



MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO DE ALÍVIO DA DOR EM PARTOS ASSISTIDOS POR ENFERMEIRA OBSTÉTRICA

NON-PHARMACOLOGICAL MANAGEMENT OF RELIEF IN DELIVERIES ASSISTED BY AN OBSTETRIC NURSE

MANEJO NO FARMACOLÓGICO DE ALIVIO DEL DOLOR EN PARTOS ASISTIDOS POR UNA ENFERMERA OBSTÉTRICA

Danielle Lehuteur¹, Márcia Rejane Strapasson², Edegar Fronza³

RESUMO

Objetivo: caracterizar os partos assistidos por enfermeira obstétrica quanto aos métodos não farmacológicos de alívio da dor no processo de parturição. **Método:** estudo quantitativo, transversal, descritivo e retrospectivo com 232 prontuários de parturientes com parto vaginal assistido por enfermeira obstétrica. A coleta das informações foi realizada em prontuários de pacientes, e os dados foram analisados usando o programa SPSS, versão 21.0, sendo apresentados em uma figura e quatro tabelas. **Resultados:** 98,3% utilizaram algum método não farmacológico de alívio da dor, a saber: deambulação (79,2%), banho (73,1%), massagem (60,0%), variedade de posição (58,8%), aromaterapia (46,9%), bola (42%), entre outros. **Conclusão:** novos estudos podem ser realizados com enfoque na eficácia do manejo não farmacológico da dor no processo de parturição. **Descritores:** Parto Normal; Dor; Dor do Parto; Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

Objective: to characterize a delivery assisted by an obstetric nurse regarding non-pharmacological methods of pain relief in the parturition process. **Method:** this is a quantitative, transversal, descriptive, retrospective study with 232 records of parturients with vaginal delivery assisted by an obstetric nurse. Data collection was carried out in patients' records and data analyzed using the SPSS Program version 21.0, presented in figures and tables. **Results:** there were 98.3% of patients using some non-pharmacological method of pain relief, such as: ambulation (79.2%), bath (73.1%), massage (60.0%), position variety (58.8%), aromatherapy (46.9%), ball (42%), among others. **Conclusion:** new studies can be performed focusing on the efficacy of non-pharmacological management of pain in the parturition process. **Descriptors:** Natural Childbirth; Pain; Labor Pain; Obstetric Nursing.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar a los partos asistidos por una enfermera obstétrica sobre los métodos no farmacológicos de alivio del dolor, en el proceso de parturición. **Método:** estudio cuantitativo, transversal, descriptivo, retrospectivo con 232 prontuarios de parturientes con parto vaginal asistido por una enfermera obstétrica. La recolección de las informaciones fue realizada en prontuarios de pacientes y los datos analizados usando el Programa SPSS versión 21.0, presentados en figura y tablas. **Resultados:** 98,3% utilizaron algún método no farmacológico de alivio del dolor, entre ellos: deambulaci3n (79,2%), ba1o (73,1%), masaje (60,0%), variedad de posici3n (58,8%), aromaterapia (46,9%), bola (42%), entre otros. **Conclusi3n:** nuevos estudios pueden ser realizados con enfoque en la eficacia del manejo no farmacol3gico del dolor, en el proceso de parturici3n. **Descriptors:** Parto Normal; Dolor; Dolor de Parto; Enfermería Obstétrica.

¹Estudante, Curso de Enfermagem, Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS. São Leopoldo (RS), Brasil. E-mail: tresvenus@hotmail.com.br; ²Enfermeira, Professora Mestre em Enfermagem, Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade do Vale do Rio dos Sinos/UNISINOS. São Leopoldo (RS), Brasil. E-mail: marciastra@unisinis.br; ³Bi3logo, Professor Mestre em Bioci3ncias, Doutor em Biotecnologia, Centro de Ci3ncias Biol3gicas e da Sa3de, Universidade Caxias do Sul/UCS. Caxias do Sul (RS), Brasil. E-mail: fronzabio@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O processo de parto e nascimento implica fenômenos fisiológicos normais que podem provocar dor significativa, constituindo-se em uma experiência única com respostas diferentes para cada mulher. Controlar a dor do trabalho de parto, sem malefícios para o feto ou parturiente, é um dos principais objetivos do cuidado à mulher em processo de parturição.¹ A dor é uma experiência subjetiva, que envolve uma interação complexa entre a fisiologia do corpo, o espírito e o ambiente. É uma experiência emocional, sensível e desagradável associada à lesão tecidual.² No trabalho de parto, a dilatação do colo uterino é um componente importante da dor, adicionado a outros fatores, como: contração e distensão das fibras uterinas; tração de anexos e peritônio; distensão do canal vaginal; pressão nas estruturas pélvicas, na uretra, na bexiga e sobre as raízes do plexo lombo-sacro. O desconforto da dor pode ser aliviado através do uso de métodos não farmacológicos.³ A diminuição da sensação dolorosa permite à parturiente sua participação ativa no parto, aumenta a autoestima, possibilita uma melhor relação com o recém-nascido (RN) e contribui na construção de lembranças positivas no pós-parto.⁴

