

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

CICERA ERICA NASCIMENTO SANTANA

**IMPLANTAÇÃO DE MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA
DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO EM UM HOSPITAL REGIONAL**

FORTALEZA – CEARÁ
2015

CICERA ERICA NASCIMENTO SANTANA

**IMPLANTAÇÃO DE MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA
DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO EM UM HOSPITAL REGIONAL**

Projeto de intervenção submetido à Universidade Federal de Minas Gerais e Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para a conclusão da Especialização em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha.

Orientadora: Prof^a Mestre Camila Chaves da Costa

Dedico esse trabalho a todos os meus professores e colegas de curso que contribuíram para a conquista desse sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é saber reconhecer o apoio, o incentivo e a força que muitos me passaram nesta caminhada. É mostrar a importância, mesmo com poucas palavras, de cada um na realização deste sonho. Tudo isso é muito pouco, diante de todos os gestos de carinho e generosidade que recebi neste percurso. Assim, é com muita honra que agradeço a todos que contribuíram direta ou indiretamente para construção deste trabalho, citando seus nomes sem importância de ordem alfabética:

A Deus, força divina sempre presente em minha vida, iluminando meu caminho e me fortalecendo em mais uma missão.

Aos meus pais, fonte de inspiração.

Aos meus irmãos, em especial a Ana Paula, pelo apoio e incentivo sempre.

Ao meu companheiro, Djalma, pela paciência e apoio prestados.

A Dona Lúcia, que mesmo indiretamente, deu sua parcela de contribuição para o alcance desse objetivo.

A todos os professores e coordenadores do curso, pelo apoio e estímulo.

A minha orientadora, professora Camila Chaves, que me guiou na elaboração do trabalho.

As colegas de trabalho Áurea, Dheyne e Valéria, pela compreensão e motivação.

A todos os amigos que me incentivaram nesse percurso, em especial ao Félix, amigo, colega de curso e companheiro de estrada, pois foram inúmeras as viagens que fizemos juntos em busca do mesmo objetivo; e Tamires, que me recebeu em sua casa em grande parte dos encontros realizados em Fortaleza.

Em especial, a todas as mulheres que participaram e que continuarão participando desse projeto de intervenção.



“Humanizar o parto é dar às mulheres o que lhes é de direito: um atendimento focado em suas necessidades”.

Ana Cris Duarte

RESUMO

Os métodos não farmacológicos para o alívio da dor estão entre as boas práticas do parto, sendo fundamental que as mulheres possam fazer uso dos mesmos, incluindo o apoio de profissionais de saúde, companheiros, familiares antes e durante o trabalho de parto. Objetivou-se no estudo implantar métodos não farmacológicos para alívio da dor em parturientes admitidas em trabalho de parto numa maternidade do município de Tamboril. Trata-se de um projeto de intervenção, que envolve a participação de 10 parturientes, sendo realizado no período de 15 de agosto a 15 de outubro. Foi desenvolvido em duas etapas, a primeira com a equipe de enfermagem que presta assistência às parturientes atendidas no Hospital Regional de Tamboril, realizada em dois momentos (Primeiro momento: apresentação do estudo e sensibilização da equipe; Segundo momento: oficina de treinamento de massagens manuais para parturientes) e a segunda etapa foi desenvolvida junto às parturientes que evoluíram para parto vaginal. Utilizou-se de uma entrevista estruturada para a coleta de dados junto às parturientes. Verificou-se que os profissionais capacitados aceitaram bem a proposta e a consideraram bastante necessária para a melhoria do atendimento à parturiente. Houve significativa melhora na interação entre o profissional e a parturiente, assim como, ocorreu a construção de uma relação de confiança e segurança entre eles. Concluiu-se que a implantação dos métodos não farmacológicos teve bons resultados para as parturientes e para os profissionais, tendo-se concluído ainda, que são métodos de baixo custo para sua realização.

Palavras-chave: Dor. Trabalho de parto. Parto normal.

ABSTRACT

The non-pharmacological methods to relief the pain are between the good parturition practices, being fundamental that women could use then, including the support of health professionals, their companions and family during labor. This study objective was the implantation of non-pharmacological methods to relief the pain in mothers in labor admitted at a Tamboril Country Maternity Hospital. It is an intervention project that involved the participation of 10 mothers, in the period from 15th August to 15th October. It was developed in two steps, the first one with the nursing staff that takes care of the mothers at Regional Hospital of Tamboril, performed in two moments (first moment: presenting the study to sensitize the staff; second moment: manual massages training workshop for mothers) and the second step was developed with the mothers that evolved to vaginal delivery. It was used a structured interview to collect patients' data. It was found that the trained professionals have a good acceptance about the proposition and consider much needed for a better attendance for the mothers. It was an important improvement in the interaction between the professional and the mother, as well as, occurred a construction of a relation of thrust and security between them. It was concluded that the implantation of the non-pharmacological methods had good results for the mothers and for the professionals, and it has also completed that it has a low cost for that realization.

Key-words: Pain, Labor. Natural childbirth.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO.....	12
3 APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ EXECUTADO O PROJETO.....	13
4 JUSTIFICATIVA.....	14
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
5.1 A dor e o trabalho de parto.....	15
5.2 Os métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto.....	18
5.3 O parto humanizado e a Rede Cegonha.....	21
6 PÚBLICO ALVO.....	25
7 OBJETIVOS.....	26
7.1 Objetivo geral.....	26
7.2 Objetivos específicos.....	26
8 METAS.....	27
8.1 Equipe de enfermagem capacitada.....	27
8.2 Parturientes.....	27
9 METODOLOGIA.....	28
9.1 Tipo de estudo.....	28
9.2 Estratégias e ações da intervenção.....	28
9.2.1.Primeira etapa.....	28
• Primeiro momento: apresentação do estudo e sensibilização da equipe.....	28
• Segundo momento: oficina de treinamento de massagens manuais para parturientes.....	29
9.2.2 Segunda etapa.....	29
10 CRONOGRAMA.....	30
11 ORÇAMENTO.....	31
12 RECURSOS HUMANOS.....	32
13 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO.....	33

14 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	34
15 APLICAÇÃO DO PILOTO DA INTERVENÇÃO.....	35
16 CONCLUSÃO.....	39
REFERÊNCIAS.....	40
APÊNDICES.....	43
ANEXOS.....	46

1. INTRODUÇÃO

O parto vaginal é um evento natural que é normalmente desencadeado com o início das contrações uterinas, as quais se intensificam até a expulsão do concepto. Essas contrações são dolorosas e tornam o trabalho de parto um momento bastante laborioso para a mulher, exigindo cuidados e atenção do profissional que a assiste (GALLO et al., 2012). Dessa forma ele deve estar atento às suas necessidades, que se iniciam pela atenção emocional e vão além de cuidados técnicos dispensados nas maternidades. Assim torna-se importante que os profissionais da saúde conheçam e saibam utilizar corretamente os métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto como uma importante ferramenta para tornar o processo de parturição mais humanizado, considerando a mistura de sentimentos que envolve esse período, e contribuir para o emponderamento da mulher nesse período tão singular.

A intensidade da dor sentida pelas mulheres no trabalho de parto e parto é para Nilsen, Sabatino e Lopes (2011) extremamente variável, e está sujeita a influências comportamentais, temperamentais, culturais, orgânicas e aos possíveis desvios da normalidade, além de outros fatores tais como distócias, que podem aumentá-la, e liberação de endorfinas, que pode diminuí-la. Faz-se necessário, portanto, uma assistência que favoreça o alívio da dor das parturientes em trabalho de parto e durante o parto, para que as mesmas sintam-se acolhidas e seguras nesse momento.

