

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

MARIA LÚCIA KUNRATH CUNHA

ORIENTAÇÕES PARA ACOMPANHANTES DAS PARTURIENTES:

uma proposta para a educação na saúde

**Porto Alegre
2007**

MARIA LÚCIA KUNRATH CUNHA

ORIENTAÇÕES PARA ACOMPANHANTES DAS PARTURIENTES:

uma proposta para a educação na saúde

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Enfermagem da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul como requisito
parcial para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Maria Luzia Chollopetz da Cunha

**Porto Alegre
2007**

Dedico esta conquista aos pacientes,
que depositaram em mim sua confiança,
e, à toda a equipe
do Centro Obstétrico do Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, como forma de
agradecimento pelo aprendizado recebido.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela possibilidade de existir.

À meus pais Theresinha e Arnóbio, pelo apoio e amor incondicional.

À minha irmã Ana Karen, e cunhado Marcio, pela ajuda e presença constante ao meu lado durante todo o curso.

Aos amigos pela confiança de que eu venceria.

À Sandra M. de A. Mendes (*in memoriam*) por despertar-me o interesse pela área de Enfermagem Obstétrica.

À Maria Luzia C. da Cunha, minha orientadora, pelo carinho, oportunidade de convivência, apoio e compreensão durante toda a faculdade, em especial na realização deste.

A todos que de alguma maneira participaram comigo deste sonho, hoje realidade.

“A Enfermagem é uma arte, e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor, pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore se comparado ao tratar do corpo vivo – o templo espírito de Deus. É uma das artes poder-se-ia dizer, a mais bela das artes”.

Florence Nightingale

RESUMO

A atual proposta de Humanização que vem sendo implantada pelo Ministério da Saúde estimula diversas medidas para resgatar o parto e nascimento como fenômenos fisiológicos naturais, através de menores intervenções **no corpo feminino**. Buscando uma maior participação ativa das mulheres no parto, incentivam-se medidas comprovadamente benéficas relacionadas ao aumento do conforto físico e emocional e ao alívio da dor das parturientes neste momento de grande relevância para a mesma e sua família. Entre essas medidas encontra-se o direito, garantido por lei, da presença de um acompanhante para as grávidas em sala de pré-parto e parto.

A Enfermagem desempenha importante papel na assistência direta às parturientes e na educação das mesmas e seus respectivos acompanhantes, realizando atividades que visam melhorar as condições de saúde das mesmas. As medidas não-farmacológicas estimuladas para o alívio da dor no trabalho de parto são atividades tais como deambulação, exercícios de respiração e relaxamento, uso da bola suíça, uso de massagens e banho morno às parturientes, e, o acompanhante, deve ser estimulado a participar desses cuidados, fornecendo maior confiança e segurança à parturiente.

Para tanto, este trabalho tem por objetivo a elaboração de material informativo destinado aos acompanhantes a partir da revisão da literatura sobre os métodos não-farmacológicos, auxiliando os profissionais de enfermagem **na orientação** desses durante o trabalho de parto e parto.

Descritores: Trabalho de parto, Parto Humanizado, Dor do parto, Enfermagem Obstétrica.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
2	OBJETIVOS.....	10
3	METODOLOGIA.....	11
3.1	Tipo de estudo.....	11
3.2	Fontes.....	11
3.3	Análise dos dados.....	12
3.4	Atividades desenvolvidas.....	12
4	CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS	14
5	PESQUISA BIBLIOGRÁFICA.....	15
5.1	A dor no trabalho de parto.....	15
5.2	Importância dos métodos não-farmacológicos.....	18
5.2.1	Deambulação/livre escolha de posições.....	20
5.2.2	Utilização da bola suíça.....	23
5.2.3	Exercícios respiratórios e de relaxamento.....	25
5.2.4	Uso do banho de chuveiro com água morna.....	28
5.2.5	Utilização de massagens	30
6	PROJETO DE DESENVOLVIMENTO.....	32
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
	REFERÊNCIAS.....	36
	APÊNDICE - Folder "Orientações para acompanhantes das parturientes"	40

1 INTRODUÇÃO

Parto, segundo Santo e Berni (2006), é o momento em que ocorrem as mais intensas mudanças orgânicas, corporais e também acontecem as mais fortes emoções como medo, dor, ansiedade e alegria, em um pequeno espaço de tempo. Ainda segundo os autores, por ser a continuação da espécie, o início de uma nova vida, a chegada de um novo ser ao mundo, possui um grande significado cultural, e são momentos únicos vivenciados pela mulher independente da paridade da mesma.

A assistência ao parto, antigamente, era vivenciada como uma tradição de cunho familiar: a presença e o apoio de parentes e conhecidos da parturiente eram práticas comuns durante o nascimento (PINTO *et al.*, 2003, LEÃO; BASTOS, 2001).

Apartir do século XIX, essa assistência começa a tornar-se institucionalizada e medicalizada devido muitos fatores, entre eles, a incorporação da obstetrícia pela medicina e o incentivo a atenção médica hospitalar (LEÃO; BASTOS, 2001).

Os profissionais passaram a ter comportamentos mecanizados, os cuidados às pacientes passam a ser feitos por inúmeros aparelhos, muitos substituindo a presença física do profissional. A tecnologia avança e, apesar da sua importância nos cuidados, é necessário que reconheçamos o abuso em seu emprego (BEZERRA; CARDOSO, 2006). A partir desses fatos, muitas práticas vieram sendo desconsideradas ao longo do tempo e, o caráter cultural e humanístico da assistência obstétrica foi sendo perdido (LEÃO; BASTOS, 2001). A presença do acompanhante é um exemplo de prática que se tornou desencorajada com o tempo.

Atualmente, em todo o mundo, frentes defensoras da Humanização Obstétrica buscam encontrar estratégias para recuperar a atenção ao parto e nascimento através de comprovações científicas (PINTO *et al.*, 2003). Um grande passo a essa retomada de valores no Brasil foi a aprovação da Lei de nº 11.108 de 07 de abril de 2005 pelo Congresso Nacional que obriga os serviços de saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) à presença de um acompanhante, da escolha da parturiente, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRÜGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005, BRASIL, 2006).

Muitos são os estudos que comprovam cientificamente que a presença de um acompanhante durante esse período traz benefícios emocionais, bem como auxilia

nas medidas de conforto físico para alívio da dor e fornece suporte sobre informações para a parturiente através de orientações recebidas (LEÃO; BASTOS, 2001). Para que o acompanhante possa oferecer o auxílio adequado, é necessário que esteja preparado e orientado quanto a suas responsabilidades durante todo esse período, lembrando, porém que o acompanhante não deve ser responsável por todo o suporte porque muitas vezes também se encontra emocionalmente envolvido (ENKIN *et al.*, 2005b). A enfermagem desempenha importante papel no auxílio e na preparação destes acompanhantes para o suporte à parturiente, sendo um de seus objetivos, fazer a diferença na experiência de dor da mulher nesse momento (BACHMAN, 2002).

Segundo Bezerra e Cardoso (2006) a preparação para o parto é um momento de educação para a saúde e envolve procedimentos técnicos, educacionais, relacionais e informativos. Os autores ainda reforçam que esse momento é um meio de alterar comportamentos errados visando melhores resultados de ganhos de saúde para a grávida e sua família.

Os profissionais de saúde devem procurar manter com a paciente relação de ajuda, visando o objetivo materno e fortalecendo a habilidade da parturiente para que ela possa atuar eficaz e satisfatoriamente durante o trabalho de parto e parto (BEZERRA; CARDOSO, 2006). O Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) ratifica tal afirmação ao definir como um dos objetivos da assistência humanizada o resgate da mulher como protagonista de sua própria condição, desvinculando-a da insegurança e submissão aos profissionais da área. Aliar a assistência técnica competente com a assistência humanizada considerando a singularidade, as emoções e o significado transcendente do parto é uma necessidade do cenário atual para o atendimento das mulheres (SANTO; BERNI, 2006).

Vários são os estudos que demonstram que a presença de um acompanhante junto a parturiente é fator que contribui para a satisfação das mulheres com a assistência recebida durante o parto (DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004). O acompanhamento por um familiar, amigo, marido ou companheiro, surgiu como resgate de valores através das políticas voltadas à humanização da assistência. Um dos fatores determinantes para o êxito da inserção e desempenho favorável das atividades desses durante o nascimento é a atuação do enfermeiro (PINTO *et al.*, 2003).

