

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA
MINISTÉRIO DA SAÚDE/ REDE CEGONHA/ UFMG/UFPE**

ÉVORA CARLA FERNANDES LEAL

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO MANEJO DA DOR DURANTE O
PRÉ-PARTO: TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS**

**RECIFE - PE
2015**

ÉVORA CARLA FERNANDES LEAL

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO MANEJO DA DOR DURANTE O
PRÉ-PARTO: TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica- CEEO pelas Universidades Federais de Minas Gerais e de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Professora Dra. Ana Catarina Torres de Lacerda

RECIFE-PE

2015

ÉVORA CARLA FERNANDES LEAL

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO MANEJO DA DOR DURANTE O
PRÉ-PARTO: TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica-CEE0 pelas Universidades Federais de Minas Gerais e de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

APROVADO EM 24 DE NOVEMBRO DE 2015

Profa. Dra. Ana Catarina Torres de Lacerda

Orientadora

Profa. Dra. Inês Maria Tenório

Professora da UFPE

Profa. Dra. Sheyla Costa de Oliveira

Professora da EEUFMG

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo Dom da Vida, por guiar meus passos diariamente e por me fazer acreditar que posso ser mais forte do que penso.

Aos Meus Pais e irmã, pelo amor, confiança e principalmente por serem os melhores pais do mundo; por compreenderem minha ausência, na busca por dias melhores.

Ao Ministério da Saúde, Rede Cegonha, UFMG, UFPE pela oportunidade de formação e crescimento profissional.

A minha orientadora, Professora Dra. Ana Catarina Lacerda, pela disponibilidade, paciência, nas importantes orientações, essenciais para elaboração deste trabalho.

Ao meu namorado Ramon Leal e “melhor preceptor” por todo seu amor, companheirismo, apoio, paciência e, sobretudo ensinamentos.

Às minhas colegas, enfermeiras e especializadas (Wyara, Marina, Tyna) por compartilharem experiências e vivenciarem comigo momentos de dificuldades e cansaços; Por serem grandes companheiras nos momentos desse longo ano.

Aos queridos preceptores Paulo Márcio e Bianca Meira pela disponibilidade, ensinamentos e paciência.

A toda turma do CEEO pela troca de conhecimento mútua.

Ao Hospital Dom Malan pelo incentivo de formação complementar e oportunidade de campo de estágio enriquecedor.

E principalmente, as pacientes acompanhadas durante a atividade prática do curso, por confiarem e permitirem participar de seus momentos, me permitindo conhecimento.

A todos, muito Obrigada!

RESUMO

O parto configura-se como um momento único na vida da mulher que embora seja lembrado por elas com grande felicidade, pode ser acompanhado de intensa dor, dependendo da assistência prestada à mulher durante o trabalho de parto e parto. Com isso, a adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos e não farmacológicos, durante esse momento, evita práticas intervencionistas desnecessárias, tornando o parto normal menos traumático. Nesse contexto, o presente projeto tem como objetivo implementar o uso de técnicas não farmacológicas no manejo da dor durante o trabalho de parto pelos enfermeiros que atuam na assistência ao parto após uma ação educativa. Trata-se de um estudo de intervenção que consiste na elaboração e execução de oficinas educativas para enfermeiros e residentes quanto às técnicas não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto, pautadas no uso de metodologias ativas de ensino, utilizando conteúdos teórico-práticos. Espera-se que esta intervenção provoque interesse por parte dos profissionais de enfermagem da instituição materno-infantil a cerca desse contexto, de modo sensibilizar a todos os envolvidos no processo, o uso contínuo dessa boa prática obstétrica, embasada em evidências científicas. Assim como contribuir no direcionamento de ações destes profissionais, tornando possível a assistência de forma integral, humana e necessária a estas parturientes.

Descritores: Bem estar materno; Assistência ao parto; Dor do parto; Enfermagem obstétrica; Parto humanizado.

ABSTRACT

Childbirth is configured as a unique moment in a woman's life. Although they can remember it with lots of happiness, severe pain may be present, depending on the care provided to women during labor and delivery. Thus, the adoption of known beneficial and non-pharmacological measures and procedures during this time, avoids unnecessary interventionist practices, making normal birth less traumatic. In this context, this project aims to implement the use of non-pharmacological techniques in pain management during labor by nurses working in delivery care after an educational activity. It is an intervention study that uses the development and application of educational workshops for nurses and residents and to non-pharmacological techniques for pain relief during labor, guided in the use of active methods of teaching, using theoretical and practical content. It is expected that this intervention will provoke interest among nursing professionals in maternal and child institution about this context, in order to sensitize all stakeholders in the process, the continued use of this good obstetric practice, based on scientific evidence. As well as contribute to the direct actions of these professionals, making it possible to support comprehensive, humane and necessary to these mothers

Keywords: Wellbeing breast; Childbirth care; Labor pain; Midwifery; Humanized birth

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AISM - Atenção Integral à Saúde da Mulher

DST- Doenças Sexualmente Transmissíveis

EAV- Escala Analógica Visual

HDM - Hospital Dom Malan

IMIP- Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN - Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher

SUS - Sistema Único de Saúde

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO (FORMULAÇÃO DO PROBLEMA)	8
3 APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	9
4 JUSTIFICATIVA	10
5 REFERENCIAL TEÓRICO	11
6 PÚBLICO ALVO	18
7 OBJETIVOS	19
7.1 Objetivo Geral	19
7.2 Objetivos Específicos	19
8 METAS.....	20
9 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	21
10 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	23
11 ORÇAMENTO/ RECURSOS UTILIZADOS	24
12 RECURSOS HUMANOS	25
13 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO	25
REFERÊNCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

O parto configura-se como um momento único na vida da mulher. Este momento, embora seja lembrado por elas com grande felicidade, pode ser acompanhado de intensa dor, dependendo da assistência prestada à mulher durante o trabalho de parto e parto. A dor parturitiva é definida como uma resposta fisiológica, complexa, subjetiva e multidimensional aos estímulos sensoriais gerados, principalmente, pela contração uterina (ALMEIDA et al., 2005). Além disso, segundo Sescato, Souza e Wall (2008) a dor pode estar relacionada não somente com o processo fisiológico do parto, mas com fatores externos como medo, estresse, tensão, solidão, desamparo social e afetivo e falta de informações.