Atualmente percebe-se que as unidades que prestam assistência às gestantes vêm aderindo a um modelo assistencial mais humanizado, com o objetivo de melhorar o serviço prestado, tendo em vista que com esse modelo de atenção observa-se uma maior satisfação das usuárias. O modelo de atenção ao parto vem sendo construído com base na experiência dos profissionais que trabalham nesse campo e nas iniciativas da humanização de atenção ao parto e ao nascimento em instituições de saúde que se tornaram referência no país (BRASIL, 2011).

Para delimitar seu campo de atuação prioritário, a Rede Cegonha, normatizada pela Portaria nº 1.459, com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção pré-natal, a assistência ao parto e ao puerpério e a assistência à criança com até 24 meses de vida, partiu do diagnóstico de que as mortalidades materna e infantil permanecem elevadas, prevalecendo uma intensa medicalização do nascimento e um uso de tecnologias sem evidências científicas (cesáreas e intervenções desnecessárias no parto) e assim, com a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país tem-se a proposta de implantação gradativa, em todo o território nacional de um novo modelo de

atenção que facilita o acesso e garante a realização das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento (BRASIL, 2011).

Entre as boas práticas do parto estão os métodos farmacológicos e os não farmacológicos para o alívio da dor, sendo de fundamental importância que as mulheres possam fazer uso dos mesmos, incluindo o apoio de profissionais de saúde, companheiros, familiares antes e durante o trabalho de parto. Sabe-se que os métodos não farmacológicos podem reduzir essa percepção dolorosa no alívio da dor de parto, sendo considerados também como não invasivos. Dentre eles pode-se citar: o banho de chuveiro ou de imersão, a deambulação, massagens na região lombar, respiração padronizada, condicionamento verbal e relaxamento muscular. Esses métodos podem ser aplicados de forma combinada ou isolada, e além de proporcionar alívio da dor de parto, podem reduzir a necessidade de utilização de métodos farmacológicos havendo melhora da experiência vivenciada durante o trabalho de parto (DAVIM; TORRES; DANTAS, 2009).

Em estudo de revisão de literatura, que buscou as melhores evidências disponíveis sobre a assistência ao primeiro período do trabalho de parto, verificou-se que a deambulação é uma prática que deve ser estimulada, por se observar que a mesma aumenta o conforto materno durante o trabalho de parto, bem como a hipnose, acupuntura e imersão em água podem ser utilizadas para essa finalidade (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

Ademais, observa-se que possibilitar que a mulher tenha um acompanhante, de sua livre escolha, no trabalho de parto, parto e pós-parto, também é considerada uma prática benéfica que deve ser encorajada e está amparada pelas evidências científicas e em conformidade com a Lei n. 11.108/2005, lei do acompanhante. As mulheres que recebem apoio contínuo durante o trabalho de parto, quando comparadas com as que não possuem um provedor de apoio, têm mais chance de não serem submetidas à cesariana e de terem um parto normal sem uso de analgesia; tempo de trabalho de parto reduzido; menor insatisfação com a experiência do processo de nascimento; e um recém-nascido com melhores índices de Apgar nos primeiros cinco minutos de vida (FRUTUOSO; BRÜGGEMANN, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), com o propósito de minimizar as práticas inapropriadas e desnecessárias ao parto, publicou, em 1996, o Manual Assistência ao Parto Normal: um guia prático, como referência para a implantação do parto humanizado nos serviços de saúde. Esse manual indica as práticas obstétricas vigentes e recomendadas, com base em evidências científicas, e classifica-as em quatro categorias: A- práticas claramente úteis e que carecem ser incentivadas; B- práticas prejudiciais ou ineficazes e que precisam ser eliminadas; C- práticas com evidência insuficiente para apoiar uma recomendação e que

necessitam ser usadas com precaução; e D- práticas frequentemente utilizadas de forma inapropriada, provocando mais danos que benefícios, sendo os métodos não farmacológicos para alívio da dor, como as massagens, as técnicas de relaxamento, a movimentação, posições não supina durante o trabalho de parto, classificados como categoria A (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

2. PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO

O trabalho de parto é o período que a mulher necessita de maior apoio e atenção, já que é nesse momento que a dor se faz presente. Assim, o trabalho em estudo surgiu da necessidade da melhoria da assistência ao parto na maternidade do município de Tamboril-CE, que no momento encontra-se em reforma física, percebendo-se que além da melhoria da estrutura física seria de extrema importância aprimorar também a assistência às gestantes que lá são atendidas, dessa forma optou-se pela implantação de métodos não farmacológicos para alívio da dor nas parturientes, escolhendo-se métodos que não necessitam de investimentos financeiros para sua realização e mesmo assim trazem benefícios para essas mulheres.

3. APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ EXECUTADO O PROJETO

O estudo foi realizado no Hospital Regional de Tamboril (HRT), localizado no bairro Monte Castelo da cidade de Tamboril-CE, desde o ano de 1995, sendo reconhecido desde então, pelo Ministério da Saúde, como Hospital Amigo da Criança. É composto por 40 leitos, sendo desses, 06 leitos obstétricos, distribuídos em 02 enfermarias de alojamento conjunto, tendo além dessas uma enfermaria de pré-parto, com 03 leitos e uma sala de parto, com uma cama de parto. Prestam serviço nesse setor uma equipe de 05 auxiliares de enfermagem, 11 enfermeiros e 05 médicos, que atuam em regime de plantões diurnos e noturnos. Em média, são realizados 15 partos vaginais mensais nessa maternidade.

4. JUSTIFICATIVA

Sabe-se que a disponibilização e orientação quanto ao uso de métodos não farmacológico para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto é uma prática amplamente recomendada pelas políticas ministeriais e que se constitui como um direito de toda parturiente, garantindo assim uma maior autonomia e participação ativa da mulher, além de contribuir para a humanização no processo de parturição.

Como nesse serviço não era utilizado nenhum método para alívio da dor nas mulheres em trabalho de parto, optou-se pela implantação de alguns métodos não farmacológicos, como a deambulação, massagens manuais, presença do acompanhante de escolha da parturiente, banho de chuveiro e adoção da posição vertical para o parto, por que além de serem métodos eficientes para o alívio da dor, são métodos que não precisam de recursos financeiros para serem realizados.

Acredita-se que com a implantação desses métodos nessa unidade haverá melhoria na humanização e conscientização dos profissionais que ali atuam, como também ocorrerá uma melhor visão e satisfação das parturientes em relação ao parto normal, como preconizam as práticas atuais.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

5.1- A dor e o trabalho de parto

A dor sentida pela mulher durante o trabalho de parto e parto é única para cada uma e é influenciada por vários fatores, que podem incluir a cultura, a ansiedade, o medo, a experiência anterior de parto, a preparação para o parto e até o suporte oferecido durante todo esse processo.

Conforme Gallo et al. (2012), durante o processo de parturição, a dor caracteriza-se como aguda e de alta intensidade, surge como uma experiência subjetiva e individual envolvendo uma ampla interação entre fatores fisiológicos e psicossociais. Muitos destes fatores, tais como a paridade, a rotura de membranas corioamnióticas, a dilatação cervical, assim como influências culturais e ambientais, alteram a intensidade da dor.

Quando se inicia o trabalho de parto, é comum que as parturientes sintam dores provenientes das contrações e para que essas dores sejam encaradas e vivenciadas de forma positiva pela mulher, ela necessita estar preparada e consciente da necessidade de manter-se calma e relaxada durante toda esse processo fisiológico.

Com a institucionalização do parto iniciada na primeira metade do século passado ocorreram avanços importantes para a melhoria da assistência, porém gerou um conjunto de práticas obstétricas padronizadas e intervencionistas, deixando o parto de ser um evento privativo da mulher para se tornar um evento tecnocrático, cercado por inovações tecnológicas que visam ao controle do processo de parturição, inclusive do processo doloroso (SANTANA et al., 2013).

Apesar de a gravidez não ser doença, no hospital a parturiente adquire a condição de paciente, perde o controle sobre seu próprio corpo, sua privacidade, individualidade e, muitas vezes, torna-se submissa à equipe (MAMEDE; MAMEDE; DOTTO, 2007).

