

## AVALIAÇÃO DO USO DE ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO ALÍVIO DA DOR DE PARTURIENTES<sup>1</sup>

*NON PHARMACOLOGICAL STRATEGIES EVALUATION IN PARTURIENTS' PAIN RELIEF*

*EVALUACIÓN DEL USO DE ESTRATÉGIAS SIN FÁRMACOS PARA ALIVIAR EL DOLOR DE PARTURIENTAS*

REJANE MARIE BARBOSA DAVIM<sup>2</sup>  
GILSON DE VASCONCELOS TORRES<sup>3</sup>

*O objetivo do estudo foi avaliar a efetividade de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. Foi um ensaio clínico do tipo intervenção terapêutica “antes e após”, realizado na Unidade de Parto Humanizado da Maternidade Escola Januário Cicco/UFRN, em Natal/RN, com 100 parturientes na aplicação de estratégias não farmacológicas como exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral. Para avaliar a dor das parturientes utilizamos a escala analógica visual. A maioria das parturientes do estudo estava na faixa etária entre 20 e 30 anos (60%), ensino fundamental incompleto (85%), renda familiar até 2 salários mínimos (74%) e 78% com acompanhantes. A ocitocina foi administrada em 81% dos casos e apenas 15% dessas mulheres não receberam qualquer medicação. Verificamos alívio significativo da dor na aplicação das estratégias não farmacológicas, que foram efetivas no alívio da dor das parturientes do estudo.*

**PALAVRAS-CHAVE:** Dor do parto; Medição da dor.

*The aim of this study was to evaluate the effectiveness of non pharmacological strategies for the pain relief of the parturient in labor. It was a clinical experiment of the therapeutic intervention type “before and after” accomplished in the Humanized Unit of Childbirth of the Maternidade Escola Januário Cicco/ UFRN, in Natal/RN with 100 parturient who went through the application of the non pharmacological strategies with breathing exercises, muscular relaxation and massage in the **lumbar** and sacral regions. We used the visual analogical scale to evaluate the parturient's pain. Most of the parturients studied were between 20 to 30 years of age (60%); with incomplete primary school level (85%); family income up to 2 minimum wages (74%) and 78% with a companion. The oxytocin was administered in 81% of the cases and only 15% of those women didn't receive any medication. We verified significant pain relief in the parturient after the application of the non pharmacological strategies. Those were really effective in the pain relief of the studied parturients.*

**KEYWORDS:** Labor pain; Pain Measurement.

*El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia de estrategias sin fármacos para aliviar el dolor de parturientas en trabajo de parto. Fue un ensayo clínico del tipo intervención terapéutica “antes y después”, realizado en la Unidad de Parto Humanizado de la Maternidad Escuela Januário Cicco/UFRN – en Natal/RN – con 100 parturientas durante la aplicación de estrategias sin fármacos como ejercicios respiratorios, relajamiento muscular y masaje lumbo-sacral. Para evaluar la intensidad del dolor de las parturientas utilizamos la escala analógica visual. La mayoría de las parturientas tenía entre 20 a 30 años de edad (60%), enseñanza primaria incompleta (85%), renta familiar hasta 2 sueldos mínimos (74%) y (78%) con acompañante. La ocitocina fue administrada en 81% de los casos y apenas 15% de esas mujeres no recibieron ninguna medicación. Verificamos alivio significativo del dolor con la aplicación de las estrategias sin fármacos, que fueron eficaces al aliviar el dolor de las parturientas del estudio.*

**PALABRAS CLAVE:** Dolor de parto; Dimensión del dolor.

<sup>1</sup> Artigo extraído de Tese de Doutorado intitulada “Avaliação da efetividade estratégias não farmacológicas para o alívio da dor de parturientes na fase ativa do período de dilatação no trabalho de parto”, do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/UFRN, defendida em agosto de 2007.

<sup>2</sup> Enfermeira Obstétrica, Prof<sup>ª</sup> Doutora do Departamento de Enfermagem/UFRN, Vice-Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia/UFRN, Presidente da ABENFO/RN. End. Av. Rui Barbosa, 1100, Bloco A, Apto. 402, Residencial Villaggio Di Firenze, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP: 59056-300, Fones (84) 3215-3772 / 3206-0818 / 9983-7186, E.Mail: rejanemb@uol.com.br

<sup>3</sup> Enfermeiro, Prof. Doutor do Departamento de Enfermagem/UFRN. Docente Orientador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/UFRN. E.Mail: gyt@ufrnet.br

## INTRODUÇÃO

Grande parte dos (as) profissionais de saúde que trabalham em maternidades tem observado na dor das parturientes um sofrimento que na maioria das vezes nada podem fazer. Desse modo, permanecer nesses locais com mulheres queixando-se de dores torna-se experiência desagradável para tais profissionais. É importante lembrar que a falta de suporte emocional e a medicalização em excesso na assistência ao parto são fatores que podem estar relacionados ao aumento da intensidade da dor e pouco ou nada é oferecido para o seu alívio <sup>1</sup>.