Durante o estágio bolsista realizado no Serviço de Enfermagem Materno Infantil do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que iniciei em março de 2005, pude vivenciar o período de sancionamento da Lei do Acompanhante e observar todas as mudanças previstas e ocorridas no Centro Obstétrico desse hospital. Com isto, surgiu o interesse de aprofundar-me no assunto sobre o acompanhamento às parturientes e às responsabilidades assumidas pela enfermagem para a correta **orientação** desses, optando pelo Centro Obstétrico também como local de meu estágio final.

O estudo proposto destina-se a fornecer aos profissionais da área de enfermagem, através da elaboração de material informativo aos acompanhantes, subsídios para que sejam oferecidos a esses, orientações necessárias para o desempenho de seu papel **educativo**.

2 OBJETIVOS

Elaborar material informativo destinado aos acompanhantes, através da revisão da literatura sobre os métodos não-farmacológicos, visando auxiliar os profissionais de enfermagem **na orientação** desses durante o trabalho de parto e parto.

3 METODOLOGIA

Será apresentado a seguir o tipo de estudo, fontes, análise dos dados e as atividades que foram desenvolvidas para a concretização deste trabalho.

3.1 Tipo de estudo

O desenvolvimento do estudo aconteceu em duas etapas, da seguinte maneira:

Primeira etapa: Realizou-se uma pesquisa bibliográfica, que, conforme Gil (2002), toma como base um material já elaborado como livros e artigos científicos. Esse estudo foi de natureza exploratória, visto que seu principal objetivo é o aprimoramento de idéias.

Segunda etapa: Elaborou-se um projeto de desenvolvimento, que, de acordo com Goldim, (2000) apresenta uma proposta de inserção ou transposição de conhecimentos gerados na pesquisa para a prática profissional, sendo que seu produto final é a elaboração de material informativo.

3.2 Fontes

As fontes utilizadas foram obras de referência, periódicos científicos, de indexação e resumo, anais de encontros científicos, teses e dissertações, artigos científicos publicados em bases de dados como Sistema Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), sistemas de busca como PUBMED produzido pela *National Library of Medicine*, bibliotecas convencionais e eletrônicas tais como *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), Periódicos CAPES entre outras.

3.3 Análise dos dados

A análise dos dados da pesquisa bibliográfica deu-se através da leitura do material bibliográfico encontrado com os objetivos de identificar informações e dados, estabelecer relações entre esses conforme o tema do estudo proposto e, analisar a consistência dessas informações apresentadas pelos autores (GIL, 2002).

Para tanto, conforme recomenda o autor, realizou-se primeiramente uma leitura exploratória, mediante exame das introduções, prefácios e conclusões dos materiais encontrados. Em seguida, leitura seletiva para determinar qual material que de fato interessou à pesquisa. Após fez-se a leitura analítica, com base nos textos já selecionados possibilitando a obtenção de respostas ao estudo proposto. Por último, a leitura interpretativa relacionando o que os autores afirmavam com o problema para o qual se propôs o estudo mediante ligação de outros conhecimentos já adquiridos anteriormente. Apontamentos foram feitos após a leitura integral dos materiais para seleção dos pontos principais, ou seja, aqueles que de fato representavam soluções para a pesquisa.

Os resultados dessa análise foram utilizados para o desenvolvimento do conteúdo do material informativo proposto nesta pesquisa.

3.4 Atividades desenvolvidas

Segundo Goldim (2000), em se tratando de um projeto de desenvolvimento, as atividades desenvolvidas devem ser descritas detalhadamente para que permita aos demais leitores a adequada compreensão do que está sendo proposto.

Nesse estudo, as atividades realizadas foram desenvolvidas a partir dos resultados encontrados na pesquisa bibliográfica (primeira etapa). Na segunda etapa foi proposto um material informativo destinado a auxiliar a equipe de enfermagem na educação dos acompanhantes das parturientes.

A elaboração desse material contou com o apoio do Serviço de Enfermagem Materno-Infantil do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e fora apresentado à equipe de enfermagem do Centro Obstétrico para que a mesma testasse o material e

contribuísse com sua elaboração final fornecendo opiniões e adequações propícias para a aplicação desse material à prática. Após os testes, o material foi impresso em cores, utilizando foto pública e figuras obtidas pela internet e apresentado em formato de folder. Seu conteúdo fora composto por orientações e recomendações acerca da participação do acompanhante em sala de pré-parto e parto em um Centro Obstétrico.

4 CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS

A pesquisadora comprometeu-se em respeitar a autoria das fontes pesquisadas. Assegurou-se que todas as fontes utilizadas nesse trabalho foram referenciadas de forma clara e precisa, respeitando a lei dos direitos autorais de número 9.610, de 19 de fevereiro de 1998 (BRASIL, 1998).

5 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Esta pesquisa bibliográfica teve como propósito conhecer o que de mais atual encontra-se na literatura sobre a dor no trabalho de parto e os métodos não-farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto. Deveu-se na análise dos resultados relativos aos métodos utilizados na prática no Centro Obstétrico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) visando alcançar o objetivo proposto do estudo.

Inicialmente realizou-se uma revisão da literatura sobre os aspectos fisiológicos da dor no trabalho de parto. A seguir, analisou-se a importância dos métodos não-farmacológicos: deambulação, uso da bola suíça, exercícios respiratórios e de relaxamento, banho de chuveiro e uso de massagens.

5.1 A dor no trabalho de parto

A definição tradicional de trabalho de parto segundo Costa *et al.* (2006), consiste no início das contrações uterinas que produzem o apagamento e a dilatação cervical do colo uterino, porém existem várias outras teorias para reconhecer o momento correto de seu início.

Guyton (2002), afirma que a causa exata do início do trabalho de parto ainda é desconhecida, porém, o autor atribui o fato a dois hormônios (a progesterona, que inibe a contração uterina e o estrogênio que a estimula) como fatores desencadeantes. O autor ressalta que durante toda a gestação os níveis desses dois hormônios são crescentes e que com a proximidade do nascimento os níveis de progesterona permanecem constantes, ao contrário do estrogênio, que continua a aumentar agindo praticamente sozinho nas células da musculatura lisa do útero, promovendo o aumento da contração uterina.

Branden (2000c) ressalta que são muitos os desencadeantes do trabalho de parto, e envolvem interações entre fatores maternos, fetais e placentários. O autor ainda destaca cinco desses fatores para que esse momento seja bem sucedido: o “passageiro” (o feto), ou seja, sua apresentação, posição e atitude; a “passagem” (a

pelve), seu diâmetro e tipo; as “forças” representadas pelas contrações uterinas; a posição ou “funções placentárias” e a “resposta psicológica” (estado emocional e percepção prévia da mulher sobre o parto).

Para uma melhor compreensão desses fenômenos, o parto é classificado pela literatura em “fases clínicas”. Existem, portanto quatro classificações denominadas de períodos (COSTA *et al.*, 2006): o primeiro período é denominado *dilatação* e corresponde ao intervalo entre o início do trabalho de parto até a completa dilatação; o segundo período ou a *expulsão* ocorre entre a dilatação completa e o desprendimento do feto; a *dequitação* corresponde ao terceiro, e é caracterizado pela expulsão da placenta e, o quarto e último período, abrange a *primeira hora do pós-parto* após a expulsão da placenta.

O processo fisiológico da dor associa-se a evolução desse trabalho de parto e, é nesses dois primeiros períodos (dilatação e expulsão) que a dor sentida pelas parturientes é mais intensa devido a potência das contrações uterinas e a dilatação do colo necessária pra a expulsão do feto (ALMEIDA *et al.* , 2005a).

Costa *et al.* (2006), divide o período de dilatação em duas fases: a fase latente e a fase ativa. A primeira se caracteriza por ter duração variável e padrão contrátil irregular, com uma velocidade de dilatação lenta (menor do que 1cm/hora) até 3 cm. Já a fase ativa é caracterizada por rápida dilatação (com velocidade maior ou igual a 1 cm/hora), padrão contrátil regular e doloroso.

Na fase ativa, o aumento da contração uterina decorre do objetivo de impulsionar o pólo cefálico sobre o colo do útero para promover ainda mais sua dilatação e a descida do feto através da pelve materna. É nessa fase que há os maiores desconfortos tais como: dores na região abdominal, lombar e na região pélvica e sensação de estiramento muscular (ALMEIDA *et al.*, 2005a).

