

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

LAURA LEISMANN DE OLIVEIRA

**O uso de métodos não farmacológicos no trabalho de parto: as ações das
enfermeiras**

Porto Alegre

2007

LAURA LEISMANN DE OLIVEIRA

O uso de métodos não farmacológicos no trabalho de parto: as ações das enfermeiras

Trabalho de conclusão de curso em enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pré-requisito para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Dr^a Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha

Porto Alegre

2007

Dedico este trabalho aos meus pais,
Regina e Osvaldo, que me ensinaram
que só através do conhecimento e do
trabalho podemos chegar onde
queremos.

AGRADECIMENTOS

À Professora Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha, minha orientadora nesse trabalho, pela eterna disponibilidade, mostrando-se sempre muito competente para criticar e elogiar nas horas certas.

À minha mais que professora Virgínia Leismann Moretto, pelo apoio, e por me apresentar à maravilhosa profissão que escolhi.

À Enfermeira Ana Maria Kerpp Fraga, exemplo de profissional e querida orientadora de estágio curricular no Centro Obstétrico, pelos ensinamentos, companheirismo e amizade, que só me impulsiona para tornar realidade todos os meus sonhos.

Às enfermeiras participantes desse estudo, pela disponibilidade e colaboração para produção científica na área de enfermagem obstétrica.

Ao meu namorado, Fábio Branco, pelo companheirismo, que acompanha minha trajetória há sete anos e me incentiva em todos os meus projetos.

Aos meus irmãos, pela paciência nos meus dias de crise, pelas caronas e pelos livros de medicina e estatística emprestados.

Aos meus pais, Regina Leismann de Oliveira e Osvaldo Luiz de Oliveira pelo exemplo de superação, amor e companheirismo. Que me ensinaram que a riqueza mais valiosa é o conhecimento.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 SUPORTE TEÓRICO	9
3 METODOLOGIA	12
3.1 Tipo de Estudo	12
3.2 Campo de Estudo	12
3.3 População e Amostra	13
3.4 Coleta de Dados	13
3.5 Análise dos Dados	14
3.6 Aspectos Éticos	14
4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	16
4.1 A Apresentação das parturientes atendidas pelas enfermeiras	16
4.2 A utilização dos métodos não farmacológicos pelas enfermeiras em trabalho de parto	20
4.2.1 <i>Os métodos utilizados pelas enfermeiras</i>	20
4.2.2 <i>A forma de utilização dos métodos pelas enfermeiras</i>	24
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	32
APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados	35
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as enfermeiras	36
APÊNDICE C – Termo de Compromisso para a Utilização dos Dados	37
ANEXO 1 – Carta de Aprovação COMPESQ/UFRGS	38
ANEXO 2 – Carta de Aprovação GPPG/HCPA	39

RESUMO

O Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde vêm apontando a enfermeira obstetra ou obstetrix como provedores adequados de cuidados primários de saúde a para o atendimento a mulher no trabalho de parto e parto, estimulando assim, o parto normal e a maternidade segura. A atuação desses profissionais tem sido considerada uma estratégia importante para a redução nos índices de cesárea e no restabelecimento da humanização do parto e nascimento.

Inserido no contexto de Humanização, estão os métodos não farmacológicos como medidas não invasivas para alívio a dor, tendo a indicação de primeira escolha para mulheres em relação ao desconforto gerado pelo trabalho de parto, de acordo com o desejo da paciente.

O objetivo deste trabalho foi conhecer as ações das enfermeiras obstetras com relação à utilização de medidas não farmacológicas para alívio da dor, no trabalho de parto.

Este trabalho é um estudo de caso que analisou doze registros de profissionais enfermeiros, relativos à utilização de métodos não farmacológicos na mulher em trabalho de parto no Centro Obstétrico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Nos registros das enfermeiras em relação a utilização dos métodos não farmacológicos pelas parturientes, houve relato de contrações mais suportáveis, entretanto, pode-se observar evolução mais rápida do trabalho de parto durante a utilização dos métodos não farmacológicos, principalmente a bola obstétrica. Através dos índices de Apgar dos recém nascidos, podemos inferir que todos parecem ter apresentado uma boa vitalidade ao nascer.

A utilização dos métodos não farmacológicos pelas enfermeiras, permite que a mulher participe de forma mais ativa na parturição, e controlem a dor do seu trabalho de parto, resgatando a participação familiar nesse processo.

Descritores: parto; parto humanizado; analgesia obstétrica

1 INTRODUÇÃO

Ao cursar a disciplina de cuidado à mulher fui me encantando com esta forma de prestar assistência, auxiliando o nascimento de novas vidas. Percebi nessa disciplina que as professoras mencionavam a expressão “Humanização do Parto e Nascimento” incansavelmente durante as aulas, me causando questionamentos sobre o que, na prática, seria isso. Foi então que me propus conhecer diferentes realidades de assistência ao parto. Inicialmente, com estágios extracurriculares em nosso hospital escola. Logo após, durante um Congresso de Humanização ao Parto e Nascimento no Rio de Janeiro, procurei visitar uma Casa de Parto e em seguida fui conhecer um Centro de Parto Normal, em São Paulo.

Pude observar modelos diferentes de atenção ao parto. Na Casa de Parto e no Centro de Parto normal a assistência é mais voltada às necessidades da parturiente, na individualidade de cada paciente, inclusive de sua família, que a acompanha durante o processo de parturição. E em ambas as instituições, quem realiza os atendimentos são enfermeiras obstetras.

Refletindo sobre o assunto e somando minha bagagem cultural neste sentido, percebi que a Humanização do Parto e Nascimento, não é apenas um conjunto de práticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, que visam o parto e nascimento saudável para prevenir a morbi-mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2001), mas sim uma mudança de atitude do profissional que assiste a mulher e o bebê, passando a ser coadjuvante nesta experiência, permitindo uma relação mais igual entre profissional e paciente, dando autonomia à parturiente e permitindo a vivência deste momento mais prazerosa e satisfatória para a mulher e sua família.

O Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde (1996) vêm apontando a enfermeira obstetra ou obstetrix como provedores de cuidados primários de saúde para o atendimento à mulher no trabalho de parto e parto, estimulando, assim, o parto normal e a maternidade segura (BONADIO *et al.*, 2002). A atuação desses profissionais tem sido considerada uma estratégia importante para a redução dos índices de cesárea e no restabelecimento da humanização do parto e nascimento. Para Caron e Silva (2002) isso se deve à característica humanística de sua formação e à maneira como elas desenvolvem a assistência, com maior facilidade de estabelecer interações efetivas com sua clientela.

A formação da enfermeira obstetra geralmente enfatiza os aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais do processo reprodutivo, privilegiando uma atuação fundamentada na compreensão do fenômeno da reprodução como singular, contínuo e saudável, na qual a mulher é o foco central. Vários trabalhos mostram que, quando acompanhadas por essas profissionais, as mulheres necessitam de menor utilização de analgésicos, ocorrem menos intervenções e os resultados finais são melhores do que aqueles produzidos pela assistência médica (DIAS; DOMINGUES, 2005).

No ano de 2000, o Ministério da Saúde lançou um conjunto de Portarias que instituíram o Programa de Humanização ao Parto e Nascimento, com o objetivo principal de reorganizar a assistência, vinculando formalmente o pré-natal ao parto e puerpério, ampliando o acesso das mulheres e garantindo a qualidade com a realização de um conjunto mínimo de procedimentos.

Inseridos no contexto de Humanização, estão os métodos não farmacológicos como medidas não invasivas para alívio a dor, sendo a indicação de primeira escolha para mulheres em relação ao desconforto gerado pelo trabalho de parto, de acordo com o desejo da paciente. Esses métodos podem diminuir a necessidade de analgesia farmacológica e, assim, melhorar a experiência de parturição da mulher (OMS, 1996).

