade.

À Claudia Junqueira Armellini pelo carinho, pela ajuda e compreensão.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO..... | 4 |
| 2 REFERENCIAL METODOLÓGICO | 8 |
| 3 O PARTO..... | 9 |
| 4 A DOR NO TRABALHO DE PARTO..... | 15 |
| 5.1 A fisiologia da dor..... | 18 |
| 5.2 Efeitos da dor na mãe e no bebê..... | 19 |
| 5 MÉTODOS DE ALIVIO DA DOR E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM..... | 23 |
| 5.1 O toque..... | 24 |
| 5.2 A hidroterapia..... | 28 |
| 5.3 Apoio emocional – a presença..... | 31 |
| 5.4 Liberdade de movimento da parturiente | 38 |
| CONSIDERAÇÕES..... | 44 |
| REFERENCIAS..... | 49 |

INTRODUÇÃO

Acreditava, ao ingressar na Universidade, que a enfermagem cirúrgica seria a área que escolheria para atuar futuramente como enfermeira. Contudo, ao cursar a disciplina Enfermagem no Cuidado à Mulher, emergiu uma grande paixão por essa área. Acredito que uma das razões tenha sido a relação entre o fato de eu ser mulher e a minha identificação com os assuntos tratados na disciplina.

Durante o seu desenvolvimento, minha atenção voltou-se para as gestantes, pois observei que o cuidado prestado a essas mulheres apresentava resultados em curto prazo. Na maioria das vezes, na área obstétrica, cuida-se de mulheres saudáveis, o que não ocorre em outras áreas, como na clínica e na cirurgia, onde se cuida de pessoas portadoras de doenças que, muitas vezes, necessitam de internação hospitalar por um período prolongado e com melhora do quadro clínico.

As experiências vivenciadas nesta disciplina, motivaram-me a procurar o Centro Obstétrico (CO) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) para realizar estágio voluntário, a Unidade de Internação Obstétrica (UIO) do mesmo hospital para realizar o estágio da disciplina Administração em Enfermagem e o CO da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia para realizar o estágio curricular.

Através de minhas vivências, verifiquei que, durante o trabalho de parto, as parturientes referem solidão, dor e medo do parto, independente do número de pessoas que estão cuidando-a. Penso que esse é um momento em que a mulher está vulnerável e, na maioria das vezes, com desconforto e dúvidas sobre o processo e a progressão de seu trabalho de parto.

Não foram poucas as vezes que ouvi mulheres dizendo, tanto durante o trabalho de

parto quanto no puerpério, que aquele seria o primeiro e o último filho que pariam ou que nunca mais teriam outros filhos devido à vivência de dor durante o trabalho de parto.

Sempre que acompanhava, no hospital, uma parturiente queixando-se das dores do parto recordava-me da experiência de parto de uma de minhas irmãs, a qual assisti em fita de vídeo. A imagem que jamais saiu da minha mente foi vê-la chorando e referindo que não suportava mais sofrer de dor.

Essas experiências fizeram com que eu sentisse muita vontade de ajudar as parturientes no alívio da dor durante o trabalho de parto. Então pensava como poderia fazer isso.

Meira (1993) refere que o parto marca a vida de uma mulher bem ou mal, podendo até influenciar no vínculo que se formará entre a mãe e o recém-nascido e, também, no desejo dessa mulher vivenciar outro processo de parto.

Segundo Burroughs (1995), o trabalho de parto e o processo do nascimento, mesmo sendo a fase mais curta da gravidez, é a que mais exige esforço e desgaste de toda a família.

Durante minhas experiências em campo de estágio, tanto na Unidade de Internação Obstétrica (UIO) como no Centro Obstétrico (CO), observei que durante o trabalho de parto a dor está presente, sendo variável a percepção e a descrição das mulheres quanto à intensidade dessa dor. Assim, o ato de parir pode ser vivido como um momento sofrido para algumas delas.

Para Balaskas (1993), a dor durante o trabalho de parto é fato presente em praticamente todas as histórias de parturição. Esta dor é descrita na Bíblia, no livro do Gênesis (3:16, 1969, p.9), quando Deus disse à Eva "...em meio de dores darás à luz filhos..."

Largura (1998) afirma que a população não lida bem com a dor, utilizando diversos artificios para fugir dela. Refere que a mulher ao dar à luz leva sua bagagem de sofrimentos, desde os machucados ocorridos na infância até suas frustrações.

De acordo com Chaves *et al* (2002), o medo paralisante da parturiente em relação à dor do parto contribui para que ela assuma uma postura passiva e, em algumas situações, escolha a cesariana para fugir do sofrimento.

Em estudo seu sobre as expectativas e percepções das mulheres em relação ao atendimento hospitalar durante o trabalho de parto, Armellini (2000) verificou que as mulheres têm expectativas relacionadas à futura parturição e que estas expectativas podem ser influenciadas pela vivência de dor dos partos anteriores. A autora constatou que a experiência dolorosa faz com que algumas mulheres não desejem outra gestação ou, na próxima gestação, exijam receber analgesia durante o trabalho de parto ou prefiram ser submetidas à cesariana ao invés de parto vaginal.

Em estudo efetuado com parturientes em Maringá/PR., Panont *et al.* (1999), verificaram que um dos principais motivos para a crescente escolha dessas mulheres pela cesariana se dá pelo medo de sentir dor.

Taveiros (2001) afirma que para considerar um parto humanizado, é preciso que a mulher esteja com total controle de seu parto e que o profissional de saúde considere este momento impar para a parturiente, independente do número de partos por ela vivenciados. Segundo o Guia Prático para o Parto Normal (OMS, 1996), o papel da equipe de saúde é estimular a participação da mulher no processo de nascimento, a fim de torná-lo uma experiência positiva e não relacionada a dor e ao sofrimento.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996), as enfermeiras - parteiras são as profissionais mais adequadas e com a menor custo e maior efetividade para fornecerem a assistência ao parto normal, inclusive para avaliarem complicações e riscos.

Gurgel *et al.* (1997) recomendam que a ação da enfermeira deve ser compromissada em transformar a realidade, não impondo regras, mas minimizando situações de estresse vividas pela parturiente no momento do parto.

Portanto, já que a dor vivenciada pelas mulheres durante o trabalho de parto pode também influenciar no aumento do índice de cesarianas e a expectativa em relação às futuras parturições, verifico que a enfermeira tem um papel importante no alívio dessa dor. Acredito que essa atitude é um dos passos para a promoção da humanização do parto. Por essa razão, que a enfermeira deve conhecer os diferentes métodos de alívio da dor.

Considerando o meu interesse em atuar futuramente como enfermeira da área obstétrica e estar no último semestre do curso de Enfermagem, pretendo enriquecer os estudos teóricos, realizados no decorrer do curso, relacionados aos métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto.

Assim, o objetivo deste trabalho é realizar uma revisão bibliográfica sobre o cuidado de enfermagem no alívio da dor durante o trabalho de parto através da hidroterapia, do toque, do apoio emocional e da liberdade movimentos.

2 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Este estudo é realizado através de uma pesquisa bibliográfica baseada na literatura dos últimos dez anos (1993-2002).

Para Gil (1999), a pesquisa bibliográfica é feita a partir da bibliografia já publicada, principalmente em livros, revistas, publicações e artigos científicos. Acredita que a principal vantagem desse tipo de pesquisa é permitir ao investigador a cobertura de um maior número de fenômenos do que aquela que poderia se pesquisar diretamente. Cada dado deve ser analisado cuidadosamente para evitar que a pesquisa reproduza possíveis erros existentes nas fontes coletadas. Segundo este autor, a pesquisa bibliográfica compreende cinco passos:

- *exploração das fontes bibliográficas* compreende a busca de material sobre o assunto escolhido em livros, revista e periódicos;
- *leitura do material* que deve ser feita de maneira seletiva, para somente o que realmente for importante para a pesquisa seja utilizado;
- *fichas de leitura* com o registro de informações de interesse do pesquisador;
- *ordenação e análise dos dados* é o momento em que as fichas de leitura são organizadas de acordo com o seu conteúdo para posterior análise de seus dados;
- *conclusões* que devem ser significativas, observando o tema proposto no início da pesquisa. Elas devem derivar dos dados encontrados sem a influência de posições pessoais do pesquisador frente ao tema.

Esta pesquisa é realizada em livros, revistas e publicações em português e em espanhol, nas bibliotecas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e em de algumas páginas na Internet.

3 O PARTO

O parto é o processo através do qual os produtos da concepção são expelidos do útero e da vagina para o ambiente externo (BORNIA, 2000). Maldonado (2000) refere que, no terceiro trimestre de gestação, a ansiedade da mulher já está aumentada e os sentimentos passam a ser contraditórios, tem vontade de que acabe a gravidez e curiosidade em conhecer seu filho e, ao mesmo tempo, desejo de prolongar a gestação para adiar as fases de adaptação ao bebê.

Para Odent (2002a) o parto é um processo mental onde a parte primitiva do cérebro da mulher está ativa. Para o autor, essa parte do cérebro é aquela que dividimos com os outros mamíferos, como o hipotálamo e a hipófise, o que faz com que as mulheres em trabalho de parto ajam de acordo com seus instintos, esquecendo as convenções sociais e o autocontrole, contudo elas sabem o que estão fazendo. Em minhas experiências em campo de estágio, pude presenciar situações que confirmam o que diz o autor, pois assisti mulheres que não se preocupavam em expor seu corpo nu e/ou verbalizar palavrões durante o trabalho de parto.

O nascimento é um momento de celebração e alegria em todos os povos, mas pode ser cercado de silêncio e tristeza, sendo somente conhecido por quem já o vivenciou seja como cuidador ou como parturiente (MACHADO, 1998).

De acordo com Balaskas (1993), o nascimento geralmente envolve a mulher em horas de dor e esforço, influencia na sua postura perante a vida e sela a relação que vai existir entre mãe e filho.

A OMS (1996) define o parto normal como de início espontâneo, de baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo até o nascimento; o feto nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação.

O conceito de normalidade do parto não é universal, sendo que nas últimas décadas tem-se adotado práticas para iniciar e corrigir a dinâmica e para acelerar o processo fisiológico do parto, objetivando melhores resultados para a mãe e o recém-nascido (*Ibid.*) Assim, a gravidez passou a ser algo patológico e o parto um evento cirúrgico, porém mesmo que a grande parte dos profissionais considere a gravidez e o puerpério uma doença, na grande maioria dos casos eles transcorrem sem complicações (BRASIL, 2001).

De acordo com a Maldonado (2000), o parto é um momento crítico por diversas razões, entre elas pela sua irreversibilidade pela separação de dois seres do que antes era um único ser. Diante do nascimento, Ceccato e Van Der Sand (2001) afirmam que a parturiente manifesta medo, insegurança e desamparo.

Davim e Menezes (2001) referem-se ao parto como um processo psicossomático onde o comportamento da gestante vai depender, além da própria evolução do trabalho de parto, do nível de informação da mulher, da sua cultura e da sua história pessoal. Maldonado (2000) concorda e diz que se o parto fosse um mecanismo puramente biológico, independente das influências internas e externas, ele não sofreria tantas variações.

Para Gualda (1993, p.9) “Dar a luz uma criança não é nunca simplesmente um ato fisiológico, mas um evento definido e desenvolvido num contexto cultural.”