Nesse contexto, a adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos e não farmacológicos, durante esse momento, evita práticas intervencionistas desnecessárias. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS,1996) ações não farmacológicas de alívio da dor como: posições variadas e verticalizadas da gestante, deambulação, técnicas de respiração, orientações verbais recebidas, relaxamento, banho de imersão, aspensão, aromoterapias e massagens auxiliam no enfrentamento da dor e são consideradas mais seguras por necessitarem de menos intervenções e proporcionam um parto menos traumático (OMS, 1996; SESCATO; SOUZA; WALL, 2008). Existem ainda recursos auxiliares, como: bola suíça e banquetas para a minimização da dor, bem como para acelerar a progressão do trabalho de parto (RICCI, 2008).

A utilização dessas técnicas na prática profissional durante o trabalho de parto proporciona relaxamento à mulher. Logo, faz-se de suma importância, a incorporação a prática desses recursos não farmacológicos pelos profissionais da assistência ao parto e nascimento. Transformando o parto normal em algo tranquilo, menos traumático, doloroso e demorado, ocasionando uma maior analgesia a parturiente, bem como diminuindo o medo e a tensão, proporcionando uma melhor vivência e maior satisfação (SANTOS; ANJOS, 2006; FERREIRA, 2011).

2 PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO (FORMULAÇÃO DO PROBLEMA)

Durante um processo observacional na prática como enfermeira da equipe da maternidade do Hospital Dom Malan, detectou-se a não utilização de técnicas não farmacológicas para alívio da dor durante o pré-parto pelos profissionais enfermeiros que assistem ao parto e nascimento. Destacando-se que seu uso não é prioridade ou mesmo realizado de maneira rotineira por esses profissionais. De modo que as técnicas não farmacológicas são atualmente consideradas como boas práticas na assistência obstétrica, baseadas em evidências científicas.

Boas práticas na assistência a saúde, segundo Sackett et al., (1997), são aquelas que associam a experiência do provedor de cuidado, com a biologia única do paciente e a melhor prova científica disponível que assegura que a mesma produz mais benefícios que danos ou é melhor do que alguma outra prática conhecida. As boas práticas na assistência ao parto e nascimento ou práticas demonstradamente úteis e devem ser estimuladas e são orientadas pelo Ministério da saúde e pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) baseadas em evidências científicas.

Estas práticas consistem no respeito à escolha da mulher sobre o local do parto, respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto, respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes, fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejarem, monitoramento do bem estar físico e emocional, oferecimento de líquidos via oral, liberdade de posição e movimentos, estímulos a posição não supina, uso de partograma. Bem como utilização de métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor (massagem e técnicas de relaxamento entre outros).

Logo, tendo em vista que os profissionais enfermeiros que assistem a mulher no parto e nascimento não utilizam dessas práticas benéficas e com comprovações científicas na utilização desses métodos e satisfação com o parto, o cenário do serviço traz condições não condizentes com o que se preconiza o ministério da saúde, já que o hospital tem sua política pautada na humanização do parto, idealizando os direitos humanos e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento.

Com isso, surgiu a seguinte questão norteadora: as técnicas não farmacológicas para alívio da dor no parto serão implementadas na assistência ao parto pelos enfermeiros após uma ação educativa?

3 APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O estudo será desenvolvido no Hospital Dom Malan (HDM)/IMIP Hospitalar, principal referência em saúde materna da região do vale do médio São Francisco, localizado na cidade de Petrolina-PE. Atualmente a instituição é administrada pela Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP/Hospitalar. Integrando a rede macrorregional de saúde, desde 2008, o Hospital Dom Malan dedica-se exclusivamente ao cuidado materno-infantil (IMIP, 2011). Abrange uma população de cerca de 1.800.000 habitantes e 53 municípios dos estados de Pernambuco e da Bahia. A unidade oferece ao todo 255 leitos, sendo 10 leitos de UTI pediátrica e outros 10 de UTI materna. O HDM se consolidou como referência no atendimento materno infantil no Sertão pernambucano oferecendo mensalmente, em média, mais de 6mil atendimentos de urgência, cerca 600 partos, 80 cirurgias ginecológicas, 2.800 atendimentos no ambulatório – incluídos a mastologia, ginecologia geral, pediatria geral, fisioterapia, fonoaudiologia, nefrologia, cardiologia, psicologia, hematologia e gastroenterologia (HOSPITAL DOM MALAN, 2011). O mesmo tem sua política pautada nas boas práticas na assistência ao parto e nascimento, preconizada pela Rede Cegonha do Ministério da Saúde.

4 JUSTIFICATIVA

A implementação das práticas não farmacológicas no manejo da dor durante o trabalho e parto, tendo como principais ferramentas para sua realização os profissionais enfermeiros do serviço faz necessária, pois, esses são os profissionais que atuam diretamente na assistência das parturientes durante o trabalho de parto. Para Fialho e Valente (2008), é indispensável que os hospitais e maternidades valorizem equipes capacitadas para garantir o atendimento e atenção especializada à gestante, no que tange aspectos humanísticos do cuidado.

Isso fomentou a importância de promover a sensibilização e capacitação adequada dos profissionais enfermeiros. Inserindo como prática contínua, o uso da tecnologia de alívio da dor durante o trabalho de parto por meios não farmacológicos, sabidamente benéficos por ocasionarem maior segurança e melhor enfrentamento no processo de parto.