Atualmente, percebo que as enfermeiras da área obstétrica do hospital universitário, em Porto Alegre, onde realizamos estágios curriculares, vêm utilizando alguns recursos não farmacológicos para o alívio da dor, como: a orientação da evolução do trabalho de parto, o banho de aspersão, a massagem, o toque terapêutico, exercícios respiratórios e exercícios com a bola suíça. Medidas que as enfermeiras da Casa de Parto, no Rio de Janeiro, e do Centro de Parto Normal, em São Paulo, já vinham usando para a melhoria do atendimento obstétrico.

Considerando o meu interesse pela área obstétrica e minhas vivências com o uso de métodos não-farmacológicos de conforto e alívio da dor, como o uso da bola suíça, o banho de aspersão, a massagem, o toque terapêutico, e a escassez bibliográfica a respeito do tema, é que me propus a realizar este estudo.

Assim, o **objetivo** deste trabalho foi conhecer as ações das enfermeiras obstetras com relação à utilização de medidas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto, tais como banho de aspersão, exercícios com a bola suíça, toque e massagem. Procedimentos que já estavam sendo desenvolvidos por algumas enfermeiras da instituição, porém ainda não de modo sistemático.

2 SUPORTE TEÓRICO

Segundo Guyton e Hall (1996), o parto significa simplesmente o processo pelo qual ocorre o nascimento da criança. Ao final da gravidez, inicia-se um período no qual útero se torna progressivamente excitável, culminando em contrações regulares, é o que chamamos de trabalho de parto e, por fim, a expulsão do feto, o parto.

O parto também pode ser entendido como um processo que envolve diferentes momentos e movimentos, os quais são chamados de períodos clínicos do parto e são estudados separadamente para nossa melhor compreensão (ARMELLINI; RIFFEL, 2005).

O primeiro período clínico é chamado de dilatação ou trabalho de parto, descrito como o intervalo que compreende desde o início do trabalho de parto até a completa dilatação do colo uterino (MARTINS-COSTA *et al.*, 2001). A dilatação, ou o trabalho de parto, é dividido em três fases: fase latente, fase ativa e fase de desaceleração ou transição. Segundo Martins-Costa *et al.* (2001), a fase latente apresenta contrações irregulares, caracterizando-se pela lenta dilatação do colo, até os 3cm. Na fase ativa as contrações se intensificam, aumentando também o desconforto gerado por elas, é o período de rápida dilatação. Na fase de desaceleração ou transição, ocorre a proximidade da dilatação completa (8-10 cm) e a apresentação desce mais no trajeto, fazendo com que a mulher sinta necessidade de empurrar (puxos) (ARMELLINI; RIFFEL, 2005).

O segundo período clínico ou expulsão compreende o período entre a dilatação completa e o desprendimento do feto (MARTINS-COSTA *et al.*, 2001). Já o terceiro período clínico, a dequitação, também chamado de período *placentário* ou *delivramento*, começa com o nascimento e termina quando a placenta e seus anexos são exteriorizados (ARMELLINI; RIFFEL, 2005). E o quarto e último período clínico é chamado de recuperação, inicia-se imediatamente após a saída da placenta e seus anexos, estendendo-se até 1 hora após (ARMELLINI; RIFFEL, 2005).

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável (SMELTZER; BARE, 2002). O desconforto doloroso percebido pela mulher durante todo o processo de parturição não é somente causado pelas modificações anatômicas e fisiológicas, e apesar de ser vivenciado por todas as mulheres em trabalho de parto, a dor é única, com respostas diferentes em cada parturiente (WEISSHEIMER, 2005).

As sensações dolorosas da primeira fase do trabalho de parto estão relacionadas com a dilatação e o apagamento do colo uterino causados pelas contrações uterinas

(WEISSHEIMER, 2005), juntamente com a diminuição do fluxo sanguíneo e conseqüente hipóxia tecidual (isquemia uterina), decorrentes das contrações arteriais.

No segundo estágio do trabalho de parto, a dor decorre, principalmente, da distensão da vulva e das estruturas osteomoleculares que formam o assoalho perineal. O desconforto também pode ser causado por forças de expulsão ou pela pressão de parte da apresentação sobre a bexiga, o intestino ou outras estruturas pélvicas sensíveis (BACHMAN, 2002).

O desconforto percebido no terceiro estágio do trabalho de parto, bem como as dores de pós-parto, são similares ao apresentado no início do processo de parturição. A dor pode ser local, com cólicas e uma sensação de rasgão resultante da distensão e da laceração da cérvix, da vagina ou dos tecidos perineais (BACHMAN, 2002).

Uma importante tarefa para o profissional que assiste mulher em trabalho de parto é ajudá-la a suportar a dor durante esse período, gerada a partir das contrações, que se intensificam durante a evolução do parto normal, ocasionando o apagamento e a dilatação progressiva da cérvix uterina e da decida da apresentação, constituindo, assim, o nascimento do feto (LOWDERMILK, 2002). Isto pode ser abordado com uso de fármacos, porém é essencial a abordagem não farmacológica primeiramente, cujos métodos podem diminuir a necessidade de analgesia farmacológica e assim melhorar a experiência de parturição da mulher (OMS, 1996).

Os métodos estudados no presente trabalho são: o uso da bola obstétrica, o banho de aspersão e a massagem.

A bola suíça ou Bola Obstétrica é usada para a diminuição do desconforto durante o processo gravídico (WEISS, 2006). Constitui-se em uma grande bola de plástico, inflável e resistente ao peso de uma gestante (ANDERSON, 1998).

A hidroterapia usando água quente é uma medida não farmacológica que pode promover o conforto e o relaxamento durante o trabalho de parto, aliviando a isquemia muscular e aumentando o fluxo de sangue para a área de dor (BACHMAN, 2002).

O banho de aspersão consiste em uma hidroterapia através do jato de água quente de uma ducha.

E a massagem tem como objetivo aliviar a dor, facilitar o relaxamento, fazendo com que a paciente se sinta mais confortável (ENKIN *et al.*, 2005). A contrapressão ajuda a mulher a suportar as sensações de pressão interna e dor na parte inferior das costas (LOWDERMILK, 2002).

O desconforto doloroso percebido pela mulher durante todo o processo de parturição não é somente causado pelas modificações anatômicas e fisiológicas e, apesar de ser vivenciado por todas as mulheres em trabalho de parto, a dor é única, com respostas diferentes em cada parturiente (WEISSHEIMER, 2005).

Lowe (1996) afirma que a ansiedade excessiva e o medo causam um aumento na secreção de catecolaminas que, devido à diminuição do fluxo sanguíneo e o aumento da tensão muscular, aumenta o estímulo da pelve para o cérebro, aumentando também a sensação de dor. As experiências anteriores de parto influenciam a resposta da mulher à dor. Portanto, naquelas com difíceis e dolorosas experiências prévias, a ansiedade e o medo podem levar ao aumento da magnitude da dor.

As reações da mulher à dor, durante o trabalho de parto, podem ser modificadas pelo ambiente e pelo suporte emocional que recebe dos profissionais e acompanhantes, bem como pelos métodos de alívio a dor utilizados (ENKIN *et al.*, 2005).

Weissheimer (2005) lembra que um aspecto importante em relação ao do alívio da dor da parturiente é possibilitar sua participação ativa no parto, aumentando sua autoestima em relação a sua condição feminina de parir e maior interação com o neonato, além de lembranças positivas para futuras parturições. Desta forma, o profissional pode possibilitar a mulher e sua família uma experiência positiva e satisfatória do parto.

3 METODOLOGIA

Será apresentado a seguir o tipo de estudo, o campo, a população e amostra, o tamanho da amostra, a coleta de dados, a análise dos dados e os aspectos éticos do estudo.