Odent (2002b) acredita que um dos primeiros passos para promover uma melhor assistência a mulher no momento de parir é acabar com a imagem de que a parturiente é uma paciente, fato enraizado na cultura ocidental. Segundo Nogueira *et al.* (2001), o conceito de trabalho de parto tem como diretriz o respeito à evolução natural do processo de nascimento onde o bem estar da mãe e do recém-nascido deve estar no centro das atenções.

Contudo, nos dias de hoje, o ritual de medicalização do nascimento exclui a mulher do centro do processo de parto e lhe impõe características tecnológicas pouco relacionadas com os aspectos fisiológicos da parturição (GUALDA, 1993). Nogueira *et al.* (2001) afirmam que

com o aumento da incorporação da tecnologia e com a institucionalização do processo de parturição; o foco principal do nascimento deixou de ser a parturiente, o recém nascido e sua família.

Simões e Souza (1997) constataram em sua pesquisa que a mulher compreende sua vivência parturitiva como angustiante e temerosa, pois desde o momento da internação hospitalar ela passa a não ter mais o controle sobre a situação. Gualda (1993) refere, em seu estudo etnográfico da vivência do parto, que ao ser admitida na maternidade, às mulheres são impostas várias regras, como a episiotomia e a separação da família, como se o seu corpo se tornasse propriedade de quem lhe atende, e delas é esperada uma postura passiva e obediente.

Balaskas (1993) define como parto ativo o parto em que a mulher se comporta como segue seus próprios instintos e a lógica psicológica do seu corpo. Para a autora, esta é uma maneira de dizer que a mulher realmente está sob o controle do seu corpo durante o processo de nascimento de seu filho.

A assistência ao parto deve ser segura, garantindo a cada mulher os benefícios dos avanços científicos, mas sempre deve permitir e estimular o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no parto (BRASIL, 2001).

Rezende e Adeodato Filho (1998) referem que o trabalho de parto tem a finalidade de exteriorizar o feto do útero materno. Lima (2000) conceitua o trabalho de parto como um conjunto de fenômenos fisiológicos que têm por objetivo expulsar os produtos da concepção. Em nosso meio, o trabalho de parto é caracterizado pelo primeiro e segundo períodos clínicos do parto.

Para Balaskas (1993), o trabalho de parto começa quando o colo uterino começa a dilatar e pode ser sinalizado pela perda do tampão mucoso, a ruptura das membranas e/ou a perda da bolsa das águas. Bornia (2000) explica que bolsa das águas é o elemento que se forma durante o trabalho de parto por baixo da apresentação da cabeça fetal, constituída pelas

membranas ovulares decoladas do istmo. O trabalho de parto também ser pode sinalizado por uma dor contínua e maçante na região lombar, porém, o sinal mais concreto é o início das contrações uterinas que se tornam mais intensas do que as presentes no final da gestação.

Segundo Guyton (1998), a causa exata do início do trabalho de parto é desconhecida, porém, sabe-se que a progesterona inibe a contração uterina ao passo que o estrogênio estimula. O autor afirma que durante toda a gestação os níveis desses dois hormônios são crescentes e que com a proximidade do nascimento os níveis de progesterona permanecem constantes, ao contrário do estrogênio que continua a aumentar agindo praticamente sozinho nas células da musculatura lisa do útero promovendo o aumento da contração uterina.

Clinicamente, segundo Balaskas (1993), Branden (2000), Burroughs (1995), Machado (1998) e Rezende (1998) o parto é dividido em quatro períodos: dilatação, expulsão, secundamento e quarto período.

Branden (2000) refere que o primeiro período do parto começa com as contrações uterinas regulares, que produzem alterações cervicais progressivas, e termina com a dilatação completa da cérvix. Nessa fase, ocorre o apagamento e a dilatação do colo e a descida da cabeça fetal (REZENDE, 1998). Após o início do trabalho de parto, as contrações uterinas tracionam o colo para cima afim que ele se afrouxe e dilate (BALASKAS, 1993). Borna (2000) diz que nas primíparas ocorre primeiramente o apagamento seguido da dilatação da cérvix, ao passo que nas múltiparas o apagamento e a dilatação ocorrem juntos. Para a autora, a dilatação e o apagamento são fenômenos distintos. Quando a cérvix se apaga sofre um processo de encurtamento, incorpora-se a cavidade uterina e torna-se um orifício circular de fina espessura. Na dilatação, as bordas da cérvix se afastam progressivamente até tornarem-se apenas relevos na parede vaginal.

O primeiro período tem ainda três fases denominadas latente, ativa e transição (BURROUGHS, 1995). Para a autora, a fase latente é o início de trabalho de parto, o colo

dilata até quatro centímetros e as contrações são fracas, este momento dura em torno de seis a sete horas nas primíparas e quatro a cinco horas nas múltiparas; a fase ativa caracteriza-se por contrações mais fortes, provocando uma dilatação da cérvix de quatro a sete centímetros. Por último, na fase de transição, a dilatação cervical continua, mas num ritmo mais lento, as contrações são mais intensas e freqüentes, porém é nesta fase que a dilatação se completa.

A mesma autora explica que, na fase latente, a mulher acredita na sua capacidade para suportar a dor, ri, conversa e, normalmente, está ativa. Afirma ser esse o momento adequado para esclarecer dúvidas e treinar técnicas de relaxamento, pois é capaz de assimilar bem os ensinamentos. Na fase ativa, a mulher continua a movimentar-se, porém a ansiedade aumenta e ela passa a duvidar que conseguirá parir seu filho. Por fim, na fase de transição, a gestante demonstra redução da capacidade de suportar as contrações e a dor, fica inquieta, troca freqüentemente de posição, sente-se abandonada, pode tornar-se irritada e não querer ser tocada durante as contrações.

O tempo de duração do primeiro estágio do parto é variável, sendo que o mais curto registrado foi de trinta minutos e o mais longo de dois ou três dias, contudo a média de duração é em torno de oito a dezesseis horas (BALASKAS, 1993).

A expulsão ou segundo período do parto tem início com a dilatação completa da cérvix e termina com a saída do feto (REZENDE, 1998). Neste período, as contrações uterinas ficam mais intensas e freqüentes e há uma sístole involuntária do útero. Segundo Branden (2000), o período caracteriza-se pelo desejo involuntário da parturiente de fazer força, abaulamento do períneo, aumento do sinal de sangue vaginal, abertura do ânus, ruptura das membranas (caso não tenha ocorrido anteriormente) e, às vezes, defecação involuntária. Segundo a autora, também pode ser observado sudorese facial, tremores de extremidades e, muitas vezes, desaceleração fetal precoce.

O terceiro período do parto inicia após o nascimento do bebê e termina com a saída da

placenta, já o quarto período começa com a expulsão da placenta e dura cerca de uma hora após a revisão do trajeto (BRANDEN, 2000).

4 A DOR NO TRABALHO DE PARTO

O termo dor vem do grego e significa penalidade ou punição, justificando aí sua ligação com o castigo (LUDWIG-BEYMER, 1995).

Smeltzer e Bare (1998) definem a dor como uma experiência sensorial e emocional de uma parte do corpo. Para Szejer e Stewart (1997) a dor é uma forma de emoção. Polisuk e Goldfeld (2000) referem que a dor é transmitida para o cérebro através dos nervos sensitivos; é uma expressão penosa experienciada por um órgão, assim como pode ser considerada um reflexo protetor.

Chaves *et al.* (2002) afirmam que a dor é um sintoma de natureza subjetiva e é influenciada pela história de vida pessoal, crenças e estado emocional. Para os autores, a gestante apresenta uma instabilidade emocional muito grande e passa por um alto grau de ansiedade, o que a deixa mais sensível à dor.

Rezende e Adeodato Filho (1998) afirmam que a dor no parto é um processo complexo que envolve fenômenos fisiológicos que sofrem influências psicológicas, culturais e da evolução do trabalho de parto. Nestas influências estão incluídos paridade, tamanho e posição do feto, ansiedade, fadiga, grau de escolaridade e mecanismo de enfrentamento da mulher, assim como os procedimentos médicos (BRANDEN, 2000).

De acordo com Simões (1998), o parto, por tradição popular, sempre esteve ligado à idéia de dor, sofrimento e angústia. Para Balaskas (1993), a dor no parto é uma antiga história na humanidade. Machado (1998) ao realizar em seu livro uma breve retrospectiva sobre a dor do parto lembra que há 300 anos atrás Eufamie MacFarlame foi queimado vivo por pregar o alívio dessa dor.

A dor do parto parece ser conscientemente ou inconscientemente sugerida, esperada e até pressentida, tanto pela parturiente quanto pelos profissionais de saúde (SIMÕES, 1998).

Gurgel *et al.* (1997), diz que, culturalmente, as meninas já crescem atemorizadas com a idéia do parto, pois escutam comentários das mulheres mais velhas sobre sofrimento que engloba o processo de pôr um novo ser no mundo. Para a autora, a mulher cresce com esse medo e o leva junto para a maternidade, dificultando, muitas vezes, o nascimento da criança.

A dor vivenciada nos períodos clínicos do parto, como na dilatação e na expulsão, poderia e seria desejável que fosse considerada um fenômeno natural ao processo de parir e possível de ser experienciada sem grandes traumas, angústias e/ou fantasias (SAITO; GUALDA, 2003).

Gualda (1993) observou, em seu estudo realizado em uma favela de São Paulo, que a dor, para algumas mulheres, é um componente essencial da maternidade, sendo essa experiência necessária para que realmente se tornem mães. Acreditam que as mulheres que conseguem parir por via vaginal são mais corajosas que as submetidas à cesariana, pois suportaram a dor do parto.

Gurgel *et al.* (1997) afirmam que não é possível negar que a dor faz parte de um processo fisiológico, natural e humano que é a parturição, porém este processo é motivo de alegria e prazer para as mulheres.

Pimenta e Portnoi (1999) ao discutirem sobre dor e cultura, relatam que diferenças culturais interferem na compreensão da dor, influenciando, também, a atuação da equipe de saúde frente ao paciente que sente dor, podendo até subestimá-la.

Yamashita e Gozzani (1997) relatam que em aplicação do questionário de McGill, em sala de emergência, em pacientes com diversos tipos de dor, as dores do parto só foram superadas pela dor da amputação traumática de um dedo em mulheres que não receberam treinamento para o parto durante a gestação.

Segundo Balaskas (1993), as dores do parto são de caráter agudo e não pulsantes ou persistentes, e entre as contrações não há dor.

De acordo com Branden (2000), a dor do trabalho de parto, para algumas mulheres, é descrita como insuportável. Em seu estudo, Gualda (1993) verificou que a dor experienciada durante o parto é uma razão para as mulheres demonstrarem preferência por determinado tipo de parto.

Balaskas (1993) afirma que cada pessoa tem um limite para a dor, portanto, algumas parturientes sentirão muito desconforto ao passo que outras nem saberão dizer se sentiram dor. Yamashita e Gozzani (1997) explicam que mulheres de todas as culturas sentem dor durante o trabalho de parto, o que varia é a resposta delas frente à mesma.

Balaskas (1993) diz que, durante o trabalho de parto, a mulher ao sentir medo, cansaço ou hiperexcitação libera adrenalina, que no primeiro período pode tornar a musculatura contraída e a respiração superficial aumentando a sensação dolorosa. A falta de sono, a fadiga e o cansaço influenciam na tolerância à dor e aumentam os comportamentos dolorosos (YAMASHITA; GOZZANI, 1997).

Para Gualda (1993), o medo proveniente da falta de conhecimento sobre as peculiaridades do processo de parturição e a falta de controle sobre a evolução deste processo é um fator que agrava a percepção da dor. Segundo Largura (1998), no momento do parto os medos da mulher são muitos e podem estar relacionados à dor do parto, morte, não ter um filho perfeito, não ter leite, não ser capaz de criar seu filho.