Esperasse que esta intervenção provoque interesse por parte dos profissionais enfermeiros da instituição materno-infantil a cerca das técnicas não farmacológicas de alívio de dor, de modo sensibilizar a todos os envolvidos nesse processo, quanto o uso contínuo das boas práticas obstétricas, embasadas em evidências científicas. Assim como contribuir no direcionamento de ações destes profissionais, tornando possível a assistência de forma integral, humana e necessária a estas parturientes. Logo justifica-se a realização do presente projeto, pois os profissionais enfermeiros precisam ser despertados e orientados a utilizar essa prática centrada na ética e a humanização como norteadoras do cuidado.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

No Brasil, na década de 1970, surgiu um intenso movimento de reforma da saúde pública, que além de apoiar à perspectiva do controle demográfico, lutou pela conquista do direito à saúde e da reorganização desse sistema, com base nos princípios atuais que regem o Sistema Único de Saúde (SUS). A partir dessa manifestação, a Constituição Federal, em 1988, instituiu a saúde como direito de cidadania, pela construção do SUS, favorecendo o avanço dos direitos e da saúde reprodutiva (CHOR et al., 2007).

Em meados da década de 1980, movimentos sociais articulados com o Ministério da Saúde, estabeleceram alianças estratégicas para atuar na atenção à saúde da mulher. Nesse contexto, o Ministério da Saúde em 1983, intensificou o cuidado à mulher com a criação, do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), propondo uma nova e diferenciada abordagem a esse gênero, baseada no conceito de Atenção Integral à Saúde da Mulher (AISM) (LEITE; PAES, 2009).

O PAISM introduziu novo enfoque às políticas públicas para a saúde da mulher, garantindo a saúde reprodutiva como um direito (COSTA; GUILHEM; SILVER, 2006). Além disso, o programa investia na equidade das ações assistencial clínico ginecológico, em todas as fases da vida (BRASIL, 2015). Segundo Osis (1998), esse programa tornou-se um marco histórico na evolução dos conceitos de saúde da mulher ao contemplar saúde reprodutiva com assistência para a concepção e a contracepção, prevenção de câncer cérvico-uterino e de mamas, e questões relativas às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), englobando também os casos de doenças crônicas ou agudas.

O PAISM congregou programas tradicionais como pré-natal, parto e puerpério. Nesse programa, os desígnios foram voltados à priorização de ações perdidas que não tinham a merecida atenção por parte das políticas públicas (BRASIL, 2015). No entanto, o PAISM não avançou em alguns pontos estratégicos, e assim, em 2003 foi elaborada pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), aspirando promover a melhoria das condições de vida e saúde desse público alvo, mediante garantia de seus direitos legais, a partir da ampliação e qualificação da atenção integral à saúde da mulher no SUS (BRASIL, 2004).

Assim, tem-se observado o progresso nas condições de saúde das mulheres. Entretanto, em países em desenvolvimento como o Brasil, são muitos os problemas relacionados à saúde reprodutiva, destacando-se o risco de morte materna em decorrência da

gravidez, parto ou puerpério (BRASIL, 2001). Nesse sentido cabe ressaltar que a gravidez, embora seja um evento biologicamente normal, pode proporcionar fatores de riscos que condicionam complicações para a saúde da mãe e/ou do filho (SANTOS, 2011). Ademais, essas complicações podem levar a mortalidade materna e esta se constitui um indicador da qualidade da assistência ao pré-natal, parto, puerpério e aborto (PARADA, 2008; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008).

Com a Portaria GM/569, de 01 de junho de 2000, foi criado o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), objetivando garantir um número mínimo de consultas no período pré-natal e a qualidade do atendimento no momento do parto, estimulando a organização da assistência e vinculando formalmente o pré-natal ao parto e puerpério. Assim, o programa trouxe avanços quanto à ampliação do acesso das mulheres à atenção obstétrica integral, garantindo a qualidade e consolidando os direitos da mulher, incorporados como diretrizes institucionais (BRASIL, 2002).

Em 2004, a criação do Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, trouxe avanços significativos, incluindo a Política de Humanização do parto que reforça o PHPN, garantindo uma assistência humanizada adequada à gestante durante o pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério. Além de incentivar a prática do parto normal sem intervenções (BRASIL, 2015).

Unindo-se a todos esses avanços, em 2011, instituiu-se um novo modelo de atenção, na qual o MS concentrou seus esforços na implantação de Redes Temáticas de Atenção à saúde por entender que representam um avanço na organização do SUS. Denominada de Rede Cegonha e instituída pela portaria MS/GM nº 1.459/2011, trata-se de uma estratégia 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 (BRASIL, 2011).

Esta estratégia, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher, a partir da noção de integralidade da atenção, em todos os aspectos da saúde da mulher, bem como atenção humanizada, à criança, proporcionando direito ao nascimento seguro e humanizado e ao acompanhamento até os dois anos de idade assegurando acesso para um crescimento e desenvolvimento saudáveis. O programa é pautado nos princípios do respeito, proteção, idealizando os direitos humanos e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (BRASIL, 2011).

Todos esses avanços foram pautados na intenção de modelo de saúde voltados a humanização da assistência. Logo, humanizar o parto é posicionar a mulher como protagonista do evento, de maneira individual, norteados por evidências, acatando a evolução fisiológica do parto, minimizando eventos traumáticos e proporcionando experiência positiva (NAHAGAMA; SANTIAGO, 2008). O ato de humanizar o parto inicia-se no pré-natal a partir do aconselhamento e esclarecimento do processo gravídico-puerperal (FIALHO; VALENTE, 2008). Tal ato deve ser seguido durante trabalho de parto e parto.

O trabalho de parto é etapa que antecede grandes dimensões físicas, psicológicas e culturais, o parto propriamente dito. Fisiologicamente é caracterizado por contrações dolorosas que inicialmente ocasionam modificação da cérvix e finaliza com a saída do concepto pelo canal vaginal, quando se atinge dilatação completa, (dez cm) (DIAS; DESLANDES, 2006).