Nos primeiros períodos, portanto a dor é mediada por mecanismos de distensão do segmento uterino, dilatação da cérvix e a própria contração uterina. Na fase final do trabalho de parto a dor torna-se mais localizada no períneo, ânus e reto, sendo irradiada para as pernas (ALMEIDA *et al.*, 2005a). O Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) complementa a afirmação anterior relatando que a inervação uterina é mediada principalmente pelo Sistema Nervoso Simpático, que conduz estímulos de características viscerais com aferências no Sistema Nervoso Central ao nível de T10, T11, T12 (torácicas) e L1 (lombar). O autor ainda afirma que outros fatores associam-se e são responsáveis pela dor com características somáticas como, por

exemplo, a distensão das fibras uterinas, a distensão do próprio canal de parto, a tração de anexos e do peritônio, a pressão na uretra, bexiga, estruturas pélvicas e pressão sobre as raízes do plexo lombo-sacro.

Algumas das alterações fisiológicas que ocorrem e que também são responsáveis por acentuar a dor nesse período são o aumento do volume minuto juntamente com o aumento do consumo de oxigênio em torno de 40% acima dos níveis anteriores ao trabalho de parto podendo chegar até 100% durante o segundo estágio; elevação do pH (potencial de hidrogênio) arterial e diminuição do estímulo ventilatório materno; aumento progressivo do débito cardíaco materno; aumento dos níveis de adrenalina e, noradrenalina, cortisol e ACTH (hormônio adrenocorticotrófico) no sangue materno; modificações na função gastrointestinal e acidose metabólica progressiva (BRASIL, 2003).

Devemos lembrar, porém que a dor sentida pelas mulheres não envolve somente alterações anatômicas e fisiológicas, mas também psicológicas e culturais (ENKIN *et al.*, 2005b) e deve ser aliviada para evitar riscos maternos e fetais, pois, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), a ansiedade associada à dor e o conseqüente aumento da secreção do cortisol podem afetar a contratilidade e o fluxo sanguíneo uterinos fazendo com que se tornem prejudiciais a mãe e o feto.

Branden (2000b) e Bachman (2002), complementam a afirmação ao dizerem que, apesar de todo o conhecimento que se tem sobre a fisiologia que causa a dor, essa não se manifesta da mesma maneira em todas as mulheres. É influenciada pela percepção dolorosa de cada parturiente, sua tolerância a essa dor, suas experiências prévias, seus antecedentes psicológicos, sua preparação para o parto e também sua cultura, seu apoio recebido e valores pessoais.

Durante todo o trabalho de parto torna-se necessária a compreensão desses fenômenos, fisiológicos e psicológicos por parte da Enfermagem que acomete as parturientes. Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) o conhecimento destrói o temor, evita a tensão e é um forte predisponente para controlar a dor. É nosso dever fornecer à parturiente e ao seu acompanhante subsídios para que os mesmos possam compreender esses fenômenos e sejam esclarecidos sobre as formas de como promover o conforto físico e emocional para o alívio da dor, assim como da ansiedade e dos medos nesse momento.

5.2 Importância dos métodos não-farmacológicos

Partindo do princípio de que a atenção humanizada envolve o conjunto de conhecimentos práticos e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento de forma saudável, a fim de promover a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal, o Ministério da Saúde, (BRASIL, 2003) descreve algumas práticas realizadas no parto normal que, por serem úteis e cientificamente comprovadas devem ser encorajadas e estimuladas. Entre essas práticas citam-se a utilização de métodos não-invasivos e não-farmacológicos de alívio da dor (massagens, técnicas de relaxamento), liberdade de posição e movimentos durante o trabalho de parto, respeito à escolha da parturiente sobre seu acompanhante nesse momento, além de outras medidas.

Métodos não farmacológicos, segundo Weissheimer, (2005a), são ações ensinadas a gestante ou ao casal geralmente durante o pré-natal para manejar a dor do trabalho de parto e parto que devem ser oferecidos e ensinados pela enfermeira. Branden (2000b) ainda complementa a afirmação relatando que são medidas que devem visar o aumento do conforto para atenuar a dor e, que se tornam muito importantes à medida que o trabalho de parto avança.

Considerando-se que muitas mulheres não têm acesso a essas orientações em seu pré-natal durante a gestação, é importante que ao serem admitidas em trabalho de parto recebam o acompanhamento e o suporte dessas medidas educativas para minimização da ansiedade, dor e do estresse e, aumentar o seu grau de satisfação nessa experiência (BRASIL, 2003, O'HARA; SIMKIN, 2002). Independentemente da mulher ou seu acompanhante terem recebido informações prévias sobre o assunto, a enfermagem pode ensinar ou reforçar as técnicas enquanto o trabalho de parto está evoluindo (BACHMAN, 2002).

Os métodos não-farmacológicos são grandes atrativos para as pacientes a medida que garantem a elas participação ativa e autonomia no controle da dor e, aos profissionais são importantes por serem métodos simples, que reduzem ansiedade e dor sem produzirem efeitos colaterais e por possuírem um baixo custo (O'HARA; SIMKIN, 2002; ALMEIDA *et al.*, 2005b).

O uso desses métodos para o alívio da dor e ansiedade tem sido alvo recente de estudos científicos que demonstram sua eficácia. Alguns dos fatores, que colaboram

cada vez mais para sua utilização, incluem a diminuição do uso de medicações para evitar efeitos indesejados sobre o parto e estado de saúde do feto, além da manutenção do controle pessoal da própria parturiente na participação ativa no momento do parto (ENKIN *et al.*, 2005a). A avaliação das necessidades das mulheres nessa hora é imprescindível para fazê-las vivenciar esse momento da melhor maneira.

Estudos científicos, baseados em evidências, estão avaliando o uso dos métodos e seus benefícios durante o trabalho de parto. Brümgemann; Parpinelli e Osis (2005), constataram que, através da correta aplicação de suporte físico e emocional às parturientes, houve redução dos índices de cesarianas, redução da necessidade do uso de ocitócinos no trabalho de parto, redução da duração do trabalho de parto, analgesias e medicamentos para alívio da dor, além de aumentar a satisfação materna com a experiência do nascimento. Porém os autores afirmam, que esses benefícios se tornam bons e produtivos dependendo das características assistenciais do hospital, do tipo de provedor que irá efetuar o cuidado e do tempo de duração desse suporte.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) vem preconizando essas medidas onde a parturiente deve ter suporte emocional e atenção à saúde com o mínimo de intervenções, ou seja, da forma mais natural possível. As enfermeiras obstetras são altamente capacitadas para auxiliar essas mulheres a passar por esses períodos sem traumas, com o objetivo de retomar a visão do parto como um fenômeno fisiológico (DAVIM; BEZERRA, 2002) e, cabe a elas, o acolhimento da parturiente e seu acompanhante, a avaliação obstétrica, a prescrição de cuidados, bem como a orientação desses cuidados e as corretas informações sobre seus usos (PINTO *et al.*, 2003, BRÜGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005) respeitando sempre as necessidades, preferências e opiniões de cada uma (MACHADO; PRAÇA, 2006).

No HCPA, com a implantação da Lei do Acompanhante, o Serviço de Enfermagem Materno-Infantil vem registrando índices em que até 75% dos partos realizados no Centro Obstétrico contam com a presença de um acompanhante da escolha da parturiente (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2006). É necessário, porém que esses acompanhantes e as pacientes tenham acesso às informações necessárias para prover o suporte adequado e [auxiliar](#), juntamente com a atuação da [equipe de saúde](#), na diminuição da dor e melhorias no conforto das parturientes.

Algumas das atividades que podem ser orientadas aos acompanhantes pelas enfermeiras obstetras são: deambular com as pacientes, incentivar a livre escolha de posições, estimular sentimentos positivos, fazer massagens, acompanhar e prestar auxílio no banho de água morna e nos exercícios respiratórios e de relaxamento, propiciar o descanso da paciente durante o intervalo das contrações e acompanhar a paciente quando essa utilizar a bola obstétrica como medida de alívio para a dor lombar (medida utilizada no HCPA). Os acompanhantes ou as próprias pacientes podem solicitar esclarecimentos sempre que desejarem sobre os métodos utilizados (PINTO *et al.*, 2003) e, a enfermeira obstetra precisa supervisionar e auxiliar as atividades.