3.1 Tipo de Estudo

Este trabalho é um estudo de caso (GIL, 2006) que analisou os registros de doze atendimentos de cinco profissionais enfermeiros, relativos à utilização de métodos não farmacológicos na mulher em trabalho de parto no Centro Obstétrico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Segundo Gil (2006), um estudo de caso é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado, tarefa praticamente impossível mediante os outros tipos de delineamento considerados. Para Lüdke e André (1986), o caso é sempre bem delimitado, podendo ser similar a outros, mas é ao mesmo tempo distinto, pois tem um interesse próprio, singular.

Neste estudo, há dados gerados a partir dos registros dos relatos das ações efetuadas pelas profissionais que prestaram atendimento às mulheres em trabalho de parto. Os dados relativos à evolução do trabalho de parto foram gerados a partir das avaliações do profissional e constaram de: dinâmica uterina, dilatação da cérvix uterina, progressão da apresentação através da escala de De Lee e contagem de Batimento Cardíaco Fetal (APÊNDICE A).

3.2 Campo de Estudo

O estudo desenvolveu-se no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o qual é uma Empresa Pública de Direito Privado integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e vinculada academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A entidade tem como missão prestar assistência de excelência e referência

com responsabilidade social, formar recursos humanos e gerar conhecimento, atuando decisivamente na transformação de realidades e no desenvolvimento pleno da cidadania.

A instituição, quanto ao gerenciamento do serviço de enfermagem, é subdividida em áreas. O Centro Obstétrico é gerenciado pelo Serviço de Enfermagem Materno Infantil, e atende gestantes de alto-risco em situação de emergência e internadas, além de parturientes egressas do ambulatório do Hospital ou não.

3.3 População e Amostra

Os casos estudados foram os registros de atendimentos de parturientes de baixo risco, realizados pelas enfermeiras da instituição e que utilizaram algum tipo de método não farmacológico durante o trabalho de parto. Foram incluídos no trabalho 12 casos.

3.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada a partir de registros resultantes do atendimento obstétrico praticado pelas enfermeiras obstétricas da unidade, que acompanharam a paciente durante todo o processo de parturição. Durante o atendimento prestado às mulheres em trabalho de parto, as enfermeiras empregaram os métodos não farmacológicos para alívio da dor, quando indicado e, posteriormente, registraram suas intervenções no prontuário da paciente e no instrumento de coleta de dados (APENDICE A). Este instrumento foi elaborado pela autora para melhor sistematização da coleta, e incluiu as avaliações do trabalho de parto, registros do uso dos métodos não farmacológicos de alívio à dor empregados pela enfermeira e utilizados pela parturiente, sua indicação, e demais dados relevantes. A opção pelo uso de mais de um método foi de acordo com a avaliação da enfermeira e com a concordância da paciente, tendo a parturiente a liberdade de escolher como utilizar e quando interromper os métodos, com o auxílio da enfermeira. Não existem estudos que mostrem algum malefício destes métodos ao binômio parturiente-feto.

As enfermeiras que aceitaram o convite para participar da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B), e acompanharam as parturientes desde o momento de sua internação, através das avaliações das pacientes, aplicações dos métodos não-farmacológicos e posterior registros no instrumento de coleta de dados e prontuário da paciente.

Para a finalização da coleta de dados utilizamos o critério de saturação de dados (PARSE, 1985).

3.5 Análise dos Dados

A análise dos dados quantitativos foi realizada através de análise estatística descritiva, com medidas de freqüências absoluta de itens registrados das avaliações das enfermeiras durante o processo de parturição da paciente.

Para a análise dos dados qualitativos, optamos pela categorização dos dados. Segundo Lüdke e André (1986), o primeiro passo para análise é a construção de um conjunto de categorias descritivas, fundamentadas por embasamento teórico. Este trabalho resulta em um conjunto de categorias que provavelmente serão reexaminadas e modificadas num momento subsequente.

Para Lüdke e André (1986), na análise é preciso que o pesquisador busque acrescentar algo ao já existente sobre o assunto. Este acréscimo pode significar desde um conjunto de proposições, que podem significar uma nova perspectiva teórica, até simples levantamento de novas questões, que precisarão ser mais bem exploradas no futuro (LÜDKE E ANDRÉ, 1986).

3.6 Aspectos Éticos

O trabalho foi avaliado e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ANEXO 1) e pelo Grupo de Pesquisa e Pós Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (ANEXO 2). Foi também assinado o termo de autorização para a utilização dos prontuários, no qual as

autoras se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados e que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para fins de pesquisa (APÊNDICE C).

4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A seguir é exposta a análise e interpretação dos dados, que incluiu os tópicos: Apresentação das parturientes atendidas pelas enfermeiras e a utilização dos métodos não farmacológicos pelas enfermeiras em mulheres em trabalho de parto, que é subdividido em dois tópicos: Os métodos utilizados pelas enfermeiras e a forma de utilização dos métodos pelas enfermeiras.

4.1 Apresentação das Parturientes Atendidas pelas Enfermeiras

Este espaço caracteriza as mulheres em trabalho de parto que foram atendidas pelas enfermeiras e os seus respectivos registros de atendimento realizados no processo de parturição.

- ❖ Paciente 1 - GV PIII AbI, chegou ao Centro Obstétrico com a bolsa amniótica íntegra, usou a bola obstétrica, a partir dos 4 cm de dilatação, com boa aceitação. Durante o processo, o familiar (esposo) realizou massagem lombo-sacra. A enfermeira observou a paciente ficar mais tranqüila, quando sentada na bola. Os registros sobre a dinâmica uterina mantiveram-se inalterados durante o uso do método. A paciente não recebeu medicação para analgesia ou indução de trabalho de parto. O parto vaginal, sem episiotomia, RN pesou 3420g e escore de apgar 9/9.

- ❖ Paciente 2 - GII PI, chegou ao Centro Obstétrico com a bolsa amniótica íntegra, começou a usar a bola obstétrica com 5 cm de dilatação, com boa aceitação, familiar realizou massagem lombo-sacra, estimulando balanço pélvico. Com 8cm de dilatação foi realizado analgesia de parto e a paciente parou de utilizar a bola. Os registros sobre a dinâmica uterina mantiveram-se inalterados durante o uso do método. O parto vaginal foi com episiotomia, o recém-nascido pesou 3770g e com escore de apgar 9/10.

- ❖ Paciente 3 - GIV PII AbI, chegou ao Centro Obstétrico com a bolsa amniótica rota, foi iniciado a indução do parto com ocitocina, a paciente utilizou todo tempo a bola obstétrica, evoluindo de 3 cm para 9 cm de dilatação, em 1h e 50 minutos. Os registros sobre a dinâmica uterina mantiveram-se inalterados durante o uso do método. Foi evidenciado pela enfermeira a insegurança da parturiente para o uso da bola obstétrica por ser desconhecida para a parturiente. Parto vaginal ocorreu sem episiotomia, recém-nascido pesou 3340g e escore de apgar 10/10.

- ❖ Paciente 4 – GIPO, chegou ao Centro Obstétrico com a bolsa amniótica íntegra, iniciou o uso da bola obstétrica com 3 cm de dilatação, com boa aceitação. Após 2 horas de exercícios, estava com 4 cm de dilatação e apresentando edema de colo uterino. Os registros sobre a dinâmica uterina mantiveram-se inalterados durante o uso do método. Realizada amniotomia, foi evidenciando que era líquido amniótico meconial. Foi então indicado analgesia de parto e a paciente saiu da bola para realizá-la. Parto vaginal com episiotomia às 01h45min, recém-nascido pesou 4005g e escore de apgar 9/9.

- ❖ Paciente 5 - GIV PIII, chegou ao Centro Obstétrico com a bolsa amniótica rota, foi iniciado a indução do parto com ocitocina. Com 2 cm de dilatação, a paciente começou a realizar exercícios com a bola obstétrica, com boa aceitação, o esposo realizou massagem lombo-sacra, paciente estava sendo monitorizada com o aparelho de cardiotocografia. Os registros sobre a dinâmica uterina mantiveram-se inalterados durante o uso do método. Com 3 cm de dilatação, a paciente foi retirada da bola para receber petidina, fármaco para alívio das dores de trabalho de parto, e permaneceu deitada no leito. Parto vaginal sem episiotomia às 02h15min, o recém-nascido pesou 3310g escore de apgar 8/9.