Saito e Gualda (2003) referem, em seu estudo sobre a dor do parto, que a sensação dolorosa, na cultura ocidental, está relacionada aos aspectos biológicos, em especial, associada aos processos de doença.

Yamashita e Gozzani (1997) relatam que parturientes mais idosas têm menos dor que as mais jovens, as obesas e as com fetos maiores.

Gurgel *et al.* (1997) também descrevem que a dor é um fenômeno de difícil qualificação devido a sua subjetividade, sendo expressa de diferentes maneiras em cada

pessoa. Segundo Silva (1996), a comunicação não se constitui somente da palavra verbalizada, assim, a escrita, a fala, as expressões faciais, a audição e o tato são também formas de comunicação. A autora classifica a comunicação em verbal, a que está associada a palavras, e não verbal, aquela que não há associação de palavras mas interação pessoa-pessoa, onde as informações são transmitidas através de gestos, expressões faciais e posturas.

A autora acrescenta que as configurações faciais são descritas com base na divisão da face em três regiões que são testa, boca e olhos, sendo que a pessoa, quando está com medo, levanta a testa com rugas horizontais, fechando rapidamente ou abrindo excessivamente os olhos, os lábios ficam frios e tensos e a boca pode ou não estar aberta. Na tristeza, a comissura labial fica voltada para baixo e a sobrancelha oblíqua; já na ansiedade há suor na região frontal, palidez, rugas na fronte e pode haver mordiscação dos lábios; por fim, na dor, os olhos se fecham, a testa enruga, os lábios ficam comprimidos e há uma rigidez facial. Em minhas experiências no centro obstétrico, constatei que as expressões faciais de medo e de dor foram as mais presentes entre as mulheres. Branden (2000) acrescenta outras expressões e sinais que podem evidenciar que a parturiente está com dor tais como gemidos; resmungos; tensão muscular; aumento da pressão arterial, da frequência cardíaca e respiratória; desejo de toque e de companhia ou retração, irritabilidade e resistência ao toque. Para Pimenta e Cruz (1999), a alteração do humor mais marcante durante a dor é a ansiedade.

Para ajudar a mulher a enfrentar seus medos e sua dor deve haver comunicação efetiva entre a enfermeira e a parturiente. Para tanto, é essencial conhecer os fatores que influenciam a percepção e a expressão da dor, assim como os sinais que a evidenciam. Acredito que a enfermeira deve estar atenta a parturiente porque ausência de expressões de dor nem sempre significa que ela não esteja presente.

4.1 A fisiologia da dor

Yamashita e Gozzani (1997) referem que a sensação dolorosa do parto está relacionada com a contração uterina, a formação da área cervicosegmentar, a dilatação cervical e a saída fetal através do diafragma pelviperineal. Os autores afirmam que quando se estabelece a contração uterina surgem alterações sangüíneas que estimulam a sensibilização dos nociceptores. A liberação de histamina, serotonina, bradicinina, ação das fosfolipases liberam ácido araquidônico e vão iniciar uma série de eventos que irão provocar a liberação de prostaglandinas, prostaciclina, tromboxano e leucotrieno. Citam que as prostaglandinas são capazes de diminuir o limiar de excitabilidade dos nociceptores, facilitando a transmissão dolorosa.

Quando se estabelece a dor, as células nervosas levam uma mensagem dessa sensação até a medula, onde há um mecanismo que transmite os impulsos de dor ao cérebro. (BURROUGHS, 1995).

A dor do trabalho de parto devido aos estímulos prolongados e a intensidade crescente gera uma hipersensibilidade e excitabilidade dos neurônios do corno dorsal da medula que se somam a outros mecanismos promovendo uma memória da dor (CHAVES *et al.* 2002).

Bachman (2002) afirma que há determinados tipos de células nervosas dentro do cordão espinhal, do tronco cerebral e do córtex cerebral que são capazes de modular os impulsos de dor por meio de um mecanismo de bloqueio chamado *teoria do controle das portas*. Técnicas de distração como, por exemplo, a massagem, reduzem ou bloqueiam completamente a capacidade de transmitir a dor pelos trajetos nervosos, pois elas fecham a porta hipotética do cordão espinhal, impedindo que o sinal de dor chegue ao cérebro, diminuindo a sua percepção.

A mesma autora, em seu capítulo sobre o manejo e o desconforto no trabalho de parto,

explica que, no período de dilatação, as contrações provocam mudanças cervicais e isquemia uterina, causando a dor visceral localizada na porção inferior do abdômen e que se irradia para a área lombar das costas e coxas. Na maioria das vezes, a mulher refere desconforto somente durante as contrações. Neste período, a dor se dá principalmente pelo processo de apagamento e dilatação cervical que é consequência da distensão, tração e laceramento das estruturas pélvicas durante a contração.

Conklin (1994) afirmam que as fibras nervosas viscerais aferentes (A-delta e C) transportam impulsos sensitivos do útero, entram na medula espinhal nos segmentos espinhais nervosos T10, T11, T12 e L1. Esses nervos originam-se no corpo uterino e na cérvice.

Segundo Branden (2000), no início da dilatação, a gestante pode descrever a dor como desconforto; após quatro até sete centímetros de dilatação, a dor passa para moderadamente aguda; e entre sete a dez centímetros, a dor é referida como grave, aguda e espasmódica. Yamashita e Gozzani (1997) afirmam que no final do primeiro período do parto, a dor já é mencionada como penetrante no períneo, na porção mais baixa do sacro, ânus e freqüentemente nas coxas.

Já no segundo estágio do parto, a mulher apresenta dor perineal, proveniente do estiramento dos tecidos do períneo para permitir a passagem do feto e da tração sobre o peritônio e sobre os ligamentos uterocervicais durante as contrações (BACHMAN, 2002). Yamashita e Gozzani (1997) afirmam que neste período as contrações uterinas continuam distendendo o segmento inferior uterino, porém agora a dor é causada por outros mecanismos como a pressão crescente da cabeça fetal sobre as estruturas pélvicas e a distensão do períneo. A inervação do canal do parto é fornecida através do nervo pudendo formado pelas raízes anteriores dos nervos sacros S2, S3 e S4. As fibras sensoriais do útero e do períneo estabelecem conexões sinápticas no corno dorsal da coluna espinhal com neurônios que formam os tratos hipotalâmicos.

4.2 Efeitos da dor no binômio mãe / recém-nascido

Como já referido anteriormente, a dor do parto tem componente orgânico e psíquico, sendo o medo e a tensão fatores que diminuem o limiar para as dores e influenciam negativamente na evolução do trabalho de parto (MACHADO, 1998).

A dor no trabalho de parto promove o desgaste físico e emocional que são gerados através da tensão e do estresse, leva a instabilidade metabólica materno-fetal, aumenta o número de cesarianas (CHAVES *et al.*, 2002).

De acordo com Yamashita e Gozzani (1997), a dor provoca uma série de alterações hormonais e neurovegetativas caracterizadas pelo medo e pela ansiedade, que provocam sobrecarga respiratória, circulatória e metabólica. Essas alterações podem refletir no recém-nascido. Os autores ainda afirmam que durante a contração uterina ocorre alcalose respiratória materna que se associa a uma redução do fluxo sanguíneo cerebral, umbilical e uteroplacentário. Ao final da contração, a pressão de oxigênio materna está diminuída, podendo levar a uma diminuição da pressão de oxigênio e da frequência cardíaca fetal.

Para os mesmos autores, a dor no trabalho de parto provoca na parturiente um aumento do débito cardíaco e das pressões sistólica e diastólica, resultando em um aumento do trabalho do ventrículo esquerdo que pode ser crítico para gestantes com hipertensão pulmonar, doença hipertensiva da gravidez ou anemia. Citam que o aumento do consumo de oxigênio associado à eliminação de bicarbonato pelo rim, desencadeia uma acidose metabólica progressiva que é transferida para o feto. No sistema gastrointestinal há uma constante liberação de gastrina levando a um acúmulo de secreção ácida no estômago.

Odent (2002b) explica que quando a pessoa está com medo, o organismo libera adrenalina, um hormônio do estresse, que pode inibir o processo de parto e intensificar a sensação da dor. No final do trabalho de parto, a adrenalina pode desencadear o reflexo de

ejeção do feto.

A endorfina é um neuro hormônio, com funções similares com as da morfina, que age como analgésico natural não só protegendo contra a dor, mas também como supressor da ansiedade levando a uma sensação de bem estar geral (ODENT, 2002b). Lawson (1998), completa dizendo que a endorfina age no sistema nervoso central no momento das sinapses, pois se fixa nos receptores das membranas das células nervosas e as despolarizam parcialmente assim, o impulso nervoso transmitido sofre uma diminuição. Odent (2002b), ressalta que a endorfina, em níveis elevados, promove o que ele chama de ondas cerebrais alfa que estão associadas com os estados de serenidade e relaxamento. A liberação de endorfina faz com que a parturiente fique em estado de transe, mas ela precisa estar tranqüila para que isso ocorra.

Lawson (1998) explica que se pode ajudar o organismo a produzir endorfinas promovendo o relaxamento. O corpo, quando relaxado, regenera-se, células e órgão pedem ao cérebro para serem abastecidos, processo no qual as endorfinas têm papel complexo e importante. Outra maneira de produzir endorfinas é fazer algo que lhe agrada.

5 MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS DE ALÍVIO A DOR E O CUIDADO DE ENFERMAGEM

O alívio da dor beneficia a mãe e o feto diminuindo o desgaste físico e emocional desencadeados pelo estresse e pela tensão gerados pela dor, leva a estabilidade metabólica materno-fetal, promove a postura ativa da mulher durante o trabalho de parto, fortalece o vínculo mãe/bebê, diminui o índice de cesareanas e, principalmente, aumenta a satisfação da mãe (PEREIRA, 2002).

Segundo a OMS (1996), um dos papéis do profissional de saúde é ajudar as mulheres a suportar a dor durante o trabalho de parto. Cita que esse resultado pode ser obtido com métodos farmacológicos, porém mais fundamental e mais importante é promover esse alívio através dos métodos não farmacológicos, iniciando no pré-natal através de informações fornecidas a mulher, seu companheiro e sua família. Esses métodos têm como característica comum a atenção dedicada à mulher e a seu parto, um dos motivos pelos quais são tão eficazes.

O Guia Prático de Assistência ao Parto Normal (*ibid.*) explica que o método mais eficaz para a redução da dor seria o apoio emocional à parturiente, porém deve ser oportunizado à mulher assumir as posições que mais lhe agrada. Refere ainda que um banho de chuveiro ou de imersão também diminui a dor, além disso, o toque de um acompanhante é muito útil.

Neste capítulo serão descritos quatro métodos de alívio da dor, ou seja, o toque, a hidroterapia, o apoio emocional e a liberdade de movimento durante o trabalho de parto, por acreditar que são de fácil aplicação pela equipe de enfermagem, não necessitem de treinamento prévio da parturiente e por adaptarem-se a qualquer ambiente, seja ele em hospital de grande ou pequeno porte, casa de parto ou domicílio da parturiente. Também serão

abordados os cuidados de enfermagem relacionados ao uso destes métodos.

5.1 O toque

A pele é um grande órgão sensorial que serve de veículo para absorção e para a eliminação de cargas psíquicas, tanto de quem toca quanto de quem é tocado. (MACHADO; FIGUEIREDO, 2001). Acreditam que ao estimular a pele, contribui-se para que o organismo reaja como um todo.