Para cuidar da parturiente, a equipe de saúde deve ajudá-la a lidar com a dor. Esse cuidado é importante porque proporciona conforto e também evita repercussões materno-fetais que a dor intensa e a ansiedade não controlada podem provocar. O stress desencadeia, na parturiente e no feto, uma série de efeitos fisiológicos, dentre os quais se destacam problemas respiratórios, circulatórios, hormonais, gastrintestinais, metabólicos, fetoplacentários e na contratilidade uterina. As alterações citadas podem ser totalmente inócuas em uma gestação não complicada, mas são potencialmente nocivas na presença de certas complicações clínicas

e obstétricas ou quando o feto tem algum comprometimento de seu bem-estar (KNOBEL; RADÜNS; CARRARO, 2005).

A dor desconforto que a mulher sente durante o trabalho de parto tem duas origens, a dor visceral e a dor perineal. A primeira, é resultante do primeiro estágio do parto onde acontece a dilatação cervical causada pela contração uterina. Normalmente, no período de dilatação a mulher sente dor somente durante as contrações. Esta dor é transmitida pelo seguimento espinhal nervoso T11-T12 e pelos nervos torácicos acessórios inferiores e simpático lombar superior, sendo que estes nervos têm origem no corpo uterino e na cérvix. Então a dor se localiza na porção inferior do abdomen e irradia para a área lombar das costas e para as coxas, aumentando sua intensidade com o aumento das contrações uterinas (GAYESKI; BRÜGGEMANN, 2010).

Segundo Nilsen, Sabatino e Lopes (2011), nos últimos anos, grandes avanços foram feitos na compreensão dos mecanismos que são subjacentes à dor e ao seu tratamento, para o mesmo autor, no trabalho de parto, durante a fase de dilatação, predomina a dor visceral, com estímulo doloroso proveniente do mecanismo de distensão do segmento inferior uterino e dilatação cervical. Na fase do período expulsivo, a dor tem característica somática pela distensão e tração das estruturas pélvicas ao redor da cúpula vaginal e a distensão do assoalho pélvico e períneo.

A dor sentida pela mulher no período do trabalho de parto pode sofrer influências socioculturais, psicológicas, da individualidade e do ambiente em que são atendidas, e é impossível de ser compreendida por quem não a está experimentando, devendo ser respeitada e nunca subestimada (CASTRO et al., 2012).

Para Knobel, Radüns e Carraro (2005), mesmo com os avanços das técnicas analgésicas e a possibilidade de alívio, a dor do parto é tida como uma das mais intensas sentidas pelo ser humano: é descrita como severa ou excruciante por 50 a 70% das primigestas, como insuportável por um grande número de mulheres e certamente é temida pelas gestantes.

Ao considerar o cuidado e o conforto durante o trabalho de parto, não se deve simplificar e considerar apenas o alívio da dor. Carraro et al. (2006) afirmam que cuidar é olhar, enxergando; ouvir, escutando; observar, percebendo; sentir, empatizando com o outro, estando disponível para fazer com ou para o outro. A condição essencial para que ocorra o conforto é proporcionar um ambiente favorável, em que a mulher sinta que está sendo cuidada, pois lhe foi ofertado afeto, calor, atenção e amor e estes favorecerão o alívio, a segurança e o bem-estar. Dessa forma, pode-se perceber que o cuidado e o conforto estão intimamente ligados e são primordiais durante o trabalho de parto e parto. O alívio total da

dor não necessariamente implica em uma experiência de parto mais satisfatória. No entanto, se a mulher sentir-se cuidada e confortada esta experiência poderá ser menos traumática, até porque, atualmente, as mulheres não temem apenas a dor no parto, elas sentem medo em relação aos cuidados que receberão, uma vez que as experiências estão repletas de atendimento impessoal e distante.

A manutenção do equilíbrio emocional durante o trabalho de parto é fundamental, pois conforme Gayeski e Bruggemann (2010) quando os níveis de adrenalina estão altos, o sistema nervoso simpático é imediatamente ativado, aumentando os níveis plasmáticos do hormônio liberador de corticotrofinas, do hormônio adenocorticotrófico e do cortisol, comprovando que o estresse é um mecanismo biológico adaptativo e de defesa.

Tendo em vista esses aspectos, torna-se evidente que devem ser desenvolvidas ações para diminuir o nível de estresse e ansiedade da mulher durante o trabalho de parto, pois mesmo com a utilização de vários analgésicos, sozinhos eles não podem gerir esse fenômeno multidimensional que é a dor.

A deambulação durante o trabalho de parto é uma técnica utilizada com o propósito de, além de outros, aliviar a dor sentida durante este período (MAMEDE et al., 2007). Torna as contrações menos dolorosas e mais efetivas, pois contam com a força da gravidade, que aumenta a vontade de fazer força, ajudando no alinhamento do feto e facilitando que este se movimente ao longo do canal do parto (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002).

O parto em posição semi-sentada foi associado com um grau mais elevado de dor perineal após o parto e percepção mais difícil em relação ao parto. A posição ajoelhada era associada, geralmente, com uma experiência materna benéfica do parto no que diz respeito à dor e ao conforto (NILSEN; SABATINO; LOPES, 2011).

Em estudo realizado com setenta e cinco primigestas em trabalho de parto (Mamede et al., 2007) verificaram que todas as mulheres pontuaram a maior intensidade de dor aos 9 e 10 cm de dilatação cervical.

Atualmente, com a ampliação do conhecimento sobre os mecanismos fisiológicos que geram a dor durante o parto, diversos pesquisadores têm aconselhado a utilização de métodos que permitam vencer esse desafio. Métodos, tanto farmacológicos como não farmacológicos, encontram-se disponíveis atualmente e sabemos que os não farmacológicos envolvem menos riscos quando utilizados neste processo. Embora a eficácia de algumas opções não tenha ainda sido comprovada, existem evidências confiáveis de segurança e efetividade de várias técnicas que podem ser utilizadas durante o trabalho de parto, aumentando o conforto da parturiente.

5.2- Os métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto

A utilização de métodos, que permitam vencer de maneira natural a dor, vem sendo bastante aconselhada, pois a assistência ao parto é objeto de grande medicalização, sendo importante lembrar que a falta de suporte emocional e a medicalização em excesso são fatores que podem estar relacionados ao aumento da intensidade da dor criando-se uma experiência desagradável para a parturiente e para a equipe que a assiste (GALLO et al., 2011).

Os métodos não farmacológicos, considerados métodos não invasivos, podem reduzir essa percepção dolorosa proporcionando o alívio da dor de parto. Podemos citar, dentre eles: o banho de chuveiro, a massagem na região lombar, a deambulação, a posição vertical para o parto, a presença do acompanhante de livre escolha da parturiente no momento do pré-parto, parto e pós-parto imediato, entre outros métodos, sendo que os mesmos podem ser usados de forma combinada ou isolada, os quais além de amenizar a dor podem reduzir a necessidade de utilização de métodos farmacológicos e ainda proporcionar uma boa experiência de parto para a mulher (DAVIM; TORRES; DANTAS, 2009).

Quanto ao banho de chuveiro, foi observado efetivo alívio sobre a dor de parturientes com o impacto do banho morno na redução da dor durante o trabalho de parto, aliviando a sensação dolorosa e provocando relaxamento e conforto nessas mulheres (SILVA; OLIVEIRA, 2006).

Em estudo clínico quantitativo, tipo intervenção terapêutica, com 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, o resultado obtido 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 (DAVIM et al., 2008).