O trabalho de parto envolve duas fases. A primeira conhecida como fase latente, na qual o padrão das contrações e o processo doloroso são menores, ocasionando amolecimento do colo uterino e iniciando o seu processo de apagamento e dilatação. Na segunda fase ou fase ativa do trabalho de parto, há aumento das contrações uterinas, adquirindo-se um ritmo constante e regular, dinâmica uterina de 2 ou mais contrações em dez minutos, combinadas com alterações progressivas do colo uterino e dilatação. Neste período há uma maior pressão sobre a bexiga, podendo a parturiente apresentar dor severa nas costas, irradiando para o abdome. (FRANCISCO; FONSECA; SAPIENZA, 2008).

Durante o trabalho de parto a presença da dor, é descrita em dois momentos. No primeiro estágio, fase da dilatação, a mesma é provocada pela contração uterina associada à dilatação da cérvix. No período expulsivo, além desses fatores anteriores, aliam-se à pressão que o feto exerce nas estruturas pélvicas com estiramento das fibras uterinas, distensão do canal de parto, tração de anexos e peritônio, pressão na uretra, bexiga e em outras estruturas pélvicas bem como à pressão sobre as raízes do plexo lombo-sacro, o que ocasiona aumento da intensidade da dor (BRASIL, 2001; SARTORI et al., 2011).

Além disso, a hipóxia da musculatura uterina, estresse (níveis aumentados de glicocorticóides e catecolaminas) e o limiar baixo de tolerância à dor (baixos níveis de endorfina, fadiga) podem ser fatores presentes (ALMEIDA; OLIVEIRA, 2005). Assim, a dor no processo de parturição, ostenta características específicas que envolvem aspectos fisiológicos, psicológicos e socioculturais. Deste modo, a dor pode ser definida como dor aguda, transitória, complexa, subjetiva e multidimensional, inerente ao processo parturitivo fisiológico, resultando das excitações sensoriais, geradas principalmente pela contração

uterina (MAZONI; CARVALHO, 2008). Cabe ressaltar que a dor constitui-se fisiologicamente, como uma resposta normal e previsível a um estímulo químico, mecânico ou térmico, associado a uma doença ou trauma, caracterizando-a como uma resposta sensorial (ALVES, 2007).

Este fenômeno multidimensional é composto por outras variáveis de ordem não fisiológica que podem influenciar no contexto. Maldonado (2000); Bio (2007) apontam que o estresse do evento, limiar de tolerância à dor, ambiente de atendimento e assistência prestada pelos profissionais são potencializadores ou minimizadores desta dor. Portanto, a dor associada ao processo do parto pode variar de intensidade a depender destes aspectos, constituindo-se como uma experiência única para cada mulher.

Corroborando com estudos de Pereira, Franco e Baldin (2011), afirma que a representação social sobre a parturição é uma etapa dolorosa do processo fisiológico da gravidez, no entanto a resposta comportamental é influenciada pela dimensão emocional e ambiental. De modo que fatores socioculturais interferem no modo como a parturiente sente e interpreta o processo de dor na parturição.

Nesse sentido, embora a dor seja considerada um evento comum no processo de parturição existe intervenções que amenizam esse fenômeno e proporcionam à mulher um processo menos traumático. Leão e Mendonça (2008) descrevem que a avaliação e o gerenciamento da dor representam qualidade no cuidado. Nesse sentido, Almeida et al. (2008), relata a existência de métodos farmacológicos e métodos alternativos ou não farmacológicos de redução da dor durante o trabalho de parto.

Santos e Pereira (2012), afirmam que técnicas de alívio da dor, especialmente aquelas consideradas naturais e menos invasivas, contribuem para humanização do parto. Além disso, promover alívio da dor durante o trabalho de parto está intimamente relacionado com a garantia de segurança a parturiente na vivência do processo doloroso e conseqüentemente a um parto saudável (SARTORI et al., 2011).

Estudos, como de Gayeski e Brüggemann (2010), comprovaram que embora essa dor resulta de complexas interações, de caráter inibitório e excitatório e que seus mecanismos sejam semelhantes aos da dor aguda, existem fatores específicos do trabalho de parto de natureza neurofisiológica, obstétrica, psicológica e sociológica que interferem no seu limiar. Desta forma, as opções não farmacológicas podem auxiliar positivamente a parturiente no alívio da dor.

Essas técnicas podem ser o estímulo à deambulação, mudança de posição (mobilidade), banhos de chuveiro (aspersão) e de imersão, toque com massagens e recursos

auxiliares como bola de Bobath ou bola suíça, (DIAS; DOMINGUES, 2005; GALLO, 2011; SILVA; STRAPASSON; FISCHER, 2011). Têm-se ainda, técnicas de respiração, musicoterapia e a própria orientação verbal que proporcionam informações necessárias e desejadas favorecendo a autonomia das mulheres e dando atenção pessoal e individualizada (BRASIL, 2001). Para Davim, Torres e Melo (2007) essas terapias podem reduzir o uso de medidas alopáticas e promover sensação de bem-estar para a mulher, o que proporciona satisfação e diminui o estresse no momento do parto.

Em estudo bibliográfico realizado, com análise de artigos de 2005 a 2011, no intuito de avaliar as estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes, verificou-se que as técnicas de exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral, banho de chuveiro deambulação e uso de bola suíça demonstraram, em vários dos artigos analisados, serem efetivas na redução da dor das mulheres em trabalho de parto na sua fase ativa, sendo, portanto, as mesmas adequadas para o alívio da dor de parto (SOUZA; AGUIAR; SILVA, 2015).

