

Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto*

EFFECTIVENESS OF NON-PHARMACOLOGICAL STRATEGIES IN RELIEVING LABOR PAIN

LA EFECTIVIDAD DE ESTRATEGIAS NO FARMACOLÓGICAS EN EL ALIVIO DEL DOLOR DE PARTURIENTAS EN EL TRABAJO DE PARTO

Rejane Marie Barbosa Davim¹, Gilson de Vasconcelos Torres², Janmilli da Costa Dantas³

RESUMO

Objetivou-se no estudo avaliar a efetividade de estratégias não-farmacológicas para o alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. Ensaio clínico do tipo intervenção terapêutica *antes e após*, realizado em uma maternidade pública de Natal/RN – Brasil, com 100 parturientes na aplicação de exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral e banho de chuveiro. Utilizou-se a escala analógica visual para coleta de dados. A maioria das parturientes tinha entre 20 a 30 anos de idade (60%), ensino fundamental incompleto (85%), renda familiar de até 2 salários mínimos (74%) e 78% estavam com acompanhantes. A ocitocina foi administrada em 81% dos casos, mas 15% não receberam qualquer medicação. Verificou-se diferença significativa no alívio da dor após a aplicação das ENF, demonstrando redução dessa dor à medida que aumentava a dilatação do colo. Conclui-se que as estratégias foram efetivas no alívio da intensidade da dor das parturientes estudadas durante o trabalho de parto.

ABSTRACT

The study objective was to evaluate the effectiveness of non-pharmacological strategies to relieve pain in parturients in labor. This is a *before and after* therapeutic intervention clinical trial, performed at a public maternity in the city of Natal, in the state of Rio Grande do Norte, Brazil, with 100 parturients applying breathing exercises, muscle relaxation, lumbosacral massage, and showers. A visual analogue scale was used for data collection. Most parturients were between 20 and 30 years old (60%), had incomplete primary-level education (85%), family income of up to 2 minimum salaries (74%), and 78% had a companion with them at the hospital. Oxytocine was administered in 81% of cases, but 15% did not receive any medication. A significant difference was observed in pain relief after using non-pharmacological strategies, showing reduced pain as cervix dilation increased. It was concluded that the strategies were effective in reducing the intensity of pain in the studied parturients in labor.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue evaluar la efectividad de las estrategias no farmacológicas para aliviar el dolor de parturientas en el trabajo de parto. Se trata de un ensayo clínico con un tipo de intervención terapéutica *antes y después*, realizado en una maternidad pública de Natal/RN – Brasil, con 100 parturientas en la aplicación de ejercicios respiratorios, relajamiento muscular, masaje lumbosacra y baño de ducha. Se utilizó, para recolectar los datos, la escala analógica visual. La mayoría de las parturientas tenía entre 20 y 30 años de edad (60%), enseñanza fundamental incompleta (85%), renta familiar hasta 2 salarios mínimos (74%), 78% estaban con acompañantes. La oxitocina fue administrada en 81% de los casos y 15% no recibieron ningún medicamento. Se verificó una diferencia significativa en el alivio del dolor después de la aplicación de las ENF, demostrando una reducción de ese dolor en la medida que aumentaba la dilatación del cuello del útero. Se concluye que las estrategias fueron efectivas para aliviar la intensidad del dolor de las parturientas de este estudio durante el trabajo de parto.

DESCRITORES

Parto.
Trabalho de parto.
Dor do parto.
Enfermagem obstétrica.

KEY WORDS

Parturition.
Labor, obstetric.
Labor pain.
Obstetrical nursing.

DESCRIPTORES

Parto.
Trabajo de parto.
Dolor de parto.
Enfermería obstétrica.

* Extraído da tese "Avaliação da efetividade de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor de parturientes na fase ativa do período de dilatação no trabalho de parto", Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2007. ¹Enfermeira Obstétrica. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Presidente da Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil. rejaneemb@uol.com.br ²Enfermeiro. Professor Doutor do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Coordenador do Programa de Pós-Graduação de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Orientador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil. gvt@ufrnet.br ³ Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Programa Saúde da Família do Município de Japi. Coordenadora da Vigilância Epidemiológica do Município de Pureza. Rio Grande do Norte, Brasil. janillidantas@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Grande parte dos profissionais de saúde que trabalham em maternidades observa, na dor sentida pelas parturientes, um sofrimento que na maioria das vezes nada têm a fazer, e, permanecer nestes locais, com mulheres queixando-se de dores, torna-se experiência desagradável para tais profissionais. É importante lembrar que a falta de suporte emocional, medicalização em excesso na assistência ao parto, são fatores que podem estar relacionados ao aumento da intensidade da dor e pouco ou nada é oferecido para o seu alívio⁽¹⁾. A assistência ao parto no momento atual é objeto de grande medicalização e o cenário do nascimento transformou-se rapidamente em local desconhecido para a mulher, conveniente e asséptico para os profissionais de saúde⁽²⁾.