A imersão em água em banheiras ou similares durante o trabalho de parto tem sido investigada como um método de promoção de relaxamento e alívio da dor. Em uma revisão sistemática de 11 ensaios clínicos, a imersão em água associou-se à redução no uso de analgesia (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

A massagem é eficaz no alívio da ansiedade, do estresse e da dor. No entanto, seu efeito, em relação à dor, é significativamente maior na fase latente, apesar de também reduzi-la na fase ativa (GAYESKI; BRÜGGEMANN, 2010), não havendo evidência científica para sua recomendação (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

Em estudo realizado em 2006 com a proposta de caracterizar a dor durante o trabalho de parto com ou sem massagem lombar nas três fases da dilatação cervical (aceleração, inclinação máxima e desaceleração), os autores concluíram que a massagem lombar não muda a característica da dor das parturientes, porém pode ser eficiente na redução da sua intensidade na fase de aceleração e de inclinação máxima, observando ainda que o uso da massagem lombar é efetivo para ajudar na redução da intensidade da dor durante o parto (DAVIM; TORRES; DANTAS, 2009).

Em estudo incluindo 3.706 mulheres, sobre a assistência ao primeiro período do trabalho de parto foi verificado que a deambulação, a qual tem grau de recomendação A, deve ser encorajada, mesmo na analgesia de parto e que a mulher deve procurar a posição mais confortável para o parto, observando-se que a posição vertical encurtou em aproximadamente uma hora o primeiro período do trabalho de parto quando comparado à posição reclinada (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010)

Estudos vêm revelando que a duração do trabalho de parto pode também estar relacionada à posição bem como à deambulação que a parturiente assume durante o trabalho de parto e parto. A duração diminuída do trabalho de parto em mulheres que deambulam é atribuída à melhora na contratilidade uterina, à necessidade diminuída de uso de ocitocina e de analgesia além de menor frequência de parto vaginal instrumental como fórceps, extração a vácuo, episiotomia, entre outros. A ação da gravidade sobre o trajeto e descida fetal é favorecida pela posição ereta da parturiente no trabalho de parto e parto, impedindo a compressão dos grandes vasos maternos, aumentando os diâmetros do canal de parto, ângulo de encaixe, ventilação pulmonar e equilíbrio acidobásico, além da eficiência das contrações uterinas. Estudos mostram que a posição produz melhor efeito na progressão do trabalho de parto, devido à melhor circulação uterina, permitindo que as fibras musculares cumpram com sua função contrátil de maneira eficiente, resultando em uma duração do trabalho de parto mais curta (MAMEDE; MAMEDE; DOTTO, 2007).

A posição vertical reduz a duração do período expulsivo e a queixa de dor severa durante o mesmo, a quantidade de partos cirúrgicos, a necessidade de episiotomia e o número de alterações nos batimentos cardíacos. O uso rotineiro da posição horizontal durante o período expulsivo foi classificado como uma das práticas claramente prejudiciais, ineficazes e que devem ser eliminadas. Com base nas recomendações da OMS para a assistência ao parto, a mulher deve ser encorajada a adotar a posição que preferir para seu parto, cabendo aos profissionais respeitá-la e possuírem treinamento para utilizá-la (BRÜGGEMANN et al., 2009)

A maior influência da deambulação sobre a duração do trabalho de parto está na primeira, segunda e terceira hora de deambulação, ou seja, quanto mais as mulheres deambularem nestas três horas de início da fase ativa do parto, são maiores os benefícios percebidos para redução da duração do trabalho de parto (MAMEDE et al., 2007).

A presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e parto depende do contexto social, da política de saúde do país, de sua legislação e, principalmente, da filosofia da maternidade. Assim, em alguns locais, essa presença é estimulada e permitida, em outros não é permitida ou há restrições. No Brasil, algumas maternidades estão adequando a sua área física para possibilitar a permanência de um acompanhante, escolhido pela parturiente, sem comprometer a individualidade das demais parturientes, e até mesmo implantando o modelo conhecido como PPP (Pré-parto, Parto e Puerpério), que possibilita que a assistência nos períodos clínicos do parto seja realizada no mesmo local, o que proporciona conforto e privacidade. O processo de mudança no cenário brasileiro foi estimulado por diversos acontecimentos, entre eles a Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Nascimento e Parto, que ocorreu em Fortaleza, em 1985, na qual a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou o livre acesso de um acompanhante, escolhido pela parturiente, no parto e puerpério (BRÜGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005).

Conforme Carraro et al. (2006) um fator que comprovadamente ajuda a mulher no momento do trabalho de parto, inclusive com redução dos níveis de dor, é a presença de acompanhante escolhido por ela mesma (marido, mãe, amiga). Além de amenizar a dor, a presença do acompanhante diminui necessidade de analgesia, menor taxa de partos operatórios e maior satisfação com o parto. Esta presença pode ser considerada confortante e cuidativa.

Cuidar e confortar é mais que aliviar a dor, pois “ao considerar o cuidado e o conforto durante o trabalho de parto, não se deve levar em conta apenas o alívio da dor”. Cuidar e confortar é também considerar a mulher como ser integral e singular, respeitando inclusive sua sexualidade e evitando expô-la a situações violentas, sejam estas anônimas ou explícitas (CARRARO et al., 2006).

Em estudo realizado numa maternidade pública em Natal/RN – Brasil, com 100 parturientes observou-se diferença significativa no alívio da dor após a aplicação de Estratégias Não-Farmacológicas (ENF), demonstrando redução da dor no trabalho de parto à medida que aumentava a dilatação do colo uterino, concluindo-se que essas estratégias foram efetivas no alívio da intensidade da dor das parturientes estudadas (DAVIM, TORRES e DANTAS, 2009).

O alívio total da dor não necessariamente implica em uma experiência de parto mais satisfatória. No entanto, se a mulher se sentir cuidada e confortada esta experiência poderá ser menos traumática, até porque, atualmente, as mulheres não temem apenas a dor no parto, elas sentem medo em relação aos cuidados que receberão, uma vez que as experiências estão repletas de atendimento impessoal e distante (CARRARO et al., 2006).

5.3- O Parto Humanizado e a Rede Cegonha

A Organização Mundial da Saúde propõe a humanização da assistência ao parto com o objetivo de promover o parto e o nascimento saudáveis e a prevenção da mortalidade materna e perinatal. A Rede Cegonha sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde os anos 90 (BRASIL, 2011).

Humanizar o parto é aceitar que o parto normal é fisiológico e que na maioria das vezes não precisa de nenhuma intervenção, é o respeito à mulher, no momento em que ela necessita de atenção e cuidado. É o respeito, também, à família em formação e ao bebê, que tem direito a um nascimento sadio e harmonioso. É reconhecer que a mulher é capaz de conduzir o processo de parturição e que ela é a protagonista desse evento. Dessa forma deve-se conversar, informá-la sobre os procedimentos e pedir sua autorização para realizá-los; garantir e incentivar a presença de um acompanhante escolhido por ela em todos os momentos, para que ela se sinta segura e tranquila; promover um ambiente agradável; levar em consideração a individualidade de cada mulher, respeitando seus medos e suas necessidades; oferecer à mulher as melhores condições e recursos disponíveis, para que se sinta acolhida e segura nesse momento especial; prestar assistência ao parto e nascimento seguindo as evidências científicas, de acordo com as Normas Técnicas e recomendações do Ministério da Saúde; promover o contato imediato do bebê com a mãe logo após o nascimento, e garantir que permaneçam juntos durante todo o período de internação (MALHEIROS et al., 2012).

O Ministério da Saúde ressalta que a humanização do parto é condição primeira para o adequado acompanhamento à saúde da mulher e do bebê, compreendendo o dever das maternidades de receber com dignidade a mulher, seus familiares e o bebê, o que requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, a criação de um ambiente acolhedor e a adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2000).

