



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS**  
**CAMPUS ARAPIRACA**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA - CEEO**  
**REDE CEGONHA**

**FLORICÉLIA LOPES DA COSTA LEITE**

**MANEJO DOS MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO**  
**DA DOR NO TRABALHO DE PARTO E PARTO PELA EQUIPE DE**  
**ENFERMAGEM**

**ARAPIRACA – ALAGOAS**

**2015**

FLORICÉLIA LOPES DA COSTA LEITE

**MANEJO DOS MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO  
DA DOR NO TRABALHO DE PARTO E PARTO PELA EQUIPE DE  
ENFERMAGEM**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – CEEO/ Rede Cegonha, da Escola de Enfermagem da Universidade de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Sandra Taveiros de Araújo

**ARAPIRACA**

**2015**

FLORICÉLIA LOPES DA COSTA LEITE

**MANEJO DOS MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO  
DA DOR NO TRABALHO DE PARTO E PARTO PELA EQUIPE DE  
ENFERMAGEM**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – CEEO/ Rede Cegonha, da Escola de Enfermagem da Universidade de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Sandra Taveiros de Araújo

APROVADO EM: 27 de novembro de 2015.

---

Sandra Taveiros de Araújo  
Orientadora

---

Rosa Patrícia Gomes Tenório Omena Rodrigues  
Professora

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por ter me concedido a oportunidade de concluir mais um curso de especialização e de conviver com pessoas essenciais que me ajudaram a superar os momentos difíceis;

Aos meus pais, Augusto e Josefa, pela vida e por guiar-me num caminho reto, mostrando-me, mesmo inocentemente, que estudar é a chave para o sucesso;

A Alex, meu esposo, que mesmo sem aceitar minha ausência soube me apoiar com palavras de incentivo e carinho;

Ao amado filho Amábilio, por entender (às vezes sim, às vezes não), que mamãe estava longe de casa estudando em busca de dias melhores;

Aos irmãos que Deus colocou na minha vida, que se tornaram meus grandes amigos, em ESPECIAL, Neto, Fatima, Flaviana, Francineide e Fernando. Pessoas que me apoiam, me divertem, me dão conselhos, que brigam comigo, mas que querem somente o meu bem. Muito obrigada por serem os meus “super amigos”. Amo muito vocês.

À Sandra Taveiros e Nirliane Ribeiro, que se mostraram disponíveis a colaborar com a construção deste trabalho, incentivando-me a buscar e contribuindo com suas intervenções oportunas. Muito orgulho de vocês!

A coordenação Geral, de Enfermagem e especialmente a equipe de enfermagem do Centro Obstétrico do Hospital Regional Dr. Clodolfo Rodrigues de Melo pela recepção e oportunidade para desenvolver este estudo;

Às novas amigadas construídas nesta longa jornada, especialmente: Monika, Tássia, Polyana, Patrícia, Adalice, Kamylla e todas as preceptoras que me acolheram com tanto carinho;

Aos amigos de sempre, por segurarem a barra durante minhas saídas para estudos, sem queixas nem reclamações, especialmente Aninha, Dona Angela, Dany, Zizi e Maya.

Muito obrigada!

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A capacidade natural de parir da mulher lhe é conferida através dos séculos da evolução humana. Promover o conforto e a satisfação da parturiente é uma das tarefas mais importantes dos provedores de cuidado. Assim, a assistência humanizada, é vista como uma prioridade no cuidado a parturiente. Recomenda-se que para promoção de uma atenção integral, sejam utilizadas as boas práticas na assistência obstétrica, dentre elas, os métodos não farmacológicos para alívio da dor – MNFAD - técnicas essas classificadas como claramente úteis e que devem ser estimuladas. Assim se faz relevante responder ao seguinte questionamento: como estão sendo adotadas as boas práticas obstétricas relacionadas a utilização de MNFAD? **OBJETIVO:** Diagnosticar como estão sendo adotadas as boas práticas obstétricas relacionadas aos MNFAD pela equipe de enfermagem. **MÉTODO:** Estudo do tipo relato de experiência de uma intervenção surgido a partir do Projeto Aplicativo que identificou 9 (nove) macroproblemas a serem trabalhados, selecionando-se como nó crítico – *Insuficiência de Boas Práticas Obstétricas*, tendo como cenário e estudo o Centro Obstétrico de uma maternidade pública e de Risco Habitual, localizada no Agreste Alagoano, participante do Projeto REDE CEGONHA/MS. A população/amostra foi composta por 20 profissionais da equipe de Enfermagem, diretamente envolvidos com o cuidado da parturiente no TP e parto, que foram observados em sua prática cotidiana, no período de setembro a novembro de 2015. Para tanto foi desenvolvida atividades de educação em serviço dirigidas, abordando as temáticas: fisiologia do trabalho de parto e parto, a importância do acompanhante neste processo, benefícios dos métodos não farmacológicos para alívio da dor e a assistência de enfermagem no TP e parto a luz das evidências científicas. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os participantes tinham prévio conhecimento sobre os MNFAD, contudo, foi possível visualizar o não uso frequente dos mesmos em todas as parturientes, tendo em vista a demanda de gestantes, recursos humanos disponíveis e as responsabilidades diárias, como obstáculos para uma assistência integral e de acordo com o que recomenda o Ministério da Saúde (MS). **CONCLUSÃO:** A educação em serviço mostrou-se uma importante ferramenta para ampliar o conhecimento dos profissionais da equipe de enfermagem sobre a relevância das boas práticas obstétricas relacionadas com a aplicação dos MNFAD no cenário desse estudo.

**DESCRITORES:** Trabalho de parto. Parto. Humanização. Enfermagem obstétrica.

## ABSTRAT

**INTRODUCTION:** The natural ability to give birth woman conferred on it throughout the centuries of human evolution. Promote comfort and satisfaction of the mother is one of the most important tasks of the care providers. Thus, the humanized care, is seen as a priority in the care the mother. It is recommended that to promote a comprehensive care, good practices are used in obstetric care, among them, the non-pharmacological methods for pain relief - MNFAD - Technical those classified as clearly useful and should be encouraged. So is relevant answer the following question: how are being taken good obstetric practices related to the use of MNFAD? **OBJECTIVE:** To diagnose how they are being taken good obstetric practices related to MNFAD by the nursing staff. **METHOD:** Brand Study experience report of a sprung intervention from the Application Project which identified nine (9) macro-problems to be worked, by selecting as a critical node - Failure of Good Obstetric Practice, with the setting and study the Obstetric Center a public and Habitual risk maternity, located in Alagoas Agreste, NETWORK Project participant STORK / MS. The population / sample was composed of 20 professionals of nursing staff directly involved with the care of the mother in childbirth and TP, which were observed in their daily practice, from September to November 2015. For that was developed education activities service driven, addressing the themes: the physiology of labor and delivery, the importance of accompanying this process, benefits of non-pharmacological methods of pain relief and nursing care in childbirth TP and the light of scientific evidence. **RESULTS AND DISCUSSION:** Participants had prior knowledge of the MNFAD, however, was able to see the infrequent usage in all the patients, considering the demand of pregnant women, available human resources and daily responsibilities, as obstacles to assistance full and according to what recommended the Ministry of Health (MOH). **CONCLUSION:** The service education proved to be an important tool to increase knowledge of the nursing team professionals on the importance of good obstetric practices relating to the application of MNFAD in the scenario of this study.