Mesmo observando novas posturas inovadoras que comecem no campo da enfermagem, compreende-se que dificuldades ainda haverão de se manter e perpetuar por décadas. Romper com o modelo tradicional, predominantemente biologicista é, de certa forma, um processo duradouro, exigindo dos profissionais de saúde mudanças de comportamentos e atitudes ao longo dos anos⁽³⁾.

É importante que o profissional de saúde entenda que ele precisa compartilhar do mundo pessoal do indivíduo com dor, de sua auto-realização, para, só então, compreender essa pessoa nesse mundo de dor. É necessário que este profissional esteja preparado e consciente no que tange à dimensão humanística, com o olhar voltado para o ser existindo no mundo, enfocando a dor enquanto um momento de medo e ansiedade, com direito de busca ao alívio desse desconforto⁽⁴⁾.

Esses profissionais desempenham papel importante nessa experiência e têm a oportunidade de colocar seu conhecimento e serviço ao bem-estar da mulher, parceiro e recém-nascido, com o reconhecimento dos momentos críticos com intervenções necessárias para minimizar a dor de parto, estar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, ajudar a parir e a nascer. Contudo, esse papel não é fácil para a maioria dos profissionais de saúde, que vêem a gestação e o parto como um processo predominantemente biológico, onde o patológico é mais valorizado. Entretanto a gestação e o parto são dois eventos que geralmente ocorrem sem complicações⁽⁵⁾.

Nesses termos, o profissional de saúde que assiste à parturiente deve conhecer e compreender os fatores socio-culturais, ambientais, assistenciais e a fisiologia do processo do parto que possam causar medo e insegurança a essas parturientes, com a finalidade de promover uma assistência humanizada e integral⁽⁶⁾.

Para tanto, é de fundamental importância que as mulheres possam fazer uso de métodos farmacológicos e não

farmacológicos, no alívio da dor, incluindo o apoio de profissionais de saúde, companheiros(as) e familiares, antes e durante o trabalho de parto⁽⁷⁾.

Portanto, é do conhecimento 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, massagens na região lombar, respiração padronizada, condicionamento verbal e relaxamento muscular. Esses métodos podem ser aplicados de forma combinada ou isolada que, 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⁽⁷⁾.

Diante dessas considerações sobre dor, trabalho de parto e dos métodos não farmacológicos, motivou o interesse em estudar a dor de parturientes. Essa motivação surgiu da experiência da pesquisadora como enfermeira obstétrica e docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação em nível de Especialização na área da Enfermagem Obstétrica há mais de vinte anos. Com o decorrer do tempo e da convivência como docente assistencial no cotidiano profissional com essas mulheres em centros obstétricos públicos, tenho observado parturientes isoladas, separadas de seus parceiros ou acompanhantes, descaído dos profissionais de saúde quanto à queixa da dor dessas mulheres. Isto pode ser entendido, provavelmente, por que, na maioria das vezes, esses profissionais por considerarem a dor de parto como um processo predominantemente biológico, fisiológico e temporário, valorizam, muitas vezes, o quadro patológico quando este se instala.

Em estudo de intervenção, ao serem aplicadas técnicas de relaxamento muscular progressivo em mulheres durante o trabalho de parto, observou-se que essa técnica causa percepção no alívio da dor das parturientes. Isto é relevante à medida que os efeitos da interferência dos pesquisadores com a obtenção de dados durante aplicação da técnica demonstraram importante redução no nível de dor das parturientes⁽⁸⁾.

Em 2006, um estudo teve como proposta 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 resultados indicaram que a massagem lombar provavelmente não muda as características da dor das parturientes, mas pode ser efetiva na redução de sua intensidade na fase 1 e 2 (aceleração e inclinação máxima). Os autores concluíram que o uso da massagem lombar é efetivo para ajudar na redução da intensidade da dor durante o parto⁽⁹⁾.