O modelo de humanização da assistência ao parto e nascimento da maternidade francesa de Pithiviers, idealizada pelo médico Michel Odent, previa o projeto arquitetônico com ambiente agradável, acolhedor, o mais semelhante possível a uma casa, com cores relacionadas na cromoterapia, chuveiros dentro do pré-parto, banheira para hidroterapia e para parto na água e equipamentos para o parto vertical; permitia a presença do acompanhante; deveria respeitar o processo fisiológico do trabalho de parto, intervindo o mínimo possível, além de acolher o recém-nascido de forma a não invadir suas primeiras experiências sensoriais e motoras; e, por último, seria necessário proporcionar à mãe e ao filho o papel principal do evento, reconhecendo a autonomia da mulher, sendo os profissionais de saúde facilitadores e coadjuvantes (PROGIANTI; MOUTA, 2009).

A assistência humanizada proporciona às mulheres um forte sentimento de confiança e segurança durante o parto e ao cuidar de seu filho. Muitas têm uma experiência maravilhosa de autotransformação, sentindo-se capazes em seu novo papel social. Esta experiência promove benefícios físicos e psicológicos à mulher modificando o seu conceito sobre a parturição, por melhorar o seu ponto de vista a respeito disso.

Humanizar o parto significa colocar a mulher no centro e no controle como sujeito de suas ações, participando intimamente e ativamente das decisões sobre seu próprio cuidado. Sendo assim, a equipe atua como facilitadora do processo.

Conforme Brasil (2000) os profissionais de saúde que prestam assistência ao parto devem explicar para a mulher a finalidade de cada intervenção, seus riscos e as alternativas disponíveis, devem com atenção e respeito, informá-la sobre a sua saúde, evitando intervenções desnecessárias e ouvindo sua opinião sobre os procedimentos indicados, de forma clara, respeitando o conhecimento do seu corpo e a sua sabedoria. Com base nessas orientações, a mulher tem o direito de escolher tratamentos ou procedimentos que serão feitos em si mesma. Esses profissionais devem dar apoio a ela e aos seus familiares, acompanhar o andamento do trabalho de parto e os sinais vitais do bebê, além de prestar um atendimento digno, atencioso e sem nenhum tipo de violência física ou psicológica.

A humanização do parto está focada na aceitação das escolhas da mulher, no direito a um atendimento respeitoso e sem qualquer tipo de violência. Os conceitos da humanização do parto devem estar presentes em todos os locais de assistência à gestante: em um hospital público, privado, em uma casa de parto e até numa residência. O que importa é que sejam adotadas práticas que garantam o direito à informação e às escolhas da mulher. A humanização do parto é um direito da mãe e do bebê garantido pela Constituição da República, que estabelece a dignidade da pessoa humana como fundamento. Daí vêm os

direitos humanos, dentre os quais se destacam o direito à saúde, à não violência e à maternidade segura. É também um direito garantido internacionalmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que elabora documentos com normas de boas práticas para o parto, e alerta para o risco de intervenções que, quando feitas com indicação incorreta, podem colocar em risco a vida da mãe e do bebê (BRASIL, 2009).

A Rede Cegonha, lançada em março de 2011 e instituída pela portaria MS/GM nº 1.459/2011 é uma estratégia do Ministério da Saúde de enfrentamento da mortalidade materna, da violência obstétrica e da baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento, desenvolvendo ações para ampliação e qualificação do acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério. Esta estratégia, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, visa organizar uma rede de cuidados que assegure, a partir da noção de integralidade da atenção às mulheres, o direito ao planejamento sexual e reprodutivo e à atenção humanizada ao pré-natal, parto, puerpério e atenção humanizada ao abortamento, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e humanizado e ao acompanhamento até os dois anos de idade assegurando acesso para um crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Com a instituição da Rede Cegonha, que foi mais um passo em favor da humanização da assistência prestada ao parto e nascimento, as unidades que prestam atendimentos às mulheres e às crianças, vêm, cada vez mais, aderindo a esse modelo de atenção, fazendo as adaptações físicas e assistenciais necessárias, o que acarreta extremas modificações em alguns serviços.

Modificar a rotina do serviço, é muitas vezes uma tarefa difícil, como ocorreu durante a implantação do Parto Humanizado na Maternidade Leila Diniz no município do Rio de Janeiro iniciada no ano de 1993 pelos enfermeiros obstetras, com o apoio dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde, que ao implementarem as suas práticas obstétricas, acabaram ocasionando muitos conflitos com a equipe de médicos plantonistas. Mesmo assim, sua prática era um conhecimento a ser divulgado no campo científico com o objetivo de obter o máximo de reconhecimento social. Desse modo, a divulgação do capital institucionalizado incorporado pelo enfermeiro passou a ser uma estratégia de luta simbólica porque consolidava as bases científicas do modelo humanizado e dava a visibilidade necessária para mantê-la neste campo diante das adversidades do grupo médico. Entendeu-se que as estratégias de luta utilizadas pelo grupo de enfermeiros pesquisados foram eficientes para que os enfermeiros melhorassem sua posição e reconhecimento na Maternidade referida, o que resultou na implantação do modelo humanizado de assistência ao parto nessa instituição (MOUTA; PROUGIANTI, 2009).

O parto é uma experiência marcante para a mulher, podendo deixar lembranças positivas ou negativas como sofrimento, medo de engravidar novamente e depressão. Assim, os profissionais ao assistirem a parturiente precisam compreender como sua clientela vivencia a parturição, atender suas carências individuais, com sua participação ativa e poder de escolha, vislumbrando um modelo que possa levar a uma efetiva humanização do parto.

6. PÚBLICO ALVO

O trabalho foi desenvolvido em duas etapas, a primeira com a equipe de enfermagem que presta assistência as parturientes atendidas no HRT formada por 05 auxiliares de enfermagem e 11 enfermeiros, sendo essa primeira etapa desenvolvida em dois momentos (Primeiro momento: apresentação do estudo e sensibilização da equipe; Segundo momento: oficina de treinamento de massagens manuais para parturientes) e a segunda etapa foi desenvolvida junto às parturientes que evoluíram para parto vaginal, atendidas no período de 15 de agosto de 2015 a 15 de outubro de 2015 no hospital referido, que se enquadraram nos critérios de inclusão do estudo, como ter tido um parto vaginal anteriormente; desejaram participar; assinaram o consentimento livre e esclarecido e ter usado durante o trabalho de parto do parto atual, pelo menos um dos seguintes métodos não farmacológicos para alívio da dor: deambulação durante o trabalho de parto; presença do acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato; banho de chuveiro; posição vertical para o parto; e/ou massagem manual. Assim, a amostra do estudo constituiu-se de 10 participantes.

7. OBJETIVOS

7.1 OBJETIVO GERAL

Implantar métodos não farmacológicos para alívio da dor em parturientes admitidas em trabalho de parto numa maternidade do município de Tamboril.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Incentivar a presença do acompanhante de escolha da parturiente durante o trabalho de parto, parto e pós-parto;
- Orientar a equipe de enfermagem quanto as técnicas de massagens manuais, os benefícios da posição vertical durante o parto e estimular o banho de chuveiro nas parturientes admitidas em trabalho de parto;
- Encorajar a deambulação da parturiente durante a fase ativa do trabalho de parto.

8. METAS

8.1 Equipe de enfermagem capacitada:

- Reconheçam os benefícios da aplicação dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor em gestantes em trabalho de parto;
- Incentivem a presença do acompanhante de escolha da parturiente durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, assim como a deambulação, o banho de chuveiro e a posição vertical para o parto;
- Apliquem massagem manuais nas parturientes em trabalho de parto e transmitam as técnicas de massagens para os acompanhantes;
- Melhore a humanização no atendimento das parturientes;
- Tornem-se multiplicadores do conhecimento adquirido para que essa prática tão simples, que não requer importante investimento financeiro, seja reconhecida e realizada corretamente por eles.

8.2 Parturientes:

- Vivenciem um trabalho de parto mais humanizado, pautado nas boas práticas obstétricas;
- Tenham uma melhor satisfação com o parto normal;
- Tornem-se atuantes em seu processo de parturição.

9. METODOLOGIA

9.1 Tipo de estudo

Trata-se de um projeto de intervenção com caráter observacional. Foi assim caracterizado por abranger dados referentes aos objetivos da pesquisa.