**DESCRIPTOS:** Labor Childbirth. Childbirth. Humanization. Obstetric Nursing.

## CONTEÚDO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>07</b>
<b>2.</b>	<b>PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>3</b>	<b>APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>4.</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>11</b>
<b>5.</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>12</b>
<b>5.1</b>	<b><i>ESTRATÉGIAS PARA ALÍVIO OU DIMINUIÇÃO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO E PARTO.....</i></b>	<b>15</b>
5.1.1	<i>LIBERDADE DE POSIÇÃO E MOVIMENTO.....</i>	15
5.1.2	<i>ESTÍMULO AS POSIÇÕES NÃO-SUPINA.....</i>	16
5.1.3	<i>BANHO MORNO.....</i>	17
5.1.4	<i>BOLA SUIÇA.....</i>	17
5.1.5	<i>AROMATERAPIA.....</i>	18
5.1.6	<i>MUSICOTERAPIA.....</i>	18
5.1.7	<i>MASSAGEM CORPORAL.....</i>	18
5.1.8	<i>EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS.....</i>	19
<b>6.</b>	<b>PUBLICO ALVO.....</b>	<b>20</b>
<b>7.</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>21</b>
<b>7.1</b>	<b><i>GERAL.....</i></b>	<b>21</b>
<b>7.2</b>	<b><i>ESPECÍFICOS.....</i></b>	<b>21</b>
<b>8.</b>	<b>METAS.....</b>	<b>22</b>
<b>9.</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>23</b>
<b>9.1</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS.....</b>	<b>24</b>
<b>9.2</b>	<b>RECURSOS HUMANOS.....</b>	<b>24</b>
<b>9.3</b>	<b>CRONOGRAMA.....</b>	<b>24</b>
<b>9.4</b>	<b>ORÇAMENTO.....</b>	<b>24</b>
<b>10.</b>	<b>ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO.....</b>	<b>25</b>
<b>11.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>27</b>
	<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>28</b>
	<b>APÊNDICE.....</b>	<b>31</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Dar à luz de forma natural a um bebê saudável é uma das experiências mais intensas da vida de uma mulher. A boa vivência desse momento, a qualidade da atenção prestada durante a gravidez, o parto e o nascimento podem ter efeitos marcantes sobre a vida da mãe e do bebê. Assim, recomenda-se uma assistência humanizada ao parto e ao nascimento que se fundamente no respeito, na dignidade e autonomia das mulheres e das crianças (BRASIL, 2013).

O parto representa a etapa final da concepção onde o ser gerado iniciará uma vida independente do organismo materno. Promover o conforto e a satisfação da mulher neste momento está entre as tarefas mais importantes dos provedores de cuidado que devem valorizar o parto fisiológico e o uso adequado de tecnologias, priorizando assistência humanizada, que respeite sua individualidade e autonomia. (OSORIO et al, 2014).

A assistência a essas mulheres, na maioria das vezes, envolve suporte emocional, contato físico com a finalidade de dividir o medo, dor, stress e ansiedade, somando forças e estimulando positivamente a parturiente nesse momento ímpar, pois a dor e a duração do trabalho de parto e parto sofrem influências pessoais. (AMORIM, 2012).

Uma das sensações mais experimentadas e temidas pelo ser humano é a dor. É uma experiência desagradável e universal, a que todos estão sujeitos. A dor envolve vários componentes: sensoriais, afetivos, cognitivos, sociais e comportamentais. (DIAS apud BUENO, 2006).

Apesar do trabalho de parto ser considerado uma ocorrência fisiológica, é um dos fenômenos dolorosos mais intensos, experimentado pelas mulheres, se assemelhando a amputação de um dedo. Autores apontam ser influenciada por inúmeros fatores, incluindo o tamanho e a posição fetal, a força das contrações uterinas, o ambiente, o estado físico e psicológico, a experiência da gravidez e o processo do nascimento. (MELZACK, FICHUBURNE apud BUENO, 2006),

Assim, frente a estas observações e respaldando-se nas proposições da humanização que fundamenta o novo modelo de cuidado no nascimento e parto, considera-se a dor do parto e o seu alívio é um dos indicadores merecedores de atenção especial. Para tanto, este processo requer, além do acompanhamento pelo parceiro, familiares ou amigos, as intervenções não farmacológicas associadas às informações recebidas pelas parturientes no seu preparo para o parto. (OSORIO et al, 2014).



Em 1996, com base nas evidências científicas sobre gravidez e parto, a Organização Mundial de Saúde (OMS), publicou recomendações para a assistência ao parto. Esse guia foi adotado como referência para implantação do parto humanizado nos serviços de saúde, pois trouxe uma discussão das práticas obstétricas vigentes e recomendadas, com base nas melhores evidências científicas (OMS, 1996).

Com estas medidas, busca-se a humanização do atendimento, aqui compreendida como um conjunto de práticas que visam a promoção do parto e nascimento saudáveis e a prevenção da mortalidade materna e perinatal, incluindo o respeito ao processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento. (OMS, 1996).

Assim, as intervenções não farmacológicas são opções a substituírem, na medida do possível, os anestésicos e analgésicos durante o trabalho de parto e parto. É essencial que cuidados não farmacológicos de alívio da dor sejam explorados, por serem mais seguros e acarretarem menos intervenções (SESCATO, SOUZA, WAL, 2008).

A implantação destes métodos pela Enfermagem é fundamental para sua autonomia profissional e resgate das suas bases científicas. Observa-se no cotidiano da prática profissional da enfermagem que esses cuidados são pouco aplicados e não recebem a devida importância, mesmo sendo estes defendidos pelo movimento da humanização do parto. A seguir, destacam-se algumas MNFAD no trabalho de parto que serão foco deste estudo: Liberdade de posição e movimento, estímulo às posições não-supinas, banho morno, uso da bola suíça, aromaterapia, musicoterapia, massagem corporal e exercícios respiratórios.

Diante das abordagens supracitadas, o presente projeto de intervenção, busca contribuir para a sensibilização de profissionais de enfermagem. Espera-se que as atividades aqui propostas, possibilitem aos participantes atuarem como agentes de mudança em seus serviços, melhorando a qualidade da assistência e aumentando a satisfação das gestantes e familiares que buscam esse serviço.

## 2. PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO

O Brasil ainda apresenta um modelo de atenção ao parto centrado no modelo médico, com uso intensivo de tecnologia e resultados perinatais ainda inferiores aos dos países desenvolvidos. As taxas de cesariana estão entre as mais elevadas do mundo, sendo próximas a 90% em alguns serviços privados. Várias práticas reconhecidamente prejudiciais ainda são observadas nos serviços públicos e privados, enquanto outras, amplamente recomendadas pela OMS e Ministério da Saúde (MS), apresentam baixa implantação (ANS, 2008).

Observar a realidade vivenciada pelos profissionais de saúde e as usuárias do Centro Obstétrico do HRCRM, possibilitou a identificação de possíveis reestruturações nas ações já implementadas ou a efetivação de outras ainda não realizadas. Observou-se também o quanto é importante à equipe de saúde estar preparada para acolher a grávida, seu companheiro e família, respeitando todos os significados desse momento, pois, só esta forma de abordagem facilitará a criação de um vínculo mais profundo com a gestante, transmitindo-lhe confiança e tranquilidade. Além do que, a vivência desta mulher será mais ou menos prazerosa, mais ou menos positiva, mais ou menos traumática, a depender do estabelecimento deste vínculo (DAVIM; MENEZES, 2007).