Corroborando com este estudo, uma pesquisa do tipo intervenção terapêutica foi realizada em 2007 objetivando

avaliar a efetividade de estratégias não farmacológicas como exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral e banho de chuveiro para o alívio da dor de parturientes na fase ativa do trabalho de parto com o uso da escala analógica visual. A amostra constou de 30 parturientes internadas no pré-parto de uma maternidade pública em Natal/RN - Brasil. Identificou-se que a aplicação dessas estratégias foi efetiva nos três momentos da fase ativa (aceleração, inclinação máxima e desaceleração), demonstrando redução da dor nas parturientes do estudo, sendo assim adequada a utilização das mesmas durante o trabalho de parto⁽¹⁰⁾.

Nesses termos, os métodos não farmacológicos e farmacológicos para o alívio da dor de parturientes não são muito utilizados, porém a combinação de dois ou mais desses métodos pode prover adequado alívio, minimizando o desconforto das dores do trabalho de parto.

Dessa forma, por se considerar a abordagem humanizada fundamental para ajudar as mulheres a vivenciarem o processo do trabalho de parto de forma menos desconfortante, teve-se como objetivo deste estudo avaliar a efetividade de estratégias não farmacológicas combinadas (exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral) e isolada (banho de chuveiro) para o alívio da intensidade da dor de parturientes na fase ativa do trabalho de parto.

MÉTODO

Trata-se de um ensaio clínico de intervenção terapêutica que descreve o tratamento em um grupo único de indivíduos, onde todos recebem a mesma intervenção em estudo. Pode também ser chamado de estudo de *antes e após* (*before and after*), onde todos os indivíduos recebem o mesmo tratamento e sua condição é verificada antes do início e após vários momentos do tratamento. Portanto, cada parturiente pesquisada neste estudo foi controle dela mesma em uma situação real de trabalho de parto⁽¹¹⁾.

O local para o desenvolvimento do estudo foi a Unidade de Parto Humanizado (UPH) da Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC/UFRN) localizada em Natal/RN, Região Nordeste do Brasil, considerada referência do Estado do Rio Grande do Norte e Hospital Amigo da Criança desde 1994. Por tratar-se de um hospital-escola, essa maternidade recebe alunos de diversos cursos da área da saúde da UFRN, tanto do nível médio em enfermagem quanto da graduação e pós-graduação, no sentido de que as atividades de ensino estejam sempre proporcionando melhor assistência à parturiente.

Antes de iniciada a investigação, o estudo foi autorizado pela direção da MEJC, submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN para avaliação, recebendo parecer favorável com o Registro no CEP-UFRN 045-2005 em 10 de junho de 2005, atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁽¹²⁾.

A população para o estudo teve, como critérios de inclusão, parturientes de baixo risco gestacional, quando admitidas para assistência ao parto na UPH da referida instituição. Consideramos uma mulher gestante ou parturiente de baixo risco gestacional⁽²⁾ a partir de uma gestação normal diante de uma avaliação clínica na qual deve incluir medida dos dados vitais (pressão arterial, pulso e temperatura), avaliação das mucosas para inferir a presença ou não de anemia, presença ou não de edema e varizes nos membros inferiores, ausculta cardíaca e pulmonar. Outro critério de inclusão seria que a parturiente estivesse em sua segunda gestação, estar na fase ativa do trabalho de parto normal com um máximo de 6 centímetros de dilatação do colo uterino, ter no mínimo 20 anos de idade e que aceitasse participar da pesquisa. Foram excluídas as adolescentes, primíparas, aquelas com indicação de cesariana, cesariadas anteriormente ou que apresentassem qualquer patologia obstétrica e àquelas que tiveram sua primeira gestação evoluída para o aborto.

Quanto aquelas com indicação de cesariana ou submetidas à operação cesariana anteriormente, foram excluídas por se considerar parturiente de alto risco gestacional, necessitando de intervenção médica. Considera-se parturientes de alto risco gestacional⁽²⁾ aquelas mentalmente incapacitadas, diabéticas, cardiopatas, pneumopatas, com restrição de crescimento fetal intra-útero, com polidrâmnio, oligoâmnio, descolamento prematuro da placenta, placenta prévia, malformação fetal, entre outras situações clínicas que fosse necessária a intervenção médica.

A seleção da amostra foi realizada por um levantamento prévio no arquivo da MEJC, no ano de 2004, totalizando 2040 partos normais com média mensal de 170. Como se pretendia coletar dados em 10% da população num período de 6 meses, (1020 partos), foi pesquisada uma amostra de 100 parturientes. A coleta de dados foi desenvolvida no período de setembro de 2005 a fevereiro de 2006, composta por 100 parturientes alocadas para a aplicação das estratégias não farmacológicas.