A partir da revisão atual da bibliografia sobre essas atividades, objetivo elaborar um material educativo para maior esclarecimento das pacientes e seus acompanhantes bem como dinamizar a atuação da enfermeira obstétrica nessas orientações.

5.2.1 Deambulação/livre escolha de posições

Muitos são os estudos científicos que abordam a importância da movimentação da parturiente durante o trabalho de parto. Sabatino (1997) afirma em seus achados que na antigüidade os partos eram realizados com as parturientes em posição vertical, pois favoreciam as mulheres quanto à dor.

A posição litotômica, muito utilizada nos dias atuais, surgiu com a hospitalização dos partos e visava a comodidade dos profissionais para o atendimento ao trabalho de parto e parto (facilidade para a antissepsia, colocação do uso de fórceps entre outros). Essa posição foi adotada historicamente e culturalmente sem que fosse levado em conta a naturalidade do processo de parturição (MAMEDE; ALMEIDA; CLAPIS, 2004).

Os autores ainda reforçam a importância da Enfermagem no que diz respeito as orientações sobre o uso da livre escolha de posições (espera-se que a paciente adote a que lhe for mais confortável) e, que essas orientações possam fazer a paciente compreender os mecanismos do nascimento, concluindo que a posição verticalizada favorece naturalmente a saída do bebê pela força de gravidade.

Incentivar que a parturiente caminhe, fique em pé, ajoelhada, sentada em posição semi-inclinada ou acorçada, também favorece a atuação da gravidade sobre a descida do feto (WEISSHEIMER, 2005b).

Autores (SABATINO, 1997; MAMEDE; ALMEIDA; CLAPIS, 2004) afirmam que a posição verticalizada, principalmente durante a deambulação favorece o trabalho de parto. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) relata-nos alguns estudos científicos que demonstram vantagens dessa posição sobre a posição dorsal, entre essas vantagens estão o menor desconforto e a dificuldade de puxos, menores riscos de traumas vaginais ou perineais, observando-se ainda, menor duração do período expulsivo e melhores resultados neonatais, com diminuição dos índices de apgar abaixo de sete.

É de suma importância, porém que a paciente experimente todas as posições e adote a que melhor lhe favoreça, desde que evite longos períodos em decúbito dorsal, pois essa posição pode retardar a descida do feto (BRANDEM, 2000c) além de não se basear em pesquisas científicas (SABATINO, 1997).

Segundo Brandem (2000c), a posição da parturiente pode afetar a intensidade e a frequência das contrações. Na posição supina, as contrações podem ser menos intensas, porém são mais frequentes. Na posição de decúbito lateral, são mais intensas, menos frequentes, porém essa deve ser a posição adotada (principalmente o decúbito lateral esquerdo) quando a paciente necessitar ficar restrita ao leito, porque melhora a circulação pela descompressão da veia cava diminuindo o estresse fetal. Na posição ereta, deambulando, a gestante poderá sentir contrações mais fortes, regulares e frequentes, porque a gravidade alinha o feto com o ângulo pélvico a medida que o útero inclina-se para frente. Porém Mamed, Almeida e Clapis (2004), afirmam que os desconfortos dessas contrações são menores, devido a melhora da contratilidade uterina favorecida por essa posição.

Guyton (2002), afirma que cada contração uterina tende a forçar a criança para baixo em direção ao colo uterino e, quando as contrações combinadas acontecem (contrações da musculatura uterina junto com a abdominal), exercem força para baixo sobre o feto de cerca de 13 kg durante cada contração forte.

Manter a posição ereta, deambulando irá reduzir as dores do trabalho de parto, bem como, abreviar seu tempo de duração, diminuir a necessidade do uso de analgésicos, assegurar melhores intercâmbios materno-feto-placentários e diminuir o risco de sofrimento fetal (BRASIL, 2003, BRANDEM, 2000c, MAMED; ALMEIDA;

CLAPIS, 2004). O Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) complementa a indicação favorável da deambulação ao citar exemplo de seu benefício. Relata que quando acontece defeito na posição da apresentação fetal (desproporção céfalo-pélvica relativa), deambular facilitaria positivamente a evolução normal do parto.

Estudo realizado, através de um ensaio clínico, investigou a influência da mobilidade da parturiente durante a fase ativa do trabalho de parto, e concluiu que, orientar a mobilidade da parturiente influencia de maneira positiva a fase ativa do trabalho de parto, porque aumenta a tolerância da paciente à dor evitando o uso de fármacos, melhora a evolução da dilatação uterina, auxilia na descida da apresentação e diminui a duração do trabalho de parto (BIO; BITTAR; ZUGAIB, 2006).

Os autores ainda referem que manter o corpo ativo oferece a parturiente um melhor manejo do trabalho de parto. A possibilidade de ampliar os diâmetros da bacia na posição vertical, aliada aos movimentos das articulações pélvicas e ao uso da musculatura estriada em coordenação na mobilidade, demonstrou efeito facilitador do parto vaginal e ação positiva na analgesia da dor, além de ter proporcionado a essas parturientes, uma melhor condição psico-física durante o período expulsivo em comparação com as outras pacientes do estudo.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) reforça, porém, a necessidade de reconhecer aquelas pacientes para as quais a deambulação é contra-indicada como, por exemplo, pacientes com ruptura de bolsa sem que a cabeça do feto esteja encaixada, porque pode haver perigo de prolapso de cordão ou pacientes com ruptura de bolsa com idade gestacional prematura.

Estimular a deambulação durante o trabalho de parto resulta, portanto, nos casos com indicação, numa intervenção não-farmacológica que beneficia a parturiente e o feto. A deambulação é também recomendada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) no período do puerpério visto que a restrição ao leito além de ser desconfortável, favorece o aparecimento de fenômenos tromboembólicos.

5.2.2 Utilização da bola suíça

O uso da bola suíça na área obstétrica, começou a ser implantado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre por recomendação do “Seminário Nacional Sobre Atenção Obstétrica e Neonatal Baseada em Evidências Científicas” organizado pelo Ministério da Saúde. Ocorrido na cidade de São Paulo em outubro de 2004, o seminário apresentou demonstrações da prática obstétrica, entre elas, o uso da bola como método de alívio da dor. Em decorrência da iniciativa da instituição em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde, o Serviço de Enfermagem Materno-Infantil apoiou as recomendações do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, instituído no ano 2000 (BRASIL, 2003). Iniciou-se a utilização dos métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto no Centro Obstétrico, em maio de 2006.

Apesar da escassa literatura científica sobre seu uso, durante o estágio curricular pude evidenciar na prática, através dos relatos das pacientes, o alívio das algias posturais, principalmente as lombares, que surgem com a evolução do trabalho de parto e, o aumento da satisfação das pacientes com a adesão a esse método. Coltters (2000) ratifica tal afirmação ao mencionar que, inicialmente ocorre insegurança e desconfiança das pacientes quanto ao uso da mesma, porém depois de sua utilização, demonstram estar satisfeitas com tal ação.

Sabemos que o aparecimento de algias posturais (dores nas costas) e lombalgias (dores da região lombar) são muito comuns durante a gestação (MARTINS; SILVA, 2005) sendo nos últimos três meses que esses sintomas acentuam-se causando grandes incômodos (NOVAES; SHIMO; LOPES, 2006).

Devido ao crescimento do útero ocorre a inclinação da pelve para frente, acentua-se a curvatura lombo-sacra e há uma compensação na curvatura cervico-dorsal, ocasionando alteração do centro de gravidade. A lordose exagerada sobrecarrega os músculos lombares e posteriores da coxa gerando um processo doloroso. Com o crescimento das mamas e o aumento do peso, os ombros são trazidos para frente. Os níveis hormonais aumentados, principalmente o hormônio relaxina, ocasiona crescente afrouxamento dos ligamentos provocando modificações na marcha e postura das gestantes (BRANDEN, 2000a, NOVAES; SHIMO; LOPES, 2006).

Martins e Silva (2005) complementam a afirmação acima referindo que as modificações de postura ocorridas na gravidez servem como uma tentativa de compensação por parte da coluna vertebral para manter o equilíbrio do corpo já que o centro de gravidade sofre alterações no decorrer da gestação.