- ❖ Paciente 6 – Sem a paridade preenchida no instrumento de coleta de dados, chegou ao Centro Obstétrico com a bolsa amniótica íntegra. Com 7 cm de dilatação foi colocada na bola obstétrica, evoluindo, em 1 hora, para 9 cm. Os registros sobre a dinâmica uterina mantiveram-se inalterados durante o uso do método. Não quis voltar para a bola obstétrica após realizar os exames

obstétricos, alegando tontura e náusea. Parto vaginal sem episiotomia, recém-nascido pesou 2865g e escore de apgar 8/9.

- ❖ Paciente 7 - Sem a paridade preenchida no instrumento de coleta de dados, chegou ao Centro Obstétrico com a bolsa amniótica íntegra. Iniciou exercícios com bola obstétrica com 7 cm de dilatação, 50 minutos após, foi retirada da bola para realizar a avaliação obstétrica, tendo evoluído 1cm de dilatação do colo uterino. Os registros sobre a dinâmica uterina mantiveram-se inalterados durante o uso do método. Paciente não quis voltar para bola, por estar cansada. Parto vaginal sem episiotomia, recém-nascido pesou 3750g e escore de apgar 10/10.
- ❖ Paciente 8 - GIV PI AbI, chegou ao Centro Obstétrico com bolsa amniótica rota, iniciou com 4cm de dilatação a usar a bola obstétrica, 40 minutos após solicitou a saída da bola por náusea e tontura, foi avaliada e estava com 8 cm de dilatação. Os registros sobre a dinâmica uterina mantiveram-se inalterados durante o uso do método. Foi indicado analgesia neste momento. Após 1 hora, se encontrava com dilatação completa, e com a apresentação fetal alta, e solicitou o retorno à bola obstétrica. O parto vaginal foi com episiotomia foi às 06h04min, recém-nascido pesou 3145g e escore de apgar 10/10.
- ❖ Paciente 9 – GIPO, chegou ao Centro Obstétrico com a bolsa amniótica rota, começou indução com ocitocina. Com 3 cm de dilatação começou a realizar exercícios na bola obstétrica, com boa aceitação, acompanhante participou ativamente como suporte emocional, realizando massagem e dando palavras de apoio. Com 5 cm de dilatação foi indicado analgesia. Com analgesia, 6-7cm de dilatação, em decúbito lateral esquerdo, o feto apresentou desacelerações nos batimentos cardíacos. Paciente voltou a sentar na bola obstétrica, melhorando as desacelerações. Foi retirada da bola para realização dos exames obstétricos, sendo que, em posição supina, as desacelerações ocorreram novamente. A parturiente pediu para retornar a sentar após os exames. Os registros sobre a dinâmica uterina mantiveram-se inalterados durante o uso do método. O parto vaginal foi com episiotomia, o recém-nascido pesou 3660g e escore de apgar 9/10.

- ❖ Paciente 10 - GII PI, chegou ao Centro Obstétrico com a bolsa amniótica íntegra. Com 6 cm de dilatação começou os exercícios na bola obstétrica, com boa aceitação, acompanhante realizou massagem lombo-sacra. Com 8 cm de dilatação, realizou-se amniotomia e paciente voltou para a bola, porém queixou-se de aumento da intensidade de dor das contrações. Paciente pediu para sair da bola, referindo cansaço. Os registros sobre a dinâmica uterina mantiveram-se inalterados durante o uso do método. Com os mesmos 8 cm de dilatação, foi indicado analgesia. A paciente não pode voltar para bola por parestesia de membros inferiores. O parto foi vaginal sem episiotomia, o recém-nascido pesou 2995g, e com escore de apgar 10/10.

- ❖ Paciente 11 - GIPO, chegou ao Centro Obstétrico com a bolsa amniótica íntegra. Iniciou com banho de aspersão com 2 cm de dilatação, com boa aceitação, familiar realizou massagem lombo-sacra durante todo o tempo. Após o banho, com 3 cm de dilatação, a paciente utilizou a bola obstétrica, também com boa aceitação. Os registros sobre a dinâmica uterina mantiveram-se inalterados durante o uso do método. Com 5 cm de dilatação foi realizada a analgesia de parto, e paciente então fica deitada no leito. O parto vaginal foi às 12h07min sem episiotomia, o peso recém-nascido foi 3285g e escore de apgar 9/10.

- ❖ Paciente 12 - GIV PII AbI, chegou ao Centro Obstétrico com a bolsa amniótica íntegra. Utilizou a bola obstétrica com 3 cm de dilatação, com boa aceitação. Realizado amniotomia com 4 cm de dilatação, então paciente realizou banho de aspersão junto com a bola obstétrica por 20 minutos e familiar realizou massagem lombo-sacra. Os registros sobre a dinâmica uterina mantiveram-se inalterados durante o uso do método. Foi indicado analgesia, com 6 cm, então paciente permaneceu no leito até o parto, que foi sem episiotomia, às 13h48min o recém nascido pesou 3430g e escore de apgar: 10/10.

4.2 A utilização dos métodos não farmacológicos pelas enfermeiras em mulheres em trabalho de parto.

A seguir serão apresentadas as duas categorias obtidas a partir do processo de análise dos dados.

4.2.1 Os métodos utilizados pelas enfermeiras

Existem várias opções para controlar a dor do trabalho de parto, e todos os esforços compatíveis com a segurança mãe e filho, devem ser feitos para diminuir seu desconforto (BRASIL, 2001) Porém, é essencial a abordagem não farmacológica primeiramente, cujos métodos podem diminuir a necessidade de analgesia farmacológica e, assim, melhorar a experiência de parturição da mulher (OMS, 1996).

O método não farmacológico mais utilizado pelos profissionais que participaram deste trabalho foi exercício com a bola obstétrica. Todas as pacientes incluídas no estudo praticaram esse método.

Em estudo transversal, descritivo, com um grupo de parturientes primíparas e multíparas que utilizaram a bola obstétrica, quanto à influência no trabalho de parto, foi constatado uma diminuição de 1,5 horas na evolução do trabalho de parto (COLTTERS, 2001). No presente estudo foi constatado uma média de evolução da progressão da dilatação do colo uterino de 1cm para cada 39 minutos (1,5cm/h), durante o uso do método não farmacológico bola obstétrica. Quando analisamos as fases do trabalho de parto em que foi utilizado, conforme Martins-Costa (2001) *et al.*, percebemos que a média de evolução nas pacientes que iniciaram os exercícios com a bola obstétrica na fase ativa, foi de 1 cm para cada 34 minutos (1,8cm/h), e aquelas que começaram os exercícios nesse mesmo método na fase latente de trabalho de parto, ou seja, antes dos 4cm de dilatação, foi de 1cm para cada 44 minutos (1,4cm/h). Lembrando que o grupo de pacientes estudados incluía primíparas e multíparas, consideramos nossos achados relevantes, visto que, segundo Armellini e Riffel (2005), na fase ativa de trabalho de parto, a progressão da dilatação dá-se numa velocidade aproximada de 1,2cm/h em primíparas e 1,5cm/h em multíparas.

Quando analisamos a percepção das enfermeiras a respeito do uso da bola obstétrica, nove pacientes solicitavam retorno do método quando retiradas para realizarem os exames obstétricos, por se sentirem mais confortáveis e tolerarem melhor as contrações quando sentada na bola. Mamede *et al.* (2004) em uma revisão bibliográfica sobre movimento e deambulação durante o trabalho de parto, concluíram que, na posição vertical, o parto é vivenciado de forma menos dolorosa, com menos desconforto, havendo uma maior eficiência das contrações e conseqüentemente, com melhor capacidade de dilatação da cérvix uterina, diminuindo o tempo do trabalho de parto. Bio *et al.* (2006) acharam resultados semelhantes a esses, porém em um trabalho do tipo ensaio clínico controlado.