Davis (1993) afirma que os receptores da pele reagem ao frio, ao calor, ao toque, a tipos de dor e vibrações. De acordo com o autor a sensação do tato ocorre em consequência do mínimo contato e ativa os terminais nervosos apropriados que retransmitem mensagens sensoriais ao longo da coluna vertebral para o cérebro.

Pinto *et al.* (2002) referem que o contato físico provoca alterações neurais, glandulares, musculares e mentais. Dentre essas alterações existem as que são provocadas nas células nervosas do cérebro por substâncias chamadas de endorfinas. Segundo Odent (2002b), o poder das endorfinas já é conhecido, podendo destacar a sua propriedade de eliminar tanto a dor física quanto a emocional.

Segundo Machado e Figueiredo (2001), tocar direto na pele age criando um campo de energia dentro do corpo de quem esta sendo tocado, fazendo com que todos os seus órgãos e sentidos reajam com respostas aos estímulos recebidos, principalmente quando o gesto é feito com carinho. Davis (1993) diz que a potência do ato de tocar outra pessoa, ainda que por pouco tempo, pode fazer com que ela se sinta melhor e até comece a associar essas boas sensações a outros estímulos como, por exemplo, perceber a simpatia e a preocupação de quem o toca.

Segundo Buogo (2000), o corpo é considerado uma casa e ao tocar a pessoa estamos

invadindo essa “casa”, invadindo o seu corpo. A esse fenômeno dá-se o nome de espaço pessoal, ou seja, o espaço em que o nosso corpo suporta a proximidade de alguém. A autora explica que a enfermeira deve estar atenta aos sinais não-verbais que demonstram o consentimento ou não desse toque. Davis (1993) alerta que não devemos insistir em tocar um indivíduo se ele não gostar da iniciativa ou não retribuir, visto que, quando se cuida de alguém estamos curando ou proporcionando-lhe o alívio, porém isso não deve ser imposto. Contudo, o autor também relata que estabelecer uma relação de confiança e afeto com o cliente, diminui o espaço pessoal.

Acompanhei no centro obstétrico uma parturiente que se queixava de muita dor durante o trabalho de parto e que não permitia que alguém a tocasse. Ela estava totalmente descontrolada, a equipe não conseguia conversar com ela, pois pedia repetidamente que ninguém a tocasse. Por outro lado, também vivi situações em que algumas mulheres pediam que eu segurasse sua mão, pois assim ela saberia que não estava sozinha.

O toque suave parece proporcionar uma fonte universal de confiança e conforto (DAVIS, 1993). Buogo (2000) diz que o contato físico é uma forma de criar vínculo com outra pessoa.

Para Enning (2000), na fase passiva da dilatação, a maioria das mulheres valoriza muito uma massagem e o contato com a pele, pois ambos revigoram as forças da mulher para enfrentar o trabalho de parto.

De acordo com Balaskas (1993), para algumas pessoas não há nada mais reconfortante do que o toque de outro ser. Através do contato físico expressamos amor e afeto, além de ser um ótimo método para aliviar medos, tensões e dores. Davis (1993) completa a afirmação dizendo que por meio do contato físico, podemos instigar a motivação para diminuição da frustração e do desamparo. Para Machado e Figueiredo (2001), o toque promove uma sensação de conforto, segurança, afetividade e ajuda a superar o medo e a sensação de

isolamento. Armellini (2000), observou que algumas mulheres de seu estudo relataram que o toque contribuía para o alívio das dores do parto.

O estresse emocional (temor, inquietação, apreensão) aumenta o desconforto do trabalho de parto, podendo afetar no seu curso e até impedir sua evolução (PINTO *et al.*, 2002). O autor diz que o encorajamento por meio de um toque afetivo e a tranquilidade de um profissional de saúde habilidoso pode ter influências marcantes na diminuição destes sintomas e reduzir o número de intervenções

Silva (1996) define dois tipos de toque, o instrumental, é aquele em que ocorre o contato físico necessário para desempenhar uma tarefa específica como, por exemplo, verificar a temperatura do cliente; e o toque expressivo ou afetivo, aquele em que o contato é relativamente espontâneo e afetivo, não se relacionando necessariamente a uma tarefa específica.

Para Davis (1993) e Robertson (2000), o contato físico no trabalho de parto torna as dores mais toleráveis e diminui a necessidade de analgésicos e anestesia. Buogo (2000) diz que durante a hospitalização, muitas vezes o ser está sozinho, num ambiente estranho, sendo que, nesta situação, o toque do cuidador pode transmitir ao cliente segurança. Acredita que o profissional de saúde se faz presente pelo toque, entendendo os medos e as angústias do ser cuidado. Para a autora o contato físico facilita a comunicação no encontro entre o cuidado e o cuidador, já que através dele a enfermeira se faz presente. Machado e Figueiredo (2001) afirmam que o contato físico ajuda a superar o medo e o isolamento.

Muitas mensagens são transmitidas através do toque (PINTO *et al.*, 2002). Stefanelli (1993) considera o toque uma forma de comunicação não verbal e talvez uma das mais importantes. Para Davis (1993), o contato fala direto do coração, pois ninguém é capaz de tocar afetuosamente com falsidade. Refere que por meio deste contato demonstramos compaixão e compreensão.

Machado e Figueiredo (2001) dizem que o contato físico estimula todo o ser tocado, proporcionando-lhe a oportunidade deste reagir e recuperar frente ao problema e transcender a tênue distância entre o equilíbrio e o desequilíbrio do estado emocional e mental.

Balaskas (1993) afirma que o toque na parturiente, geralmente, é feito com a palma das mãos, mas uma pressão firme também pode ser feita com as pontas dos dedos, com o polegar ou com os cotovelos. A autora recomenda massagear as costas da mulher, principalmente, na região sacra e lombar, pois é desse local que partem os nervos que inervam a pelve. Esse toque é muito eficiente para diminuir as dores do parto. Colocar a mão em forma de concha cobrindo o cóccix da parturiente, sem tirar a mão do lugar para que o calor da mão se espalhe nas costas, também se mostra muito eficaz, diz a autora. O alívio das dores na parte inferior das costas também pode ocorrer através da contrapressão, ou seja, pela pressão constante sobre a região sacra com o punho ou com o dorso da mão (BACHMAN, 2002).

O *effleurage*, o esfregar suave e ritmado da área abdominal em movimentos circulares, pode melhorar o conforto (BURROUGHS, 1995).

Robertson (2000) sugere que uma boa alternativa para diminuir a tensão da parturiente, é fazer com que o acompanhante massageie calorosamente e firmemente sobre os seus ombros e pescoço.

O toque faz parte do cotidiano da enfermagem e se mostra através do cuidado (*ibid.*). Buogo (2000) complementa que o toque é a essência da enfermagem, pois em algum momento do processo de cuidar ser cuidado e o cuidador irão se tocar. Para Machado e Figueiredo (2001) o contato físico traz em sua essência um profundo vínculo com o estado de bem querer, amor e compaixão pelo outro.

Silva (1996) acredita que o toque faz parte do processo de humanização da relação de enfermeira/cliente, sendo a ternura e o vigor, dois princípios que precisam estar equilibrados em um mesmo toque.

5.2 A hidroterapia

A água tem poder revigorante, isto é, tem a capacidade de tornar o corpo mais resistente (DALLA VIA, 1997). Segundo Becker e Cole (2000), a água causa efeitos significantes no sistema músculo-esquelético, entre eles o efeito de relaxamento da musculatura do corpo. Esses efeitos são resultados da compressão sobre a pele provocada pela imersão na água, bem como pela regulação reflexa do tônus dos vasos sanguíneos. Afirma ainda que a água também tem efeito sobre a percepção da dor, pois a modulação da dor é afetada por um aumento do limiar da dor. Esse limiar aumenta em resposta ao aumento da temperatura e da turbulência água produzido em banheiras de hidromassagem.

De acordo com Enning (2000), na fase de dilatação, a água morna diminui a dor e relaxa, pois e a musculatura do útero e o tecido do canal de parto tornam-se muito mais elásticos e o ciclo vicioso medo-tensão-dor nem se inicia.

Medina (2000) destaca que a água age no portal da dor, diminuindo a sensação dolorosa e, conseqüentemente, provocando um relaxamento gradual da gestante, permitindo que fique consciente do seu poder no desenvolvimento do trabalho de parto. Para Dalla Via (1997), a água com a temperatura semelhante a do corpo, 35° a 37° C, pouco tem efeito, contudo quanto maior for a diferença entre a temperatura da água e a do corpo, maior será a resposta do organismo frente ao tratamento. Afirma o calor úmido, em particular, tem forte ação no organismo aliviando estados espasmóticos e atenuando a dor.

Para o mesmo autor, a água morna abre os poros da pele, sendo que, para evitar a dispersão de calor e o resfriamento do corpo depois da terapia quente, recomenda fazer uma leve aplicação de água fria para promover o fechamento dos poros. Assim, os capilares contraem-se e conservam o calor e, logo a seguir, os vasos dilatam-se, a circulação aumenta e sobrevém uma reação de calor. A água fria provoca uma reação de ativação no organismo.

Odent (2002b) e Bachman (2002) dizem que o calor da água diminui a tensão e relaxa os músculos, promovendo assim a rápida dilatação da cérvix, a diminuição da ansiedade da mulher e, por sua vez, a diminuição da secreção de adrenalina. Bachman (2002) lembra que a água desencadeia um aumento dos níveis de ocitocina e endorfina.

Na fase passiva de dilatação, a água morna tem como efeito principal o relaxamento e a analgesia. Após o colo ter dilatado quatro centímetros, a água age estimulando as contrações ao invés de relaxá-las, ajuda na dilatação dos ligamentos ósseos, da musculatura pélvica e evita o edema, que deixa o canal do parto mais rígido (ENNING, 2000).

Balaskas (1993) refere que ao entrar em uma banheira, a flutuabilidade da água reduz o peso da ação da gravidade, permitindo que a parturiente flutue ou varie de posição facilmente, quase sem peso. Becker e Cole (2000) afirma que essa flutuabilidade é criada à medida que o corpo desloca a água. Segundo o autor, com a imersão até o nível do pescoço somente uma força de dois quilos (mais ou menos o peso da cabeça) será exercida sobre a espinha e joelhos.

Segundo Davim e Menezes (2001), a maternidade Darcy Vargas, em Joinville/SC, oferece banheiras térmicas para as parturientes. Meira (1999) possui em sua clínica, em Campinas/SP, uma banheira para parto (fixa) e uma banheira portátil que pode ser usada no domicílio ou em hospitais. Odent (2002b) também possui em sua clínica de parto, em Pithiviers/França, banheiras destinadas para mulheres em trabalho de parto. O autor afirma que, quando a progressão da dilatação da cérvix cessa subitamente, o trabalho de parto é mais fácil, confortável e eficiente na banheira com água, pois promove relaxamento do colo uterino através do relaxamento do plexo lombo sacro.

Observei que a parada repentina da dilatação da cérvix é uma causa comum para a mulher ser submetida a uma cesareana, contudo percebo que a equipe de saúde não estimula a parturiente a tomar banho, talvez por desconhecerem seu efeito sobre a dor. Os chuveiros

existentes nas instituições que conheci são utilizados apenas para a higiene da mulher, no momento da admissão. Verifiquei que neste momento, muitas mulheres permaneciam por bastante tempo no banho.