Nesses termos, o profissional de saúde que assiste à parturiente deve conhecer e compreender os fatores socioculturais, ambientais, assistenciais e a fisiologia do processo do parto que possam causar medo e insegurança a essas parturientes, com a finalidade de promover uma assistência humanizada e integral <sup>2</sup>.

O acompanhamento dos profissionais de saúde a essas parturientes durante o trabalho de parto na maioria das vezes envolve necessariamente suporte psíquico e emocional, contato físico com a finalidade de dividir o medo, stress e ansiedade, somando forças e estimulando positivamente a parturiente no momento do nascimento. Para tanto, o processo de humanização durante o trabalho de parto requer, além do acompanhamento pelo parceiro, familiares ou amigas, das intervenções não farmacológicas associadas às informações recebidas pelas parturientes no seu preparo para o parto.

Todo esse processo de humanização é necessário pela assistência ao parto ser no momento atual objeto de grande medicalização. Mesmo que a hospitalização tenha em grande parte reduzido a queda da mortalidade materna e neonatal, o cenário do nascimento transformou-se rapidamente em local desconhecido para as mulheres, mais conveniente e asséptico para os profissionais de saúde <sup>3</sup>.

Para tanto, é de fundamental importância que as mulheres possam fazer uso de métodos farmacológicos e não farmacológicos no alívio da dor, incluindo o apoio de profissionais de saúde, parceiros e familiares, antes e durante o trabalho de parto <sup>4</sup>.

Dessa forma, entendendo que o cuidar da parturiente é de grande importância no desempenho da enfermeira

obstétrica, surgiu a oportunidade de buscar a qualidade desse cuidar na pesquisa. Foi com esse pensamento que partimos para leituras e análises de documentos, lendo, relendo, cortando, colando, escrevendo, reescrevendo frases e palavras que pudessem traduzir o entusiasmo no desenvolvimento de um estudo referente a este tema, em especial no que se refere às estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parto.

Ao se fazer levantamento na literatura quanto a esses métodos não farmacológicos, identificamos que, em 2006, uma pesquisa utilizou técnicas de respiração e relaxamento muscular para o alívio da dor de parturientes. Como resultados, foi identificado que essas técnicas não reduziram a intensidade da dor, porém promoveram a manutenção de baixo nível de ansiedade das parturientes por um tempo mais longo durante o trabalho de parto <sup>5</sup>. Entretanto, em outro estudo realizado em Goiânia/GO, no período de 2000/2001 com parturientes utilizando as mesmas técnicas de respiração e relaxamento muscular, foram constatadas sensações de aumento na tolerância à dor, encorajamento e vigor a essas mulheres para vivenciarem o parto por meio do bem-estar físico e psicoemocional <sup>6</sup>.

Em estudo de intervenção ao serem aplicadas técnicas de relaxamento muscular progressivo em mulheres durante o trabalho de parto, pesquisadores identificaram que essa técnica causa alívio da dor manifestada pelas parturientes. Isso é relevante à medida que os efeitos da interferência dos pesquisadores com a obtenção de dados durante a aplicação da técnica resultaram em importante redução no nível de dor das parturientes em estudo <sup>7</sup>.

Identificamos também em estudo realizado com parturientes no preparo para o parto, que enfermeiras obstétricas acreditam no relacionamento enfermeira-parturiente-família, beneficiando a vivência emocional dessas mulheres em trabalho de parto. Para essas enfermeiras, o contato terapêutico junto às parturientes pode ser relacionado à massagem nas coxas, panturrilhas e pés, como terapia benéfica para o relaxamento, bem-estar, conforto e prazer da parturiente, o qual deve ser realizado tanto pelos profissionais de saúde quanto pelos acompanhantes dessas mulheres <sup>8</sup>.

Uma pesquisa utilizando a massagem com gelo ao nível da L14 de parturientes para reduzir a dor das contra-

ções durante o trabalho de parto identificou que as parturientes do estudo referiram significativa redução da dor. Para os autores, a massagem lombar com o uso do gelo é segura, não invasiva, não farmacológica e é um método alternativo para o alívio da dor de parto <sup>9</sup>.