Para a coleta de dados, utilizou-se um formulário de entrevista que constou de três momentos: caracterização das parturientes, o partograma e avaliação da dor de parto *antes e após* à aplicação das estratégias não farmacológicas. A primeira parte consistiu na caracterização das parturientes tendo-se como parâmetros as variáveis: idade, escolaridade, religião, procedência, renda familiar, paridade, comparecimento ao pré-natal, diagnóstico em semanas de gestação, presença de acompanhante, quem era esse acompanhante e medicação prescrita. A segunda parte representada pelo partograma avaliava o seguimento para o acompanhamento da evolução do trabalho de parto e a terceira sobre a avaliação da dor das parturientes com a utilização das estratégias não farmacológicas na fase ativa do trabalho de parto.

Para avaliar a intensidade da dor utilizou-se a escala analógica visual, que consiste em uma linha de 10 centí-

metros onde o indivíduo deve assinalar uma intensidade de dor que corresponda entre as extremidades da linha⁽¹³⁾. Por não existir, na literatura, uma escala que mensurasse a intensidade da dor de parturientes, optou-se neste estudo

pela Escala Analógica Visual (EAV), desenvolvida pela Equipe do Controle de Dor na Disciplina de Anestesiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo⁽¹⁴⁾, como mostra a Figura 1.



Figura 1 - EAV desenvolvida pela Equipe do Controle de Dor na Disciplina de Anestesiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo⁽¹⁴⁾ - Natal, RN - 2008

A coleta de dados foi desenvolvida nos três turnos de trabalho (manhã, tarde e noite). A permanência da pesquisadora no campo de estudo durante os 6 meses foi facilitada devido ser campo de estágio acadêmico da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN, o que possibilitou sua disponibilidade na MEJC/UFRN, para o desenvolvimento do estudo.

Cada parturiente que atendesse aos critérios de inclusão no estudo a pesquisadora apresentava o TCLE e, depois de feitas às orientações sobre sua participação, que

seria livre e de espontânea vontade, seus direitos de sigilo e anonimato lhes seriam garantidos. Foram orientadas também de que os dados coletados tinham como finalidade atender ao objetivo do estudo e melhoria da qualidade na assistência obstétrica. Para aplicação das estratégias não farmacológicas a pesquisadora optou em realizar uma padronização de desenvolvimento e aplicação dessas técnicas conforme descritas no Quadro 1 a seguir, visando reduzir a possibilidade de viés no estudo, sendo a própria pesquisadora responsável por todo o processo de coleta de dados da pesquisa.

Quadro 1 - Descrição das estratégias não farmacológicas combinadas e isolada - Natal, RN - 2008

| | |
|--|--|
| <p style="text-align: center;">ESTRATÉGIAS COMBINADAS</p> <p>1) Exercícios respiratórios: A parturiente era orientada que, ao iniciar a contração uterina, deveria inspirar e soltar a respiração pela boca, de forma lenta, como se estivesse cheirando uma rosa e apagando uma vela.</p> <p>2) Relaxamento muscular: A parturiente era orientada para relaxar, soltar braços, pernas até o momento em que a contração cessasse.</p> <p>3) Massagem lombossacral: A parturiente era orientada como seria realizada a massagem. No início da contração, a pesquisadora colocava sua mão esquerda espalmada sobre a projeção do fundo uterino da parturiente e a mão direita espalmada sobre a região lombossacral, com movimentos circulares, até a cessação da contração uterina.</p> | <p style="text-align: center;">TÉCNICAS</p> <p>Essas técnicas foram utilizadas nos 6 cm, 8 cm e 9 cm de dilatação do colo uterino na fase ativa do trabalho de parto, no <i>após</i> ao iniciar a contração uterina até o seu relaxamento.</p> <p>A posição da parturiente no momento da aplicação da estratégia variava entre estar no leito em decúbito lateral, de pé ou acorcorada.</p> |
| <p style="text-align: center;">ESTRATÉGIA ISOLADA</p> <p>4) Banho Chuveiro: A parturiente era orientada e convidada ao banho, permanecendo no chuveiro com água em temperatura ambiente durante as contrações uterinas. Quando a parturiente solicitava o término do banho, a mesma era envolvida em uma toalha ou lençol, após esse momento vestia a camisola e voltava ao seu ambiente de pré-parto.</p> | <p style="text-align: center;">TÉCNICA</p> <p>A técnica foi utilizada nos 8 cm e 9 cm de dilatação do colo uterino no <i>após</i> da fase ativa do trabalho de parto. A duração da técnica ficava a critério da parturiente, que permanecia debaixo do chuveiro quanto tempo assim o desejasse.</p> |

Quanto à avaliação da dilatação do colo uterino para inclusão da parturiente no estudo, foi obtida pela informação detectada no prontuário da mesma, ou através do toque vaginal no momento do acesso inicial da parturiente. A partir daí, a pesquisadora evoluía a dilatação do colo uterino acompanhada pelas características da dinâmica uterina e do toque vaginal observados no Partograma que informa a evolução do trabalho de parto.