Buscando estratégias para a assistência equitativa, integral e humanizada, o Ministério da Saúde (MS) publicou em 2000, por meio da Portaria/GM nº 569, o Programa de Humanização Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que tem a finalidade de assegurar a melhoria do acesso, cobertura e qualidade no acompanhamento do pré-natal, assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, incentivando um atendimento obstétrico integral e garantindo os direitos de escolha da mulher. Um dos aspectos fundamentais adotados pelo PHPN é a utilização de práticas úteis para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando intervenções desnecessárias.⁵

Nesse âmbito, as práticas complementares ou integrativas vêm ocupando espaço e recebendo destaque no panorama mundial atual, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento.⁶ No Brasil, as práticas complementares ou integrativas, no modelo de cuidado à saúde, foram regulamentadas oficialmente, em âmbito nacional, com a Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006 - que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.⁷ As práticas complementares compreendem

terapias com medicamentos (como o uso de ervas medicinais) e terapias sem medicamentos (como acupuntura, ioga, aromaterapia e outras terapias físicas, mentais e espirituais).⁸

Nessa perspectiva, o cenário do parto e nascimento deverá dispor de práticas humanizadas, assim como de métodos de alívio da dor farmacológicos e não farmacológicos, para minimizar o desconforto causado no processo de parturição. Os métodos não farmacológicos podem ser orientados ao casal (durante o pré-natal) e/ou ensinados/aplicados pela enfermeira ou pela equipe multiprofissional (durante o trabalho de parto e no parto). Dentre eles, destacam-se: método psicoprofilático, acupuntura, estimulação elétrica transcutânea (TENS), deambulação, musicoterapia, massagens corporais, banhos (de chuveiro ou de imersão), técnicas de respiração e relaxamento, toques confortantes, utilização da bola suíça, aromaterapia e reflexologia, entre outros. O ideal é que a equipe multiprofissional estabeleça uma relação de proximidade e empatia com a mulher durante o evento do parto, além de uma assistência adequada quanto à oferta e implementação de práticas humanizadas.⁹

Nesse cenário, a presença da enfermeira obstétrica na assistência à mulher em processo de parturição favorece a implementação de práticas humanizadas de cuidado como métodos não farmacológicos de alívio da dor. A humanização da assistência ao parto preconiza que o profissional respeite os aspectos da fisiologia da mulher, oferecendo-lhe suporte emocional e facilitando o vínculo afetivo mãe-bebê.¹⁰ Conforme a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, a enfermeira obstétrica está legalmente habilitada a assistir a parturiente em parto normal e identificar distócias obstétricas, podendo intervir até a chegada do médico, realizar episiotomia e episiorrafia e aplicar anestesia local, se necessário.¹¹

Logo, faz-se necessária uma maior sensibilização dos profissionais da área obstétrica quanto à assistência à mulher no processo parturitivo de forma individualizada e integral, especialmente quanto à implementação de práticas humanizadas no alívio da dor. A relevância deste estudo encontra-se na importância atribuída ao tema do manejo não farmacológico de alívio da dor no parto e nascimento, caracterizando a assistência pela enfermeira obstétrica de forma humanizada e integral. Este estudo pode contribuir para o fortalecimento e visibilidade do trabalho da enfermagem

obstétrica na humanização e assistência ao parto e nascimento, na perspectiva do protagonismo e autonomia da mulher durante o processo de parto e nascimento. Espera-se que o conhecimento gerado por este estudo contribua com a qualificação do cuidado à mulher no cenário parturitivo e na sensibilização dos profissionais da área obstétrica quanto às práticas de alívio da dor.

Considerando a implementação de métodos não farmacológicos de alívio da dor no processo de parto e nascimento como práticas humanizadas do cuidado, surge a seguinte questão de pesquisa: como se caracterizam os partos assistidos por enfermeira obstétrica em Centro de Parto Normal (CPN) quanto ao manejo não farmacológico de alívio da dor?