Para Ochiai e Gualda (2000) e Bachman (2002), na falta de uma banheira, o banho de chuveiro também promove sensações de bem estar e conforto. A Secretaria de Saúde do Paraná (PARANÁ, s.p.) também reconhece os efeitos benéficos da água no processo de parturição e indica para suas gestantes banhos mornos de chuveiro durante o trabalho de parto.

Ochiai¹ (2000 *apud* PASSADORI, 2000), em sua dissertação de mestrado sobre o banho de chuveiro no trabalho de parto, observou que algumas parturientes referiam alívio das dores do parto após o banho de chuveiro e que 60 a 80% dessas mulheres desejavam tomar outros banhos. Para a autora, o banho de chuveiro proporciona conforto para as mulheres através da higiene corporal, do estímulo tátil e térmico, além de tornar visível para a mulher a preocupação da equipe de saúde em relação ao alívio da dor do parto. Afirma ainda que o banho deve ser estimulado durante o processo de nascimento, devendo a enfermeira proporcionar vários desses banhos à parturiente.

No entanto, Bachman (2002) refere que o banho de chuveiro, de banheira e a hidroterapia com jatos d'água não são aceitos e implementados universalmente.

Segundo Simkin² (1995 *apud* BACHMAN, 2002), com a hidroterapia, as bolhas e o toque delicado da água estimulam os mamilos desencadeando mais produção de ocitocina. Para a autora, os sinais vitais da mulher devem estar dentro dos limites normais e ela deve estar na fase ativa do primeiro estágio do parto. O bem estar fetal deve estar estabelecido e as membranas podem estar íntegras ou rompidas. Refere que, se a frequência cardíaca fetal

¹ OCHIAI, A. M. O banho de chuveiro como medida de alívio da dor no trabalho de parto. [dissertação] Escola de Enfermagem da USP, 2000.

² SIMKIN, Penny. Reducing pain and enhancing progress in labor: a guide to nonpharmacologic methods of maternity caregives. *Birth*, v. 22, n. 3, p. 161, 1995.

aumentar, a água deve ser esfriada ou solicita-se a saída da mulher do banho para diminuir a sua temperatura. Mantém-se a temperatura da água entre 36,7 a 37,8° C.

A temperatura da mulher pode permanecer, após o banho, levemente elevada por algum tempo, assim deve ser oferecido à parturiente líquidos ou cubos de gelo e uma compressa fria para o rosto (BACHMAN, 2002).

Schorn; McAllister; Blanco ³(1993 *apud* BACHMAN, 2002) referem que não há tempo de permanência da mulher no banho, ela é deve ser incentivada a permanecer nele o quanto desejar, no entanto o usual é aplicar a hidroterapia durante 30 a 60 minutos.

5.3 Apoio emocional à parturiente

Segundo Domingues (2000), desde a década de 80 são realizados estudos sobre os efeitos benéficos do suporte emocional na assistência ao parto.

Resende *et al* (2000) verificaram em seu estudo sobre o acompanhante e o parto humanizado que as puérperas entrevistadas que estavam acompanhadas adotavam um comportamento cooperativo, possibilitando a equipe multiprofissional prestar um cuidado de forma eficaz ao passo que as que estavam sozinhas tornavam-se inseguras, ansiosas, com medo e pouco colaborativas. Assim a presença do acompanhante durante a parturição é peça indispensável na busca do cuidado humanizado.

Burroughs (1995) afirma que o apoio psicológico torna o trabalho de parto uma experiência mais agradável e satisfatória, permitindo uma maior participação da família. Furlani e Santos (2000); Leão e Bastos (2000) garantem que a presença constante de uma pessoa ao lado da parturiente faz com que se sinta amparada, forte e segura, sendo que o bem estar promovido por essa companhia contribui para o alívio da dor e da ansiedade.

³ SCHORN, M. ; McALLISTER, J.; BLANCO J. Water immersion and the effect on labor. *J. Nurse Midwifery*, v. 38, n. 6, p. 336, 1993.

Branden (2000) refere que, à medida que as contrações tornam-se mais frequentes e intensas, a ansiedade pode ser acentuada e algumas gestantes sentem medo da perda do apoio da família, do abandono, do desconhecido ou da perda do autocontrole. Segundo Simões (1998) a mulher descreve sua vivência do parto como solidão e mostra preocupação com o nascimento e com o bem estar do seu filho.

De acordo com Brasil *et al.* (2000), no Rio de Janeiro em 20 de outubro de 1998 foi assinado a Resolução nº 667, pelo secretário municipal da saúde, tornando o acompanhante no parto um direito da mulher, a ser garantido em todas as maternidades da prefeitura. Domingues (2000) cita a maternidade Leila Diniz, no Rio de Janeiro, que tem estimulado, desde sua inauguração em 1994, a presença de um acompanhante junto da parturiente. Lá o autora realizou um estudo, no qual entrevistou puérperas de parto vaginal, que mostrou que a presença de um acompanhante foi muito valorizada pelas mulheres, sendo essa presença associada, também, ao acesso mais fácil de informações sobre seu trabalho de parto a percepção mais afetiva sobre a assistência prestada por profissionais e a maior satisfação com o parto.

Maldonado (2000) diz que, muitas vezes, o descontrole, o medo e até as alterações da contratilidade uterina são decorrentes de uma assistência precária, que não protege, não acolhe e até mesmo negligencia e mal tratada a parturiente. Neste sentido, Odent (2002b) afirma que a mulher ao se sentir ameaçada libera adrenalina (hormônio do estresse), que, no primeiro período do parto, inibe a dilatação do colo do útero. Para o autor, a retirada da mulher do ambiente familiar somado a um atendimento profissional desqualificado e desumanizado resultará uma experiência de parturição desfavorável e marcante.

Waldow (1998) afirma que o cuidado é, muitas vezes, desenvolvido de forma mecânica, orientado por tarefas, normas e prescrições; o contato com a clientela é, por muitas vezes, frio e grosseiro. Para a autora, o cuidado não é prescrito e sim sentido e vivido. Ele

consiste no respeito à dignidade humana, na sensibilidade e na ajuda na superação do sofrimento. Diz ainda que o processo de cuidar inclui desenvolvimento de ações com base no conhecimento científico realizadas com o ser cuidado a fim de promover a recuperação da dignidade e totalidade humanas. Essa totalidade e dignidade englobam o sentido de integralidade e a plenitude física, social, emocional, espiritual e intelectual do ser.

Silva (1999) diz que o usuário, ao procurar o hospital, espera encontrar uma enfermagem qualificada para confiar sua vida, ou seja, que demonstre conhecimento e competência através de habilidades e capacidade de tomar decisões em momentos críticos. Relata que para o usuário, mesmo as ações simples são importantes quando delas depende o seu conforto e a sua segurança. Armellini (2000) constatou que algumas de participantes de seu estudo tinham a expectativa, durante o trabalho de parto, de serem aceitas pelos profissionais de saúde, sendo esta aceitação demonstrada por atitudes que de cortesia, empatia, solidariedade e até de amizade.

Nascimento (1997) afirma que o cuidado prestado à mulher, durante o trabalho de parto, parece ser norteado por um poder institucional expresso por rotinas que lhe afasta da participação ativa do parto e a separa da família, aumentando o medo e as incertezas. Para Ceccato e Van Der Sand (2001), a equipe de saúde gera o bem estar psicológico estando ao lado da parturiente, dialogando, orientando acerca de suas preocupações.

Para Simões (1998), o ser parturiente tem expectativa de ter respostas a questões como o desconhecimento do que irá acontecer, quanto tempo levará para seu filho nascer, quem irá atendê-la, como será a competência técnica e assistencial da equipe. Para Armellini (2000), a presença qualificada de profissionais, de acadêmicos da área da saúde e do marido contribui para atenuar o sofrimento vivido pelas mulheres durante o trabalho de parto.

A OMS (1996) recomenda a presença de um acompanhante junto à mulher, pois o fato de permanecer sozinha durante o trabalho de parto gera medo. O apoio possui como objetivo

principal evitar a tríade medo-tensão e dor, pois se baseia no fato de que o conhecimento destrói o temor e evita a tensão controlando a dor.

No estudo de Armellini (2000) sobre o acolhimento na parturição, as parturientes relatam que é fundamental ter alguém junto a elas, especialmente nos momentos em que a dor torna-se freqüente e intensa. Em muitas falas dessas mulheres, o marido foi citado como uma presença indispensável ao alívio da dor. As acadêmicas de enfermagem também foram citadas como presença que contribuiu para o alívio da dor por estarem compartilhando sentimentos, conversando, demonstrando interesse, apoiando e dando a mão à parturiente.

Maldonado (2000) cita que o estudo realizado pelo State Trait Amenity Inventory, que teve como objetivo explicar os efeitos diferenciais do apoio social, verificou que mulheres muito nervosas são muito beneficiadas com a presença do marido na sala de parto.

Segundo Ceccato e Van Der Sand (2001), Collaço (2002) e Largura (1998) falam que a presença companheira ou alguém da família como acompanhante deixa a mulher mais segura. Para Largura (1998) o acompanhante deve ser de escolha da parturiente. Collaço (2002) em seu estudo sobre o parto vertical diz que uma maneira de a enfermeira ajudar à mulher e ao seu acompanhante é estando presente, gerando segurança no casal e auxiliando o companheiro a mudar sua postura de passivo para ativo durante trabalho de parto, ou seja, explicando-lhe sobre como pode auxiliar a parturiente. Para Branden (2000), esse acompanhante além de ser ajudado à assistir a parturiente também deve ser valorizado.

Jones (1999) cita que um estudo realizado por Kennel *et al.*⁴ que revelou que proporcionar apoio emocional pode mudar a experiência do parto para a mãe. Nesse estudo, as mães com acompanhantes tiveram o trabalho de parto significativamente mais curto e usaram menos medicamentos para a dor. Esse tipo de apoio também diminui o índice de cesarianas, bem como o número de partos com fórceps. Os recém-nascidos dessas mulheres

⁴ KENNEL, M. *et al.* Continuous emotional support during labor in a U.S hospital. *Journal of the American Medical Association*, v. 265, 17, p.2197-2201, 1991.

apresentaram menos complicações pós-parto.

Para Burroughs (1995), a enfermeira é uma peça chave no processo de encorajar o pai ou o acompanhante a participar do processo de nascimento. Caso ela não tenha acompanhante, Branden (2000) afirma que a enfermeira deve assumir esse papel.

A autora acrescenta que as medidas de enfermagem devem ser dirigidas para a promoção da autoconfiança e para a redução do medo. Deve-se avaliar o medo e o grau de ansiedade da futura mãe a fim de evitar que estes progridam para um estado de pânico. Refere que o contato direto com os olhos sempre que possível transmite uma sensação de carinho.

Odent (2002b) também diz que o olhar amável, o sorriso, as palavras e os gestos de quem atende a parturiente têm efeitos positivos no trabalho de parto. Segurar a mão da mulher, estar presente ao seu lado e responder com um olhar, um sorriso pode tranquilizar, dar força e segurança à parturiente agitada sem diminuir a sua consciência, como um anestésico (ÁVILA, 1998).

Meyer *et. al.* (1998) afirmam que o olhar científico difere do olhar afetivo, mesmo que as duas maneiras vejam o ser como singular. O primeiro reconhece a singularidade genética e o segundo se esforça para encontrar a especificidade do estado clínico do ser. Para as autoras, independente da ótica que se observe, precisamos ter em mente que não existe dois seres idênticos.