Para que a assistência seja humanizada e o parto seja protagonizado pela mulher, é necessário extinguir a ideia de que o parto é um evento de risco, no qual as rotinas são voltadas para a redução do tempo de evolução do parto e preconizam a utilização de métodos farmacológicos para diminuição da dor, substituindo apoio físico e emocional, embora tragam mais riscos de um parto operatório e de complicações neonatais (MONGUILHOTT, 2013).

Assim, a questão norteadora deste estudo é: Como e quais MNFAD no TP e parto estão sendo disponibilizados à mulher parturiente na referida instituição de saúde pela equipe de enfermagem?

### 3. APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O Estudo foi desenvolvido no Centro Obstétrico do Hospital Regional Dr. Clodolfo Rodrigues de Melo, referência para gestação de Risco Habitual, localizado em Santana do Ipanema – AL, cidade do Sertão Alagoano (IPASSAUDE, 2010).

O município de Santana do Ipanema está localizado na região centro-oeste do Estado de Alagoas e se configura como polo de macrorregional de saúde, tendo uma população residente de 44.932 hab. conforme censo populacional IBGE/2010, limitando-se ao norte com Poço das Trincheiras e o estado de Pernambuco, a sul com os municípios de Carneiros, Olho d' Água das Flores e Olivença, a leste com Dois Riachos e a oeste com Senador Rui Palmeira e Poço das Trincheiras. A área municipal ocupa 437,80 km<sup>2</sup> (1,60% de AL), inserida na meso região Sertão Alagoano (MASCARENHAS et al, 2005).

Construído por meio de uma parceria entre o Ministério da Saúde, o Governo do Estado e a Prefeitura Municipal, a unidade é gerida pelo Instituto Pernambucano de Assistência e Saúde (IPAS). Atualmente é participante do Projeto REDE CEGONHA/MS e considerada referência não somente para a cidade, mas para toda região circunvizinha, pactuado com 21 municípios para assistência obstétrica, com um volume médio em torno de 160 partos por mês (IPASSAUDE, 2010).

A estrutura do Centro Obstétrico é composta de 06 salas, 01 das quais destinadas ao parto normal, 01 ao parto cirúrgico e 01 sala de recuperação pós-anestésica com 05 leitos, 01 sala para triagem e 01 secretaria. Dispõe também de 10 leitos para expectação. Esta estrutura conta com cerca de 20 profissionais de saúde que compõem uma equipe interdisciplinar composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, bioquímicos, biólogos, técnicos de enfermagem, de laboratório e de radiologia, os quais garantem o atendimento de parcela significativa de gestantes da Região do Sertão Alagoano.

O referido Hospital já se encontra inserido nos projetos da Rede Cegonha, do Ministério da Saúde, e busca a certificação de Hospital Amigo da Criança (IHAC) (IPASSAUDE, 2010).

#### 4. JUSTIFICATIVA

O parto é considerado um divisor de águas na vida da mulher, carregado de significados construídos e reconstruídos, a partir da singularidade e cultura da parturiente que transforma o cotidiano da mulher. Com o decorrer da história, o parto tornou-se um evento hospitalocêntrico, promovido por intensa medicalização e rotinas cirúrgicas, afastando a parteira da arte de partejar e tirando o domínio da mãe durante esse processo (MATOS, 2013).

Esse fato está atrelado a uma série de fatores, como o contexto social em que a mulher e sua família se encontram, o planejamento familiar e a atenção dispensada a parturiente pela equipe de saúde (MATOS, 2013). Nessa linha de pensamento, surgem novas propostas de atenção ao parto, centradas na mulher, em suas particularidades, direitos e vontades na perspectiva de substituir o modelo hegemônico focalizado nas intervenções médicas e no uso abusivo de tecnologias por um paradigma humanista cujo foco é a mulher atendida por meio de ações que contemple as diferenças sociais e culturais da população feminina (NAGAHAMA, 2008)

A partir das inquietações sobre a forma tecnológica e mecanicista que vem sendo abordado, e na busca pelo resgate do parto como um evento natural, com o mínimo de intervenções possíveis, entende-se que é fundamental para a mudança de paradigma que os partos sejam tratados com respeito, privacidade e segurança, e que os MNFAD sejam de fato inseridos na rotina do serviço.

## 5. REFERENCIAL TEÓRICO

Acredita-se na capacidade de parir que cada mulher carrega. Acredita-se na perfeição da natureza e nos milhares de anos de preparo para os mecanismos complexos do nascimento (ANS, 2008). Apoiando esta prática, OMS e o Ministério da Saúde (MS) têm apoiado estratégias de cuidado ao parto e ao nascimento que garantam uma atenção materno-infantil qualificada, humanizada e segura.

Em 1996, a OMS publicou o informe Maternidade Segura, que recomenda o uso de boas práticas na assistência obstétrica, classificando as recomendações em quatro categorias: práticas claramente úteis e que devem ser estimuladas; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão; práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (OMS, 1996).

A Organização das Nações Unidas (ONU), em 2000, estabeleceu oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), para tentar dar uma resposta aos grandes problemas mundiais que foram objeto de discussão nas conferências internacionais ocorridas na década de 1990. No Brasil, esses objetivos são tidos como oito maneiras de mudar o mundo, e entre as metas estabelecidas ressalta-se a quarta, reduzir a mortalidade infantil; e a quinta, melhorar a saúde das gestantes, diminuindo em três quartos, até 2015, a taxa de mortalidade materna (BRASIL, 2013).

Considerando os compromissos assumidos pelo país, foram formuladas políticas públicas a fim de atendê-lo. O MS instituiu o Programa Nacional de Pré-natal e Nascimento (PHPN) por meio da Portaria GM nº 569, de 1º de junho de 2000, que tem como objetivo primordial assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. Esse programa coloca a humanização da atenção obstétrica e neonatal como elemento primordial para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério (BRASIL, 2000).

Posteriormente ao PHPN foram criadas outras legislações, que buscaram garantir a humanização e qualificação do cuidado obstétrico e neonatal, ressaltando-se a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que institui a Rede Cegonha, reforçando a proposta do PHPN na adoção de estratégias destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da

qualidade da atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal, bem como na assistência à criança até dois anos de vida (FUJITA, 2014).

O Brasil tem se empenhado na criação de políticas públicas que visem à humanização e à qualidade da atenção obstétrica e neonatal. Contudo, percebe-se na prática a persistência do modelo tradicional, no qual as mulheres são submetidas às rotinas hospitalares, expropriadas de sua autonomia no processo de parturição e expostas a práticas sem evidências científicas que apoiem seu uso, muitas vezes desnecessárias e prejudiciais à saúde materna e infantil (FUJITA, 2014).

O cuidado humanizado no parto é uma busca crescente, tornando-se um tema bastante discutido e de muito interesse, ainda que os sentidos e finalidades dessa forma de cuidado seja um imenso desafio, pois implica que os profissionais da saúde estejam preparados e capacitados para prestar esta assistência à pacientes e aos seus acompanhantes, respeitando o significado desse momento (SILVA et al, 2013).

Talvez humanizar a assistência ao parto e nascimento pelas condições culturais e econômicas do nosso país ainda seja um sonho distante, mas acredita-se que, com um pouco de boa vontade dos profissionais, essa ideia possa ser aceita e implementada nas equipes de saúde, possibilitando uma melhor assistência à parturiente e ao neonato, em que sejam respeitados os valores éticos da profissão e os direitos e valores morais e culturais de cada cliente (MARQUES; DIAS; AZEVEDO, 2006).