O projeto de intervenção é definido por Thiollent (2005) como uma modalidade de pesquisa que se fundamenta nos pressupostos da pesquisa-ação, tendo como base a ideia de uma relação dialética entre pesquisa e ação, supondo ainda que o projeto deve ter como função a transformação da realidade.

O método observacional é aquele que verifica uma hipótese ou coleta dados da realidade, sem introduzir qualquer tipo de artifício, sem exercer controle sobre as variáveis independentes ou assuntos para estudar, simplesmente observando comportamentos, assuntos espontâneos e/ou execução de alguma tarefa (GIL, 2008).

9.2 Estratégias e ações da intervenção

9.2.1 Primeira etapa:

- Primeiro momento: apresentação do estudo e sensibilização da equipe

No primeiro encontro que foi realizado no dia 11 de agosto de 2015 a partir das 14 horas foi apresentado o estudo, com seus objetivos e metodologia proposta, para toda a equipe de enfermagem que presta assistência às parturientes, o qual teve duração de três (03) horas. Foram abordados os diversos conteúdos, como a importância da deambulação no trabalho de parto, do banho de chuveiro, da posição vertical da gestante para o parto e da presença do acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto, como também a lei que assegura a sua presença nesses momentos, sendo realizado através da exposição de slides e vídeos em datashow.

Salienta-se que todo o assunto que foi abordado durante esse momento de sensibilização da equipe quanto à importância da utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto como uma boa prática obstétrica, foi embasado em evidências científicas e recomendações do Ministério da Saúde.

- Segundo momento: oficina de treinamento de massagens manuais para parturientes

Participaram do segundo encontro, que foi realizado no dia 13 de agosto de 2015 a partir das 13 horas, com duração de quatro (04) horas, toda a equipe de enfermagem que atua no setor obstétrico do Hospital Regional de Tamboril. Nesse momento, foram realizados treinamentos por meio de explanação teórica sobre massagens manuais, através de rodas de conversas, exposição de slides e vídeos em data show com técnicas relativas a essas massagens. Em seguida as técnicas de massagens aprendidas pelo grupo foram praticadas em duplas de profissionais, um treinando/ simulando no outro.

9.2.2. Segunda etapa:

A segunda etapa foi desenvolvida junto às parturientes admitidas em trabalho de parto. Após o primeiro e o segundo momento, os profissionais capacitados começaram a desenvolver técnicas de massagens manuais nas parturientes, como também incentivar a deambulação no trabalho de parto, o banho de chuveiro, a presença do acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto e a adotarem a posição vertical para o parto.

10. CRONOGRAMA

ATIVIDADES		AGO/ 2015	SET/ 2015	OUT/ 2015	NOV/ 2015	DEZ/ 2015	JAN/ 2016
Primeira etapa	Primeiro momento: apresentação do estudo e sensibilização da equipe	X					
	Segundo momento: oficina de treinamento de massagens manuais para gestantes em trabalho de parto	X					
Segunda etapa	Aplicação de métodos para alívio da dor em gestantes em trabalho e parto	X	X	X	X	X	X
Avaliação/ monitoramento da intervenção		X	X	X	X	X	X

11. ORÇAMENTO

Para a implantação desse projeto de intervenção não foi necessário nenhum investimento financeiro, pois para capacitação dos profissionais todo o material e equipamentos necessários, como datashow, espaço físico para as reuniões e óleos para massagens manuais, foram doados pela direção do Hospital Regional de Tamboril.

12. RECURSOS HUMANOS

A pesquisadora do projeto atuou apresentando o projeto à direção do hospital e requerendo a autorização da diretora para sua implantação, participou ainda implementando a etapa de sensibilização da equipe e também realizando a etapa de entrevista com as parturientes para identificar seus níveis de satisfação. A diretora do hospital também teve importante participação, pois após conhecimento e aprovação do projeto, disponibilizou o espaço para realização das etapas de implementação do trabalho e também os equipamentos de multimídia e outros materiais necessários para esses momentos.

Também teve importante participação nessa intervenção toda a equipe de enfermagem do hospital que trabalha no setor obstétrico, composta por 11 enfermeiros e 05 auxiliares de enfermagem, que atuaram participando do encontro para apresentação e conhecimento do projeto e da oficina de treinamento de massagens manuais, para em seguida aplicarem os métodos não farmacológicos conhecidos nas capacitações nas 10 parturientes que se submeteram a participar da proposta, aceitando a aplicação desses métodos e respondendo a entrevista para avaliação da satisfação após o uso deles.

13. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

Após implantação dos métodos não farmacológicos para alívio da dor nas parturientes em trabalho de parto, foi aplicado um formulário para entrevista previamente elaborado (Apêndice A), com quatro (04) perguntas subjetivas e (01) objetiva, para avaliar o impacto de satisfação dessas mulheres ao utilizarem esses métodos durante o trabalho de parto e para identificar quais, dentre os métodos utilizados, elas consideraram os mais eficazes.

A coleta de dados ocorreu entre 15 de agosto e 15 de outubro de 2015, através de uma entrevista estruturada com as puérperas que se enquadraram nos critérios de inclusão do estudo.

Após esse período a intervenção continuará sendo monitorada mediante a observação dos profissionais capacitados realizando a aplicação dos métodos não farmacológicos nas parturientes.

Às participantes foi apresentado o Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) e após leitura e expressão de concordância as entrevistadas o assinaram, para, em seguida, serem efetivadas as entrevistas. Ao término foram feitos os devidos agradecimentos.

14. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Durante todo o processo da pesquisa foram levados em consideração o que preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta a pesquisa com seres humanos no país. Assim, foi solicitado aos participantes autorização para participar do projeto e para exposição de suas fotos (BRASIL, 2012).

15. APLICAÇÃO DO PILOTO DA INTERVENÇÃO

Este estudo teve como objetivo principal implantar métodos não farmacológicos para alívio da dor em parturientes admitidas em trabalho de parto numa maternidade do município de Tamboril. No período de implantação da intervenção ocorreram 26 partos na maternidade em estudo, porém, para avaliação dos resultados, foram entrevistadas 10 puérperas, que atenderam aos critérios de inclusão, ou seja, já tinham tido um parto anterior, fizeram uso de pelo menos um dos métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho do parto atual, evoluíram para parto normal e concordaram em participar da pesquisa.

A implantação do projeto na unidade teve total apoio da direção do hospital, que disponibilizou o espaço para as capacitações dos profissionais, assim como os materiais e equipamentos necessários para a realização das mesmas.

Os profissionais que participaram das capacitações, aceitaram bem a proposta e consideraram bastante necessária para a melhoria do atendimento à parturiente. Observou-se que a partir da implantação dos métodos não farmacológicos houve significativa melhora na interação entre o profissional e a parturiente, assim como ocorreu, também, a construção de uma relação de confiança e segurança entre eles, como foi evidenciado nos relatos das participantes que referiram ter gostado, que foram bem atendidas, receberam atenção e que não ficaram sozinhas em nenhum momento.

Durante a implantação da intervenção observou-se uma boa aceitação quanto ao uso dos métodos não farmacológicos pelas parturientes. Os resultados obtidos mostram que as participantes demonstraram um bom nível de satisfação após a assistência prestada pelos profissionais que as assistiram e aplicaram os métodos não farmacológicos disponíveis: deambulação; banho de chuveiro, massagens manuais, presença do acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato e posição vertical para o parto, lembrando que foram escolhidos esses métodos, por não ser necessário nenhum recurso financeiro para sua utilização, tornando-os mais acessíveis para o local da implantação em questão.

Observou-se durante a implantação do projeto que nas primeiras parturientes admitidas havia uma certa insegurança por parte dos profissionais em aceitarem e estimularem a presença do acompanhante, principalmente no momento do parto, por não saberem como esses acompanhantes iriam se comportar nesse momento, porém esse fato foi melhorando no decorrer do tempo, ao perceberem que os acompanhantes davam uma boa contribuição para a tranquilização da parturiente no momento do parto.