A massagem também pode ser indicada no alívio da dor, ocasionada pelos impulsos nervosos gerados em determinadas regiões do corpo da parturiente, competindo com a mensagem da dor que está sendo enviada às terminações nervosas do cérebro. Vários são os locais de acesso a esse alívio como pés e mãos, funcionando como técnica de contração feita nas costas durante as contrações uterinas e na altura da borda superior da pelve. Quando a massagem é aplicada nos ombros e no pescoço, há melhor efeito benéfico entre as contrações que ajudam no relaxamento e de maneira suave na barriga, braços e pernas com sensação de apoio físico e companheirismo <sup>10</sup>.

Em 2006, um estudo teve como proposta caracterizar a dor durante o trabalho de parto com ou sem massagem lombar nas três fases da dilatação cervical: na fase 1 (3-4 cm); na fase 2 (5-7 cm) e na fase 3 (8-10 cm). Foi um estudo randomizado controlado, e os resultados indicaram que a massagem lombar provavelmente não muda as características da dor experienciada pelas parturientes; entretanto, pode ser efetiva na redução da intensidade da dor na fase 1 e 2 da dilatação cervical durante o trabalho de parto. Os autores concluíram, portanto, que o uso da massagem lombar é efetivo para ajudar na redução da intensidade da dor durante o processo parturitivo <sup>11</sup>.

Da mesma forma, podem ser considerados outros trabalhos com técnicas fisioterápicas utilizando-se massagens, as quais estão relacionadas à diminuição da intensidade, frequência e duração, como também melhor evolução dos desconfortos músculo-esqueléticos da gestação e parto <sup>12-13</sup>.

Portanto, é do conhecimento dos profissionais de saúde que trabalham em centros obstétricos na assistência ao parto que os métodos não farmacológicos podem reduzir a percepção dolorosa no alívio da dor de parto, sendo essas estratégias consideradas também não invasivas que, além de proporcionar alívio da dor de parto, podem reduzir a necessidade na utilização de métodos farmacológicos.

Sendo assim, a necessidade de se elaborar um trabalho para uma tese de doutoramento, motivou o interesse

em estudar a dor de mulheres em trabalho de parto. Essa motivação surgiu de nossa experiência como enfermeira obstétrica e docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação em nível de Especialização na área da Enfermagem Obstétrica há mais de vinte anos, observando e vivenciando junto às parturientes manifestações de sentimentos como sofrimento, desconforto e falta de controle diante da intensidade da dor de parto.

Com o decorrer do tempo e da convivência como docente assistencial quase diária com essas mulheres em centros obstétricos públicos, temos observado parturientes isoladas, separadas de seus parceiros ou acompanhantes e descaso dos profissionais de saúde quanto à queixa da dor dessas mulheres. Isto pode ser entendido, provavelmente, por que, na maioria das vezes, consideram a dor de parto um processo predominantemente biológico, fisiológico e temporário, valorizando, muitas vezes, o quadro patológico quando este se instala.

Dessa forma, por se considerar a abordagem humanizada fundamental para ajudar as mulheres a vivenciem o processo do trabalho de parto de forma menos traumática e desconfortante, temos como objeto deste estudo a avaliação da efetividade de estratégias não farmacológicas como exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto.

Diante disto elegemos como objetivo para esta pesquisa, avaliar a efetividade de estratégias não farmacológicas aplicadas de forma combinada como exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral, para o alívio da dor de parturientes no trabalho de parto.

## METODOLOGIA

Trata-se de um ensaio clínico quantitativo do tipo intervenção terapêutica. O estudo de intervenção é aquele em que o pesquisador manipula o fator de exposição (a intervenção), ou seja, provoca modificação intencional no estado de saúde do indivíduo assistido por meio de um esquema profilático ou terapêutico. Tais estudos podem ter ou não grupo controle e referir-se a indivíduos ou comunidades <sup>14-15</sup>.

Os ensaios de intervenção descrevem o tratamento em um grupo único de indivíduos, onde todos recebem a mes-

ma intervenção. Podem também ser chamados de estudos de “antes e após” (*before and after*), nos quais todos os indivíduos recebem o mesmo tratamento e sua condição é verificada antes do início e após vários momentos do tratamento. Assim, cada parturiente pesquisada foi controle dela mesma (“antes e após”) <sup>14</sup> em uma situação real de estudo na fase ativa do período de dilatação no trabalho de parto.

O local para o desenvolvimento do estudo foi a Unidade de Parto Humanizado (UPH) da Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), localizada no Distrito Leste da cidade de Natal, na Região Nordeste do Brasil. Por tratar-se de um hospital-escola, essa maternidade recebe alunos de diversos cursos da área da saúde, tanto do nível médio quanto da graduação e pós-graduação, no sentido de que as atividades de ensino estejam sempre direcionadas a proporcionar melhor assistência à parturiente.