Corroborando a ideia de humanização, GAÍVA et al apud MARQUES; DIAS; AZEVEDO, referem que “é imprescindível que a equipe compreenda o nascimento como um momento fisiológico e natural, que valorize a experiência humana, vendo a mulher e a família como centro do processo de atenção e fortalecendo-os como cidadãos”.

Intervenções desnecessárias, sem embasamento científico, devem ser evitadas, já que existe um grande corpo de evidências demonstrando que a facilitação do processo natural do nascimento, permitindo que ocorra de acordo com suas características normais, pode originar melhores resultados maternos e perinatais (BRASIL, 2014).

Uma das grandes lacunas da assistência à saúde no Brasil ainda é a ausência de uma filosofia de trabalho em equipe que proporcione resultados na melhoria dos indicadores de saúde, particularmente na assistência perinatal. Muitos resultados adversos relacionados à mortalidade e à morbidade materna e perinatal têm sua origem em um trabalho em equipe fraco e desarticulado (BRASIL, 2014).

Indubitavelmente, a maioria das mulheres parturientes é atormentada, entre outros motivos, pela dor incidida no parto e, esse temor pode afetar o bem estar tanto da parturiente

quanto da criança que nasce. A dor é classificada, pelo comitê de taxonomia da Internacional Association for the Study of Pain (IASP), como sendo uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano tecidual real ou potencial (MEDEIROS; GOMES, 2015).

No parto, a dor pode assumir características específicas envolvendo aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais, de modo a se diferenciar de outras dores. Pode ser definida como um fenômeno duplo: objetivo ou subjetivo, ou numa terceira via, com um fenômeno psicossomático. Em decorrência disso, diagnosticá-la e tratá-la torna-se uma questão bastante complexa, já que a experiência dolorosa associa-se a diversos fatores. (GOMES, 2015; GALLO, 2011).

Apesar de fisiológico, o trabalho de parto é caracterizado por alterações mecânicas e hormonais que promovem contrações uterinas, resultando na dilatação do colo uterino e descida da apresentação fetal. Durante a fase de dilatação, a dor corresponde a uma sensação subjetiva, descrita como aguda, visceral e difusa. (BRASIL, 2001).

As dores de origem visceral, de localização não definida, ocorrem durante as contrações uterinas e se devem à dilatação do colo uterino e à contração do seu peritônio. A dor somática surge com a descida da apresentação, com estimulação da inervação cutânea posterior da coxa (S1-S3), sacrococcígeo (S4, S5) e ramo genital do gêmeo-femoral (L1, L2) (MEDEIROS, 2015; Gallo, 2011), mais nítida e contínua, podendo ser intensificada pelo estado emocional da parturiente e por fatores ambientais. Atualmente, existe o reconhecimento de que a dor no trabalho de parto deve ser aliviada, pois pode acarretar prejuízos tanto para a mãe quanto para o feto (BRASIL, 2001).

As vias aferentes, que levam os impulsos dolorosos do corpo, segmento inferior e colo uterino, atravessam os plexos hipogástricos inferior, médio e superior, ascendem paralelamente à cadeia dos ramos comunicantes brancos, na altura dos segmentos T10 a L1, conduzindo aos centros superiores os estímulos dolorosos de todo o útero (MEDEIROS, 2015; GALLO, 2011).

As medidas não farmacológicas são utilizadas de modo crescente desde o início do século XX até as décadas de 1950 e 1960. Elas podem diminuir o estresse causado pelo momento do parto e proporcionar maior conforto às parturientes, além de serem técnicas simples e de baixo custo, são eficazes, e livres de efeitos indesejáveis (MEDEIROS, 2015).

A principal vantagem na utilização de recursos não farmacológicos é o reforço da autonomia da parturiente, proporcionando sua participação ativa e de seu acompanhante

durante o parto e nascimento, estando associados a poucas contraindicações ou aos efeitos colaterais (GALLO, 2011).

## ***5.1 ESTRATÉGIAS PARA ALÍVIO OU DIMINUIÇÃO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO E PARTO***

Objetivando aliviar a dor no trabalho de parto e parto, os MNAD utilizados neste estudo foram: Liberdade de posição e movimento, estímulo às posições não-supinas, banho morno, uso da bola suíça, aromaterapia, musicoterapia, massagem corporal e exercícios respiratórios.

### ***5.1.1 LIBERDADE DE POSIÇÃO E MOVIMENTO***

Desde a década de 70, estudos apontam para a redescoberta de diversas posturas e da mobilidade materna durante o trabalho de parto como prática que volta a mostrar evidências vantajosas e seguras para a parturiente. O movimento de caminhar associado à ação da gravidade é um recurso terapêutico que se beneficia do efeito favorável da gravidade e da mobilidade pélvica que atuam na coordenação miométrial e aumentam a velocidade da dilatação cervical e descida fetal (BAVARESCO, 2011).

Utilizado para reduzir a duração do trabalho de parto, e o aumento do canal de parto, este último proporcionado pela posição de cócoras, são considerados os principais motivos de benefícios da postura ativa da mulher durante o trabalho de parto, pois estão ligados principalmente à menor duração do período de dilatação, expulsivo e melhor dinâmica da contratilidade uterina. Alguns estudos demonstram que a deambulação aumenta a tolerância à dor no trabalho de parto (BAVARESCO, 2011).

No Brasil, estudo com 80 parturientes primigestas com o colo uterino dilatado de 3 a 5 cm, com o objetivo de avaliar o efeito da deambulação sobre a dor na fase ativa do trabalho de parto mostrou que nas parturientes que deambulavam nas primeiras três horas do trabalho de parto, a velocidade de dilatação foi maior, porém também ocorreu aumento da dor (MAMEDE et al, 2007).

A revisão sistemática realizada por LAWRENCE et al. apud GALLO 2011, incluiu 21 ensaios clínicos randomizados e controlados com o total de 3.706 mulheres. Os resultados



encontrados foram redução da duração do trabalho de parto em torno de uma hora para as parturientes que deambularam ou adotaram posições verticais, não sendo observados efeitos negativos para a mãe e o recém-nascido.

### *5.1.2 ESTIMULO AS POSIÇÕES NÃO-SUPINA*

A mudança de postura materna durante TP tem se mostrado eficiente para aumentar a velocidade da dilatação cervical, promover o alívio da dor durante as contrações e facilitar a descida fetal (BRASIL, 2011). As dimensões do canal de parto modificam-se em relação à postura adotada, devido à contração uterina, feto e pelve materna. Dependendo da posição pode haver vantagem ou desvantagem no mecanismo do trabalho de parto por alterar o efeito da gravidade e sua relação com as partes do corpo que são importantes para a progressão do trabalho de parto (MIQUELUTTI, 2006).

A posição horizontal muda à relação entre a pelve e a coluna vertebral. Nessa posição há uma compressão dos grandes vasos sanguíneos pelo útero, o que pode levar à hipotensão materna, sofrimento fetal e hemorragia durante e após o parto. Assim, quando a gestante adota uma posição verticalizada (em pé, sentada, de cócoras ou ajoelhada), seu tronco pode ser ligeiramente flexionado, o que diminui a lordose lombar e permite que a ação da gravidade faça com que o útero se projete para frente, e fique apoiado na musculatura abdominal, provocando seu alinhamento com o canal do parto (MIQUELUTTI, 2006).