No trabalho de parto já sabemos que estímulos dolorosos provêm principalmente das contrações uterinas com outros fatores associados como a pressão exercida pela apresentação fetal sobre o colo, vagina e articulações pélvicas (ENKIM *et al.*, 2005a). Na prática, observei que essa pressão é uma das principais queixas de dor lombar intensa sentida pelas mulheres nesse período.

A paciente ao sentar-se na bola obstétrica (bola suíça) tem a possibilidade de ficar em uma posição muito parecida com a posição de cócoras, porém um pouco mais elevada. Sabe-se através da literatura que a posição de cócoras alarga o ângulo pélvico em cerca de 30% e, facilita os esforços expulsivos na medida em que há o alargamento e encurtamento da vagina, facilitando a descida do feto (BRANDEN, 2000b).

Na prática do estágio curricular observei também que a bola obstétrica possibilita à paciente exercitar a pelve realizando movimentos circulares e movimentos de “senta-levanta” conforme seu melhor conforto. Conforme Branden (2000d), os exercícios pélvicos podem atenuar a tensão na região lombar facilitando a postura correta. O autor ainda afirma que os exercícios melhoram o tônus dos músculos abdominais auxiliando na sustentação do útero e no momento do parto.

Os exercícios para a pelve quando estudados como meio de alívio para as algias, demonstraram efeitos benéficos na redução da intensidade da dor na gestação (MARTINS, 2005). Lembrando que, para um melhor efeito, é necessário que a atividade seja realizada regularmente com intensidade moderada para resultar em melhor eficácia (NOVAES; SHIMO; LOPES, 2006).

Coltters (2000) em um estudo que objetivou avaliar o uso da bola por mulheres em trabalho de parto, revelou que a mesma relaxa a musculatura do assoalho pélvico facilitando o encaixe da apresentação fetal, podendo auxiliar nas possíveis distócias de posição. O estudo não estabeleceu critérios e normas quanto ao uso correto da bola, porém destacou a probabilidade de a mesma diminuir o tempo de duração do trabalho de parto. Os autores também evidenciaram o grande desconhecimento e a falta de informações sobre a utilização do método tanto dos profissionais como dos pacientes.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) recomenda que a parturiente tenha liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto e, principalmente, que seja estimulada para o uso das posições não-supinas. É, partindo desse princípio e das práticas observadas e relatadas que a implantação do uso da bola na obstetrícia vem agregando cada vez mais adeptos.

Conforme Brandem (2000d), a dor lombar é um dos principais desconfortos do período que antecede ao parto. O autor refere como alívio provável dessa dor algumas medidas entre elas: que a parturiente consiga conservar uma boa postura, que pratique exercícios visando recuperar o alinhamento corporal, que utilize os músculos da perna e, recline-se para relaxar os músculos das costas. A bola obstétrica proporciona tais medidas quando utilizada corretamente.

Durante o estágio curricular constatei a necessidade da presença da enfermeira ou de um acompanhante para auxiliar a parturiente sobre o uso da bola obstétrica. A bola também é um método que incentiva a participação de familiares ou amigos nos cuidados tornando-se, portanto mais uma prática voltada para a humanização do parto e nascimento.

Devemos estar atentos, porém a avaliação de cada caso para poder indicar o seu uso. Pacientes que estejam com analgesia por cateter peridural podem ficar com os membros inferiores anestesiados, portanto, no Centro Obstétrico do Hospital de Clínicas não indicamos seu uso nessa circunstância devido o risco de queda.

5.2.3 Exercícios respiratórios e de relaxamento

A respiração tem por principal objetivo fornecer aos tecidos oxigênio e remover dos mesmos o dióxido de carbono (GUYTON, 2002). Na gravidez, adaptações das estruturas respiratórias e de ventilação acontecem para atender as necessidades da mãe e do feto (PRATES; SANTO; MORETTO, 2005).

Algumas alterações fisiológicas do aparelho respiratório na gravidez são citadas por Brandem (2000a): elevação do diafragma em até quatro centímetros dificultando a expansão pulmonar, substituição do padrão respiratório abdominal pela respiração torácica, aumento da vascularização do trato respiratório superior, aceleração da

freqüência respiratória no último trimestre, aumento da quantidade de ar inalado e exalado cerca de 40% a mais, entre outras alterações.

A ansiedade costuma ter seus níveis aumentados com a aproximação do parto. Muitos são os medos enfrentados pelas mulheres entre eles estão: medo da dor, de não ter capacidade para parir, medo da morte e o sentimento da solidão. Esses se tornam responsáveis por causarem reações de desespero (gritos incessantes, agitação e dificuldade de concentração nas orientações recebidas) durante o trabalho de parto (SANTO; SANTOS; MORETTO, 2005).

Sabe-se que a **ansiedade** pode causar aumento dos níveis de epinefrina e norepinefrina, elevando a pressão sanguínea e a freqüência cardíaca, causando a diminuição da atividade do miométrio, esgotando as reservas de glicose, reduzindo a síntese de enzimas necessária para a contração uterina (BRANDEM, 2000b).

Todas essas modificações, tanto fisiológicas como emocionais, necessitam da compreensão e da presença da enfermeira para que proporcione a paciente maior energia para contrações uterinas eficazes, redução da tensão muscular, diminuição da percepção exagerada a dor, além de melhores condições de enfrentamento para essa experiência (SANTO; SANTOS; MORETTO, 2005, BRANDEM, 2000b).

Manter a gestante informada, ensinar técnicas de respiração e relaxamento, prestar assistência e apoio durante a evolução do trabalho de parto, apoiar que o acompanhante participe dos cuidados são algumas das medidas que possibilitam a redução da ansiedade das parturientes (BRANDEM, 2000b).

Conforme Almeida *et al.* (2005), o relaxamento age diminuindo o consumo de oxigênio, as freqüências cardíaca e respiratória, a concentração de lactato no sangue arterial e a atividade do Sistema Nervoso Simpático. Essa autora salienta que ao distrair a paciente, facilita-se seu repouso e contribui-se para aumentar a sensação do controle da dor por ela própria. A autora ainda afirma que, quando a dor necessita ser controlada pelos analgésicos, as técnicas de relaxamento podem aumentar a eficácia dos mesmos.

Sabemos através da literatura que as técnicas de respiração e relaxamento vêm sendo difundidas através dos cursos de preparo para o parto: método psicofilático, introduzido por Lamaze no ano de 1954 (BRASIL, 2003), método de Dick-Read ou parto natural no ano de 1987 e, método de Bradley também chamado de “parto instruído pelo marido”, no ano de 1981 (BACHMAN, 2002). Conforme o autor, todos os métodos concordam que entre as principais causas da dor no parto

estão o medo e a tensão. Concluem que aumentando o conhecimento da mulher sobre parto e nascimento, fortalecendo a autoconfiança e a sensação de controle, preparando uma pessoa para fornecer apoio e ensinando a ela condicionamento físico e respiração para relaxamento, são medidas importantes para reduzir esses dois fatores.

Estudo realizado por Almeida *et al.* (2005) procurou avaliar os efeitos de algumas dessas técnicas sobre a dor e a ansiedade das mulheres no trabalho de parto. O estudo propôs atividades baseadas nos métodos psicofiláticos.

Os exercícios respiratórios propostos foram utilizados durante as contrações e nas diferentes fases do trabalho de parto e período expulsivo. Na fase de latência, sugeriu-se que as parturientes utilizassem a respiração total (respiração tóraco-abdominal lenta com inspiração e expiração profundas em um ritmo natural); na fase ativa, respiração torácica lenta (respiração mais calma, com inspiração e expiração profundas e longas num ritmo natural, salientando a respiração para a região torácica) e, na fase de transição, respiração de pressão, sem utilizar a força abdominal (respiração lenta, expiração longa e inspiração profunda, sustentada por maior tempo durante o puxo contrátil para que o diafragma exerça força sobre o útero). No período expulsivo, solicitou-se que as parturientes realizassem respiração de pressão, porém com o uso da força abdominal (contração da musculatura estriada) no momento dos puxos (ALMEIDA *et al.* 2005).

Como técnicas de relaxamento, o estudo avaliou apenas o relaxamento de toda a musculatura corporal associado à respiração total nos intervalos das contrações uterinas. Sabemos que outras técnicas de relaxamento existem e podem ser estimuladas como: distração da paciente, musicoterapia, toque, estimulação verbal entre outras (BRANDEN, 2000b).