A enfermeira que acompanha a mulher e o familiar, no trabalho de parto, além de possuir competência técnica, precisa estar presente e ser capaz de compreender o significado que os mesmos atribuem as suas experiências (PINTO *et al.*, 2002). Ceccato e Van Der Sand (2001) complementam que a equipe de saúde ao transmitir informações à parturiente e sobre o seu parto, expressa respeito diante da expectativa do nascimento. Segundo a OMS (1996), dar informações à parturiente é uma das tarefas do profissional de saúde.

Para Ceccato e Van Der Sand (2001), o apoio também se caracteriza pela presença ao

lado da mulher atendendo seus pedidos, mesmo os mais simples, orientando-a sobre o nascimento, ou mesmo possibilitando a presença de familiar ao seu lado por alguns instantes. Ceccato e Van Der Sand (2001); Saito e Gualda (2003), afirmam que a presença do profissional ao lado da mulher é importante para que ela possa expressar seus sentimentos e assim obter esse apoio que, segundo a OMS (1996), também se constitui em elogios, reafirmação, medidas que aumentem o conforto materno.

A enfermeira deve expressar conhecimento e experiência na performance das atividades técnicas, na prestação de informações e educação a fim de promover segurança conforto e à paciente. Isso deve ocorrer com expressões de interesse, consideração respeito e sensibilidade, demonstrados por palavras, tons de voz e postura (WALDOW *et al.*, 1998). Acreditam que o cuidado ajuda o paciente a crescer, a enfrentar momentos difíceis, desde que a enfermeira se mantenha presente e solidária auxiliando e extraíndo o significado da experiência vivida. O cuidado auxilia no processo de cura, acelerando-o e tornando-o menos traumáticos. O enfoque do cuidado terapêutico, para essas autoras, não rejeita aspectos científicos, apenas quer desmistificar que o que é emoção-sensibilidade, não é conhecimento.

Ávila (1998) diz que a mulher teme o sofrimento da dor, por isso as explicações tranquilizadoras de como colaborar com o parto, o apoio afetivo e o alívio das dores faz com que se sinta compreendida. Há parturientes necessitam de afeto e do acompanhante, durante trabalho de parto, para sentirem-se tranquilas e seguras.

Segundo Odent (2002b) quando dirigir a fala à mulher, deve-se usar palavras tão simples que uma criança entenderia; ao final do trabalho de parto, palavras simples a encorajaram. Stefanelli (1993) diz que durante a comunicação com o cliente, o mesmo deve ser chamado pelo nome, pois isso demonstra respeito a sua pessoa e sua identidade, assim como o uso de termos técnicos deve ser evitado, já que o não entendimento destes podem gerar ansiedade.

Silva (1996) refere que manter uma comunicação terapêutica não é fácil. A autora define por comunicação terapêutica a habilidade de um profissional em ajudar pessoas a enfrentarem seus problemas, a relacionarem-se com demais pessoas, ajustarem o que não pode ser mudado e enfrentarem os bloqueios.

A mesma autora afirma que o profissional de saúde precisa ser habilitado para detectar dificuldades e dúvidas da pessoa cuidada. Stefanelli (1993) diz que a empatia é fundamental para o desenvolvimento do processo de comunicação quando se tem como objetivo ajudar alguém. Para a autora, a comunicação terapêutica contribui para excelência da prática em enfermagem e cria oportunidade de aprendizagem para o paciente, podendo despertar sentimentos de confiança entre o ser cuidado e a enfermeira, o que permitirá viver sensações de confiança e segurança.

Ouvir o silêncio do paciente, bem como observar a comunicação não verbal é uma habilidade necessária à enfermeira, pois possibilita a observação e compreensão das mensagens enviadas pelo paciente (*ibid.*). Segundo Simões (1998), algumas parturientes apresentam sinais como o rosto pálido ou muito corado, mãos úmidas ou trêmulas, tom de voz baixo e inseguro, que mostram a sua tensão frente vivência do parto.

Recordo-me de meu primeiro estágio em um Centro Obstétrico quando perguntei a uma parturiente se não estava com dor. Ela respondeu-me que estava com muito desconforto, porém achava melhor, ao invés de gritar, rezar para que tudo acabasse logo. Neste momento, verifiquei que as atenções da equipe voltavam-se somente para as parturientes que manifestavam verbalmente seu desconforto, desconhecendo que aquela a mulher em silêncio também estava com dor. Talvez a equipe desconhecesse que o silêncio também pode ser um sinal de dor ou apenas reconhecessem a comunicação verbal de dor. Acredito que a enfermeira deve saber identificar as necessidades e as expressões facial e corporal que sinalizem os sentimentos, as percepções e as expectativas da parturiente, assim como deve

trabalhar na educação continuada de sua equipe para que possam prestar uma assistência qualificada.

Gurgel *et. al.* (1997) referem que é importante que a enfermagem conheça as percepções e os significados da dor que as mulheres expressam. Neste momento, o universo cultural deve ser visto e trabalhado de forma a minimizar o medo, a insegurança e aumentar a tolerância à dor. Collaço (2002) concorda dizendo que enfermeira deve conhecer a cultura de cada parturiente, sobre o que ela conhece e concebe que seja o trabalho de parto e parto. Para Silva (1996), o treinamento da percepção revela-se de vital importância para o cuidador, principalmente porque a rotina do dia a dia faz com que o profissional, muitas vezes, olhe sem ver, escute sem ouvir, palpe sem sentir, estereotipando os pacientes enquadrando-os em categorias estanques.

Segundo Leitão (1995), os profissionais muitas vezes não percebem importância de entender algumas características próprias do usuário que serviriam de pistas para atendê-los com eficiência. Refere ainda que a fala dos usuários revela a compreensão que eles têm de si mesmos e a representação do que causa o seu sofrimento. Escutar a fala do usuário é oferecer possibilidades do surgimento de maneiras novas de convivência, entendimento e trabalho dentro do serviço de saúde.

5.4 A liberdade de movimento da parturiente

Polden e Mantle (2000) referem que a medicalização do parto promoveu uma gradual imobilização da mulher em seu no processo de nascimento e a restrição desta no leito. Exceto em raras situações, a paciente não deve ficar deitada durante o trabalho de parto (BRASIL, 2001), pois segundo Balaskas (1993), é pouco provável que uma gestante venha a optar por permanecer durante todo esse tempo nesta posição. Segundo Neme (1995), a postura

assumida pela mulher durante o seu trabalho de parto interfere na evolução do mesmo. Para Enning (2000), a mudança freqüente de posições evita que um relaxamento profundo cesse todas as contrações.

A liberdade de movimentação é essencial para a parturiente, assim andar, embalar-se, mexer os quadris em movimento de rotação, sentar-se, deitar-se, levantar-se quando quiser, são direitos fundamentais da mulher em trabalho de parto (LARGURA, 1998).

Bloom *et al.* (1998) em seu estudo sobre o efeito de caminhar no trabalho de parto, não conseguiu comprovar se a posição de andar durante o trabalho de parto diminui ou não o tempo de sua duração. Contudo os autores constataram que houve um número reduzido de analgesias e de partos instrumentados. Neme (1995) afirma que a deambulação melhora a coordenação miométrial, elevando a atividade uterina, diminui o período de dilatação e o desconforto das parturientes.

Sabatino *et al.* (2000) afirmam que na gravidez adiantada, por ação de hormônios como o estrógeno e a progesterona, os ligamentos dos ossos da pelve se tornam frouxos. A força da gravidade juntamente com as contrações uterinas e os esforços de puxos causa a separação dos ossos pélvicos, o sacro balança para traz e a saída do canal do parto fica aumentada. Para os autores, se a parturiente está deitada em decúbito dorsal, o peso do seu corpo impede que essa mudança aconteça.

Polden e Mantle (2000) ressaltam que devido a anteroversão do útero durante as contrações do primeiro estágio do parto, muitas mulheres sentem vontade de inclinarem-se para frente.

Na fase de latência (*ibid*), a parturiente pode caminhar ou ficar de pé. Ereta a gestante terá contrações mais eficientes, regulares e freqüentes e a ação da gravidade alinhará o feto com o ângulo pélvico. Para os autores, essa posição reduz o tempo de trabalho de parto e, principalmente, a dor e a necessidade de fármacos. Robertson (2000) acredita que, estando de

pé ou caminhando, as contrações são mais frequentes, porém menos dolorosas. Sabatino *et al.*(2000) e Enning (2000) completam dizendo que na vertical a gravidade dirige o feto e o líquido amniótico para baixo, cooperando também com a dilatação do colo do útero e a bacia materna fica com maior circunferência (fig. 1).

Segundo Robertson (2000), uma boa alternativa para a posição vertical, é a mulher ficar de pé pendurada em seu companheiro (fig. 2), a fim de permitir que ela relaxe totalmente. Refere que para ficar de pé a parturiente deve manter seus joelhos dobrados e as pernas afastadas para alargar sua base de sustentação da mulher (fig.3).



Fig.1. Fonte: POLDEN, Margaret; MANTLE, Jill. **Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia**. 2 ed. São Paulo: Santos, 2000. p.186.



Fig.2 e 3. Fonte: SIMKIN, Penny; ANCHETA, Ryth. **The labor progress handbook**. Oxford: Blackwell Science, 1999. p. 60.

Branden (2000) e Balaskas (1993) afirmam que a posição de cócoras é conhecida como a posição fisiológica. Essa postura determina a pressão máxima dentro da pelve, exige um mínimo de esforço muscular, promove relaxamento do períneo e uma boa oxigenação fetal, assim como aumenta cerca de 30% o ângulo do períneo, facilitando a descida fetal. Simkin e Frederick (2000) dizem que essa posição alivia muito as dores nas costas.

Para Robertson (2000) uma variação da posição de cócoras, é a abaixada na qual a mulher pode pendurar-se em algo, alongando assim o seu corpo, tendo as mesmas vantagens que estar de cócoras (fig. 4).

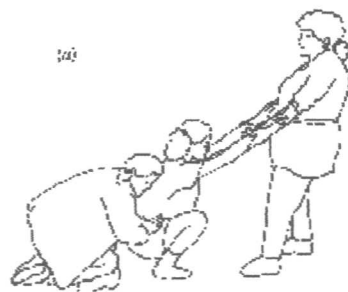


Fig. 4. Fonte: SIMKIN, Penny; ANCHETA, Ryth. **The labor progress handbook**. Oxford: Blackwell Science, 1999. p.101.

Simkin e Frederick (2000) explicam que a parturiente pode pôr-se apoiada nos joelhos e mãos (fig. 5) e alternar esta posição de forma a ficar ajoelhada (fig.6) ou sentada com as pernas bem abertas (fig.7), inclinando o tórax para frente, apoiando-se em algo ou alguém, a fim de aliviar a tensão nos pulsos e nas mãos. Para Odent (2002b) quando a mulher apoiada nas mãos e nos joelhos, uma de suas pernas geralmente está mais alta que a outra ou um dos lados do corpo mais para frente, facilitando o movimento espiral da cabeça do feto na pelve necessário para a descida do mesmo. Simkin e Frederick (2000) referem que essas posturas também reduzem a pressão na pelve, o que pode ser desejável em caso de um prolapso de cordão e de trabalhos de parto adiantados, quando as dores são fortes, as contrações

freqüentes e não há progressão da dilatação. Na última situação, as autoras sugerem que a permanência da mulher nesta posição por 30 a 45 minutos pode ajudar a reposicionar o feto.



Fig. 5, 6 e 7. Fonte: POLDEN, Margaret; MANTLE, Jill. **Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia**. 2 ed. São Paulo: Santos, 2000. p.184-186.