Na posição vertical há menos irregularidade na contratilidade uterina em sua forma e ritmo, podendo ser consequência da melhor irrigação sanguínea do útero nesta posição, além de prevenir a oclusão da aorta e da veia cava, consequência da postura em decúbito dorsal, assegurando assim o intercâmbio materno-fetal e diminuindo o risco de sofrimento fetal, mesmo num período expulsivo prolongado (BAVARESCO, 2011).

Em um estudo prospectivo randomizado, conduzido por ADACHI et al., foi estudado o alívio da dor em 58 parturientes, sendo 39 primíparas e 19 multíparas. As parturientes foram orientadas a alternar entre posição sentada e supina, a cada 15 minutos até 8 cm de dilatação. Os índices de dor medidos pela escala visual analógica (EVA) foram significativamente menores na posição sentada do que na supina (GALLO, 2011).

### 5.1.3 BANHO MORNO

A água aquecida induz a vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo, promovendo relaxamento muscular. O mecanismo de alívio da dor por este método é a redução da liberação de catecolaminas e elevação das endorfinas, reduzindo a ansiedade e promovendo a satisfação da parturiente. (SANTANA, 2013; GALLO 2011)

Em 2008, DAVIM et al. realizaram um ensaio clínico quantitativo, tipo intervenção terapêutica, incluindo 100 parturientes, com 8 a 9 cm de dilatação cervical, a fim de verificar o efeito do banho de chuveiro no alívio da dor durante o trabalho de parto. As pacientes foram avaliadas antes e após cada intervenção por meio da EVA. O resultado encontrado foi que o banho de chuveiro é efetivo na redução da intensidade da dor na fase ativa da dilatação.

A aplicação terapêutica desse recurso requer que a temperatura da água esteja em torno de 37 a 38°C, sendo necessário que a paciente permaneça no mínimo 20 minutos no banho, com a ducha sobre a região dolorosa, comumente localizada na região lombar ou abdome inferior (SANTANA, 2013).

### 5.1.4 BOLA SUÍÇA OU DE NASCIMENTO

A bola Suíça é um recurso que deve ser utilizado com o objetivo de facilitar a adoção de postura vertical pela parturiente de forma confortável. Para muitos, a bola é um instrumento lúdico que distrai a parturiente, tornando o TP mais tranquilo. Tanto serve de suporte para outras técnicas, como, por exemplo, a massagem e o banho de chuveiro, como também para a realização de alongamentos e exercícios ativos de circundução, anteversão e retroversão pélvica, dentre outros (SANTANA, 2013). Está classificada, juntamente com outras recomendações da OMS, na categoria de condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas no TP e parto (BAVARESCO, 2011).

A fim de verificar se o uso da bola exerce alguma influência sobre a fase ativa do trabalho de parto, LOPES, MADEIRA E COELHO apud BRAZ (2014), realizaram uma pesquisa com 40 primíparas com dilatação cervical até 5 cm, distribuídas em dois grupos. O Grupo Controle adotou condutas como decúbito lateral, deambulação e chuveiro, enquanto o Grupo de Intervenção acrescentou a estas condutas o uso da bola. Observou-se que não existiram diferenças significativas entre os grupos, visto que ambos utilizaram posições verticais durante a fase ativa do trabalho de parto.

### *5.1.5 AROMATERAPIA*

A prática alternativa, descrita como aromaterapia, demonstram que essa técnica associada à humanização do ambiente proporcionam equilíbrio, paz e aconchego no momento do parto, reduzindo, conseqüentemente, a dor, a ansiedade e o medo, na maioria das pacientes estudadas. É importante ressaltar que ainda não está esclarecido o mecanismo de ação, mas o que se sabe é que as essências excitam o organismo para a produção de substâncias que são relaxantes e tranquilizantes. (LEMOS, 2014).

### *5.1.6 MUSICOTERAPIA*

A musicoterapia é uma ciência que estuda os resultados terapêuticos da música, no ser humano. É apontada como uma medida não farmacológica efetiva para o controle da dor por se caracterizar como um método de distração e estar entre as estratégias mais eficazes, além de apresentar alto nível de aceitação pelas pacientes. De acordo com diversos autores, essa prática obteve bons resultados, pois aliviam a dor durante as contrações, minimizam a sensação de medo e tensão, proporcionando que o local seja um ambiente agradável, estimulando, assim, a espiritualidade e as orações<sup>15</sup> (LEMOS, 2014; GOMES, 2015)

### *5.1.7 MASSAGEM CORPORAL*

A massagem sempre foi um dos meios mais naturais e instintivos de aliviar a dor e o desconforto, pois reduz a ansiedade e o estresse, promove relaxamento muscular, diminuição da fadiga muscular, tem ação sedativa e analgésica, traz aumento da consciência corporal, produz benefícios emocionais e equilíbrio entre sistema simpático e parassimpático. Apesar de não existir um consenso relacionando riscos e benefícios da massagem durante o trabalho de parto, na prática, observa-se que essa técnica tranquiliza a parturiente, aliviando a dor e a ansiedade, e conduzindo de maneira satisfatória o trabalho de parto (BAVARESCO, 2011).

A massagem pode ser aplicada em qualquer região que a parturiente relatar desconforto e/ou combinada com outras terapias. A depender da tolerância, as técnicas podem ser alternadas durante os períodos de contração uterina objetivando o alívio de dor e no intervalo das contrações com o intuito de proporcionar relaxamento, variando de deslizamento

superficial e profundo, amassamento, pinçamento, fricção ou pressão em pequenos círculos, desde que realizada de forma direcional razoavelmente firme e rítmica (DAVIM, 2008).

Pode ser aplicada no abdome, cabeça, sacro, ombros, pés, membros e dorso, ou seja, nos locais onde a parturiente relatar desconforto. Comumente, aplica-se a massagem na região lombar durante as contrações uterinas e em outras regiões como panturrilhas e trapézios nos intervalos entre as contrações, por serem regiões que apresentam grande tensão muscular no trabalho de parto. (SANTANA, 2013; GALLO 2011)

### *5.1.8 EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS*

Os exercícios respiratórios tem importância fundamental durante TP e parto por reduzir a sensação dolorosa, melhorar a oxigenação sanguínea da mãe e do feto, promover o relaxamento, diminuir riscos de trauma perineal no momento expulsivo e diminuir a ansiedade materna. (GALLO 2011; DAVIM, 2008).

Por muito tempo, a respiração rápida e superficial, foi estimulada, mas atualmente a técnica foi abandonada, pois leva a um rápido aumento da taxa respiratória e uma redução da profundidade interferindo na fisiologia da respiração e nas trocas gasosas, podendo levar à hipocapnia, resultando em alcalose respiratória. Além de reduzir o fluxo de sangue, e conseqüentemente, o volume de oxigênio disponível tanto para a mãe quanto para o feto (BAVARESCO, 2011).

O uso da respiração torácica ampla durante as contrações, deve ser estimulado, pois assim a parturiente estaria aliviando a pressão do diafragma sobre o fundo uterino, mantendo a oxigenação sanguínea. Já para o intervalo entre as contrações a recomendação continua sendo a respiração abdominal ou diafragmática por ser levemente mais profunda e por promover maior relaxamento (REBERT 2005).