O estudo de Almeida *et al.* (2005), concluiu que as técnicas apesar de não reduzirem a intensidade da dor, proporcionaram a manutenção do baixo nível de ansiedade por maior tempo. As técnicas respiratórias utilizadas no estudo, por não necessitarem de preparo físico e condicionamento respiratório prévio da paciente e, por respeitarem o ritmo respiratório natural nas duas primeiras fases do trabalho de parto e estimular pausas para o descanso, não oferecem à parturiente riscos de hiperventilação, conforme o autor. Podemos, portanto adotar na prática hospitalar tais medidas e associá-las as técnicas de relaxamento visando o bem-estar das pacientes.

Bachman (2002) afirma que o uso de técnicas respiratórias durante o primeiro estágio do trabalho de parto, aumenta a cavidade abdominal, promovendo o relaxamento dos músculos abdominais, diminuindo a fricção e o desconforto entre o útero e a parede abdominal durante as contrações. Ainda segundo o autor, no segundo estágio do trabalho de parto, a respiração aumenta a pressão abdominal auxiliando a expulsão do feto.

Orientar corretamente tais exercícios tanto para a gestante quanto para seu acompanhante são cuidados essenciais da enfermagem para o atendimento humanizado que vem sendo proposto atualmente, visto que traz benefícios físicos e emocionais para a saúde das pacientes.

5.2.4 Uso do banho de chuveiro com água morna

Cada vez mais o banho de chuveiro com água morna tem sido utilizado como método de alívio à dor no trabalho de parto porque tende a contribuir para o aumento do bem-estar e da sensação de relaxamento físico e mental das gestantes (BRASIL, 2003). Segundo Bachman (2002), os banhos de chuveiro ou a hidromassagem com água morna são medidas capazes de promover o conforto e o relaxamento durante o trabalho de parto, porque o calor alivia a isquemia muscular aumentando o fluxo do sangue para a área do desconforto.

Durante muito tempo as propriedades benéficas e analgésicas da água foram aclamadas e, nos últimos anos despertou grande interesse de estudo em respostas às solicitações das mulheres grávidas sobre essa forma de conforto (ENKIM *et al.*, 2005a).

Weissheimer (2005b) ao se referir sobre partos realizados na água revela que quando o corpo entra em contato com a mesma, em uma temperatura mais elevada que a da pele, tende a absorver o calor, provocando vasodilatação periférica, melhorando o retorno venoso, diminuindo a dor e favorecendo o relaxamento muscular.

No Centro Obstétrico do Hospital de Clínicas oferecemos às parturientes a possibilidade das mesmas de tomarem um banho com duchas de água morna para auxiliá-las no alívio da dor. Na prática de estágio curricular observei que as

pacientes sentem-se plenamente satisfeitas em poder tomar esse banho e, quando o realizam relatam verbalmente o alívio dessas dores e o aumento do conforto durante as contrações.

Bachman (2002) diz que é através da diminuição da secreção de adrenalina e o aumento dos níveis de ocitocina e endorfina que o uso da água aquecida promove o conforto e o relaxamento. O autor ainda descreve que a temperatura ideal da água utilizada para tal deve manter-se entre 36,7° e 37,8°C, evitando hipertermias maternas.

Branden (2000b) argumenta que a massagem com duchas de água quente quando aplicada no dorso das pacientes, promove o relaxamento e atenua a transmissão da dor. O autor ainda oferece sugestões de como melhor realizar esses banhos: colocando-se um banquinho no box do chuveiro ou uma barra de apoio para facilitar a parturiente durante as contrações.

Estudo que avaliou o efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto concluiu que essa é uma alternativa de conforto para a mulher, por oferecer alívio sem interferir na progressão do parto ou trazer prejuízos ao recém-nascido. Concluiu ainda que oferece vantagens, por reduzir e postergar o uso de fármacos para a dor, promovendo condições para a colaboração ativa da paciente e por proporcionar maior participação do acompanhante (SILVA; OLIVEIRA, 2006).

Outro estudo que avaliou os efeitos maternos e perinatais da prática da hidroterapia na gravidez evidenciou que a mesma favorece adequada adaptação metabólica e cardiovascular materna à gestação e, não determinou prematuridade ou baixo peso ao nascer nos recém-nascidos (PREVEDEL *et al.*, 2003).

Essas pesquisas estudaram os banhos de imersão, que investigaram as vantagens do uso de água morna durante o trabalho de parto. Essa prática ainda não é utilizada no Centro Obstétrico do HCPA pela falta de banheiras, porém, partimos dos mesmos princípios de que os banhos de chuveiro também trazem esses resultados benéficos para as parturientes, visto que produzem efeitos positivos no alívio da dor e facilitam o relaxamento.

Segundo Bachman (2002), é necessário, porém estarmos atentos quanto aos sinais vitais da mulher e o bem-estar fetal antes de encaminhá-la para a hidroterapia. O autor ainda reforça que as membranas da parturiente podem estar íntegras ou rompidas, porém, se rompidas, o líquido deve ser claro ou apenas levemente manchado com mecônio.

A pessoa que a parturiente escolhe para acompanhá-la deve ser orientada pela enfermeira para que possa fornecer ajuda durante os banhos e, a enfermagem deve-se colocar à disposição para prestar todo o auxílio necessário aos dois (PINTO *et al.*, 2003).

5.2.5 Utilização de massagens

Conforme Guyton (2002), a pele contém receptores táteis em toda sua dimensão que, quando estimulados, são responsáveis pelas sensações do tato, pressão e vibração. O uso do toque físico, dependendo da sua natureza e circunstância, pode ter efeito transmissor de alívio da dor, e, a massagem, é um meio de estimular os diferentes tipos de receptores sensoriais (ENKIM *et al.*, 2005a).

Através do toque, da sobreposição de mãos, pressão circular profunda e contínua, vibração, manipulação articular, entre outros, que a massagem é realizada. Está entre um de seus principais objetivos, fazer com que a pessoa que receba essa massagem consiga melhores condições para relaxar e ter sua dor aliviada pela sensação de bem-estar (ENKIM *et al.*, 2005a).

Sabemos que, quanto mais próximo do parto, maior é o desconforto e a possibilidade da mulher apresentar e referir pressão perineal e dores lombares como já afirmado anteriormente. Nas vivências do estágio curricular, percebi que a mulher ao ser massageada com a palma da mão em movimentos circulares na região lombo-sacra, no momento das contrações, refere melhora do seu bem-estar.

Davim e Bezerra (2002) ao pesquisarem sobre o projeto *Midwifery* que visa resgatar o caráter fisiológico do processo de nascimento, afirmam que o conforto físico é aumentado pelo uso das massagens e outras técnicas de relaxamento. Essas técnicas devem estar incluídas nos cuidados prestados pelas enfermeiras para minimizar o desconforto e a dor durante o trabalho de parto.

Apesar de não haver estudos controlados sobre os movimentos de contração, ou seja, a aplicação de uma força contínua em um ponto da região lombar utilizando o punho, a base da palma da mão ou até mesmo algum objeto firme como os aparelhos de rolagem, os movimentos estão envolvidos no alívio da dor nas costas durante o trabalho de parto e auxiliam a mulher a suportar as sensações de

pressão interna (ENKIM *et al.*, 2005a; BACHMAN, 2002). No Centro Obstétrico, utilizamos também a opção do uso de massagador de rolagem para as parturientes. Ensinamos ao acompanhante manipulá-lo da forma correta, assim como realizar a massagem com as mãos, incentivando a participação dos mesmos nos cuidados.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) incentiva as massagens para alívio da dor e, classifica essa prática como demonstradamente útil devendo ser estimulada na assistência ao parto normal.

A massagem, além de todos os benefícios de aliviar a dor e produzir o relaxamento muscular, também funciona no aspecto psico-emocional, porque transmite ao receptor mensagem de interesse, de estar perto e de ter vontade de ajudar (ENKIM *et al.*, 2005a), cooperando na interação dos acompanhantes e da gestante.