Nos três casos em que as pacientes que não pediram o retorno para a bola obstétrica, as mesmas encontravam-se desacompanhadas. Em trabalho realizado por Motta e Crepaldi (2005), ficou evidente nos relatos das parturientes que a presença do acompanhante traz conforto, segurança e confiança. Brüggemann *et al.* (2005), em um estudo de revisão de literatura sobre o suporte de um acompanhante durante o trabalho de parto, concluiu que os efeitos do suporte materno estão mais associados à parturiente, diminuindo o uso de ocitocina, os índices de cesarianas, a duração do trabalho e parto, o uso de analgesias/anestésias para alívio a dor e aumento da satisfação materna com a experiência do nascimento. Em todos os estudos revisados por essa autora os resultados são benéficos, não sendo apontado nenhum risco ou prejuízo associado à prática de suporte.

Encontramos diferentes maneiras de utilização da bola suíça como método de conforto. Em cinco registros não houve especificação de como se utilizou a bola. Em outros quatro, as pacientes realizaram balanço pélvico, podendo ser circular ou lateral. Uma paciente realizou movimentos de pula-pula, e outras quatro pacientes não realizaram movimentos. Três pacientes adotaram uma posição ereta sobre a bola, e outras três, ficaram no chão ao lado da cama, sentadas sobre a bola, adotando uma posição fletida para frente, usando a lateral da cama como apoio, formando um ângulo de 45°.

Na literatura, há referências de que, durante o trabalho de parto, a mulher senta na bola e embala-se devagar, assim simulando a posição de cócoras, facilitando a dilatação do diâmetro pélvico e a descida fetal. A parturiente também pode apoiar-se para frente e realizar movimentos leves com a pélvis. (MCCARTNEY, 1998). Sentada na bola, é encorajado o balanço natural e o movimento rotatório da pélvis, promovendo a descida fetal. A bola proporciona um suporte perineal, sem fazer muita pressão no local, e ajuda

no alinhamento do feto na pelve materna. A posição sentada assumida na bola é similar à posição de cócoras, abre-se a pelve resultando em uma aceleração do trabalho de parto (BIRTHING BALLS, 2006).

Ao analisarmos o momento do trabalho de parto em que o método foi empregado, percebemos que não há uniformidade nos registros analisados, visto que há casos em que o trabalho de parto sofreu intervenções aos 2 ou 3 cm de dilatação, e outros casos com a dilatação mais adiantada ou quase completa. A média de dilatação em que as pacientes encontravam-se quando foi iniciada a intervenção com a bola obstétrica foi de 4 cm, o que nos leva pensar que esse método é utilizado na maioria da vezes no início da fase ativa do trabalho de parto. Porém, em seis situações as enfermeiras intervíram com os métodos não farmacológicos antes dos 4 cm de dilatação, o que significaria segundo, Martins-Costa *et al.* (2001), fase latente do processo de parturição.

Na literatura há poucos relatos sobre o momento do trabalho de parto em que se deve intervir com os métodos não farmacológicos. Alguns estudos revisados citam a fase ativa do trabalho de parto (COLTTERS, 2001; MAMEDE *et al.*, 2004; SILVA, 2006; BIO, 2006).

Nove pacientes que se encontravam acompanhadas, receberam a massagem lombo-sacra do acompanhante, encorajados pela enfermeira. As parturientes desacompanhadas não receberam nenhum tipo de massagem. Em apenas três casos foi especificado como era realizada a massagem na parturiente. A massagem era na região lombo-sacra com a parturiente sentada na bola, estimulando movimentos circulares. Em uma ocorrência, a massagem foi realizada com associação de uma pequena contrapressão na região lombar.

O toque e a massagem, muitas vezes, diminuem o desconforto sentido pela parturiente (BURROUGHS, 1995). Piotrowski (2002) afirma que a dor nas costas é causada pela pressão do occipital fetal aos nervos da coluna, e a contrapressão afasta-o desses nervos, amenizando, assim, a dor na região. A contrapressão consiste na aplicação de uma grande força em um ponto da região lombar, durante as contrações, utilizando o próprio punho, a base da palma da mão ou um objeto firme (ENKIN, M. *et al.*).

O método de hidroterapia através do banho de aspensão foi o menos utilizado pelas pacientes do presente estudo, apenas duas fizeram uso desse recurso. Ambas situações foram com auxílio do acompanhante, que no caso 11, realizou juntamente a massagem lombo-sacra. Essa paciente permaneceu na hidroterapia por duas horas. A paciente do caso 12 realizou essa terapia associado a exercícios com a bola obstétrica, e permaneceu

somente 20 minutos. Nos dois casos em que a parturiente fez uso do banho de aspersão, a ducha de água quente era realizada na região perineal e lombar, a pedido da paciente.

O desconforto causado pelas modificações cervicais e pela isquemia uterina é chamado de dor visceral. Localiza-se na porção inferior do abdômen e irradia-se para a área lombar das costas e para as coxas. Geralmente, a mulher sente desconforto no momento das contrações, ficando sem dor entre estas (BACHMAN, 2002).

Embora não sejam aceitos ou implementados universalmente, a hidroterapia usando água quente é uma medida não farmacológica que pode promover o conforto e o relaxamento durante o trabalho de parto, aliviando a isquemia muscular e aumentando o fluxo de sangue para a área de dor (BACHMAN, 2002).

No nosso estudo, a primeira paciente que utilizou o banho de aspersão, caso 11, iniciou esse método com 2cm de dilatação, representando a fase de latência do trabalho de parto (MARTINS-COSTA *et al.*, 2001). Ficou durante duas horas, já que a paciente é encorajada a permanecer o tempo de desejar (BACHMAN, 2002), e dilatou apenas 1 cm.

A segunda paciente, caso 12, começou a realizar o banho de aspersão com 4 cm de dilatação, o que segundo Martins-Costa e colaboradores (2001), pode significar fase ativa de trabalho de parto. Ficou 20 minutos na hidroterapia e dilatou 2 cm durante o uso desse método.

Bachman (2002) afirma que foi constatado uma dilatação de 2 a 3 cm da cérvix uterina em 30 minutos em uma terapia com hidromassagem. Porém se a parturiente fizer uso da hidroterapia e estiver na fase latente do trabalho de parto, as contrações podem ficar mais lentas, podendo assim, aumentar o tempo de trabalho de parto.

A avaliação da intervenção com banho de aspersão, em nosso estudo, se faz difícil, visto que apenas em dois casos foi aplicada esta intervenção, e as pacientes que realizaram esse método encontravam-se em momentos diferentes do trabalho de parto.

Entre as doze pacientes incluídas no estudo, oito realizaram algum tipo de analgesia farmacológica, após utilizarem os métodos não farmacológicos. Oito pacientes usaram ocitocina: três para indução do trabalho de parto por bolsa rota, quatro por dinâmica ineficaz afetada pelo uso de analgesia farmacológica e um por dinâmica ineficaz, sem interferência de analgesia. Em um caso foi utilizado a analgesia associada com a bola obstétrica, por solicitação da parturiente.

As parturientes, em média, tiveram duas gestações e uma parturição (GII PI). Todos os casos evoluíram para partos vaginais, sendo quatro desses com episiotomia. As médias de peso e Apgar dos recém nascidos ficaram em 3.380g e 9/10, respectivamente.

4.2.2 A forma de utilização dos métodos pelas enfermeiras

Durante o atendimento prestado às mulheres em trabalho de parto, as enfermeiras empregaram os métodos não farmacológicos, quando indicado e, posteriormente, registraram suas intervenções no prontuário da paciente e no instrumento de coleta de dados. A opção pelo uso de mais de um método foi de acordo com a avaliação da enfermeira e com a concordância da paciente, tendo a parturiente liberdade de escolher como utilizar e quando interromper os métodos não farmacológicos, com o auxílio da enfermeira.