A Rede de Humanização do Nascimento, juntamente com a Rede Nacional Feminista de Saúde e da Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiras Obstétricas, contribuíram para que a lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005, fosse aprovada e sancionada, conhecida como Lei do Acompanhante. Esta lei obriga os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde a permitirem a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (NAKANO et al., 2007).

A presença do acompanhante é favorável para as parturientes e para os trabalhadores da saúde que também podem se beneficiar dessa presença, interagindo com o acompanhante e fornecendo orientações necessárias no momento da internação da parturiente, para que essa pessoa desempenhe o papel de provedor de suporte (CARVALHO et. al., 2014).

A segunda pergunta do questionário aplicado para as participantes do estudo se referia a importância do acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto, onde oito participantes responderam que consideravam importante, uma participante respondeu que não achava importante e a outra que só achava importante depois do parto.

Estudo realizado por Nakano et al. (2007) em uma maternidade do interior do estado de São Paulo, observou-se a atuação do acompanhante, mostrando que este atua como figurante, não exercendo a participação plena enquanto sujeito do processo de suporte a parturiente. Nesse sentido, torna-se necessário dar voz aos acompanhantes acerca de sua participação no processo de parturição, pois talvez ainda seja por isso que algumas mulheres não consideram importante a presença do acompanhante, como mostra esse estudo, pois na verdade, muitas vezes, eles não são preparados para darem às mulheres o suporte necessário, principalmente, durante o trabalho de parto, que é o momento em que a mulher sente dor.

Um estudo realizado por Perdomini e Bonilha (2011), para avaliar a participação do pai como acompanhante, as parturientes relataram que o suporte dado pelo acompanhante, durante o trabalho de parto e parto, reforçou de forma positiva o processo de nascimento e propiciou segurança.

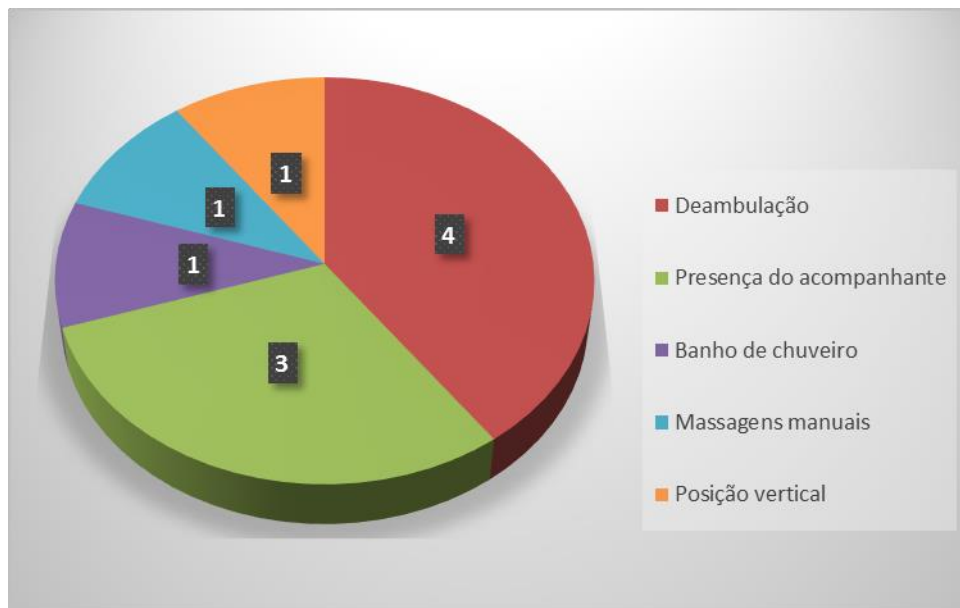
Evidências científicas mostram que a presença do acompanhante contribui para a melhoria dos indicadores de saúde e do bem-estar da mãe e do recém-nascido (MERIGHIL; CARVALHO; SULETRONI, 2007).

Todas as participantes responderam que utilizaram métodos não farmacológicos para o alívio da dor, em resposta a terceira pergunta do questionário, sendo os mais citados entre elas a deambulação, o banho de chuveiro e a presença do acompanhante.

A maioria das mulheres (40%) apontou a deambulação como o método mais eficiente para o alívio da dor no trabalho de parto.

Depois da deambulação, a presença do acompanhante, foi considerado o segundo método para alívio da dor mais eficiente (n=3) pelas participantes, a posição vertical, assim como o banho de chuveiro e as massagens manuais foram os métodos menos apontados pelas mulheres entrevistadas.

Gráfico 1 – Distribuição dos métodos não farmacológicos para alívio da dor considerado mais eficiente pelas parturientes



Fonte: Pesquisa direta (2015)

Depois da deambulação, a presença do acompanhante, foi considerado o segundo método para alívio da dor mais eficiente (n=3) pelas participantes, a posição vertical, assim como o banho de chuveiro e as massagens manuais foram os métodos menos apontados pelas mulheres entrevistadas.

Estudo realizado em uma maternidade pública do Rio de Janeiro, com 648 parturientes mostra que a deambulação foi apontada por 56,2% (n=364) como método não farmacológico utilizado no trabalho de parto mais eficaz para o alívio da dor, ficando o banho morno em primeiro lugar com 76,4% (n=495) (PEREIRA et al., 2012).

Estudo sobre os efeitos da deambulação no trabalho de parto de primigesta mostrou que a quantidade deambulada, especialmente durante as três primeiras horas da fase ativa do trabalho de parto, está associada ao encurtamento do trabalho de parto. Revelou que a cada 100 metros percorridos pela parturiente na primeira hora ocorreu uma diminuição de 22

minutos no tempo de trabalho de parto, reduziu 10 minutos na segunda hora de trabalho de parto e na terceira hora, houve uma redução de 6 minutos (MAMEDE, 2005).

Com relação a diferença entre partos anteriores e o atual, todas as participantes referiram que houve diferença em relação a assistência prestada, pois referiram que a assistência dos profissionais foi bem melhor, que sentiram melhor com a presença do acompanhante, podendo caminhar e com a atenção dos profissionais que as atenderam e que se sentiram mais seguras por terem sempre a presença de um profissional por perto.

Um estudo clínico randomizado que avaliou três estudos sobre a satisfação materna com o parto utilizando os métodos não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto e parto, mostrou que em dois deles as parturientes relataram uma maior satisfação com a experiência de parto, sendo que essa satisfação foi decorrente de uma maior liberdade de movimento e privacidade (GAYESKI; BRÜGGEMANN, 2010).

Estudo realizado com 35 puérperas identificou que mais da metade das participantes consideraram que a movimentação e a deambulação são benéficas durante o trabalho de parto, pois proporcionam o alívio da dor, possibilitam ir ao chuveiro para o banho de ducha e aceleram o trabalho de parto (WEI; GUALDA; SANTOS JR., 2011).

16. CONCLUSÃO

Os estudos realizados, incluindo este projeto de intervenção indicam que as parturientes devem ter acesso aos recursos não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto, pois foi evidenciada uma boa aceitação e um bom nível de satisfação entre as participantes.

A implantação dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor nessa unidade trouxe melhorias na relação profissional/ parturiente, favorecendo um atendimento mais humanizado. Pode-se perceber que, muitas vezes, a mulher em trabalho de parto precisa apenas da presença de alguém por perto pra sentir-se confiante e segura, isso já pode ajudar muito no alívio da sua dor.

Os profissionais capacitados reconheceram a importância da aplicação dos métodos não farmacológicos durante o trabalho de parto e parto, como medidas benéficas para esse processo, na medida em que houve a aceitação da participação do acompanhante, principalmente no momento do parto, e também, na medida em que observou-se uma boa interação entre o profissional e a parturiente.