OBJETIVO

- Caracterizar os partos assistidos por enfermeira obstétrica quanto aos métodos não farmacológicos de alívio da dor no processo de parturição.

MÉTODO

Estudo quantitativo, transversal, descritivo e retrospectivo realizado em um hospital público de grande porte situado em Porto Alegre (RS), Brasil.

A amostra constitui-se da análise de prontuários de parturientes que realizaram parto vaginal assistido por enfermeira obstétrica no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2015. Foram excluídos os prontuários de mulheres que tiveram seus partos assistidos por médico, com casos de feto morto e os daquelas que inicialmente foram atendidas pela enfermeira e que, devido à distócia apresentada ao longo do trabalho de parto, passaram a ser atendidas pelo médico.

Para este estudo, considerou-se uma média de produção de 4.400 nascimentos ao ano, sendo que 62% ocorrem por via vaginal. Destes, 20% são assistidos pela enfermeira obstétrica. Para um nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%, o tamanho da amostra foi calculado pelo WinPEPI (*Programs for Epidemiologists for Windows*), versão 11.43, em 232 prontuários no recorte temporal definido.

O acesso aos prontuários aconteceu através dos registros das pacientes no sistema informatizado da “Linha de Cuidado Mãe e Bebê” e do caderno de registros de nascimentos da sala de parto, posteriormente

acessados através do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME). Os dados foram coletados pela própria pesquisadora, por meio de um formulário padronizado, e inseridos, posteriormente, em um banco de dados no programa Excel. As variáveis foram caracterizadas como: idade materna, cor, escolaridade materna, ocupação, situação marital, número de gestações, paridade, número de consultas de pré-natal, idade gestacional pelo teste de Capurro, condições da bolsa das águas, amniotomia, aminiorrexe, oferta de líquidos claros ou alimentos durante o trabalho de parto, exame de toque, métodos não farmacológicos de alívio da dor utilizados, acompanhante, posição do parto, episiotomia, laceração, índice de Apgar, peso do recém-nascido e contato pele a pele mãe/bebê.

Para a análise dos dados, foi empregada a estatística descritiva, baseada em frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas e médias; e desvio padrão para as variáveis quantitativas. A associação entre as variáveis categóricas foi avaliada pelo teste qui-quadrado de Pearson. Em caso de significância estatística, os testes dos resíduos ajustados foram adotados. Para auxiliar a análise, foi utilizado o software SPSS, versão 21.0, com nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

Para este estudo, foram consideradas as questões éticas, conforme a Resolução Ministerial nº 466/2012, que trata da pesquisa em seres humanos.¹² A pesquisa foi realizada após a aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS - e da Instituição coparticipante, sob o protocolo nº 1.588.497.

RESULTADOS

Dos 232 prontuários de parturientes analisados, os métodos não farmacológicos de alívio da dor utilizados no trabalho de parto e no parto foram: deambulação (79,2%), banho (73,1%), massagem (60,0%), variedade de posição (58,8%), aromaterapia (46,9%), bola suíça (42,0%), rebozo (12,7%), escalda-pés (2,4%) e musicoterapia (2%), conforme segue na Figura 1.