A bola obstétrica foi o recurso mais utilizado. Todas as parturientes atendidas pelas enfermeiras no presente estudo realizaram exercícios com a bola. Entre as indicações de uso, em três casos não foi mencionada a indicação, para nove pacientes foi conforto. Destes últimos, a indicação de três foi aliada à descida da apresentação e, em outros dois casos, para tranquilizar a paciente.

Weiss (2006) afirma que a bola suíça, ou bola obstétrica, é usada para a diminuição do desconforto durante o processo gravídico. A finalidade da bola é relaxar a musculatura do piso pélvico, sem a necessidade do uso de fármacos, facilitar a descida e encaixe da apresentação fetal, com a conseqüente diminuição do tempo de trabalho de parto e das distócias de posição muitas vezes provocadas por um mau manejo durante o pré-parto (Pérez apud Coltters, 2001).

No presente estudo, quanto à percepção das enfermeiras sobre o uso do método bola obstétrica, duas situações não tiveram registro de percepção. Nos outros dez registros, todos referiam algum tipo de alívio da dor, ou melhora na tolerância à dor durante as contrações.

No caso 1, a indicação foi para conforto e tranquilizar a paciente, e as observações da enfermeira após a aplicação do método na paciente foram melhora na evolução da descida da apresentação, conforme escala de De Lee, melhor tolerância a dor e também mais tranquilidade da paciente. Nesse caso, as observações da enfermeira correspondem ao proposto por ela quando indicou o método bola obstétrica. No caso 9, a indicação foi além do conforto, tranquilizar a paciente. Neste caso, a paciente utilizou analgesia e a bola obstétrica associados, e a enfermeira observou, além das dores mais suportáveis no método, batimentos cardíacos fetais mais estáveis quando na posição vertical, visto que o

feto estava apresentando desacelerações nos batimentos cardíacos quando a paciente se encontrava no leito, em posição horizontal, após a analgesia.

Nas observações das enfermeiras, há o registro de que três parturientes não solicitaram o retorno ao método e, em duas situações não havia especificação da enfermeira quando a indicação do método. No outro caso, houve a indicação de conforto, a enfermeira percebeu fúrias de alívio à dor, porém a paciente sentiu-se insegura por não conhecer o método. Nesses três casos não havia acompanhante da paciente em trabalho de parto.

Quanto ao recurso de massagem, apenas as pacientes acompanhadas receberam esse cuidado. Nos registros, ficou evidente que as enfermeiras favorecem a presença e a participação do acompanhante no trabalho de parto através da realização da massagem. No caso 11, a enfermeira evidencia, através de seus registros, a importância da participação do familiar, nesse caso o esposo.

Motta e Crepaldi (2005) referem que as parturientes ressaltaram a importância, a necessidade da participação e a sua satisfação com a interação do seu acompanhante no processo de parturição.

A massagem, portanto, foi realizada em nove dos doze registros de parturientes incluídos no estudo. Não houve especificação da indicação da massagem, apenas foi relatado em dois casos que a massagem foi realizada na região lombo-sacra, com movimentos circulares. Em todos os casos a massagem foi associada com os exercícios na bola obstétrica, e em um caso com o banho de aspersão. Não houve percepção das enfermeiras específicas para o método de massagem, acreditamos que associada com outros métodos traga benefícios de conforto, já que ficou evidenciado nos registros do uso dos demais métodos.

Enkin *et al.* (2005) afirmam que o objetivo da massagem é aliviar a dor e facilitar o relaxamento, fazendo com que a paciente se sinta mais confortável. Os mesmos autores afirmam que a massagem estimula diferentes receptores sensoriais e que, quando é interrompida, a consciência da dor aumenta. Lowdermilk (2002) acrescenta que uma pequena contrapressão ajuda a mulher a suportar as sensações de pressão interna e dor na parte inferior das costas. Para Enkin *et al.* (2005) embora esse método ainda não tenha sua eficácia cientificamente comprovada, parece ser inofensivo e bem recebido pelas parturientes, podendo ser interrompida facilmente quando a mulher desejar.

Segundo os registros, as indicações da aplicação do método banho de aspersão, nos casos 11 e 12, foram para conforto. No caso 12, o uso associado com a bola obstétrica teve como indicação, além do conforto, a descida da apresentação.

Bachman (2002) enfatiza que a água quente produz um relaxamento geral do corpo reduzindo a ansiedade da mulher, diminuindo a produção de adrenalina. Este processo aumenta a produção de ocitocina (estimulando as contrações) e de endorfina (reduzindo a percepção de dor), a estimulação dos mamilos pelo jato de água também colabora com o aumento da produção de ocitocina. Este autor segue afirmando que não existe limite de tempo para a permanência da paciente na hidroterapia, a mesma é estimulada a permanecer o quanto desejar.

Segundo observações das profissionais que assistiram as pacientes que utilizaram a tecnologia do banho de aspersão, no caso 11 a enfermeira relatou que percebeu um aumento da tolerância da dor durante as contrações, e registrou o relato da paciente que desejava ficar no banho por todo o tempo de trabalho de parto. No caso 12, a enfermeira percebeu a paciente mais relaxada. Nota-se então, que a indicação do banho de aspersão como hidroterapia para conforto, nesses dois casos, obteve seu resultado positivo, e as indicações desse método pelas enfermeiras vão ao encontro dos achados bibliográficos.

Para a análise de critério de indicação dos métodos não farmacológicos, utilizamos apenas os registros das enfermeiras. Achamos relevante o parâmetro de dinâmica uterina para a escolha do momento de iniciar a utilização do método. Visto que, são as contrações que contribuem para as sensações dolorosas no trabalho de parto (LOWDERMILK, 2002). Porém, os registros das enfermeiras foram inconsistentes em relação ao período em que o estudo foi desenvolvido. Os registros identificaram que a medida de dinâmica uterina das parturientes manteve-se inalterada durante a utilização dos métodos; frente a este dado a análise ficou prejudicada.. Devemos considerar também que vários fatores podem influenciar na variação da dinâmica uterina, bem como as amniotomias, a ocitocina ou os métodos não farmacológicos.

Quando analisamos os registros das enfermeiras no instrumento de coleta de dados, percebemos que não há algumas informações. Em dois casos, não há registros da paridade das pacientes (casos 6 e 7). Em três casos, não foi mencionada a indicação do uso do método (casos 5, 6 e 7). Em cinco casos, não foi registrado a maneira de utilização (casos 1, 4, 5, 7 e 8) e em dois casos não foi relatado a avaliação da enfermeira quanto ao uso do método (casos 6 e 7). Quando comparamos a indicação da enfermeira para o uso dos métodos e suas observações após o uso, percebemos que em dois casos não há indicação

de uso e nem observação após o uso (casos 6 e 7), em outro caso, não há indicação, porém há a avaliação (caso 5) . Em três casos as observações não correspondem com a indicação, visto que nesses casos a indicação, além do conforto, foi para descida da apresentação e nas observações não há especificação deste tipo de avaliação (casos 2, 11 e 12).

A seguir será exposto o quadro com os dados dos casos incluídos na estudo, com a paridade de cada parturiente, o método empregado pelo profissional, a presença de acompanhante, a indicação do método pelo profissional, a percepção do profissional quanto a utilização do método pela paciente, a evolução do trabalho de parto durante o uso do método, o tipo de parto, o Apgar dos recém nascidos, bem como o peso. Podemos constatar que, com os métodos empregados, os recém-nascidos apresentaram uma boa vitalidade ao nascer.