Saito e Gualda (1999) em estudo que procurou compreender a vivência da dor do parto em mulheres que deram a luz em um hospital-escola relataram depoimentos das pacientes afirmando que a simples presença física de uma pessoa proporciona conforto e tranquilidade durante o trabalho de parto. Esses e outros depoimentos reforçam que o cuidado deve estar cada vez mais perto da paciente, no uso do toque e no apoio verbal. A técnica da massagem pode ser utilizada para incentivar os acompanhantes nos cuidados e fazer com que a enfermagem aproxime mais o contato com as pacientes.

A massagem pode ser associada a todos os outros métodos já descritos nesse estudo: durante a deambulação, no uso da bola, durante os exercícios de respiração e durante o banho, visando a qualidade do atendimento, minimizando a dor e o desconforto das parturientes.

6 PROJETO DE DESENVOLVIMENTO

Nesta etapa do estudo buscou-se elaborar um material educativo no formato de folder intitulado “Orientações para acompanhantes das parturientes” (APÊNDICE). A elaboração desse material baseou-se nos conhecimentos atualizados adquiridos pela pesquisa bibliográfica referente à dor no trabalho de parto e à importância dos métodos não-farmacológicos para o alívio da dor.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acompanhante durante o trabalho de parto fornece à gestante benefícios emocionais, auxílio para o conforto físico no alívio da dor, no relaxamento e na distração da mesma e por isso deve ser inserido no contexto dos cuidados a parturiente. A Enfermagem é responsável pela assistência, bem como pela educação da parturiente e seu acompanhante. Conforme os preceitos da humanização, deve auxiliar a mulher a ser a protagonista de sua própria condição, retomando o parto e o nascimento como fenômenos fisiológicos e naturais com o mínimo de intervenções tecnológicas.

A dor no trabalho de parto não é mediada apenas por alterações fisiológicas, está associada a fatores psicológicos, culturais, valores pessoais e experiências prévias da parturiente. Auxiliar na compreensão desses fenômenos e esclarecer dúvidas da grávida e seu acompanhante é cuidado para a diminuição do medo e da ansiedade gerados nesse momento. Os métodos não-farmacológicos para alívio da dor devem ser cada vez mais estimulados e incorporados à prática hospitalar. São métodos simples, de baixo custo que produzem resultados benéficos comprovados para a saúde das parturientes, entre eles: diminuição do uso de medicações e procedimentos analgésicos, menor utilização de ocitócinos, menor risco materno-fetal e diminuição do tempo de trabalho de parto.

A paciente deve ser estimulada, pelos profissionais ou acompanhante, a deambular durante o trabalho de parto ou adotar a posição que mais lhe é confortável. Os mesmos devem ser esclarecidos que as posições verticalizadas (em pé, acorçada, de joelhos) favorecem naturalmente a saída do bebê, porque atuam no sentido da força de gravidade. A deambulação está associada a menores desconfortos e menor tempo de período expulsivo. As contra-indicações da deambulação são para as pacientes que apresentarem ruptura de membranas amnióticas sem que o feto esteja encaixado na pelve porque podem apresentar prolapso de cordão e, pacientes com ruptura de membranas com idade gestacional prematura.

A posição melhor indicada para a parturiente que necessitar ficar restrita ao leito é a de decúbito lateral esquerdo, porque melhora a descompressão da veia cava, facilitando a circulação e diminuindo o estresse fetal. O decúbito dorsal deve

ser evitado porque dificulta a circulação materno-placentária e pode retardar a saída do bebê.

A grávida e seu acompanhante devem ser esclarecidos sobre a utilização da bola obstétrica para o alívio da dor causada no trabalho de parto, principalmente as algias posturais. Essas tendem a diminuir com o uso da bola, porque provocam o relaxamento dos músculos e promovem o alinhamento corporal. A posição adotada pela mulher quando sentada na bola facilita o alargamento da pelve e o encurtamento da vagina, promovendo o encaixe da apresentação fetal e auxiliando na descida do mesmo. Devemos estar atentos às pacientes com uso de analgesia por cateter peridural, porque podem apresentar diminuição da força nos membros inferiores e conseqüentemente maior risco de queda.

A enfermeira precisa orientar as gestantes técnicas de respiração e relaxamento, visando facilitar as trocas gasosas, reduzir a tensão muscular, o medo e a percepção exagerada da dor durante o trabalho de parto. O acompanhante necessita ser encorajado para que estimule a grávida na realização das atividades. As técnicas respiratórias e de relaxamento auxiliam na manutenção do baixo nível de ansiedade, favorecem o descanso e ajudam a paciente a economizar energia.

As pacientes devem ser orientadas quanto ao uso do banho com água morna como medida de alívio e bem-estar. O banho facilita o relaxamento por diminuir os níveis de adrenalina e aumentar a secreção de ocitocina. O calor da água facilita a vasodilatação, melhorando o retorno venoso e diminuindo a transmissão da dor. As pacientes que apresentam ruptura de membranas com líquido meconial precisam ser observadas, devendo ser avaliado cada caso para a indicação dos banhos.

O acompanhante pode ser estimulado a participar da realização das massagens. Por estimular diferentes receptores táteis, a mesma causa sensação de bem-estar, relaxamento e, diminuição da dor. A região lombar merece destaque por ser uma das principais queixas de dor da mulher durante o trabalho de parto. As massagens podem ser realizadas com as próprias mãos ou com o uso do massageador de rolagem em movimentos contínuos, de contra-pressão ou circulares.

Considerando-se a relevância desses métodos não-farmacológicos, torna-se recomendada sua utilização. O uso dos métodos necessita ser divulgado nas maternidades e a enfermagem precisa ser **preparada** para executar o modelo de assistência humanizada às parturientes. É necessário que a grávida e seu acompanhante recebam as orientações do uso dos métodos para que a gestante

possa optar quanto sua utilização, sugerindo-se como material de reforço na **orientação** dos usuários o folder de orientações elaborado neste estudo.

Propõe-se também que esse folder seja utilizado desde o pré-natal como instrumento de orientação da enfermagem à gestante e seus acompanhantes. Pesquisas futuras precisam ser realizadas para investigar os resultados decorrentes desse tipo de orientação por meio de folder e da utilização dos métodos não-farmacológicos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N.A.M *et al.* Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.13, n.1, p.52-58, jan./fev. 2005a.

_____. Concentração plasmática do hormônio adrenocorticotrófico de parturientes submetidas a método não-farmacológico de alívio da ansiedade e dor do parto. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.13, n.2, p.223-228, mar./abr. 2005b.

BACHMAN, J.A. Manejo do desconforto. *In*: LOWDERMILK, D.L.; PERY, S.E.; BOBAK, I.M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 314-35.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005: altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. **Diário Oficial [da] República do Brasil**, Brasília, DF, 07 de abril de 2005, Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 18 ago. 2006.

BRASIL. **Lei 9.610, de 19 de fevereiro de 1998**. Dispõe sobre a legislação dos direitos autorais e dá outras providências. Brasília, DF, 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Leis/L9610.htm>. Acesso em: 19 nov 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto aborto e puerpério: assistência humanizada à saúde**. Brasília / DF: Ministério da Saúde, 2003. 199 p.

BEZERRA, M.G A; CARDOSO, M.V.L.M.L. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 14, n.3, p.414-421, mai./jun. 2006.

BIO, E.; BITTAR, R.E.; ZUGAIB, M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.28, n.11, p.671-679, 2006.

BRANDEN, P.S. Alterações fisiológicas e psicossociais da gravidez normal *In*: _____. **Enfermagem Materno-Infantil**. 2. ed. Rio de Janeiro/RJ: Reichmann & Affonso, 2000a. p.28-52.

BRANDEN, P.S. Conforto e apoio durante o trabalho de parto e o nascimento normal *In*: _____. **Enfermagem Materno-Infantil**. 2. ed. Rio de Janeiro/RJ: Reichmann & Affonso, 2000b. p.219-240.

_____. Fisiologia do trabalho de parto e do nascimento *In*: BRANDEN, P. S. **Enfermagem Materno-Infantil**. 2. ed. Rio de Janeiro/RJ: Reichmann & Affonso, 2000c. p.168-193.

_____. O período pré-natal normal *In*: BRANDEN, P. S. **Enfermagem Materno-Infantil**. 2. ed. Rio de Janeiro/RJ: Reichmann & Affonso, 2000d. p.53-72.

BRÜGGEMANN, O.M; PARPINELLI, M. A.; M.J.D.OSIS. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro/RJ, v.21, n.5, p.1316-1327, set./out. 2005.