Vários estudos corroboraram com a eficácia do uso da hidroterapia, revelando-se como técnica segura de fácil aplicabilidade, pela de boa aceitação das parturientes, baixo custo ao serviço e que promove comprovadamente benefícios de bem estar fisiológico, aumento de sensação de relaxamento e conforto com redução do alívio da dor no trabalho de parto (MAZONI; FARIAS; MANFREDO, 2009; BARBIERI et al., 2013; SANTANA, et al., 2013).

Corroborando ainda com os estudos, Davim et al., (2008) avaliou a eficácia do banho de chuveiro, empregando em 100 parturientes em 8 a 9 cm de dilatação, avaliadas antes e após cada intervenção por meio da Escala Visual Analógica (EVA), o mesmo demonstrou que o banho de chuveiro é efetivo na redução da intensidade da dor na fase ativa da dilatação. No entanto, sua aplicação terapêutica está associada a uso de outros recursos como temperatura da água e tempo de permanência no banho, com mínimo de 20 min com a ducha sobre a região dolorosa. Segundo Gallo (2011) 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. Tem-se ainda a associação da hidroterapia no chuveiro com a bola de Bobath ou bola suíça, comprovando a promoção do conforto e relaxamento a parturiente (REBERTE; HOGA, 2005).

Quanto ao uso isolado da bola suíça, encontrou-se que esse recurso tem sua eficiência aumentada quando utilizada de forma combinada com outros recursos como banho, de

maneira a promover redução significativa da dor, bem estar contribuindo de forma positiva na ansiedade e estresse (BARBIERI et al., 2013). Segundo o estudo de Davim et al. (2008), as parturientes referiam que o banho foi relaxante e mostraram preferência pela deambulação e massagem nas costas, no entanto atribuíram melhor enfrentamento da dor quando associado a bola de parto.

Observou-se ainda que no estudo realizado por Almeida et al. (2005), técnicas de respiração e de relaxamento sobre a dor e a ansiedade na parturição utilizadas pelo Grupo Experimental não reduziram a intensidade da dor, mas promoveram por mais tempo a manutenção de um nível mais baixo de ansiedade durante a parturição, por apontarem tendência a redução nos níveis séricos de ACTH em todas as fases do trabalho de parto, interferindo na secreção do HCTH, promovendo alívio parcial do estress e melhorando de forma significativa a participação dessa parturiente no trabalho de parto. De modo que, confirma o resultado encontrado em outros estudos, que os exercícios respiratórios podem não ser suficientes na redução da sensação dolorosa durante o primeiro estágio do trabalho de parto, porém são eficazes na redução da ansiedade e na melhora dos níveis de saturação materna de oxigênio (BÕING; SPERANDIO; MORAES, 2010).

Estudos demonstraram a eficiência da técnica de massagem, de modo que esse método reduz as reações comportamentais, o estresse e ansiedade frente à dor, reafirmando a importância do contato pele a pele, que favorece o relaxamento e o vínculo de confiança. No entanto, para estimular a realização dessa técnica, faz se necessário a participação ativa do acompanhante, que resultara em maiores níveis de satisfação e segurança para ambos. Tem-se ainda que a região lombo sacra se mostrou a mais utilizada no alívio da dor para as parturientes (BALASKAS, 2008).

No entanto, apesar de a massoterapia praticamente não apresentar efeitos colaterais, suas diferentes técnicas devem ser aplicadas individualmente com base em uma avaliação fisioterapêutica prévia, pois algumas parturientes podem apresentar intolerância à massagem em determinadas regiões corporais ao longo do trabalho de parto. A depender da tolerância de cada parturiente, 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 (GALLO, 2011).

Nahagama e Santiago (2011) afirmam que estas técnicas além de simples são de elevada segurança, tendo influência direta no contentamento da mulher com o parto. Além disso, a implementação destas, representam valorização da dor por parte dos profissionais de saúde, sobretudo pelos profissionais de enfermagem. Assim, a enfermagem, categoria que

permanece em contato por mais tempo com a parturiente, deve se apropriar da situação, para interpretar e obter uma compreensão informada do seu sofrimento. O objetivo desse entendimento é selecionar estratégias para amenizar o evento (FIALHO; VALENTE, 2008). Logo, a promoção de um bom relaxamento vai desde a adoção de posturas confortáveis a ambientes tranquilos, com música ambiente, boa iluminação e pensamentos direcionados, utilizando mecanismos para desviar o trauma da dor no trabalho de parto.

O profissional ou acompanhante que presta esse suporte contínuo deve estar apto a informar, promover alívio de tensão, facilitar a interação entre a parturiente/família e a equipe de saúde, contribuindo para a humanização do parto. Pois segundo estudos de revisão sistemática conduzida por Hodnett et al., em 2008, que incluiu 16 ensaios clínicos randomizados e controlados com 13.391 mulheres, demonstrou que o suporte contínuo intraparto reduz a duração do trabalho de parto, a probabilidade da parturiente de receber analgesia e relatar insatisfação com sua experiência. Os autores concluíram que todas as mulheres devem receber suporte contínuo durante todo o trabalho de parto e o parto.

Corroborando ainda com a participação do profissional nesse processo, um estudo de revisão foi realizado com o objetivo de conhecer a satisfação de mulheres quanto ao nascimento, em especial no que se refere ao alívio da dor. A revisão sistemática desse estudo identificou quatro expectativas presentes na satisfação da parturiente como os fatores pessoais, o suporte dos profissionais, a qualidade da relação profissional-paciente e o envolvimento na decisão das intervenções. Concluíram os autores, nessa revisão, que a avaliação das parturientes quanto à satisfação em suas experiências durante o trabalho de parto não estão relacionadas apenas às influências da dor, do alívio à dor e das intervenções médicas, mas sim às influências das atitudes e comportamentos dos profissionais da saúde (DOTTO; MAMEDE; MAMEDE, 2011).