No programa SPSS 14.0, realizou-se o tratamento estatístico descritivo com freqüências absolutas e relativas, com

aplicação do Teste Exato de Fisher e Teste T pareado simples. Em todos os testes adotou-se nível de significância estatística com $p < 0,05$.

RESULTADOS

Das 100 parturientes pesquisadas 76% estavam numa faixa etária entre 20 a 30 anos de idade e 24% tinham de 31 a 42 anos e 85% tinham ensino fundamental incompleto. A procedência dessas mulheres na maioria (64%), era

proveniente da capital (Natal), 90% eram católicas e com renda familiar de 85% percebendo até 2 salários mínimos. Quanto à paridade 76% já eram mães de até 2 filhos, 24% tinham mais que 3 filhos e 100% freqüentaram o pré-natal na gestação atual, segundo o cartão de consulta. Em referência ao diagnóstico em semanas de gestação, identificou-se que 85% dessas mulheres estavam entre 37 a 40 semanas e 15% entre 41 e 42 semanas.

Sendo o local da pesquisa uma instituição que preconiza e estimula o acompanhante durante o trabalho de parto, 78% delas referiram um acompanhante e destes, 44% o próprio parceiro. Verificou-se que 85% das parturientes do

estudo utilizaram alguma medicação durante a fase ativa do trabalho de parto, sendo a mais utilizada a ocitocina em 81%, e apenas 15% não receberam qualquer medicação durante o período desta investigação.

Ao comparar as médias de intensidade de dor *antes e após* à aplicação das ENF combinadas nos 6, 8 e 9 cm de dilatação do colo uterino com o Teste T pareado simples, verificou-se diferença significativa ($\rho=0,000$) nos 3 momentos da fase ativa do trabalho de parto, denotando a efetividade das ENF exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral no alívio da dor durante o trabalho de parto, como pode ser observada na Figura 2.

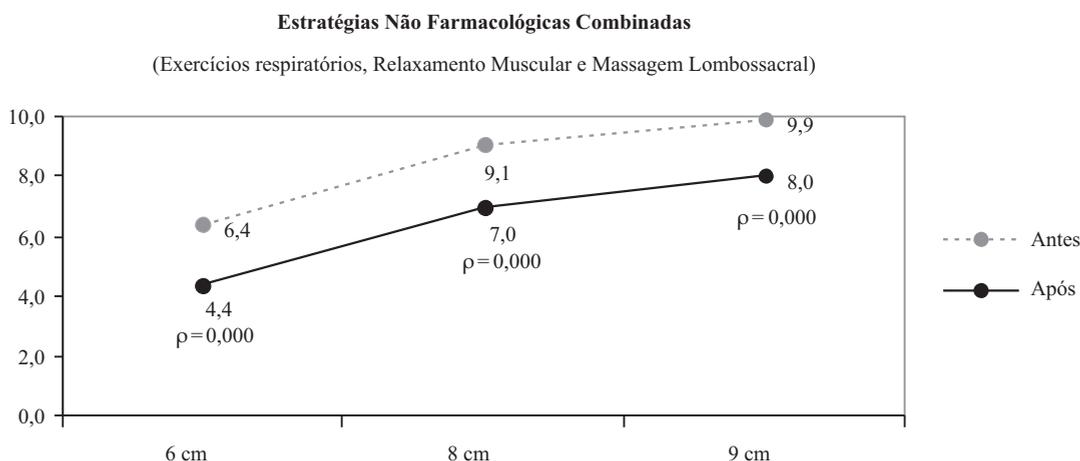


Figura 2 - Média de intensidade de dor no *antes e após* a aplicação das estratégias não farmacológicas combinadas na fase ativa do trabalho de parto entre 6 cm, 8 cm e 9 cm do colo dilatado, nas parturientes do estudo, com a utilização do Teste T pareado - Natal, RN - 2008

Ao comparar as médias de intensidade de dor *antes e após* à aplicação na ENF isolada nos 8 e 9 cm de dilatação do colo uterino com o Teste T pareado simples, verifica-se diferença significativa ($\rho=0,000$) nos 2 momentos da fase

ativa do trabalho de parto, denotando a efetividade do banho de chuveiro no alívio da dor nas parturientes do estudo, como pode ser observada na Figura 3.