COLLTERS, C.M. **Benefícios psicobiológicos del uso de la pelota de parto en embarazadas en trabajo de parto**. Chile: Pontificia Universidade Católica do Chile; Escuela de Enfermería; Departamento de Salud Materna y Ginecológica, 2001.

COSTA, S.H.M *et al*. Assistência ao trabalho de parto. *In*: FREITAS, F. *et al*. **Rotinas em obstetrícia**. 5. ed. Porto Alegre/RS:Artmed, 2006. p.231-246.

DAVIM, R.M.B, BEZERRA, L.G.M. Assistência a parturiente por enfermeiras obstétricas no projeto midwifery : um relato de experiência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.10, n.5, p.727-732, set./out. 2002.

DOMINGUES, R.M.S.M; SANTOS, E.M.; LEAL, M.C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20 Sup 1, p.S52-S62, 2004.

ENKIN, M. *et al*. Controle da dor no trabalho de parto *In*: _____. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3. ed. Rio de Janeiro/RJ: Guanabara Koogan, 2005a. p.170-177.

_____. Suporte social e profissional no parto *In*: ENKIN, M. *et al*. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3. ed. Rio de Janeiro/RJ: Guanabara Koogan, 2005b. p.133-136.

GIL, A.C. Como delinear uma pesquisa bibliográfica *In*: _____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo/SP: Atlas, 2002. p.59-85.

GOLDIM, J.R. Manual de iniciação à pesquisa em saúde *In*: _____. **A montagem do projeto: O projeto de desenvolvimento**. 2. ed. Porto Alegre/RS: Dacasa, 2000. p.33-37.

GUYTON, A.C. **Tratado de fisiologia médica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 973 p.

LEÃO, M.R.C; BASTOS, M.A.R. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiências no hospital Sofia Feldman. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 9, n.3, p.90-94, mai. 2001.

MACHADO, N.X.S; PRAÇA, N.S. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, v.40, n.2, p. 274-279, 2006.

MAMEDE, F.V; ALMEIDA, A.M.; CLAPIS, M.J. Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. **Acta Scientiarum: Health Sciences**, Maringá, v.26, n.2 p. 295-302, 2004

MARTINS, R.F.; SILVA, J.L.P. Tratamento da lombalgia e dor pélvica posterior na gestação por um método de exercícios. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.27, n.5, p. 275-82, 2005.

NOVAES, F.S.; SHIMO, A.K.K.; LOPES, M.H.B.M. Lombalgia na gestação. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.14, n.4, p.620-624, jul./ago. 2006.

O'HARA, M.; SIMKIN, P.P. Non pharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. **American Journal of Obstetrics and Gynecology** v. 186, S131-139, 2002.

PINTO, C.M.S. *et al.* O acompanhante no parto: atividades desenvolvidas e avaliação da experiência. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 7, n.1, p.41-47, jan./jul. 2003.

PRATES, C.S; SANTO, L.C.E; MORETTO, V.L. Modificações do organismo materno. *In*: OLIVEIRA, D. L. (Org). **Enfermagem na gravidez, parto e puerpério**: notas de aula. Porto Alegre/RS: Editora da Ufrgs, 2005. p.53-60.

PREVEDEL, T.T.S. *et al.* Repercussões maternas e perinatais da hidroterapia na gravidez. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.25, n.1, p. 53-59. 2003.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Grupo de Enfermagem. **Relatório anual do serviço de enfermagem materno-infantil**: janeiro a dezembro de 2006. Porto Alegre: HCPA, 2006. Não publicado.

SABATINO, J.H. Parto na vertical. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Goiânia, v.8, n.2, p.51-64, 1997.

SAITO, E.; GUALDA, D. M. R. Preocupando-se com a futura vivência da dor de parto e sua expressão durante o trabalho de parto. *In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM*, 8., 2002, São Paulo. Anais on-line. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, Disponível em:

<http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000200031&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 05 jun. 2007. Trabalho extraído da tese de doutorado “Da obtenção de informação ao esquecimento: a vivência da dor de parto em um hospital-escola”, 1999.

SANTO, L.C.E.; SANTOS, F.S.; MORETTO, V.L. Aspectos emocionais da gestação, parto e puerpério. *In: OLIVEIRA, D. L. (Org). Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula*. Porto Alegre/RS: Editora da Ufrgs, 2005. p.61-78.


SANTO, L.C.E; BERNI, N.I.O. Enfermagem em Obstetrícia. *In: FREITAS et al., Rotinas em Obstetrícia*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 199-207.

SILVA, F.M.B; OLIVEIRA, S.M.J.V. O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, v.40, n.1, p.57-63 2006.

WEISSHEIMER, A.M. O manejo da dor em obstetrícia *In: OLIVEIRA, D. L. (Org). Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula*. Porto Alegre/RS: Editora da Ufrgs, 2005a. p.341-356.

_____. Tipos de parto *In: OLIVEIRA, D. L. (Org). Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula*. Porto Alegre/RS: Editora da Ufrgs, 2005b. p.313-326.

APÊNDICE – Folder “Orientações para acompanhantes das parturientes”




Orientações para os acompanhantes das parturientes



O QUE VOCÊ PODE FAZER
PARA AJUDAR NOS
MOMENTOS ANTES DO
PARTO

LEI DO ACOMPANHANTE

Lei de nº 11.108 de
07 de abril de 2005
do Congresso Nacional



Elaborado por:
Maria Lúcia Kunrath Cunha


Orientador:
Profª Maria Luzia C. da Cunha

Disciplina:
Trabalho de Conclusão de Curso II

Escola de Enfermagem - UFRGS
Junho de 2007

Fonte das figuras:
www.furmatmat.com.br e google imagens

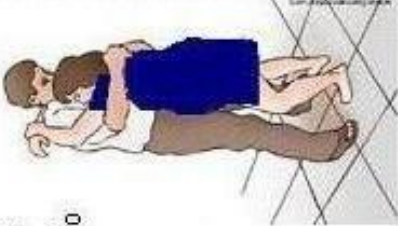
Ajude a gestante a caminhar durante o trabalho de parto!!



Ela deve adotar a posição que mais lhe é confortável.

Posições verticalizadas (em pé, acocorada ou de joelhos) favorecem naturalmente a saída do bebê.

Se precisar ficar deitada, oriente-a ficar de lado esquerdo.
Deitar de barriga para cima deve ser evitado porque dificulta a circulação mãe-bebê.



Se não há contra-indicação caminhar irá ajudar a aliviar a dor.

RECADO PARA AS GRÁVIDAS E SEU ACOMPANHANTE

O parto é uma experiência importante na vida da mulher e sua família!

Para tornar esse momento mais tranquilo, incentivamos atividades para ajudar a aliviar os possíveis desconfortos que a grávida possa vir a ter!

Cabe a você acompanhante ajudar a gestante nessas atividades fazendo desta experiência algo positivo, saudável e com boas recordações!

Oriente técnicas de respiração e relaxamento!

Os exercícios facilitam as trocas gasosas, reduzem a tensão muscular, a ansiedade e o medo.

Esses exercícios serão orientados pela enfermeira, aprenda-os e incentive a grávida a realizá-los!



Você conhece a bola obstétrica??

A bola ajuda a aliviar a dor nas costas e a dor na região lombar.

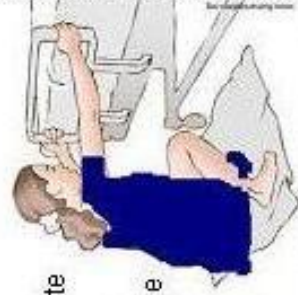
Causa relaxamento dos músculos e favorece a Postura.



Na figura você pode perceber como a grávida deve ficar sentada na bola.

A enfermeira irá orientar exercícios sobre a bola ou na posição de cócoras, como na figura abaixo.

Ajude a gestante nessas atividades! Ofereça apoio e incentive-a!



Ajude no banho de chuveiro!

O banho com água morna é um dos meios que garante o bem-estar da gestante.

O calor da água facilita o relaxamento e diminui a transmissão da dor.



Faça massagens!

A massagem também alivia a dor.

Veja na figura como você pode fazer! Pode usar as mãos ou solicitar a enfermeira o massageador.



Faça movimentos Circulares.

Lembre-se, a massagem pode ser feita com a paciente em pé, sentada, deitada, na bola e no banho!