Logo, a atitude profissional é de relevante importância na assistência à parturiente, tendo em vista que tudo isso poderá ser realizado, além da abordagem empática, associando-se a utilização de estratégias adequadas visando aliviar a dor tão presente nas parturientes, tendo em vista as relações interpessoais na interação profissional-parturiente-família. De modo a associar sua participação a aplicação de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor no processo do trabalho de parto, fortalecendo e potencializando o processo, tornando-o menos doloroso, menos tenso, visto que as mesmas necessitam de atenção, aconselhamento e habilidades de comunicação.

Nesse, sentido estudos demonstram que a enfermagem tem desempenhado um papel ativo no estabelecimento de cuidados humanísticos às mulheres, auxiliando a fisiologia do

parto e instituindo tecnologias de cuidado e conforto (PROGIANTI; MOUTA, 2009). Para Sescato, Souza e Wall (2008), práticas de cuidado relacionais que promovem o diálogo entre os usuários e profissionais, concretizam os princípios da dignidade e solidariedade, demonstrando uma postura de acolhimento à mulher.

Nesta concepção, a qualificação da atenção nos últimos anos, vem sendo enfatizada pela gestão em saúde, através da avaliação das ações dos profissionais que atuam na assistência ao parto e nascimento, de modo a auxiliar às reais necessidades da população (GOUVEIA et al., 2011). Logo, a avaliação em saúde garante o diagnóstico da realidade dos serviços, contribuindo para as mudanças nos padrões, de modo a cumprir condições mínimas de qualidade.

Portanto, todos os esforços durante o processo de trabalho de parto deve visar o conforto físico da parturiente, incrementado pelo uso de terapias complementares de técnicas para o alívio da dor durante o trabalho de parto, as quais devem ser incorporadas aos programas educacionais de sensibilização e capacitação de enfermeiros com o objetivo de ajudar a integrar essas terapias do cuidado da enfermagem em mulheres no seu processo de parir.

6 PÚBLICO ALVO

A intervenção será direcionada aos enfermeiros e residentes de enfermagem que assistem diretamente ao parto e nascimento. A escolha por esses profissionais dar-se pelo fato da atuação dos enfermeiros durante todo o processo do pré-parto e parto, bem como por uma correlação com a sua formação, que direciona a sua prática para o “cuidar”, que deve respeitar os aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais que envolvem o processo parturitivo. Contudo, espera-se ainda sensibilizar, de maneira geral, outros profissionais também assistem as parturientes, tais como: médicos, técnicos de enfermagem, nutricionistas, psicólogos e fisioterapeutas.

7 OBJETIVOS

7.1 Objetivo Geral

Implementar o uso de técnicas não farmacológicas no manejo da dor durante o trabalho de parto pelos enfermeiros que atuam na assistência ao parto após uma ação educativa.

7.2 Objetivos Específicos

- Sensibilizar os profissionais enfermeiros sobre as técnicas não farmacológicas no manejo da dor, utilizadas no trabalho de parto.
- Desenvolver uma ação educativa utilizando a perspectiva da problematização em relação às técnicas não farmacológicas de alívio da dor do parto.
- Capacitar os profissionais enfermeiros sobre o uso de técnicas não farmacológicas no manejo da dor durante o trabalho de parto.
- Promover educação permanente com os profissionais de enfermeiros do serviço.

8 METAS

- Implementar na rotina dos enfermeiros, técnicas não farmacológicas de alívio da dor, em 100% das parturientes admitidas no setor.
- Disponibilizar a todas as parturientes atendidas na sala de parto, mecanismos não farmacológicos para alívio da dor como: orientações sobre evolução do trabalho de parto, estimular deambulação, ensinar técnicas de respiração e relaxamento, técnicas de massagem de alívio da dor, bola suíça, spaldar, cavalinho entre outros da instituição.
- Capacitar os enfermeiros (17) e residentes de enfermagem da área de saúde da mulher (9), quanto os recursos não farmacológicos no alívio da dor durante o pré-parto.
- Realização das oficinas educativas num prazo de 6 meses para todos os enfermeiros e residentes.
- Avaliar semestralmente o histórico admissional de enfermeiros no setor de sala de parto para dispor de oficinas a estes enfermeiros contratados para sala de parto.
- Disponibilizar oficinas anualmente para os residentes ingressantes de saúde da mulher.

9 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de intervenção que consiste na elaboração e execução de oficinas educativas para abordagem das técnicas não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto, pautadas no uso de metodologias ativas de ensino. Com conteúdos teóricos e práticos.

Participarão do estudo, profissionais de Enfermagem do pré-parto do Hospital Dom Malan em Petrolina-PE. A população do estudo será composta por 17 enfermeiros (8 do plantão diurno e 9 do plantão noturno) e 9 residentes de enfermagem que atuam na assistência ao parto e nascimento. Que acontecerão no período de abril a setembro de 2016. Deve-se ressaltar que as oficinas acontecerão no ano de 2016, com perspectiva de ingresso de 14 residentes de enfermagem de saúde da mulher nesse ano. Portanto, serão contemplados todos esses 40 profissionais. Destaca-se ainda que será estendido o convite aos setores de fisioterapia, nutrição, psicologia e gerência médica do serviço para participarem das oficinas, de maneira participativa e colaborativa.

A intervenção terá um total de 08 oficinas, número que contempla toda a população e metas, as datas serão divulgadas antecipadamente através da planilha/cronograma de atividades educacionais da instituição, divulgada pelo Núcleo de Educação Permanente, medida necessária para organização e participação de todos participantes/população.

As oficinas serão realizadas no auditório do hospital, com total de 06 participantes por oficinas, objetivando uma construção interativa do aprendizado através de pequenos grupos. Terão tempo médio de 2 horas, de modo que esses momentos serão a combinar com a instituição e profissionais. Serão disponibilizadas oficinas mensais, durante um período de 6 meses (abril/2016 a setembro/2016), com horários diurnos e noturnos para contemplar todo o público alvo. Pensando no número de participantes, serão disponibilizadas 06 oficinas no período matutino ou vespertino e 02 oficinas no período noturno.