## **6. PUBLICO ALVO**

Profissionais de enfermagem diretamente envolvidos com a assistência oferecida as parturientes do Centro Obstétrico do Hospital Regional Dr. Clodolfo Rodrigues de Melo situado no Município de Santana do Ipanema – AL.

## **7. OBJETIVOS**

### ***7.1 GERAL***

Contribuir para a promoção de boas práticas obstétricas entre a equipe de enfermagem em uma maternidade de risco habitual.

### ***7.2 ESPECÍFICOS***

- Diagnosticar como estão inseridas e desenvolvidas pela equipe de enfermagem as boas práticas obstétricas
- Promover a capacitação da equipe de enfermagem para a implementação de boas práticas obstétricas, com ênfase em métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto e parto.

## **8. METAS**

Com os resultados desse estudo espera-se contribuir para que a equipe de enfermagem implemente diariamente as boas práticas obstétricas, dentre estas, os métodos não farmacológicos para alívio da dor na mulher parturiente, auxiliando na melhoria da qualidade prestada no momento do parto de modo a tornar a assistência mais humanizada.

## 9. METODOLOGIA

Estudo observacional descritivo com revisão documental da literatura sobre à aplicação dos métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto e parto, além de documentos internos do hospital HRCRM, utilizados para a elaboração deste TCC: “**Manejo dos métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto e parto pela equipe de enfermagem**” e, Normas referentes a humanização da assistência do parto e nascimento da Rede Cegonha.

Com base na proposta do curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – CEEO/ REDE CEGONHA, deu-se ênfase ao emprego de metodologias ativas, onde várias situações problemas foram identificadas focando na prática profissional de cada especializanda. No primeiro momento ocorreu a formação dos grupos e a definição do local do estudo, tendo em vistas as fragilidades das práticas profissionais. Os grupos foram formados de acordo com a proximidade de localização de cada integrante, sendo então originados 2 equipes de trabalho, A e B.

Iniciados os estudos, a execução da árvore explicativa de problemas foi realizada como oficina de trabalho baseada em situações ocorridas no Centro Obstétrico do HRCRM, focando na assistência obstétrica, sendo esta voltada para o projeto aplicativo.

A árvore é uma ferramenta que permite uma leitura da realidade. Utilizada pelo planejamento estratégico operacionalizado por Carlos Matus, a mesma possibilita a orientação dos problemas identificados que podem ser simples ou complexos, de difícil ou fácil resolução (CAMPOS et al, 2014).

As etapas da construção do Projeto Aplicativo aconteceram seguindo a proposta do curso, em oficinas de trabalho, a saber: Identificação dos problemas e elaboração da Árvore Explicativa; Agrupamento das informações por semelhanças de problemas, identificando 9 (nove) macroproblemas a serem trabalhados (Apêndice 1). Com base na árvore explicativa e seleção de 1 (um) nó crítico – *Insuficiência de Boas Práticas Obstétricas*, foi elaborado o plano de intervenção.

A população/amostra do estudo foi composta por 20 profissionais da equipe de Enfermagem, diretamente envolvidos com o cuidado da parturiente no TP e parto, que foram observados em sua prática cotidiana, no período de setembro a novembro de 2015, nos turnos manhã e tarde. Para o alcance dos objetivos desse projeto, foram então realizados quatro encontros semanais de observações participativas (Apêndice 2), desenvolvendo-se



paralelamente educação continuada in loco, com rodas de conversa, onde se discutia sobre as escolhas baseadas em informação e respeito à decisão da mulher, mas principalmente sobre a necessidade de mudarmos o sistema de saúde para que haja realmente opções a escolher.

Nos momentos de conversa eram abordadas as temáticas relacionadas com a humanização ao parto, de acordo com as práticas demonstradamente úteis que devem ser incentivadas, estabelecidas pelo MS: MNFAD durante o TP e parto (Liberdade de posição e movimento, estímulo às posições não-supinas, banho morno, uso da bola suíça, aromaterapia, musicoterapia, massagem corporal e exercícios respiratórios), sobre os possíveis benefícios das diversas posições, bem como orientações para adotá-la durante o trabalho de parto. Eram explicadas as diferenças entre as posições vertical e horizontal, a ação da gravidade e à compressão de vasos sanguíneos na evolução do trabalho de parto. Estas informações eram breves e objetivas.

Para auxiliar nas orientações foram utilizados recursos áudio visuais, como computador, vídeos, som, papel, caneta, cartazes do MS e o aparato tecnológico disponível no setor para trabalhar com as gestantes, entre eles: bola de nascimento, cavalinho pélvico, massagedores, óleos essenciais e som portátil.

## **9.1 Resultados Esperados**

Promover capacitação e desenvolver instrumento para avaliação de indicadores de implementação de MNFAD.

## **9.2 Recursos Humanos**

Especializanda do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEE0), Coordenação de Enfermagem do HRCRM e Coordenação do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEE0).

## **9.3 Cronograma – Apêndice 3**

## **9.4 Orçamento – Apêndice 4**

## 10. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

O monitoramento da efetividade desse plano seu deu por meio de instrumento de coleta de dados (APÊNDICE 2), construído a partir da necessidade de se conhecer melhor a realidade, avaliar o processo de adesão às ações propostas e os resultados que poderiam surgir. Como indicadores, optou-se por: Aplicação de tecnologias não farmacológicas para alívio da dor no TP e parto; Adequação de recursos humanos relacionada à demanda de gestantes; Competências inerentes aos profissionais de enfermagem para aplicação dos MNFAD, que foram utilizados para cada ação empregada. Atualmente, não existe um único indicador no local que possua abrangência de todas as ações, sendo esta mais uma oportunidade de melhoria identificada pela equipe.

Com base nas observações supracitadas percebeu-se que os profissionais de enfermagem em sua maioria, dispõem de conhecimentos para fornecer este apoio de forma eficiente e segura, oferecendo os MNFAD no TP e parto. O método escolhido era aplicado de acordo com a escolha e o consentimento da mulher. O acompanhante era inserido no cuidado e incentivado a auxiliar na aplicação desses recursos, participando ativamente do processo. Porém, não percebeu-se ser rotina, que esta postura só acontecia quando o setor estava calmo e com número de parturientes reduzido.

A mudança de posição foi encoraja à parturiente. A deambulação e a posição vertical no primeiro estágio do trabalho de parto foram recomendadas. Com relação aos exercícios no cavaleiro pélvico, não houve incentivo por parte de nenhum membro da equipe. Observou-se estímulo aos exercícios na bola suíça. O toque físico foi a conduta mais oferecida as parturientes. Quanto às técnicas respiratórias, evidenciou-se que foram pouco estimuladas pelos participantes do estudo.

A avaliação do projeto foi realizada no ultimo encontro com a equipe de enfermagem avaliando a opinião destes sobre o impacto do projeto na rotina do serviço. Os profissionais relataram satisfação com a intervenção, pois puderam assimilar melhor a teoria e aprender mais sobre a temática. Sinalizaram que as parturientes acompanhadas se mostravam mais tranquilas e colaborativas, bem como seus acompanhantes, e que o TP parecia ser menos demorado naquelas mulheres que aderiam aos MNFAD, bem como uma recuperação mais rápida possibilitando, sobretudo, melhor adaptação no processo de amamentação e vínculo mãe-bebe. Sugeriram a presença da enfermeira obstetra diretamente envolvida com a assistência à parturiente, contribuindo com a equipe técnica na assistência do TP e parto.