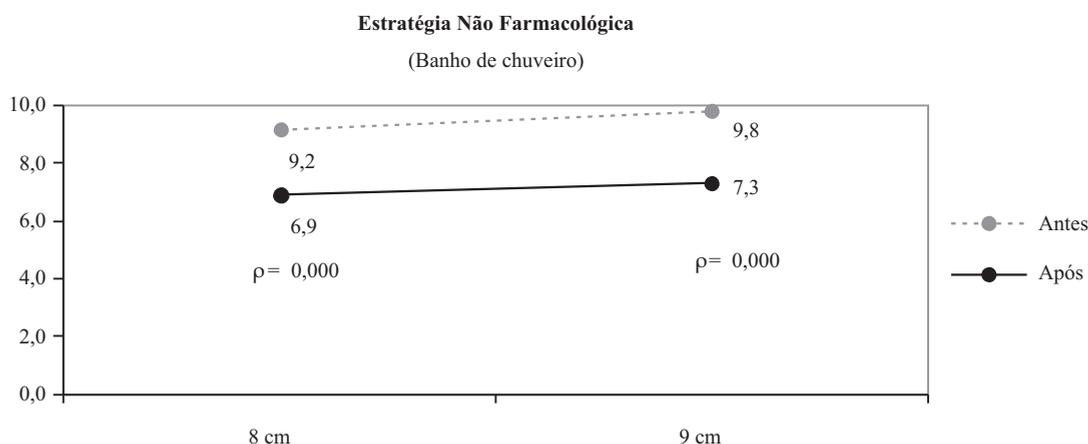


Figura 3 - Média de intensidade de dor *antes e após* da aplicação da estratégia não farmacológica isolada nos 8 cm e 9 cm do colo dilatado nas parturientes do estudo - Natal, RN - 2008

DISCUSSÃO

O estudo demonstrou predomínio de adultas jovens, baixa escolaridade e renda familiar, religião católica e residente na capital do Estado. Alguns estudos demonstram também que a idade de mulheres em trabalho de parto está numa média entre 22 a 35 anos, corroborando com esta pesquisa também de adultas jovens. Ao avaliar o grau de instrução, os autores concluíram que essas mulheres têm uma baixa escolaridade com apenas o primeiro grau incompleto (7,15). Paridade na sua maioria (76%) de até 2 filhos e 24% tinham mais que 3 filhos, 100% delas freqüentaram o pré-natal, diagnóstico entre 37 a 42 semanas de gestação, presença de parceiros, familiares e amigas como acompanhantes durante o trabalho de parto.

Em 2007, na Turquia, em estudo para determinar efeitos de acompanhantes durante o trabalho de parto e parto, com uma amostra de 50 parturientes consideradas de baixo risco gestacional, teve-se como resultado que a presença de acompanhantes, em especial do parceiro durante o trabalho de parto e parto, ajuda as mulheres a passar por uma experiência mais positiva em todos os aspectos do nascimento⁽¹⁶⁾.

Quanto ao uso de medicação nas parturientes do estudo, revela uma predominância de ocitocina de forma isolada e/ou associada a outros medicamentos, como: N-butilscopolamina e antibióticos, não sendo usada nenhuma medicação em apenas 15% das parturientes pesquisadas.

Durante a assistência ao parto à mulher é objeto de medicalização, sendo isto observado em estudo realizado com parturientes para determinar em que fase do trabalho de parto deveria iniciar a infusão de ocitocina e a relação na evolução do trabalho de parto e intensidade das contrações. Concluíram os autores que não houve relação significativa entre a infusão de ocitocina com a intensidade das contrações⁽¹⁷⁾, corroborando esses resultados com os desta investigação.

Porém, na prática obstétrica, é rotineiro o uso de ocitocina nas parturientes de forma desnecessária, levando essa conduta muitas vezes às distócias no trabalho de parto. A ocitocina torna-se necessária em casos de trabalhos de parto disfuncionais, prolongados e associados à bolsa amniótica rota por longas horas. Na realidade, muitas vezes a infusão desnecessária de ocitocina determina maior percepção dolorosa, stress e medo nas parturientes. Vale ressaltar que neste estudo, as parturientes do estudo em uso da ocitocina não foram separadas daquelas mulheres sem.

Ao comparar as médias de intensidade de dor *antes e após* à aplicação das ENF combinadas nos 6, 8 e 9 cm de dilatação, verificou-se diferença significativa ($p=0,000$) na efetividade das ENF combinadas no alívio da dor na fase ativa do trabalho de parto.