Inicialmente será realizado levantamento, através de visita técnica a sala de parto juntamente com o gerente do setor, quais os recursos disponibilizados pela instituição para utilização desses recursos na assistência ao parto e nascimento. Após levantamento desses dados, serão realizadas oficinas que acontecerão em duas etapas didaticamente divididas: teórica e prática, mas que ocorrerão no mesmo momento.

A etapa teórica consistirá em um treinamento expositivo e dialogado, mediado pela autora do projeto através de apresentação em vídeos e slides, baseada em evidências científicas e fontes da literatura. Dentro do contexto temático serão evidenciados: os tipos de

técnicas não farmacológicas existentes para o alívio da dor; utilização correta durante o trabalho de parto; eficiência destas técnicas durante as fases do trabalho de parto; importância da utilização destas técnicas; e a visão das parturientes a cerca do uso das técnicas, com exposição de vídeos existentes na internet.

Na etapa prática serão apresentadas situações problemas com objetivos de ensino e aprendizagem voltados ao desenvolvimento de habilidades inerentes a cada contexto temático, buscando simular diferentes momentos de suas aplicações dos recursos disponíveis no serviço, durante o trabalho de parto.

Com recurso dos materiais disponíveis no serviço para realização das técnicas serão apresentadas situações em que os participantes simularão a realização das técnicas, diante de uma situação específica levantada. Neste momento, os participantes serão enfermeiros ou pacientes, ou vice-versa, a intenção é fazer com que os participantes possam experienciar as técnicas, como receptor e provedor, vivendo uma maior sensibilização.

Além disso, será pactuado com o núcleo de educação permanente para que haja continuidade dessas oficinas, a fim de contemplar residentes que entram anualmente no serviço. Bem como inserir como prática do serviço, oficina admissional para enfermeiros recém-contratados para setor de sala de parto. Dessa forma, será avaliado semestralmente o quadro de admissões do serviço para o setor de sala de parto, a fim de disponibilizar oficinas para esses.

10 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Cronograma de atividades:	Período 2015										
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov
Elaboração do pré-projeto	X	X	X								
Apresentação do pré projeto			X								
Apresentação do pré projeto a instituição						X					
Revisão Bibliográfica				X	X	X	X	X	X	X	
Apresentação do projeto final											X

Cronograma de atividades:	Período 2016										
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov
Visita técnica ao setor		X									
Elaboração das oficinas educativas		X	X								
Realização das oficinas educativas				X	X	X	X	X	X		
Acompanhamento e avaliação do projeto				X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração de projeto de pesquisa para avaliar impactos das oficinas na assistência									X	X	X
Avaliação do quadro admissional na sala de parto e entrada de residentes do primeiro ano para novas oficinas		X	X	X							

11 ORÇAMENTO/ RECURSOS UTILIZADOS

Despesas em Recurso Matérias

DISCRIMINAÇÃO	QUANT.	VALOR (R\$)
Notebook	01	1.200,00
Data Show	1000 fl.	1.600,00
Pen Drive 32 GB	01	40,00
CD ROOM	02	4,00
Impressora HP	01	700,00
Resma de Papel Ofício A4	02	36,00
Cartucho de tinta Preto HP Deskjet 3940	01	60,00
Canetas	40	20,00
Bola Suíça	02	50,00
Cavalinho	02	100,00
Reprografia (Panfletos)	100	250,00
Reprografia (Banner)	02	240,00
Reprografia (Vídeo)	01	3.000,00
SUBTOTAL	-	7.300,00

12 RECURSOS HUMANOS

O projeto de intervenção contará com o apoio do gerente enfermeiro da sala de parto para organização do recrutamento para as oficinas educativas, bem como profissional responsável pelo Núcleo de Educação Permanente. Será ainda estendido o convite aos setores de fisioterapia, nutrição, psicologia e gerência médica do serviço para participar das oficinas, de maneira participativa e colaborativa.

13 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

Durante a realização dessas oficinas serão acompanhados, inicialmente por meio observacional, da potencialização destas práticas abordadas nas oficinas educativas. Futuramente tem-se a intenção de realizar pesquisas exploratórias para avaliar os impactos dessas oficinas na assistência ao parto e nascimento, através de pesquisas quantitativas de satisfação do usuário.

REFERÊNCIAS

ALVES M. M. O. **Validação de uma escala para avaliação da dor em crianças brasileiras menores de cinco anos.** 2007. 115f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Programa de Pós graduação em Ciências Médicas: Pediatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.

ALMEIDA N. A. M., et al. A dor do parto na literatura científica da Enfermagem e áreas correlatas indexada entre 1980-2007. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 1114-23, 2008.

ALMEIDA N. A. M., et al. A. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. **Revista Latino- americana de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 52-8, 2005.

ALMEIDA N. J. M.; OLIVEIRA V. C. Estresse no processo de parturição. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n. 1, p.87-9, 2005.

BALASKAS J. **Parto ativo: guia prático para o parto natural.** 2 ed. São Paulo: Ground, 2008.

BARBIERI M., et al. Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 5, p. 478-84, 2013.

BÕING L.; SPERANDIO F. F.; MORAES G. M. Uso de técnica respiratória para analgesia no parto. **Femina.** 2010.

BIO E. R. **Intervenção Fisioterapêutica na Assistência ao Trabalho de Parto.** 2007. 137f. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia). Programa de Pós graduação em Ciências Médicas. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Mulher.** Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25236. Acesso em 09 de abril 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf> Acesso em: 10 de agosto 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria/GM 569 de 01 de junho de 2000.** Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm> Acessado em: 26 julho 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento.** Brasília, 2002.

_____.Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.

CHOR D., et al. Mulheres brasileiras...mortes invisíveis. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n. 8, p. 1564- 78, 2007.