Acredita-se que a efetividade desta ação se tornará possível a partir da mudança de mentalidade ou cultura, fazendo com que gestores, equipes e todos os envolvidos na rede de relacionamentos da instituição acreditem e internalizem o processo de mudança. Dessa forma, é muito importante que haja um trabalho contínuo de sensibilização com o gestor para se entenda como se dará o trabalho e para que se identifique as responsabilidades de cada integrante no processo. A parceria realizada entre o gestor e a sua equipe de fato potencializará os resultados obtidos na execução deste Plano de Intervenção (SOUZA, 2013).

Sugere-se a utilização de um instrumento (Apêndice 5) para monitoramento diário das atividades desenvolvidas pela equipe, reunindo em uma única folha, indicadores que mapeiam o percurso clínico da gestante em relação ao TP e parto, avaliando-se os recursos existentes e as atividades desenvolvidas durante a assistência voltada para a adesão às normas preconizadas pelo MS e a necessidade de retorno ao serviço para reavaliação da aplicabilidade e os possíveis resultados alcançados.

## 11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados dessa pesquisa permitiram avaliar a assistência de enfermagem oferecida à parturiente na instituição estudada, identificando-se carências no processo assistencial em relação à oferta ou ausência de algumas condutas consideradas essenciais como a implementação dos MNFAD durante o TP e parto na rotina do serviço.

Desta forma, fazem-se necessárias modificações, principalmente quanto à mudança de comportamentos dos profissionais que prestam a assistência, pois estes têm o papel importante de fazer cumprir o desenvolvimento das práticas preconizadas, garantindo o atendimento integral, seguro e de qualidade.

Percebe-se que algumas deficiências encontradas no serviço podem ser amenizadas com o desenvolvimento de estratégias de educação permanente a serem trabalhadas com a equipe a fim de fortalecer a assistência humanizada no centro obstétrico. Para atingir um nível<sup>27</sup> excelência na assistência ao trabalho de parto na instituição em estudo, recomenda-se uma reflexão por parte dos atores envolvidos com participação efetiva dos gestores no sentido de organizar o processo de trabalho, qualificar os profissionais atuantes na área para o empoderamento das melhores evidências científicas e o desenvolvimento de habilidades inerentes à atenção humanizada ao parto.

## REFERÊNCIAS

- AMORIM, A.T.C; ARAÚJO, V.K.S; SEVERIANO, R.C.C; DAVIM, R.M.B. **Estratégias utilizadas no processo de humanização ao trabalho de parto: uma revisão.** Saúde Coletiva 2012; 09 (56): 61-66
- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas.** Rio de Janeiro, 2008.
- ADACHI, K; SHIMADA, M; USUI, A. **The relationship between the parturient's and perceptions of labor pain intensity.** Nurs Res. 2003; 52(1):47-51 apud Gallo RBS, Santana LS, Marcolin AC, Ferreira CHJ, Duarte G, Quintana SM. **Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial.** FEMINA. Vol. 39. 2011.
- BAVARESCO, G.Z; SOUZA, R.S.O; ALMEICA, B, et. Al. **O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente.** Ciência & Saúde Coletiva, 16(7):3259-3266, 2011
- BRASIL. **Manual da rede cegonha** - Ministério da Saúde. Brasília, 2013. 19 p.
- BRASIL. **Municípios fortes, Brasil sustentável. Guia de Apoio para o Alcance das Metas.** Agenda de Compromissos dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: 2013-2016. Brasília, 2013.
- BRASIL. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- BRASIL. **Humanização do parto e do nascimento** / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p.: il. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4)
- BRASIL. Portaria nº 569/GM, de 1º de junho de 2000. **Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Diário Oficial da União, seção 1, p. 4. Brasília, Distrito Federal; 2000.
- CAMPOS, E; ALMEIDA, ER; MARTINS EG; et al . **A vigilância sanitária mais próxima do cidadão.** Projeto Aplicativo hospital Instituto Sírio-Libanês. Rio de Janeiro, 2014.
- DAVIM, R.M.B; MENEZES, R.M.P. **Assistência ao parto normal no domicílio.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, São Paulo, v.9, n.6, p. 62-68, jun. 2007.
- DAVIM R.M. B, TORRES G.V, DANTAS J.C, et al. **Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor em parturientes.** Rev Eletr Enferm. 2008; 10 (3):600-9.
- DIAS, M.D. **A mulher e o parto: resposta frente a dor.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1996 apud BUENO, J.V. **A avaliação da**

**intensidade e característica da dor no trabalho de parto e ação do misoprostol.**

Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, SP , 2006

FUJITA, J.A.L.M; SHIMO A.K.K. **Parto humanizado: experiências no sistema único de saúde.** REME. Rev Min Enferm. 2014.

GAÍVA, M.A.M; TAVARES, C.M.A. **O nascimento: um ato de violência ao recém-nascido?** Ver. Gaúcha Enferm. 2002 jan; 23(1): 132-45 apud MARQUES, F.C; DIAS, I.M.V; AZEVEDO, L. **A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento.** Esc Anna Nery R Enferm 2006 dez; 10 (3): 439 - 47.

GALLO, R.B.S; SANTANA, L.S; MARCOLIN, A.C, et. al. **Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial.** FEMINA. Vol 39, 2011.

GOMES, A.F; GONÇALVES, K.P; FERREIRA, ACM et. al . **Medidas não farmacológicas para controle da dor do parto: uma revisão de literatura.** Revista Movimenta 2015; 8(2)162-168 1

IPASSAUDE. Instituto Pernambucano de Assistência a Saúde. Disponível em: (<http://www.ipassaude.org/institucional/>). Data do acesso: 20.08.2015.

Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. In: The Cochrane Library; 2009, Número 2. Apud GALLO, R.B.S; SANTANA, L.S; MARCOLIN, A.C, et. al. **Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial.** FEMINA. Vol 39, 2011.

LEMONS, I.C; AGENOR, C.S; OLIVEIRA, D.C.C et. al **Produção científica nacional sobre práticas interativas não farmacológicas no trabalho de parto: uma revisão integrativa da literatura.** Enfermagem Obstétrica, Rio de Janeiro, 2014 jan/abr; 1(1):25-30

LOPES T.C, MADEIRA L.M, COELHO S. **O uso da bola do nascimento na promoção da posição do vertical em primíparas durante o trabalho de parto.** Rev Min Enferm. 2003;7(2):134-9 apud **Bola do nascimento: recurso fisioterapêutico no trabalho de parto.** BRAZ, M.M; ROSA J.P; MACIEL, S.S, et. Al. 2014;15(4):168-175.

MAMEDE F.V, ALMEIDA A.M, SOUZA L, et. al. **A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação.** Rev Lat Am Enferm. 2007;15(6):1157-62

MARQUES, F.C; DIAS, I.M.V; AZEVEDO, L. **A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento.** Esc Anna Nery R Enferm 2006 dez; 10 (3): 439 - 47.

MASCARENHAS J.C; BELTRÃO B.A, JUNIOR L.C.S . **Projeto cadastro de fontes de abastecimento por água subterrânea. Diagnóstico do município de Santana do Ipanema, estado de Alagoas.** Recife, 2005.

MATOS, G.C, ESCOBAL A.P, SOARES M.C et al. . **A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no brasil: uma revisão integrativa.** Rev enferm UFPE on line., Recife, 7(esp):870-8, mar., 2013.