Em estudo realizado na cidade de Goiânia/GO/Brasil, utilizando-se uma assistência individualizada com orientações e estímulos às técnicas de exercícios respiratórios e relaxamento muscular durante o parto, verificou-se que, na fase ativa do trabalho de parto, houve predominância da dor, com sensação de aumento na tolerância a essa dor, no decorrer do trabalho de parto, encorajamento, vigor, bem-estar físico e psicoemocional nesse período⁽¹⁸⁾. Outro estudo utilizando métodos de relaxamento muscular progressivo demonstrou importante redução no nível de dor nas parturientes submetidas a essa técnica⁽⁸⁾.

Uma pesquisa utilizando a técnica da massagem lombossacral nas três fases da dilatação do colo uterino, ou seja, na aceleração, inclinação máxima e desaceleração, demonstrou que essa técnica não muda as características da dor das parturientes; no entanto, ela é efetiva nas fases de aceleração e inclinação máxima, ajudando a aliviar a intensidade da dor nas mesmas⁽⁹⁾, corroborando com os resultados deste estudo.

Entretanto, em pesquisa realizada em uma maternidade pública localizada na cidade de Goiânia/GO com parturientes primigestas em trabalho de parto normal e de baixo risco, no período de março de 2000 a março de 2001 entre dois grupos: grupo controle (GC) recebendo assistência de enfermagem de rotina da maternidade e as do grupo experimental (GE), recebendo assistência individualizada, com orientação e estímulo à utilização de técnicas de respiração e relaxamento durante o processo da parturição, ao comparar os achados da literatura com os resultados obtidos no estudo, concluíram que, na fase latente e ativa do trabalho de parto, a média de escores de intensidade de dor foi reduzida, enquanto que na fase de transição essa média foi superior⁽¹⁹⁾.

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⁽⁸⁾. Identificou-se, ainda, que o banho morno e compressa quente na região lombar é efetivo no controle da dor das parturientes.

Em ensaio clínico experimental, controlado e randomizado composto por parturientes que fizeram uso do banho de imersão como método de alívio da dor, realizado no Centro de Parto Normal do Amparo Maternal com mulheres que deram à luz por parto normal e assistidas por enfermeiras obstétricas no ano de 2001, concluíram as pesquisadoras que métodos não farmacológicos, como o banho de imersão, no alívio da dor durante o trabalho de parto, tem como vantagens tanto a redução da dor como também pode postergar o uso de fármacos para o controle dessa dor. Essa técnica pode também proporcionar condições à parturiente para uma colaboração ativa, permitindo ainda maior participação do acompanhante⁽²⁰⁾.

Na prática obstétrica, é rotineiro o uso de ocitocina nas parturientes de forma desnecessária, levando essa conduta muitas vezes às distócias no trabalho de parto.

Com base nos resultados dessas pesquisas embasando esta investigação, observa-se que os exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral e o banho de chuveiro, aplicados de forma combinada e isolada, são técnicas efetivas no alívio e conforto da dor de parturientes em trabalho de parto na sua fase ativa, como demonstrou este estudo.

CONCLUSÕES

Os resultados do presente estudo nos permitiram concluir que:

Ao comparar as médias de intensidade de dor *antes e após* à aplicação das ENF combinadas nos 6, 8 e 9 cm e nos 8 e 9 cm da ENF isolada, verificou-se diferença significativa ($p=0,000$) de alívio da dor após aplicação das ENF combinadas e isolada, demonstrando uma redução na medida em que aumentava a dilatação do colo uterino.

Conclui-se, portanto, que a aplicação das ENF combinadas (exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral) nos 6, 8 e 9 cm de dilatação do colo uterino e isolada (banho de chuveiro) nos 8 e 9 cm apresentaram diferença significativa ($p=0,000$) no alívio da dor das parturientes do estudo, denotando serem efetivas no alívio da dor de parto.

Os resultados desta pesquisa têm ainda como referências a necessidade de outros estudos que focalizem o uso dessas e de outras ENF efetivas para o alívio da dor de parto visando ações humanizadas na assistência à parturiente. É imprescindível, da mesma forma, o prosseguimento de novas experiências, buscando mudanças nos paradigmas que preconizam a prática, tendo em vista a melhoria e a

efetividade da qualidade assistencial à mulher no seu processo parturitivo.