Polden e Mantle (2000), Odent (2002b) e Simkin e Frederick (2000) afirmam que a posição genupeitoral, ajoelhada com o tórax totalmente inclinado apoiado somente em algumas almofadas no chão, é útil nos casos em que a cérvix dilata de maneira desigual, quando o colo anterior permanece entre a parte que se apresenta e o púbis. Essa posição ajuda a eliminar essa deformidade. Os autores referem também que nos casos de fetos com apresentações posteriores, situação que torna o parto mais difícil, essa posição é útil por facilitar a rotação do feto na pelve (fig. 8).



Fig. 8. POLDEN, Margaret; MANTLE, Jill. **Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia**. 2 ed. São Paulo: Santos, 2000. p.185.

Bachman (2002) concorda com os autores acima que ficar ajoelhada com o tórax inclinado, a posição de quatro apoios e a genupeitoral são eficientes nos casos de

apresentações posteriores e acrescenta que deitar em decúbito lateral também é útil. Explica que essas posturas promovem o relaxamento da mulher e a produção de ocitocina, ajudando então o feto a rotar.

Quando é necessário que a mulher se mantenha deitada, esta deve permanecer em decúbito lateral esquerdo, pois as alterações da frequência cardíaca fetal são menos frequentes, podendo até em alguns casos ser corrigida (NEME, 1995). Outra razão para se manter nesta posição é que o débito cardíaco e o volume sistólico estão reduzidos no decúbito dorsal devido à compressão da veia cava inferior pelo útero grávido. O autor refere que, se a mulher manter-se em decúbito dorsal elevado, aumenta a oxigenação fetal, aumenta a intensidade e diminui a frequência das contrações.

Segundo Santos (1999) faz parte dos cuidados de enfermagem estimular a parturiente à atividade física, porém respeitando sempre a sua vontade, desde que essa atividade não interfira no bem estar materno e fetal. O sono e o repouso devem ser recomendados caso o trabalho de parto tenha seu início a noite ou enquanto não ocorre a evolução, numa forma de preparar a mulher para a fase que lhe será exigida mais energia.

Com base em todas as afirmações acima, penso que a enfermeira, antes de estimular a parturiente à atividade física durante o trabalho de parto, deve saber avaliá-la corretamente. Ou seja, deve verificar se essa parturiente não é portadora de hipertensão ou outra patologia que impeça sua saída do leito, se os sinais vitais estão dentro dos padrões da normalidade, se está fazendo uso de medicações analgésicas ou sedativas. Também é fundamental verificar a integridade das membranas ovulares e a progressão da apresentação a fim de evitar um prolapso de cordão. Não esquecer também de avaliar sinais e sintomas de parto iminente.

CONSIDERAÇÕES

O parto é um momento de celebração e alegria, no qual emergem vários sentimentos como medo, insegurança e desamparo (MACHADO, 1998). Entre os medos que podem estar presentes neste processo está o da dor do parto.

A dor no parto envolve fenômenos fisiológicos que sofrem influências psicológicas, culturais, da evolução do trabalho de parto, como também da paridade, da ansiedade, da fadiga, do mecanismo de enfrentamento da mulher, do tamanho e da posição do feto.

Segundo Gurgel *et al.* (1997), culturalmente, às meninas é dito que o parto é um processo doloroso. Contudo, para algumas mulheres, a dor é tão natural e inerente ao processo de parturição que a sua presença é fundamental para que elas se sintam realmente mães (GUALDA, 1993).

Mulheres de todas as culturas sentem dor durante o trabalho de parto, o que varia é a resposta frente à dor. Algumas mulheres descrevem a dor do parto como insuportável, o que pode determinar sua escolha quanto ao tipo de parto, outras nem saberão dizer se sentiram dor.

A dor é expressa de diferentes maneiras, ou seja, pode ser verbalizada ou evidenciada através de expressões faciais, resmungos, aumento da tensão arterial, da frequência cardíaca e respiratória, desejo de toque e companhia ou retração, irritabilidade e resistência ao toque. Portanto, a enfermeira deve conhecer as diferentes expressões de dor a fim de prestar o cuidado adequado.

No primeiro período do parto, a dor é conhecida como visceral, causada pelas contrações, mudanças cervicais e isquemia uterina. Neste momento, a dor se dá principalmente pelo processo de apagamento e dilatação cervical que é consequência da distensão, tração e laceração das estruturas pélvicas na contração.

Essa dor promove um desgaste físico e emocional gerados através da tensão e do estresse o que pode resultar na instabilidade materno – fetal e no aumento do número de cesareanas. A dor pode causar também uma sobrecarga respiratória, metabólica e circulatória o que refletirá no recém nascido.

O alívio da dor beneficia a parturiente e o feto diminuindo o desgaste físico e emocional através da estabilidade materno fetal, promove a postura ativa da mulher no processo de parturição e diminui o índice de cesarianas.

Essa tecnologia também está relacionada ao uso de métodos para o alívio da dor durante o trabalho de parto. De acordo com a OMS (1996), um dos papéis do profissional de saúde é ajudar a mulher a suportar a dor durante o trabalho de parto.

Estudos comprovam que o contato físico ajuda a aliviar dores, medos e tensões, como também diminui a necessidade de analgésicos e anestésicos. A pele é um órgão sensorial que, quando estimulada, contribui para que o organismo reaja como um todo através de alterações neurais, glandulares, musculares e mentais.

O toque proporciona confiança, carinho, promove a aproximação entre pessoas, é um instrumento facilitador para a criação do vínculo entre enfermeira / cliente. Através do toque a enfermeira se faz presente, no entanto, deve saber que cada ser tem seu espaço individual, que deve ser respeitado. Para realizar o toque na mulher é necessário reconhecer as expressões, verbais e não verbais, que demonstram o consentimento ou não do toque.

O toque faz parte do cotidiano da enfermagem, visto que em algum momento do processo de cuidar o cuidado e o cuidador irão se tocar, ou para a realização de uma tarefa, toque instrumental, ou para demonstrar afetividade, toque expressivo. O toque instrumental faz parte do dia a dia da enfermagem. Será que os profissionais das maternidades conhecem que o toque expressivo pode aliviar a dor? Será que têm consciência do poder de suas mãos?

Cabe ao enfermeiro buscar esse conhecimento e divulgá-lo junto aos profissionais que atuam nas maternidades, visando sensibilizá-los a realizar o toque expressivo na parturiente com dor.

Outro método não farmacológico de alívio da dor é a água. Ela tem poder revigorante, age no portal da dor, diminuindo a sensação dolorosa, provocando um relaxamento gradual da gestante. A água morna reduz a tensão e relaxa os músculos, diminui a ansiedade e, na fase de dilatação, possui poderoso efeito analgésico. Portanto, banhos de banheira ou de chuveiro podem ser oportunizados à parturiente visando a promoção conforto.

Observou-se que o banho na banheira é mais referenciado na literatura estrangeira e que, no Brasil, está presente em clínicas de parto particular. Talvez elas não existam em instituições que tenham convênio com o Sistema Único de Saúde devido a grande demanda de parturientes. Já o banho de chuveiro é mais referenciado na literatura brasileira, sendo realizadas pesquisas em que as mulheres comprovam seu efeito na promoção do conforto.

Em nosso meio, o banho de chuveiro é uma prática que tem por objetivo a higiene da parturiente. Sendo um método de baixo custo chuveiro que está presente em todas instituições porque não usá-lo para o alívio da dor? Será por desconhecimento dos profissionais ou será que as rotinas das maternidades não permitem que a parturiente saia do leito?

A medicalização do processo de nascimento restringiu a mulher no leito. Verificou-se neste estudo que a liberdade de movimentação da parturiente diminui a dor, promove o conforto e faz com que a mulher se sinta ativa durante o trabalho de parto. Então porque não é permitido que a mulher vivencie o trabalho de parto na posição desejada, fora do leito? Porque as mulheres ficam restritas ao leito? Será que as rotinas hospitalares são superiores às necessidades das parturientes? Acredita-se que enfermeira deve promover a movimentação da paciente no leito e fora dele, orientar sobre as vantagens da saída do leito assim como deve permitir que a parturiente escolha a posição durante o trabalho de parto, desde que não haja contra-indicações materna ou fetal.

Outro método de alívio da dor é a permanência de acompanhante junto da parturiente, o que também é recomendado pela OMS (1996). A presença constante de um acompanhante torna a mulher mais forte, segura, amparada, diminui a dor e a ansiedade; ela adota um comportamento mais cooperativo. O apoio psicológico torna o trabalho de parto uma experiência menos traumática.

Se a mulher não possuir acompanhante, a enfermeira deve assumir esse papel, dedicando-se inteiramente a parturiente nos momentos em que estiver com ela para que essa companhia seja realmente eficaz. É importante ressaltar que a presença de um acompanhante não descarta a presença do profissional de saúde. Esse deve se mostrar disponível, a fim de promover a segurança do casal. Infelizmente, a presença contínua de um acompanhante com a parturiente não é rotina em nossas maternidades. As mulheres, quando chegam ao hospital, na maioria das vezes, são separadas das pessoas que lhe dão segurança. Isso gera angústia, medo, tensão e, conseqüentemente, dor.

O Ministério da Saúde afirma que o alívio da dor faz parte do processo de humanização do parto (BRASIL 2001).

Os quatro métodos apresentados neste estudo podem ser utilizados desde que a parturiente seja esclarecida sobre os seus efeitos e esteja de acordo. Eles podem ser aplicados de forma combinada ou individual, conforme aceitação da parturiente.

É preciso mudar a cultura de que o profissional de saúde é o centro das atenções no processo de nascimento e de que o cuidado à mulher seja realizado somente sob a ótica do cuidador. Por isso, a enfermeira deve questionar as rotinas e sua fundamentação, manter seus conhecimentos científicos atualizados, realizar pesquisas que contribuam para ampliar o saber da enfermagem, como as relacionadas aos métodos de alívio da dor, assim como deve ter habilidade de comunicação para conhecer as expectativas das parturientes em relação ao

cuidado durante o parto. Certamente essas atitudes repercutirão na promoção do bem estar da parturiente e, conseqüentemente, na humanização do parto e nascimento.

REFERÊNCIAS

- ARMELLINI, Cláudia Junqueira. **Resgatando a palavra das mulheres: o acolhimento na parturição**. Porto Alegre, 2000. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2000.
- AVILA, Ângela A. **Socorro, doutor! Atrás da barriga tem gente**. São Paulo: Atheneu, 1998.
- BACHMAN, Jean B. Manejo do desconforto. *In*: LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E.; BOBAK, Irene M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002. cap.13, p. 314 – 335.
- BALASKAS, Janet. **Parto ativo: guia prático para o parto natural**. São Paulo: Ground, 1993.
- BECKER, Bruce; COLE, Andrew. **Terapia aquática moderna**. São Paulo: Moderna, 2000.
- BLOOM, Steven L. *et al.* Ausência de efeito de caminhar no trabalho de parto e parto. **Revista GO Atual**. São Paulo, n.10, p.70-71, outubro 1998.
- BORNIA, Rita B. R. G. Fases clínicas do parto. *In*: FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA. **Tratado de obstetrícia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. cap. 15, p. 227 – 232.
- BRANDEN, Pennie Sessler. Conforto e apoio durante o trabalho de parto e nascimento. *In*: _____. **Enfermagem materno infantil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2000. cap. 10, p.219-240.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001.
- BRASIL, Carla *et al.* Cartaz sobre acompanhante no parto. *In*: CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO. 2000, Fortaleza, **Resumos de trabalhos**. Fortaleza: 2000. p.82.
- BUOGO, Miriam. **Toque: um olhar sobre o encontro de cuidado**. Porto Alegre, 2000. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2000.
- BURROUGHS, Arlene. **Uma introdução à enfermagem materna**. 6.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995
- CECCATO, Sílvia R. ; VAN DER SAND, I. D. P. O cuidado humano como princípio da assistência de enfermagem à parturiente e seus familiares. **Revista de Enfermagem** (on line), Goiânia, v.3, n.1, jan./jun. 2001. Disponível em <www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em 10/09/2002.
- CHAVES, Itagyba M. M. *et al.* **O anestesiológico no parto humanizado**. Confederação Latino- Americana das Sociedades de Anestesiologia. Comitê de Sub-especialidade de

Anestésias em Obstetrícia. Disponível em <<http://www.anestesiologia.com.br>>. Acesso em 10/11/2002.