Paciente	Paridade	Método utilizado	Acomp.	Indicação do Método	Percepção do Profissional	Evolução	Tipo de Parto	Apgar	Peso
01	GVPIIIAbI	Bola / Massagem	Sim	Conforto / Tranqüilizar	Alívio da dor/ mais tranqüilidade/ progressão do De Lee	1cm/15'	Vaginal	9/9	3420g
02	GIPI	Bola / Massagem	Sim	Conforto/ descida apresentação	Contrações mais suportáveis	1cm/52'	Vaginal c/ episódio	9/10	3770g
03	GIVPIIAbI	Bola	Não	Conforto	Fácies de alívio / maior tolerância à dor	1cm/16'	Vaginal	10/10	3340g
04	GIPO	Bola / Massagem	Sim	-	Menor percepção dolorosa	1cm/ 2h15'	Vaginal c/ episódio	9/9	4005g
05	GIVPIII	Bola / Massagem	Sim	-	Alívio da dor	1cm/25'	Vaginal	8/9	3310g
06	-	Bola	Não	-	-	1cm/30'	Vaginal	8/9	2865g
07	-	Bola	Não	-	-	1cm/1h20'	Vaginal	10/10	3750g
08	GIVPIAbII	Bola / Massagem	Sim	Conforto	Alívio da dor	1cm/10'	Vaginal c/ episódio	10/10	3145g
09	GIPO	Bola / Massagem	Sim	Conforto / Tranqüilizar	Dores mais suportáveis, melhora dos BCFs	1cm/24'	Vaginal c/ episódio	9/10	3660g
10	GIPI	Bola / Massagem	Sim	Conforto	Maior tolerância à dor	1cm/15'	Vaginal	10/10	2995g
11	GIPO	Banho / Bola / Massagem	Sim	Conforto/ descida apresentação	Maior tolerância à dor/ participação ativa do familiar	Banho: 1cm/2h Bola: 1cm/13'	Vaginal	9/10	3285g
12	GIVPII	Banho / Bola / Massagem	Sim	Conforto/ descida apresentação	Alívio da dor	Bola: 1cm/48' Bola+banho: 1cm/10'	Vaginal	10/10	3430g

QUADRO - Caracterização dos Dados dos Casos Estudados. HCPA, 2007.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho desenvolveu-se com intuito de buscar subsídios para uniformizar a utilização dos métodos não farmacológicos, visto que a utilização dos métodos não é de modo sistemático, na instituição estudada.

A apresentação da proposta do presente estudo, no local onde seria desenvolvido o trabalho, gerou questionamentos. As enfermeiras questionaram o modo de participação no estudo, uma vez que há procedimentos que elas são aptas a fazer, porém não realizam rotineiramente, como to que vaginal. Porém, à medida que o estudo foi sendo realizado, houve maior aderência à utilização dos métodos não farmacológicos. Desta forma, o estudo contribuiu para uma maior aproximação entre as enfermeiras e as parturientes, além de propiciar um momento de reflexão desses profissionais a respeito do seu processo de trabalho.

O estudo indica que as enfermeiras participantes do presente trabalho estão engajadas no contexto de humanização. Com a utilização dos métodos não farmacológicos, permitem que a mulher participe de forma mais ativa na parturição e controlem a dor do seu trabalho de parto, resgatando a participação familiar no nascimento de um novo membro da família.

Percebemos que há um estímulo maior em utilizar a bola obstétrica como método de intervenção não farmacológica, principalmente em relação ao desconforto gerado pelas contrações uterinas, associada à presença do familiar participando ativamente do processo através de massagens, visto que esse método foi indicado e utilizado em todos os casos e as observações das enfermeiras evidenciaram resultados positivos em relação ao conforto.

Quando foi utilizada a bola obstétrica como método, não houve uniformidade nos exercícios, houve sim uma livre movimentação da paciente sobre a bola, adotando a posição que desejou. Dessa forma percebeu-se que há diferentes modos de utilização desse método.

Os resultados positivos de conforto registrados quanto à utilização da bola obstétrica como método parecem estar associados à evolução do trabalho de parto que, segundo a observação das pacientes que utilizaram esse recurso, se fez mais rápida e com melhor controle da mulher sobre o seu ato de parir através da diminuição da dor gerada pelas contrações.

As avaliações obstétricas, em muitos dos casos não foram realizadas por um único profissional, visto que por ser um hospital universitário, há diferentes pessoas, incluindo estudantes, que realizam essas avaliações. Isto dificultou a análise, quanto aos registros ocorridos por muitas vezes estarem incompletos.

A enfermeira tem o conforto como indicação principal para a utilização dos métodos não farmacológicos, focalizando sua indicação no bem-estar da paciente. Esse profissional, por não realizar as avaliações obstétricas, como o toque vaginal, e, considerando a sua formação humanística, escolhe o método que privilegia o bem estar da paciente. Uma limitação de nosso estudo foi a pouca informação de registro no preenchimento do instrumento de coleta de dados, uma vez que há a ausência de algumas informações.

Outra questão importante foram os registros de dinâmica uterina. Para a análise da indicação do método o desconforto causado pela dor foi justificado de forma unânime pelas enfermeiras para a utilização do método. Porém, achamos relevante considerar que o desconforto é gerado principalmente pelas contrações uterinas. Nos registros das enfermeiras, encontramos dados inconsistentes para esta análise, visto que, nos registros das avaliações da dinâmica uterina, durante a utilização dos métodos, encontravam-se inalterados.

As pacientes que estavam desacompanhadas não receberam massagens. Foi registrada a insegurança das mesmas em relação à utilização dos métodos, sendo que preferiram ficar no leito a utilizar um recurso desconhecido por elas que talvez as beneficiassem. A paciente sem acompanhante, poderia contar com o auxílio de um membro da equipe, que poderia esclarecer as dúvidas e diminuir a ansiedade da parturiente durante o uso do método.

Apenas em dois casos foi realizada a hidroterapia com o banho de aspersão, porém em ambos as pacientes se sentiram bem com esse método. Em um desses dois casos o uso foi associado com a bola obstétrica, o que nos faz pensar que estes recursos associados são completamente viáveis dentro do hospital, porém requerem mais atenção do profissional, ou talvez o auxílio de um acompanhante, como ocorreu nos dois casos que se utilizou o banho de aspersão. Nesse contexto, o fato de que apenas duas pacientes se propiciaram desse método, talvez tenha acontecido por ser um recurso que requer mais atenção da pessoa que assiste a parturiente, pois além de ser auxiliada, a paciente e seu familiar necessitam ser orientados quanto ao método.

Observamos, nos registros, que as indicações do uso dos métodos não farmacológicos são de caráter subjetivo, como o desconforto da parturiente. O instante em que se inicia o uso dos métodos também não é uniforme.

O benefício mais evidente da utilização dos métodos não farmacológicos nos registros das enfermeiras foi em relação às parturientes, que relataram contrações mais suportáveis, gerando um alívio da dor. Pelos índices de Apgar dos recém nascidos, podemos inferir que todos apresentaram boa vitalidade ao nascer, porém não há dados suficientes para associar as

intervenções com os métodos não farmacológicos às boas condições de nascimento do recém nascido.

Acreditamos que o presente estudo tenha atingido seu objetivo dentro de alguns limites. Houve prejuízos na análise porque algumas informações não foram preenchidas corretamente no instrumento de coleta de dados. Percebemos que há interesse das enfermeiras que participaram desse trabalho em criar parâmetros de utilização dos métodos não farmacológicos para serem utilizados em suas práticas cotidianas, quem sabe assim ampliando essa forma de atendimento para toda a equipe de enfermagem.

É necessário que estudos sobre a utilização dos métodos não farmacológicos sejam realizados, com outros desenhos, procurando evidências sobre a utilização dos métodos não farmacológicos no processo de parturição.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, Tricia. Me and my birth ball. **The practising Midwife**. Reino Unido, v. 1, n. 9, p. 38, 1998.

ARMELLINI, Cláudia Junqueira; RIFFEL, Mariene Jaeger. O parto e o cuidado de enfermagem. In: OLIVEIRA, Dora Lúcia de. **Enfermagem na Gravidez, parto e puerpério**. Porto Alegre: Ufrgs, 2005. p. 277-311.