MEDEIROS, J; HAMAD, G.B.N.Z; COSTA, R.R.O, et. Al. **Métodos não farmacológicos no alívio da dor de parto: percepção de puérperas.** Revista espaço para a saúde, Londrina. V. 16.n. 2 ,p. 37-44, abr/jun. 2015

MELZACK, FICHUBURNE apud BUENO, J.V. **A avaliação da intensidade e característica da dor no trabalho de parto e ação do misoprostol.** Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, SP , 2006

MIQUELUTTI, M.A. **A Avaliação da posição vertical durante o trabalho de parto em nulíparas.** Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

MONGUILHOTT, J.J.C. **A presença do acompanhante e a implementação das boas práticas na atenção ao parto: a realidade do sul do Brasil.** Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, 2013.

NAGAHAMA, E.E.I, SANTIAGO, S.M. **Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao sistema único de saúde em município da região Sul do Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(8):1859-1868, ago, 2008

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático.** Genebra: OMS; 1996

OSÓRIO, S.M.B; JÚNIOR, L.G.S ; NICOLAU, A.I.O. **Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto.** Rev Rene. 2014 jan-fev; 15(1):174-84.

REBERTE, L.M; HOGA L.A.K. **O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal.** *Texto contexto - enferm.* [periódico na Internet]. 2005 [acessado 2008 jun 3]; 14(2):186-192.

SANTANA, L.C ; GALLO, R.B.S; HOMSI, C. et. Al. **Efeito do banho de chuveiro no alívio da dor em parturientes na fase ativa do trabalho de parto .** Rev Dor. São Paulo, 2013 abr-jun;14(2):111-3

SESCATO, A.C; SOUZA S.R.R.K; WAL M.L . **Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem.** Cogitare Enferm Out/Dez; 13(4):585-90, 2008.

SILVA, R.C et al. **O discurso e as prática do parto humanizado de adolescentes .** Revista Texto Contexto Enfermagem, v. 22, n. 3, p. 629-636. Florianópolis, 2013.

SOUZA, A.M.S; RIOS, C.N; SANTOS, C.R.L; DINAH, et. al. **Gestão da Vigilância Sanitária: Projeto Aplicativo.** Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. – São Paulo, 2013.

# APÊNDICE



## Apêndice 1 - Identificação dos problemas encontrados pelas especializadas



Fonte: Atividade do Grupo A, CEEO/REDE CEGONHA

## Apêndice 2 – Instrumento de avaliação da assistência



### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: “Manejo dos métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto e parto pela equipe de enfermagem”

SETOR: CENTRO OBSTÉTRICO

Nº	REGISTRO	GESTÃO	PROFISSIONAL PARA ASSISTIR A PARTURIENTE	COMPETÊNCIA TÉCNICA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM PARA APLICAÇÃO DOS MNFAD	APLICAÇÃO DE TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA ALÍVIO DA DOR NO TP E PARTO
01			<input type="checkbox"/> TÉCNICO EM ENFERMAGEM <input type="checkbox"/> ENFERMEIRO ASSISTENCIAL <input type="checkbox"/> ENFERMEIRO OBSTETRA	<input type="checkbox"/> CONHECIMENTO SOBRE OS MNFAD <input type="checkbox"/> ORIENTAÇÃO À GESTANTE SOBRE OS MNFAD <input type="checkbox"/> OPORTUNIZADO A LIVRE ESCOLHA DO MNFAD	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
02			<input type="checkbox"/> TÉCNICO EM ENFERMAGEM <input type="checkbox"/> ENFERMEIRO ASSISTENCIAL <input type="checkbox"/> ENFERMEIRO OBSTETRA	<input type="checkbox"/> CONHECIMENTO SOBRE OS MNFAD <input type="checkbox"/> ORIENTAÇÃO À GESTANTE SOBRE OS MNFAD <input type="checkbox"/> OPORTUNIZADO A LIVRE ESCOLHA DO MNFAD	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
03			<input type="checkbox"/> TÉCNICO EM ENFERMAGEM <input type="checkbox"/> ENFERMEIRO ASSISTENCIAL <input type="checkbox"/> ENFERMEIRO OBSTETRA	<input type="checkbox"/> CONHECIMENTO SOBRE OS MNFAD <input type="checkbox"/> ORIENTAÇÃO À GESTANTE SOBRE OS MNFAD <input type="checkbox"/> OPORTUNIZADO A LIVRE ESCOLHA DO MNFAD	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
04			<input type="checkbox"/> TÉCNICO EM ENFERMAGEM <input type="checkbox"/> ENFERMEIRO ASSISTENCIAL <input type="checkbox"/> ENFERMEIRO OBSTETRA	<input type="checkbox"/> CONHECIMENTO SOBRE OS MNFAD <input type="checkbox"/> ORIENTAÇÃO À GESTANTE SOBRE OS MNFAD <input type="checkbox"/> OPORTUNIZADO A LIVRE ESCOLHA DO MNFAD	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
05			<input type="checkbox"/> TÉCNICO EM ENFERMAGEM <input type="checkbox"/> ENFERMEIRO ASSISTENCIAL <input type="checkbox"/> ENFERMEIRO OBSTETRA	<input type="checkbox"/> CONHECIMENTO SOBRE OS MNFAD <input type="checkbox"/> ORIENTAÇÃO À GESTANTE SOBRE OS MNFAD <input type="checkbox"/> OPORTUNIZADO A LIVRE ESCOLHA DO MNFAD	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

#### LEGENDA:

( 1 ) Liberdade de posição e movimento  
 ( 4 ) Massagem corporal  
 ( 7 ) Musicoterapia

( 2 ) Banho morno  
 ( 5 ) Estimula as posições não-supinas  
 ( 8 ) Exercícios respiratórios

( 3 ) Uso da bola suíça  
 ( 6 ) Aromaterapia  
 ( 9 ) Nenhum

TP - Trabalho de Parto  
 MNFAD – Método Não Farmacológico de Alívio da Dor



**Apêndice 4 - Orçamento**

<b>ELEMENTO DE DESPESA</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>VALOR UNITÁRIO</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
Caneta esferográfica	<b>4</b>	<b>R\$0.80</b>	<b>R\$3.20</b>
Caneta marca texto	<b>2</b>	<b>R\$2.00</b>	<b>R\$4.00</b>
Resma de papel A4	<b>2</b>	<b>R\$16.00</b>	<b>R\$32.00</b>
Cartucho preto para impressora	<b>1</b>	<b>R\$60.00</b>	<b>R\$60.00</b>
Cartucho colorido para impressora	<b>1</b>	<b>R\$80.00</b>	<b>R\$80.00</b>
Abastecimento de veículo		<b>R\$420.00</b>	<b>R\$420.00</b>
<b>TOTAL</b>		<b>R\$578.80</b>	<b>R\$578.80</b>

Apêndice 5 – Mapa diário para acompanhamento das boas práticas obstétricas

Nº	DADOS DA GESTANTE				DADOS DO PRE-PARTO							DADOS DO PARTO				DESTINO									
	REG	ID	GRA	IG	INT	BOLSA	KOTA	P	OCIT	DIETA	MINFAD	ACOMP	PART	POS	AMINT	EPISIO	FAPTA	OCIT	DM	CONT	ALERT	ALCON	UTI		
									EV			F/M		VENT						PELE	1ª			NEO	
01																									
02																									
03																									
04																									
05																									
06																									
07																									
08																									
09																									
10																									

**MAPA DIÁRIO DO CENTRO OBSTÉTRICO**

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ENFERMEIRA: \_\_\_\_\_