COLLAÇO, Vânia S. **Parto vertical**: vivência do casal na dimensão cultural no processo de parir. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

COMITÊ DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA DO PARANÁ. Secretaria de Saúde do Paraná. O parto humanizado: direito da mulher. Paraná: [1999] **1 folder**.

CONKLIN, Kenneth. Analgesia e anestesia obstétrica. HACKER, N.; Moore, J. G. **Fundamentos de ginecologia e obstetrícia**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. cap.12. p.96-104.

DALLA VIA, Gudrun. **Hidroterapia**: a cura pela água. Lisboa: Estampa, 1997.

DAVIM, Rejane M. B.; MENEZES, Rejane M. P. Assistência ao parto normal no domicílio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.6, nov. 2001. Disponível em <http://www.bireme.br>. Acesso em: 10 novembro de 2002.

DAVIS, Phyllis K. **O poder do toque**. São Paulo: Circulo do Livro, 1993

DOMINGUES, Rosa. **Suporte emocional no parto**. In: CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO. 2000, Fortaleza, Resumos de trabalhos. Fortaleza: 2000. p.31.

ENNING, Cornelia. **O parto na água**: um guia para pais e parceiros. São Paulo: Manole, 2000.

FURLANI, Dionice; SANTOS Vânia S. C. Percepções das mulheres /acompanhantes face à oportunidade de vivenciarem juntos o processo de parir na maternidade do HU-UFSC. In: CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO. 2000, Fortaleza, **Resumos de trabalhos**. Fortaleza: 2000. p.83.

GÊNESIS 3.16. In: **A bíblia sagrada**: antigo e novo testamento. Rio de Janeiro: Sociedade Bíblica do Brasil, 1969.

GIL, Antonio C. O delineamento da pesquisa. In: _____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999. cap. 6, p.70-80.

GUALDA, Dulce M. R. **Eu conheço minha natureza**: um estudo etnográfico da vivência do parto. São Paulo: Escola de Enfermagem, USP, 1993. 238p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

GURGEL, Almerinda H. *et al.* O fenômeno da dor no trabalho de parto: depoimentos de parturientes. **Revista Baiana de Enfermagem**. Bahia, v.10, n.1/2, p. 95-105, abr./out. 1997.

GUYTON, Arthur C. **Fisiologia médica**. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

JONES, Carl. **Gravidez e paranormalidade**: nove meses de intuições e percepções. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1997.

- KABLER, Jan. Water immersion during labor and birth. *In*: NICHOLS, Francine H.; HUMENICK, Shannon Smith. **Childbirth education: practice, research and theory**. 2.ed. USA: Saunders company, 2000. cap. 16. p. 284-294.
- LARGURA, Marília. **Assistência ao parto no Brasil: aspectos espirituais, psicológicos, biológicos e sociais**. São Paulo: [s. n.], 1998.
- LAWSON, Jack. **Endorfinas: a droga da felicidade**. Blumenau: Eko, 1998.
- LEÃO, Miriam R.C.; BASTOS, Marisa A. R. “Tendo uma pessoa do lado, a gente fica muito mais forte... a dor até diminui”: estudo etnográfico sobre parturientes acompanhadas por “doulas”. *In*: CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO. 2000, Fortaleza, **Resumos de trabalhos**. Fortaleza: 2000. p.80.
- LEITÃO, Luzeni R. G. Não basta apenas ouvir é preciso escutar. **Saúde em Debate**. n.47, p. 46-49, jun. 1995.
- LIMA, Gelvani I. F. Introdução ao trabalho de parto. *In*: BAGESIO, Diógenes L. et al. **Manual de obstetrícia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. cap.14, p. 71-75.
- LUDWIG-BEYMER, Patti. Transcultural aspects of pain. *In*: Andrews Margaret. M., Boyle J. S. **Transcultural aspects in nurse**. 2.ed. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1995. p.301-322.
- MACHADO, Emerson de Godoi, **Gestação, parto e puerpério: uma visão holística**. 2.ed. Belo Horizonte: Aurora, 1998.
- MACHADO, Wiliam C. A.; FIGUEIREDO, Nebia M. A. O toque no cuidado de enfermagem. **Revista Enfermagem Atual**. Rio de Janeiro, n. 5, v.1, p.24-28, nov./dez. 2001.
- MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da gravidez**. 15.ed. São Paulo: Saraiva, 2000.
- MEDINA, Edymara T. Impacto do banho morno na redução do tempo de trabalho de parto. *In*: CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO. 2000, Fortaleza, **Resumos de trabalhos**. Fortaleza: 2000. p.76.
- MEIRA, Adailton Salvatore. Introdução à edição brasileira. *In*: BALASKAS, Janet. **Parto ativo: guia prático para parto natural**. São Paulo: Ground, 1993. p. 16-18.
- MEIRA, Adailton S. Trabalho de parto y parto bajo el agua. *In*: SIMPOSIUN INTERNACIONAL DE PARTO BAJO EL AGUA, 1, 1999. Disponível em: <<http://www.maternatura.com.br>>. Acesso em 10 de novembro de 2002.
- MEYER, Dagmar E. *et al.* **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- NASCIMENTO, Maria da Graça P. *et al.* Vivenciando o processo do nascimento. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v.6, n.1, p.157-167, jan./abr. 1997.
- NEME, Bussâmara. **Parto: assistência**. *In*: _____. **Obstetrícia básica**. São Paulo:

Sarvier, 1995. Cap 20. p 137-155.

NOGUEIRA, Maria Isabel *et al.* A humanização no atendimento ao pré, trans e pós-parto. **Enfermagem Atual**. Rio de Janeiro, n. 4, v.1, p.31-34, jul./ago. 2001.

OCHIALI, Ângela M.; GUALDA, Dulce M R. O banho de chuveiro como medida de alívio da dor no trabalho de parto. *In:* CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO. 2000, São Paulo, **Resumos de trabalhos**. Fortaleza: 2000. p.75.

ODENT, Michel. **A cientificação do amor**. Florianópolis: Saint Germain, 2002a.

ODENT, Michel. **O renascimento do parto**. Florianópolis: Saint Germain, 2002b.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra, 1996. (OMS/SRF/MSM/96.24).

PANONT, Kelly *et al.* Opção ou imposição: motivos da escolha da cesárea. *In:* SEMINARIO ESTADUAL QUALIDADE DE ASSISTENCIA AO PARTO: CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM, 2, 1999, Curitiba, **Síntese**, Curitiba: Associação Brasileira de Enfermagem-Seção Paraná, 1999. p.35.

PASSADORI, Viviane. **Avaliação da dor no trabalho de parto e parto**. São Paulo: USP, 2001. (Monografia).

PEREIRA, Raquel R. **Analgesia de parto: uma nova visão**. Disponível em <www.anestesiologia.com.br>. Acesso em 10/11/2002.

PIMENTA, Cibele A. M.; CRUZ, Dina, A. L. M. Avaliação da dor: fundamentos teóricos e análise crítica. **Revista de Medicina**. São Paulo, n.78, p.85-114, 1999.

PIMENTA, C. A. M.; PORTNOI, A. G. Dor e cultura. *In:* CARVALHO, M. M. J. **Dor: um estudo multidisciplinar**. São Paulo: [s.n.], 1999. p. 159 – 173.

PINTO, Cleusa M. S. *et al.* O toque como elemento de comunicação parturiente/enfermeiro obstetra durante a assistência no pré-parto. **Nursing-revista técnica de enfermagem**. Barueri, n.47, p. 31-34, abril /2002.

POLDEN, Margaret; MANTLE, Jill. **Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia**. 2.ed. São Paulo: Santos, 2000.

POLISUK, Julio; GOLDFELD, Sylvio. **Pequeno dicionário de termos médicos**. 4.ed. São Paulo: Ateneu, 2000.

RESENDE, Lodia B. *et al.* A parturiente e o acompanhante- primeiro passo para o parto humanizado. *In:* CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO. 2000, São Paulo, **Resumos de trabalhos**. Fortaleza: 2000. p.81.

REZENDE, Jorge; ADEODATO FILHO, J. Mecanismo do parto. *In:* REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap. 14, p.316-325.

REZENDE, Jorge. O parto: estudo clínico. *In:* _____. **Obstetrícia**. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap. 15, p.326-349.

ROBERTSON, Andréa. **The midwife companion: the art of support during birth**. Australian: ACE Graphics, 2000.

SABATINO, Hugo *et al.* Prólogo. *In:* _____. **O parto humanizado**. 2.ed. São Paulo: Unicamp, 2000. cap.1, p.17-27.

SAITO, Emília. GUALDA, Dulce M. R. O profissional de saúde frente a vivência da dor de parto pela mulher. **Revista Técnica e Científica de Enfermagem**. Curitiba, v.1, n.1, p. 31-36, jan./fev. 2003.

SANTOS, Odaléa M.B. Sinais e sintomas do trabalho de parto. *In:* OLIVEIRA, Maria E. *et al.* **Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais**. Florianópolis: UFSC, CCS,1999.

SILVA, Ana Gracinda I. **Satisfação do usuário e a qualidade da assistência de enfermagem**. Belém: Imprensa Oficial do Estado, 1999.

SILVA, Maria Julia P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. São Paulo: Gente, 1996.

SIMKIN, Penny; FREDERICK, Eileen. Labor support. *In:* NICHOLS, Francine H.; HUMENICK, Shannon Smith. **Childbirth education: practice, research and theory**. 2.ed. USA: Saunders company, 2000. cap. 18. p. 307-341.

SIMÕES, Sonia. M. F. **O ser parturiente: um enfoque vivencial**. Niterói: EDUFF; 1998.

SIMÕES, Sonia M. F.; SOUZA, Ivis E. O. Parturição: vivências de mulheres. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v.6, n.1, p.168-180, jan./abr. 1997

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. Controle da dor. *In:*_____ **Brunner & Suddarth: enfermagem médico-cirúrgica**. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap.13, p.158-176.

STEFANELLI, Maguida C. **Comunicação com o paciente**. 2 ed. São Paulo: Robe, 1993.

SZEJER, Myriam; STEWART, Richard. **Nove meses na vida de uma mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

TAVEIROS, Walkiria. Assistência ao parto humanizado. *In:* SEMINARIO ESTADUAL QUALIDADE DE ASSISTENCIA AO PARTO: CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM, 4, 2001, Curitiba, **Síntese**, Curitiba: Associação Brasileira de Enfermagem- Seção Paraná, 2001. p.61.

YAMASHITA, Americo M. GOZZANI, Judymara L. **Anestesia em obstetrícia**. São Paulo: Atheneu, 1997.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano: o resgate necessário.** Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.