BACHMANN, Jean A. Manejo do desconforto. In: LOWDERMILK Deitra Leonard, PERRY Shannon E; BOBAK Irene M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5 ed. Porto Alegre: Art Med; 2002. cap. 13, p. 314 - 35.

BIO, Eliane. BITTAR, Roberto Eduardo. ZUGAIB, Marcelo. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa de trabalho de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, n.11, p. 671-9, 2006.

BIRTHING BALLS. [2006]. Disponível em:
<<http://www.midwifeinfo.com/content/view/54/45.htm>>. Acesso em 22 de nov. 2006.

BONADIO, I.C. *et al.* Da relação conflituosa ao respeito mútuo: a consolidação do papel da enfermeira obstétrica ao nascimento e parto. **Simp. Brás. Comum. Enferm.** An.8. Maio. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde: Secretaria de Políticas de Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; PARPINELLI Mary Ângela; OSIS, Maria José Duarte. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão de literatura. **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1316-27, 2005.

BRUNNER; SUDDARTH: **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda.G. 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002.

BURROUGHS, Arlene. **Uma introdução à enfermagem materna**. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CARON, Olga Aparecida Fortunato; SILVA, Isilia Aparecida. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Riberão Preto, v. 10, n. 4, p. 485-92, 2002.

COLTTERS, CM. **Benefícios psicobiológicos Del uso de la pelota de parto em embarazadas en trabajo de parto.** Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; Escuela de Enfermería, 2001. 11p.

DIAS, M.A.B; DOMINGUES, R.M.S.M. Desafios na implementação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005.

ENKIN, M. *et al.* Controle da dor na trabalho de parto. *In:* _____ **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto.** 3.ed. Rio da Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.169-177.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GUYTON; HALL, **Tratado de Fisiologia Médica,** 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. cap. 82, p. 948.

LOWDERMILK Deitra Leonard. Manejo do desconforto. *In:* LOWDERMILK Deitra Leonard, PERRY Shannon E; BOBAK Irene M. **O cuidado em enfermagem materna.** 5 ed. Porto Alegre: Art Med; 2002. cap. 12, p. 296 - 313.

LOWE, Nancy. The pain and discomfort of labor and birth. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing,** v. 25, n. 1, p. 82-92, 1996.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ Marli Eliza Dalmazo Afonso de. **Pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. São Paulo: editora Pedagógica e Universitária, 1986. (Temas Básicos de Educação e Ensino).

MCCARTNEY, Patricia R. The Birth Ball: Are you using it in our practice setting?. **The American Journal of Maternal/Child Nursing,** New York, v. 23, n. 4, p.218, 1998.

MAMEDE, Fabiana Villela; ALMEIDA, Ana Maria de.; CLAPIS, Maria José. Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. **Acta Scientiarum: Health Sciences,** v. 26, n. 2, p. 295-302, 2004.

MARTINS-COSTA, Sérgio H. *et al.* Assistência ao trabalho de parto. *In:* FREITAS, Fernando *et al.* **Rotinas em Obstetrícia.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. cap. 19, p. 219

MOTTA, Cibele Cunha Lima da; CREPALDI, Maria Aparecida. O pai no parto e apoio emocional: a perspectiva da parturiente. **Paidéia - Cadernos de Psicologia e Educação,** v. 15, n. 30, 2005. Disponível em < <http://sites.ffclrp.usp.br/paideia>>. Acesso em 01 de junh. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE: **assistência ao parto normal**: um guia prático: relatório de um grupo técnico. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1996. (Maternidade Segura).

PARSE, R.R. *et al.* **Nursing research qualitative methods**. Baltimore: Brady Communications, 1985.

PIOTROWSKI, Karen A. Cuidado de Enfermagem durante o parto e o Nascimento. In: LOWDERMILK Deitra Leonard, PERRY Shannon E; BOBAK Irene M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5 ed. Porto Alegre: Art Med; 2002. cap. 15, p. 388.

SILVA, Flora Maria Barbosa da; OLIVEIRA, Sônia Maria Junqueira Vasconcelos de. O efeito do banho de imersão na duração da fase ativa do trabalho de parto. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v. 40, n. 1, p. 57-63, 2006.

WEISS, Robin Elise. **Birth Ball**: making labor more comfortable. New York: About, c2006. Disponível em: <<http://www.pregnancy.about.com/od/laborbirth/a/birthball.htm>>. Acesso em 20 de out. 2006.

WEISSHEIMER, Anne Marie. O parto e o cuidado de enfermagem. In: OLIVEIRA, Dora Lúcia. **Enfermagem na Gravidez, parto e puerpério**. Porto Alegre: Ufrgs, 2005. p. 341-56.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PACIENTE Nº. ____

Avaliações	1^a	2^a	3^a	4^a	5^a	6^a	7^a	8^a	9^a
Data/Hora									
Dinâmica									
Dilatação									
De Lee									
BCF									
INTERVENÇÕES									
Banho (I: T:)									
Bola (I: T:)									
Massagem (I: T:)									
Uso de medicação									

Relato do profissional de saúde (quanto à indicação, tipo de método, percepção sobre o uso):

Hora do Parto: _____

Parto Espontâneo Fórceps Epísio

Apgar 1º min _____ 5º min _____

Peso RN: _____ g

Observações:

Legenda: I- início T- término

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as Enfermeiras**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS
ENFERMEIRAS**

Prezada Enfermeira:

Estamos realizando uma pesquisa com a finalidade de conhecer as ações das enfermeiras obstetras sobre a utilização de métodos não medicamentosos em mulheres que se encontram na fase ativa de trabalho de parto. Estes métodos são: o banho de chuveiro, a massagem e o uso da bola suíça.

A sua participação neste estudo será de forma voluntária, através do registro da utilização desses métodos não medicamentosos para alívio da dor pelas parturientes no instrumento de coleta de dados. Este acompanhamento ocorrerá desde o momento da internação da paciente no Centro Obstétrico, determinação do método não medicamentoso quando utilizado e registro no instrumento de coleta de dados e no prontuário.

Gostaríamos de obter autorização para coletar os dados que registrares no instrumento de coleta de dados. Ressaltamos que será assegurado, o caráter confidencial das informações, a possibilidade de interromper a sua participação na pesquisa a qualquer momento, e que os dados coletados serão utilizados unicamente para fins científicos.

A pesquisadora responsável por este Projeto de Pesquisa é a Enfermeira Ana Lúcia Lourenzi Bonilha, fone para contato: 3308.5081, e a acadêmica Laura Leismann de Oliveira, participante da pesquisa, fone para contato: 9141.0711

Agradecemos a sua colaboração.

Eu _____, declaro que fui informado dos objetivos e justificativas desta pesquisa de forma clara e detalhado. Permito que utilizem para fins científicos os dados registrados no instrumento de coleta.

Este termo foi elaborado em duas vias, sendo entregue uma para a pesquisadora e outra para a enfermeira, em ___/___/___.

Assinatura da Enfermeiras

Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha (pesquisadora)

Laura Leismann de Oliveira

APÊNDICE C – Termo de compromisso para utilização de dados**TERMO DE SOLICITAÇÃO COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS**

Os pesquisadores do projeto intitulado “**O uso de métodos não farmacológicos no trabalho de parto: as ações das enfermeiras**” cujo objetivo é conhecer as ações das enfermeiras obstetras sobre utilização de métodos não farmacológicos em mulheres que se encontram em trabalho de parto, pelo presente termo solicitamos o acesso a prontuários de parturientes que internarem no Centro Obstétrico deste Hospital e se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para fins de pesquisa. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Laura Leismann de Oliveira
F: 9141.0711

Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha
F: 3316.5081

Porto Alegre, ____ de _____ de 200_.

ANEXO 1 – Carta de Aprovação COMPESQ/UFRGS

ANEXO 2 – Carta de Aprovação GPPG/HCPA