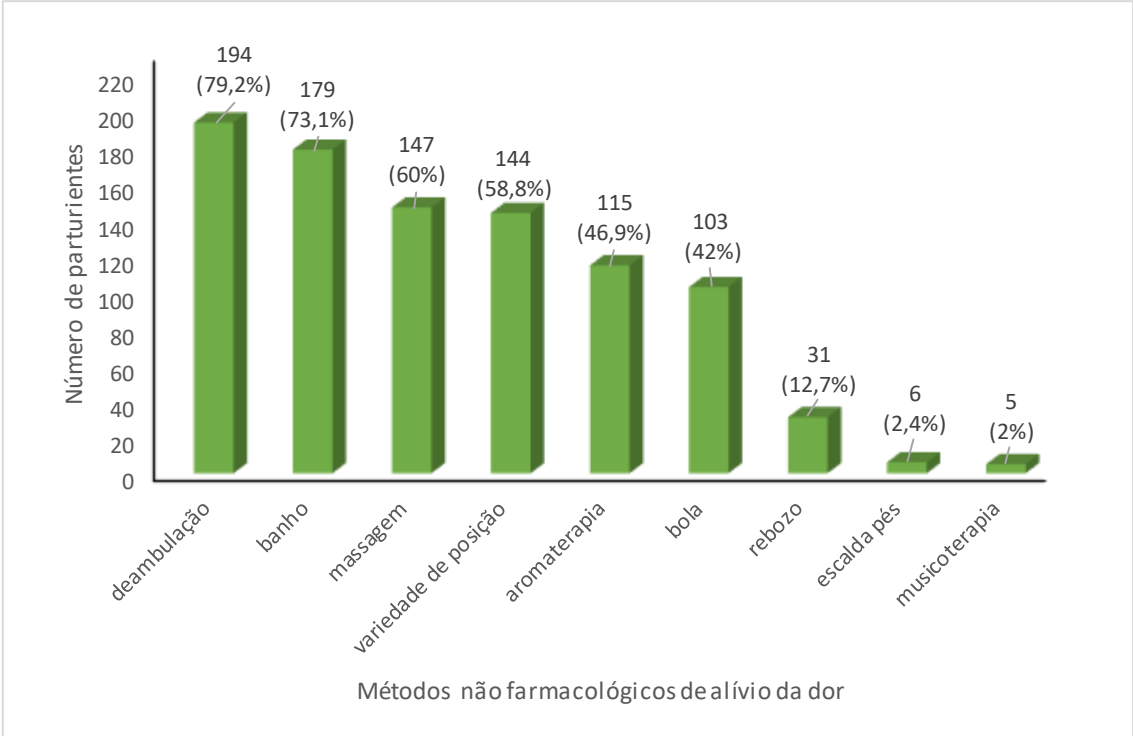


Figura 1. Distribuição da amostra quanto aos métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto e parto. Porto Alegre (RS), Brasil, 2016.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica das parturientes. Porto Alegre (RS), Brasil, 2016.

Variáveis	n=232	n%
Cor		
Branca	168	72,4
Preta	39	16,8
Amarela	1	0,4
Outra	24	10,3
Estado Civil		
Solteira	215	92,7
Casada	15	6,5
Divorciada	1	0,4
Outro	1	0,4
Nível de escolaridade		
Ensino Fundamental incompleto	14	6,0
Ensino Fundamental completo	102	44,0
Ensino Médio incompleto	42	18,1
Ensino Médio completo	65	28,0
Ensino Superior incompleto	2	0,9
Ensino Superior completo	7	3,0
Ocupações mais frequentes		
Do lar	122	49,8
Vendedora	11	4,5
Operadora de Caixa	8	3,4
Atendente	7	2,9
Auxiliar de serviços gerais	6	2,4
Estudante	5	2,0
Empacotadora	4	1,6
Garçonete	4	1,6
Secretária	4	1,6

As parturientes assistidas no centro de parto normal em estudo apresentaram em torno de duas gestações cada e mais de seis consultas de pré-natal na gestação atual. Todas haviam realizado parto vaginal em gestação anterior. Na internação, quase 80%

da amostra de parturientes apresentaram membranas amnióticas íntegras, sendo que mais de 45% tiveram amniotomia durante o processo de parturição, conforme a Tabela 2 e a Tabela 4.

Tabela 2. Dados obstétricos das parturientes da amostra. Porto Alegre (RS), Brasil, 2016.

Variáveis	n=232	n%
Dados obstétricos		
Número de partos normais	232	100
Número de cesáreas anteriores	14	6,0
Aborto anterior	40	17,2
Bolsa das águas na internação		
Íntegra	185	79,7
Rota	47	20,3
Teve amniotomia	107	46,1
Teve aminiorrexe	78	33,6
Característica do líquido amniótico		
Não registrado	1	0,4
Claro com grumus	211	91,0
Tinto de mecônio	20	8,6

n: Frequência absoluta; n%: Frequência relativa.

Quase 100% das parturientes tiveram a presença de um acompanhante durante o processo de parturição, 77,5% das mulheres aceitaram líquidos claros no trabalho de parto e a maioria utilizou uma ou mais práticas não farmacológicas de conforto e alívio da dor. As mulheres puderam optar pela posição de parto desejada, como as posições semissentada (62,5%), lateralizada (14,7%), cócoras (7,3%) e quatro apoios (3%), ao passo que apenas 12,5% pariram na posição de litotomia. Três mulheres (1,3%) foram submetidas à

episiotomia e 141 (60,8%) apresentaram algum tipo de laceração, sendo que as demais parturientes tiveram períneo íntegro. Em relação às condições perinatais, os neonatos apresentaram em torno de 39 semanas e 5 dias de gestação pelo teste de Capurro e peso superior a 3.200g. O Apgar no primeiro minuto de vida variou entre 8 e 9; e, no quinto minuto, entre 9 e 10. Do total de recém-nascidos, mais de 50% foram do sexo feminino, como apresentado na Tabela 3 e na Tabela 4.