COSTA A. M.; GUILHEM D.; SILVER L. D. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 6, n. 1, p. 67-94, 2006.

DAVIM R. M. B., et al. Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor em parturientes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. V.10, n. 3, p.600-9, 2008.

DAVIM R. M. B.; TORRES G. V.; MELO E. S. Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: pré-teste de um instrumento. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 1, n.1, p. 578-90, 2007.

DIAS M. A. B.; DESLANDES S. F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n.12, p. 2647-55, 2006.

DIAS M. A. B.; DOMINGUES R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência e saúde coletiva**, v.10, n.3, p. 699-705, 2005.

DOTTO L. M. G.; MAMEDE M. V.; MAMEDE F. V. Desempenho das competências obstétricas na admissão e evolução do trabalho de parto: atuação do profissional de saúde. **Escola Anna Nery**, v.12, n.4, p. 717-25, 2011.

FIALHO T. C.; VALENTE J. C. F. **O papel do enfermeiro no parto humanizado**. 2008. 38f. Monografia (Pós graduação em Saúde Pública) – EVATA (EDUCAÇÃO AVANÇADA LTDA.), Viçosa- MG, 2008.

FERREIRA, C. H. **Fisioterapia: Teoria e Prática Clínica – Fisioterapia na saúde da Mulher: Teoria e Prática Clínica**. Editora Guanabara Koogan LTDA, São Paulo, p. 291-291, 2011.

FRANCISCO R. P. V.; FONSECA E. S. V. B.; SAPIENZA A. D. **Seção 4: Parto e Puerpério**. In: ZUGAIB, R. Obstetrícia. Barueri, SP: Manole, Cap. 16, p. 318, 2008.

GAYESKI M. E.; BRUGGEMANN O. M. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. **Texto contexto - enferm**. v.19, n.4, p. 774-782. 2010

GALLO R. B. S. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **Feminina**, v. 39, n. 1, 2011.

GOUVEIA G. C., et al. Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no estado de Pernambuco, Brasil, 2005. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1849-61, 2011.

HODNETT E.D., et al. **Apoio contínuo para las mujeres durante el parto**. In: La Biblioteca Cochrane Plus; 2008.

HOSPITAL DOM MALAN. **Conheça o Hospital: Apresentação**. 2011. Disponível em <<http://www.hdm.org.br/>> Acessado em 19 de Julho de 2014.

IMIP. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP. **IMIP Hospitalar: Interiorização, Apresentação**. 2011. Disponível em <<http://www.imip.org.br/>> Acessado em 19 de Julho de 2013.

LEÃO E. R.; MENDONÇA S. H. F. Indicadores de gerenciamento da dor em adultos. In: _____. **Qualidade em saúde e indicadores como ferramentas de gestão**. São Paulo. Editora Yendi, p. 209-18, 2008.

LEITE A. C. N. M. T.; PAES N. A. Direitos Femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna. **Revista História, Ciência e Saúde -Manguinhos**, v. 16, n. 3, p. 705-14, 2009.

MALDONADO M. T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 15 ed. São Paulo: Saraiva; 2000.

MAZONI S.R.; FARIA D.G.S.; MANFREDO V. Hidroterapia durante o trabalho de parto: relato de uma prática segura. **Revista Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 1 p. 40-4, 2009.

MAZONI S. R.; CARVALHO E. C. Dor de parto: considerações históricas e conceituais. **Revista Dor**, v. 9, n. 1, p. 1176-82, 2008.

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. **Caderno de Saúde Pública**, v.24, n. 1, p.1859- 68, 2008.

NAGAHAMA E. E. I.; SANTIAGO S. M. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.11, n. 4, p. 415-25, 2011.

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

OSIS M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Caderno de Saúde Pública** , v.14, n. 1, p. 25-32, 1998.

PARADA C. M. G. L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 8, n.1, p. 113-24, 2008.

PEREIRA R. R.; FRANCO S. C., BALDIN N. A Dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 61, n. 3, p. 376-388, 2011.

PROGIANTI J. M.; MOUTA R. J. O. A enfermeira obstétrica: agente estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em maternidades. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 17, n. 2, p.165-9, 2009.

REBERTE L. M.; HOGA L. A. K. O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal. **Texto & contexto enfermagem**, v. 14, n. 2, p.186-92, 2005.

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

SACKETT D. L., et al. Evidence – based medicine. **How to practice and teach EBM**. London: ChuzchillLivingstone, 1997.

SANTANA L. S., et al. Efeito do banho de chuveiro no alívio da dor em parturientes na fase ativa do trabalho de parto. **Revista Dor**, v.14, n.2, p. 111-113, 2013.

SANTOS L. M.; PEREIRA S. S. C. Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.22, n.1, p. 77-97, 2012.

SANTOS R. A. A. **Satisfação das usuárias acerca da qualidade do cuidado em uma uti obstétrica**. 2001. 65f. Monografia de graduação do curso de enfermagem- Colegiado de Enfermagem, Universidade Federal do Vale do São Francisco, 2011.

SANTOS T. C.; ANJOS M. S. Atuação Fisioterapêutica na Sala de Parto Normal. **Revista Fisioterapia Brasil**, v. 7, n. 3, p. 229-234, 2006.

SARTORI A. L., et al. Estratégias não farmacológicas de alívio à dor durante o trabalho de parto. **Revista Eletronica Trimestral de Enfermeria**. v.1, n. 21, p. 357-82, 2011.

SESCATO A. C.; SOUZA S. R. R. K.; WALL M. L. Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 585-90, 2008.

SILVA E. F.; STRAPASSON, M. R.; FISCHER, A. C. S. Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto e parto. **Revista Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 2, p. 261-271, 2011.

SOUZA E. N. S.; AGUIAR M. G. G.; SILVA, B. S. M. Métodos não farmacológicos no alívio da dor: equipe de enfermagem na assistência a parturiente em trabalho de parto e parto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 18, n 02, 2015.