Concluimos ainda que a implantação desses métodos nas unidades não está diretamente relacionada a recursos financeiros ou a aquisição de recursos materiais, pois, como evidenciado neste estudo, existem métodos que podem ser aplicados com baixo custo.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em pesquisa. **Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa**, 4ª edição, Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569/GM, de 1 de junho de 2000**. Dispõe sobre o Programa de Humanização do Parto e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Dispõe sobre a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012.

BRÜGGEMANN, O M; PARPINELLI, M A; OSIS, M J D. **Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>. Acessos em 10 out. 2015.

BRÜGGEMANN, O M et al. **Parto vertical em hospital universitário: série histórica, 1996 a 2005**. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>. Acessos em 08 de ago. 2015.

CARVALHO, V F et al. **Direitos das parturientes: conhecimento da adolescente e acompanhante**. Saude soc., São Paulo, v. 23, n. 2, 2014. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 28 out. 2015.

CARRARO, T E et al. **Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: Na busca pela opinião das mulheres**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 10 de jul. 2015.

CASTRO, A S et al. **Abordagem fisioterapêutica no pré-parto: proposta de protocolo e avaliação da dor**. Fisioter Pesq. 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 08 de jul. 2015.

DAVIM, R M B, et al. **Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor em parturientes**. Rev Eletr Enferm. 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 10 de jul. 2015.

DAVIM, R M B; TORRES, G V; DANTAS, J C. **Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto**. Rev Esc Enferm USP. 2009.

FRUTUOSO, L. D.; BRUGGEMANN, O. M. **Conhecimento sobre a Lei 11.108/2005 e a experiência dos acompanhantes junto à mulher no centro obstétrico**. Texto Contexto - Enferm., Florianópolis, v. 22, n. 4, dez. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo>. Acessos em 07 fev. 2015.

GALLO, R. B. S. et al., **Grau de dilatação cervical e solicitação da analgesia regional por parturientes com membranas corioamnióticas íntegras e rotas.** Rev. dor, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 30-34, mar. 2012 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 08 de jul. 2015.

GALLO R. B. S. et al., **Recursos não farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial.** Femina. 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 08 de jul. 2015.

GAYESKI, M. E.; BRÜGGEMANN, O. M. **Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo>. Acessos em 07 fev. 2015.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6 ed. São Paulo. Atlas, 2008.

KNOBEL, R.; RADÜNZ, V.; CARRARO, T. E. **Utilização de estimulação elétrica transcutânea para alívio da dor no trabalho de parto: um modo possível para o cuidado à parturiente.** Texto Contexto Enferm 2005 Abr-Jun; 14(2):229-36. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 07 fev. 2015.

LOWDERMILK D. L.; PERRY S. E.; BOBAK I. M. **O cuidado em enfermagem materna.** 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.

MALHEIROS, P. A. et al. **Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas.** Texto contexto-enferm., Florianópolis, v. 21, n. 2, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 07 fev. 2015.

MAMEDE F. V. **O efeito da deambulação na fase ativa do trabalho de parto.** [tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP; 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 10 jul. 2015.

MAMEDE, F. V.; MAMEDE, M. V.; DOTTO, L. M. G. **Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, jun. 2007 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 07 fev. 2015.

MAMEDE, F. V. et al. **O efeito da deambulação na duração da fase ativa do trabalho de parto.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, set. 2007 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 07 fev. 2015.

MERIGHIL, M. A. B.; CARVALHO, G. M.; SULETRONI, V. P. **O processo de parto e nascimento: visão das mulheres que possuem convênio saúde na perspectiva da fenomenologia social.** Acta Paulista Enfermagem, São Paulo, v. 20, n. 4, 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 25 mar. 2015.

MOUTA, R J O; PROGIANI, J M. **Estratégias de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto.** Texto

contexto - enferm., Florianópolis , v. 18, n. 4, dez. 2009 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 07 fev. 2015.

NAKANO, A. M. S. et al. **O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante.** Acta Paul Enferm, 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 25 mar. 2015.

NILSEN, E; SABATINO, H.; LOPES, M H B M. **Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições.** Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. 3, jun. 2011 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 25 mar. 2015.

PERDOMINI, F R I; BONILHA, A L L. **A participação do pai como acompanhante da mulher no parto.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 08 jul. 2015.

PEREIRA, A L F. et al., **Cuidados e resultados da assistência na sala de relaxamento de uma maternidade pública.** Rio de Janeiro, Brasil. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 10 jul. 2015.

PORTO, A M F; AMORIM, M M R; SOUZA, A S R. **Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências.** FEMINA, v 38, n. 10. 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 08 jul. 2015.

PROGIANTI, J M; MOUTA, R J O. **A enfermeira obstétrica: agente estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em maternidades.** Rev. Enferm. UERJ. 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 08 jul. 2015.

SANTANA, 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. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 08 jul. 2015.

SILVA, F M B; OLIVEIRA, S M J V. **O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto.** Ver Esc Enferm USP. 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 08 jul. 2015.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-ação** (14^a ed) São Paulo: Editora Cortez, 2005.

WEI, C Y; GUALDA, D M R; SANTOS JR., H P O. **Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puerpéras.** Texto Contexto Enferm. [online], 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 10 jul. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário para Entrevista

01. Como você avalia a assistência prestada pelos profissionais que atuam nessa maternidade?

02. Você considera importante a presença do acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto?

03. Você usou algum métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto? Qual?

04. Qual método você considera mais eficiente?

() Deambulação

() Banho de chuveiro

() Posição vertical

() Massagens manuais

() Presença do acompanhante

05. Você percebeu alguma diferença desse parto para os anteriores?

APÊNDICE B – Consentimento Livre e Esclarecido

Este projeto intitula-se **IMPLANTAÇÃO DE MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO EM UM HOSPITAL REGIONAL** e está sendo desenvolvido por Cícera Érica Nascimento Santana, aluna do curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha, sob a orientação da Professora Mestre Camila Chaves da Costa. O objetivo da pesquisa é implantar métodos não farmacológicos para alívio da dor em gestantes admitidas em trabalho de parto numa maternidade do município de Tamboril.

Lembramos que a sua participação no projeto é voluntária e, portanto a Sra. não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo não sofrerá nenhum dano.

Desde já solicito sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e publicar em revistas científicas. Por ocasião da publicação dos resultados seu nome será mentido em absoluto sigilo. Estarei a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa do desenvolvimento deste trabalho.

Declaro que fui devidamente esclarecida e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente de que receberei uma cópia desse documento.

Tamboril, ____/____/____



Assinatura da participante da pesquisa

Cícera Érica Nascimento Santana
E-mail: ericansantana@hotmail.com
Fone: (88) 99229-7941

ANEXOS

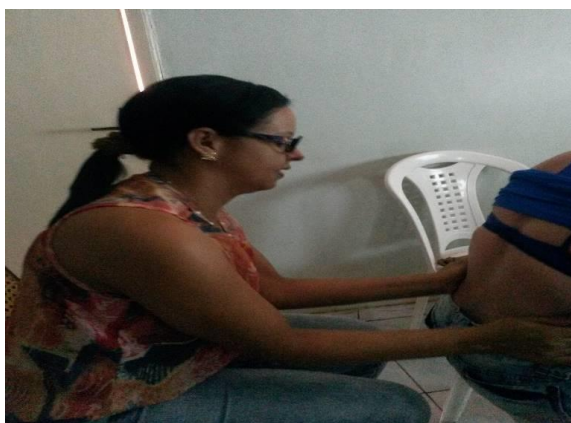
FOTOS DAS ETAPAS DA IMPLANTAÇÃO DO PROJETO

Primeira etapa:

- Primeiro momento: apresentação do estudo e sensibilização da equipe



- Segundo momento: oficina de treinamento de massagens manuais para parturientes



Segunda etapa:

- Aplicação de métodos não farmacológicos nas parturientes