Tabela 3. Dados do parto e desfechos perinatais. Porto Alegre (RS), Brasil, 2016.

Variáveis	n=232	n%
Teve acompanhante*	220	94,8
Ingestão de líquidos claros	176	77,5
Posição do parto		
Litotômica	29	12,5
Semissentada	145	62,5
Lateralizada	34	14,7
Cócoras	17	7,3
Quatro apoios	7	3,0
Realizou episiotomia	3	1,3
Teve laceração	141	60,8
Realizou sutura na laceração	100/141	70,9
Sexo da criança		
Sexo masculino	109	47,0
Sexo feminino	123	53,0

*marido (n=156; 70,9%), mãe (n=28; 12,7%), irmã (n=15; 6,8%) e outros (n=21; 9,5%).

Tabela 4. Caracterização da amostra - variáveis numéricas. Porto Alegre (RS), Brasil, 2016.

Variáveis	n=232
Idade materna (anos) - média ± DP	25,5 ± 6,0
Número de consultas pré-natal - média ± DP	7,5 ± 2,9
Número de gestações - md (P25 - P75)	2 (1 - 3)
Apgar 1º min - md (P25 - P75)	9 (8 - 9)
Apgar 5º min - md (P25 - P75)	9 (9 - 10)
Idade gestacional pelo Capurro (dias) - média ± DP	277 ± 22,3
Peso (g) - média ± DP	3240 ± 449

DP: Desvio padrão; md: mediana; P25-p75: percentil 25-75.

DISCUSSÃO

A maternidade em questão aderiu à estratégia da Rede Cegonha e às recomendações preconizadas por essa política na assistência ao parto e nascimento, constituindo-se em referência no estado do Rio Grande do Sul. Nessa instituição, a enfermeira obstétrica está inserida na assistência ao parto de risco habitual e, em sua prática assistencial, busca implementar o manejo da dor, caracterizando um modelo de cuidado centrado na fisiologia do parto e no protagonismo da mulher. Todas as parturientes da amostra utilizaram um ou mais métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o processo de parto e nascimento. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a inclusão da enfermagem obstétrica na cena do parto é uma importante estratégia na redução de cesáreas, e sua equipe atua de forma humanizada, utilizando práticas não invasivas de alívio da dor, estimulando assim a autonomia da mulher e o parto fisiológico.¹³

Ao caracterizar o perfil de parturientes que participaram deste estudo, constatou-se que o número de gestações registrado variou entre duas ou três para cada mulher. A idade materna média foi de 25 anos e todas eram alfabetizadas, com diferentes níveis de escolaridade. Atualmente, registra-se redução no número de nascimentos em mulheres com idade inferior a 24 anos, resultando no aumento progressivo da idade materna, em média de 25,7 anos. Já a escolaridade materna vem aumentando proporcionalmente à da população. Em levantamento realizado em 2009 no Brasil, encontrou-se que 8,2% das puérperas informaram ter entre zero e três anos de escolaridade, enquanto 28,7% tinham entre quatro e sete anos e 63,1% registravam oito anos ou mais de estudo.¹⁴

O número de consultas de pré-natal é um importante indicador de acesso aos serviços de atenção à saúde materna e infantil. O MS preconiza no mínimo seis consultas para que se considere um acompanhamento de pré-natal como adequado. Nesse sentido, a cobertura do pré-natal vem aumentando consideravelmente desde o ano 2000, como mostra o levantamento realizado entre 2000 e 2009, no qual a proporção de gestantes com nenhuma consulta reduziu de 4,7% para 1,8% em todo o país.¹⁴ Os resultados obtidos no presente estudo registraram uma média de 7,5 consultas de pré-natal por gestante, o que configura o cenário crescente de cobertura, além de atender à recomendação do MS.