É importante ressaltar ainda que os profissionais ao assistirem a mulher durante o processo da dor de parto devem estar conscientes do comportamento verbal e não-verbal, influenciando a parturiente no contexto a qual está inserida. Dessa forma, já que os sentimentos e comportamentos frente à dor do outro vai interferir na relação profissional-usuária, entende-se que o acolhimento da parturiente e família é uma maneira de se atingir um objetivo maior nos dias atuais, que é a humanização da assistência ao parto e nascimento, emergindo assim um desafio a esses profissionais⁽²¹⁾.

À guisa dessas conclusões espera-se que os dados encontrados nesta investigação possam contribuir no aprimoramento da prática obstétrica voltada para o trabalho de parto, em especial na sua fase ativa, tendo em vista o alívio da dor das parturientes, visando o desenvolvimento teórico, propiciando a ampliação dos conhecimentos sobre essa prática, além de contribuir para a sensibilização e conscientização dos profissionais de saúde envolvidos na equipe e no direcionamento de Novas Tecnologias Apropriada para o Parto, sistematizando adequadamente às reais condições da mulher em trabalho de parto.

Estudos deste tipo apresentam muitas dificuldades de análise, quando envolvem cuidados físicos (qualquer cuidado *versus* nenhum cuidado). Toda categoria de cuidado, a saber, estar ao lado, demonstrar interesse, fazer massagem, conversar, segurar a mão, enxugar a testa, podem ter efeitos semelhantes em relação à redução da percepção dolorosa. Estas intervenções têm muito de efeito placebo e há pouco rigor neste tipo de conclusão.

REFERÊNCIAS

1. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização na assistência hospitalar ao parto. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(3):669-705.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Parto aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília; 2003.
3. Silva RM, Gurgel AH, Moura ERF. Ética no processo ensino-aprendizagem em enfermagem obstétrica. *Rev Esc Enferm USP*. 2004;38(1):28-36.
4. Sanches LM, Boemer MR. O convívio com dor: um enfoque existencial. *Rev Esc Enferm USP*. 2002;36(4):386-93.
5. Largura M. A assistência ao parto no Brasil. São Paulo: [s.n]; 1996.
6. McCallum C, Reis AP. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(7):1483-91.
7. Abushaikh L, Oweis A. Labour pain experience and intensity: a Jordanian perspective. *Int J Nurs Pract*. 2005;11(1):33-8.
8. Paula AAD, Carvalho EC, Santos CB. The use of the "Progressive Muscle Relaxation" technique for pain relief in gynecology and obstetrics. *Rev Lat Am Enferm*. 2002;10(5):654-9.
9. Leeman L, Fontaine P, King V, Klein MC, Ratcliffe S. The nature and management of labor: Part I. Nonpharmacologic pain relief. *Am Fam Physician*. 2003;68(6):1109-12.

10. Davim RMB, Torres GV, Melo ES. Non-pharmacological strategies on pain relief during labor: pre-testing of an instrument. *Rev Lat Am Enferm* 2007;15(6):1150-6.
11. Medronho RA. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2005.
12. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996;4(2 Supl):15-25.
13. Drummond JP. *Dor aguda: fisiopatologia clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu; 2000.
14. Pereira LV, Sousa FAEF. Mensuração e avaliação da dor pós-operatória, uma breve revisão. *Rev Lat Am Enferm*. 1998;6(3):77-84.
15. Zwelling E, Johnson K, Allen J. How to implement complementary therapies for laboring women. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2006;31(6):364-70.
16. Gurgor I, Beji NK. Effects of fathers' attendance to labor and delivery on the experience of childbirth in Turkey. *West J Nurs Res*. 2007;29(2):213-31.
17. Svardby K, Nordstrom L, Sellstrom E. Primiparas with or without oxytocin augmentation: a prospective study. *J Clin Nurs*. 2006;16(1):179-84.
18. Almeida NAM, Bachion MM, Silveira NA, Souza JT. Avaliação de uma proposta de abordagem psicoprofilática durante o processo da parturição. *Rev Enferm UERJ*. 2004;12(3): 292-8.
19. Almeida NAM, Sousa JT, Bachion MM, Silveira NA. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para o alívio da dor e ansiedade no processo de parturição. *Rev Lat Am Enferm*. 2005;13(1):52-8.
20. Silva FMB, Oliveira SMJV. O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(1):57-63.
21. Saito E, Gualda DMR. Worrying about labor and delivery pain and its manifestation during childbearing process. In: *Proceedings of the 8º Brazilian Nursing Communication Symposium; 2002 May 2-3; São Paulo, SP, Brazil [evento na Internet]*. [citado 2008 jul. 9]. Disponível em: [http:// www. proceedings. scielo.br/scielo.php?](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?)

Financiamento

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).