O manejo da dor contempla uma série de práticas complementares e métodos não

farmacológicos, como: banho de imersão ou aspersão, bola suíça, aromaterapia, musicoterapia, acupuntura, massagem, suporte emocional contínuo, verticalização da mulher e variedade de posição, entre outros. A dor durante o trabalho de parto pode levar à perda do controle emocional da mulher, constituindo um evento estressor e traumático capaz de levar a distúrbios mentais. Nessa perspectiva, o manejo da dor através de práticas complementares e alternativas vem sendo implementado na assistência à mulher em trabalho de parto de forma potente.¹⁵

Uma dessas práticas alternativas é a aromaterapia, a qual utiliza o poder das plantas através de óleos essenciais específicos, como de jasmim e lavanda, para a evolução no trabalho de parto e alívio da dor. Os óleos essenciais utilizados podem ser absorvidos por meio da inalação ou por uso tópico na pele. Na prática do esalda-pés, também são utilizadas algumas gotas desses óleos diluídas na água com o propósito de inalação para redução da dor.¹⁶⁻¹⁷

Já a deambulação é um método terapêutico capaz de acelerar o trabalho de parto, facilitado pela posição verticalizada e pelo efeito favorável da gravidade, que, associada à mobilidade pélvica, aumenta a velocidade da dilatação cervical e da descida fetal.¹⁸ A variedade de posição é uma prática que deve ser incentivada durante o trabalho de parto, pois a parturiente troca de posição e pode mover-se de acordo com sua necessidade, adotando um posicionamento confortável quando surgem as contrações.¹⁹

Adotar posições alternadas durante o trabalho de parto favorece a velocidade da dilatação cervical, promove o alívio da dor durante as contrações e facilita a descida fetal. Portanto, pode ser incentivada a variação de posições entre sentada, decúbito lateral, ajoelhada, agachada, quatro apoios e em pé, dentre outras.^{3,18}

O banho de chuveiro reduz a ansiedade e alivia a dor no trabalho de parto, promovendo o relaxamento. O banho quente estimula os termorreceptores da epiderme, alcançando o sistema nervoso central e bloqueando a percepção da dor. O calor da água aumenta a circulação sanguínea, diminuindo o estresse provocado pelas contrações.²⁰

A massagem é um método de estimulação sensorial caracterizado pelo toque sistêmico e pela manipulação dos tecidos. No trabalho de parto, a massagem proporciona conforto, analgesia e alivia a dor, além de promover vínculo entre o profissional e a parturiente. A bola suíça ou bola de pilates é um recurso utilizado para facilitar o processo de

parturição e proporcionar uma posição de maior conforto à mulher. A bola também é um instrumento lúdico, podendo contribuir na distração da parturiente, tornando o trabalho de parto mais tranquilo. Esse recurso pode ser associado a outras técnicas, como a massagem e o banho de chuveiro, através de alongamentos pélvicos e exercício ativo de circundução, entre outros.¹⁶ O suporte contínuo compreende oferecer conforto físico, apoio emocional e comunicação efetiva entre a equipe de saúde, a parturiente e seu acompanhante.²¹

O rebozo é um exercício que se utiliza de um tipo de xale usado pelas mulheres mexicanas para carregar o bebê. Durante o trabalho de parto, esse método é usado com a parturiente na posição vertical ou de cócoras, com o xale amarrado no alto, ou através de alongamentos de pelve realizados durante as contrações, associados à fricção na lombar com esse tecido.²²

Diante desse cenário, a humanização do parto e nascimento constitui um movimento de luta e valorização da mulher enquanto protagonista do processo de parturição. Visa resgatar a sua autonomia e os seus direitos, dando-lhe condições de escolha e participação durante todas as fases da vida reprodutiva, iniciando com o planejamento familiar, prosseguindo durante a gestação, parto e nascimento, estendendo-se ao pós-parto.

Quanto à presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto, verificou-se que quase 100% das mulheres tiveram acompanhante ao dar à luz. A Lei Federal nº 11.108, de 2005, garante à mulher a presença de acompanhante de sua escolha durante o processo de parto, nascimento e pós-parto.²³ Esses dados são similares aos da pesquisa realizada por Silva e colaboradores em um centro de parto normal, que registrou 94,5% das mulheres com acompanhante na sala de parto.²⁴ Corroborando com esses achados, Diniz e colaboradores afirmam que o acompanhante, nesse momento, pode transmitir à mulher apoio emocional, encorajando-a diante das experiências vivenciadas.²⁵

Apesar dos avanços nesses espaços, algumas práticas e o manejo da dor ainda são desafios para a obstetrícia, muito por conta da escassez de estudos e protocolos que legitimem a sua implementação. Em algumas maternidades, a mulher ainda é forçada a ficar restrita ao leito durante o trabalho de parto e parto,²⁶ no entanto, sabe-se que a mulher deve ser encorajada a adotar a posição que preferir e desejar. A deambulação e as posições verticalizadas diminuem a

duração do trabalho de parto e reduzem a necessidade de analgesia.^{18,27-9} A verticalização do parto melhora a intensidade da força, a oxigenação fetal no período expulsivo e aumenta os diâmetros pélvicos ântero-posterior e transversal nas posições de cócoras e ajoelhada.³⁰

No que respeita ao período expulsivo, o presente estudo registrou que 62,5% das mulheres adotaram a posição semissentada; 14,7% a posição lateralizada; 7,3% a de cócoras; 3% a de quatro apoios; e 12,5% a posição de litotomia. Apesar da posição de litotomia não ser a melhor opção para a mulher, ainda é bastante utilizada nas maternidades. Com a institucionalização do parto, rotineiramente, as mulheres são admitidas e, logo, orientadas a utilizarem a posição dorsal, pois facilita a intervenção obstétrica.²⁸ A episiotomia ocorreu apenas em 1,3% dos casos. Uma porcentagem de 60,8% apresentou laceração perineal, sendo que apenas 39,1% necessitaram de rafia, o que indica que a maioria das mulheres teve períneo íntegro. Esses achados mostram que a prática da episiotomia é utilizada de forma criteriosa e seletiva, divergindo de outros estudos que apresentaram taxas de 16% e 29,1% de episiotomia.³¹⁻³² Quanto aos dados neonatais encontrados neste estudo, a média da idade gestacional calculada pelo Capurro manteve-se acima de 39 semanas, sendo que o Apgar no primeiro minuto variou entre 8 e 9; e, no quinto minuto, entre 9 e 10; já o peso médio foi de 3,240 kg. Esses desfechos perinatais caracterizam a assistência de risco habitual ou baixo risco realizada pela enfermeira obstétrica. Os dados aqui apresentados corroboram para uma assistência ao parto e nascimento menos intervencionista, evidenciando que o respeito à fisiologia do parto favorece as condições de saúde do binômio mãe/bebê.¹³

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou caracterizar os partos assistidos por enfermeira obstétrica em um centro de parto normal quanto ao manejo não farmacológico para o alívio da dor no trabalho de parto e parto. Do total da amostra, durante o processo de parturição, quase todas as parturientes utilizaram algum método não farmacológico de alívio da dor, como deambulação, banho, massagem, variedade de posição, aromaterapia, bola, rebozo, escalda-pés e musicoterapia. Todos os métodos utilizados neste estudo apresentam baixo custo, fácil aplicabilidade e uma prática não invasiva.

As mulheres puderam optar pela posição que desejavam para parir, o que confere à parturiente autonomia e respeito. O modelo assistencial buscou respeitar a fisiologia do parto, sendo que o uso de intervenções ocorreu de forma seletiva e criteriosa. Os desfechos perinatais foram favoráveis e caracterizaram a assistência de risco habitual realizada pela enfermeira obstétrica. Esses achados mostraram semelhança com dados de outros estudos nacionais relativos à implementação do manejo não farmacológico da dor no trabalho de parto e seus desfechos perinatais.

Por conseguinte, a presença da enfermeira obstétrica no cenário do parto e nascimento favorece a implementação de práticas de humanização e o resgate do protagonismo da mulher.

Por tratar-se de uma pesquisa retrospectiva, este estudo teve como limitação a busca das informações registradas em prontuário, o que impactou em seus resultados. Sugere-se que novos estudos, em especial ensaios clínicos randomizados, relativos ao manejo não farmacológico da dor, sejam realizados com enfoque na eficácia e segurança da aplicabilidade dos métodos no processo de parturição.

REFERÊNCIAS

1. Ricci SS. Enfermagem neonatal e saúde da mulher. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
2. Sociedade Brasileira para Estudo da Dor. 5º sinal vital: hospital sem dor [página na Internet]. São Paulo: SBED; 2014 [cited 2015 Oct 05]. Available from: http://www.sbed.org.br/materias.php?cd_sec_ao=65
3. Ministério da Saúde (BR). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF): MS; 2001.
4. Rezende J, Montenegro CAB. Obstetrícia fundamental. 12th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
5. Ministério da Saúde (BR). Programa de humanização do parto humanizado e no pré natal e nascimento. Brasília (DF): MS; 2002.
6. Barnes PM, Bloom B, Nahin RL. Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States 2007. Natl Health Stat Report [Internet]. 2008 [cited 2016 Oct 20];12:1-23. Available from: <https://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr012.pdf>
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 971 de 03 de maio de 2006. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília (DF); 2006 [cited 2016 May 06]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html
8. World Health Organization. WHO traditional medicine strategy 2002-2005 [página na Internet]. Geneva: WHO; 2002 [cited 2016 Oct 20]. Available from: http://www.wpro.who.int/health_technology/book_who_traditional_medicine_strategy_2002_2005.pdf
9. Ministério da Saúde (BR), Universidade Estadual do Ceará. Humanização do parto e do nascimento [Internet]. Brasília (DF): MS; 2014. [cited 2016 May 06]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizacao_v4_humanizacao_parto.pdf
10. Porfírio AB, Progiatti JM, Souza DOM. As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar. Rev Eletr Enf [Internet]. 2010 [cited 2016 Oct 28];12(2):331-6. Available from: <https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a16.htm>
11. Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF); 1986 [cited 2016 May 06]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm
12. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. Brasília (DF); 2005 [cited 2016 May 19]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
13. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretriz nacional de assistência ao parto normal. Brasília (DF): MS; 2016. [cited 2017 Apr 21]. Available from: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf
14. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília (DF); 2011.
15. Namazi M, Amir Ali Akbari S, Mojab F, Talebi A, Alavi Majd H, Jannesari S. Effects of citrus aurantium (bitter orange) on the severity of first-stage labor pain. Iran J Pharm Res [Internet]. 2014 [cited 2016 Oct 21];13(3):1011-8. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4177623/>

16. Gallo RBS, Santana LS, Marcolin AC, Ferreira CHJ, Duarte G, Quintana SM. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. *Femina*. 2011; 39(1): 41-8.

17. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2006 [cited 2016 Oct 17];4:CD003521. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003521.pub2>

18. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2009 [cited 2016 Oct 17];(2):CD003934. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub2>

19. Montenegro CAB, Rezende Filho J. *Obstetrícia fundamental*. 13th ed. Rio de Janeiro: Koogan; 2014.

20. Lee SL, Liu CY, Lu YY, Gau ML. Efficacy of warm showers on labor pain and birth experiences during the first labor stage. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2013;42(1):19-28.

21. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. *Biblioteca Cochrane Plus* [Internet]. 2011 Feb 16 [cited 2016 Oct 21]. Available from:

<http://www.cochrane.org/es/CD003766/apoyo-o-continuo-para-las-mujeres-durante-el-parto>.

22. Colacioppo PM, Koiffman MD, Gonzalez Riesco ML, Schneck CA, Osava RH. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. *Rev Enf Ref* [Internet]. 2010 [cited 2017 Feb 1st];3(2):81-90. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn2/serlIn2a09.pdf>

23. Brasil. Lei nº 11.108, de 7 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 [Internet]. Brasília (DF); 2005 [cited 2016 May 06]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm

24. Silva FMB, Paixão TCR, Oliveira SMJV, Leite JS, Gonzalez Riesco ML, Osava RH. Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. *Rev Esc Enf USP*. 2013;47(5):1031-8.

25. Diniz CSG, D'Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(1):140-53.

26. d'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuestac A, Barbosa GP, Gama AS, et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública* 2005;39(4):646-54.

27. Souza ENS, Aguiar MGG, Silva BSM. Métodos não farmacológicos no alívio da dor: equipe de enfermagem na assistência a parturiente em trabalho de parto e parto. *Enferm Rev*. 2015;18(2):42-56.

28. Mamede FV, Mamede MV, Dotto LMG. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Esc Anna Nery R Enferm* [Internet]. 2007 June [cited 2016 Oct 28];11(2):331-6. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a23>.

29. Shorten A, Donsante J, Shorten B. Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: informing women about choices for vaginal birth. *Birth*. 2002;29(1):18-27.

30. Golará M, Plaat F, Shennan AH. Upright versus recumbent position in the second stage of labor in women with combined spinal-epidural analgesia. *Int J Obstet Anesth*. 2002; 11: 19-22.

31. Carvalho CCM, Souza ASR, Moraes Filho OB. Prevalence and factors associated with practice of episiotomy at a maternity school in Recife, Pernambuco, Brazil. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2010 [cited 2017 Apr 21];56(3):333-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000300020

32. Pitangui ACR, Carvalho NHMG, Siqueira CV, Castro JFL, Araújo RC. Ocorrência e fatores associados à prática de episiotomia. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2014 [cited 2017 Apr 21];8(2):257-63. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5820>

Submissão: 27/05/2017

Aceito: 27/10/2017

Publicado: 01/12/2017

Correspondência

Márcia Rejane Strapasson

Avenida Armando Fajardo, 2.100, Bloco 5, Ap. 504

Bairro Igara

CEP: 92410040 – Canoas (RS), Brasil