O estudo foi autorizado pela direção da MEJC e submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) para avaliação, recebendo parecer favorável com o Registro no CEP-UFRN 045-2005 em 10 de junho de 2005, atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que contempla as Diretrizes Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos <sup>16</sup>

A população do estudo foi composta por parturientes consideradas de baixo risco gestacional quando admitidas para assistência ao parto na UPH da referida instituição. Foi realizado um levantamento prévio no arquivo da MEJC no ano de 2004, totalizando 2040 partos normais com média mensal de 170. Como pretendíamos coletar dados em 10% da população num período de 6 meses (1020 partos), foram pesquisadas 100 parturientes.

o colo uterino dilatado até no máximo 6 cm de dilatação; aceitar participar voluntariamente do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

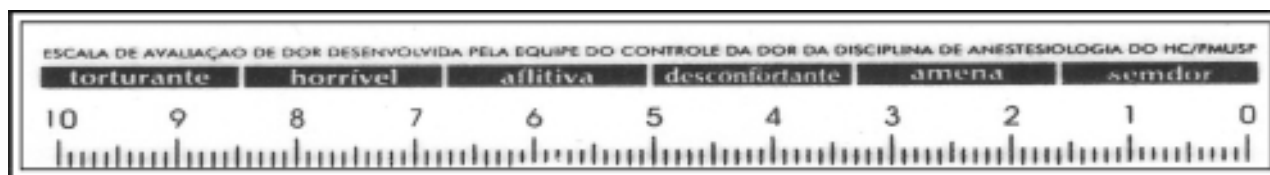
Pontuamos como critérios de exclusão: parturientes adolescentes; mulheres com história de parto cesáreo anteriormente; e mulheres que solicitassem saída do estudo em qualquer fase do trabalho de parto.

A coleta de dados constou de três momentos: caracterização das parturientes, utilização do partograma e avaliação da dor de parto “antes e após” à aplicação das estratégias não farmacológicas.

A primeira parte consistiu na caracterização das parturientes utilizando-se um formulário de entrevista e tendo-se como parâmetros as seguintes variáveis: idade, escolaridade, admissão, procedência, religião, renda familiar, paridade, comparecimento ao pré-natal, diagnóstico em semanas de gestação, presença de acompanhante, quem era esse acompanhante e medicação prescrita.

A segunda parte representada pelo partograma teve como objetivo o acompanhamento da evolução do trabalho de parto. E por fim, a última, correspondeu à avaliação da dor das parturientes “antes e após” à utilização das estratégias não farmacológicas de alívio da dor.

Para avaliar a dor das parturientes utilizamos a escala analógica visual, que consiste em uma linha de 10 centímetros onde o indivíduo deve assinalar uma intensidade de dor que corresponda a algum ponto entre as extremidades da linha <sup>17</sup>. Por não existir na literatura uma escala que mensurasse a intensidade da dor de parturientes, optamos neste estudo pela escala analógica visual desenvolvida pela Equipe do Controle de Dor na Disciplina de Anestesiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo <sup>18</sup>, como mostra a Figura 1.



**FIGURA 1:** EAV DESENVOLVIDA PELA EQUIPE DO CONTROLE DE DOR NA DISCIPLINA DE ANESTESIOLOGIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO PAULO <sup>18</sup>

Para composição da amostra utilizamos os seguintes critérios de inclusão: mulheres a partir de seu segundo parto; ser parturiente de baixo risco gestacional e estar com

O período de coleta de dados correspondeu a 6 meses, ou seja, setembro de 2005 a fevereiro de 2006. A coleta foi realizada pela pesquisadora, nos três turnos de

trabalho (manhã, tarde e noite). A permanência da pesquisadora no campo de estudo durante os 6 meses foi facilitada devido ser campo de estágio acadêmico da Graduação e Pós-Graduação em nível de Especialização em Enfermagem Obstétrica da UFRN, o que possibilitou sua disponibilidade na Maternidade Escola Januário Cicco/UFRN, para o desenvolvimento do estudo.

No momento da coleta de dados, as parturientes, atendendo aos critérios de inclusão no estudo, tinham conhecimento do TCLE e, depois de feitas às orientações sobre sua participação, que seria livre e de espontânea vontade, seus direitos de sigilo e anonimato lhes seriam garantidos. Eram orientadas também de que os dados coletados tinham como finalidade atender aos objetivos do estudo e melhoria da qualidade na assistência obstétrica. A inclusão de cada parturiente na pesquisa somente era efetivada após a assinatura do TCLE.

Para aplicação das estratégias não farmacológicas (exercícios respiratórios, massagem lombossacral e relaxamento muscular) durante a fase ativa do trabalho de parto, ou seja, nos 6 cm, 8 cm e 9 cm de dilatação do colo uterino a pesquisadora optou na padronização de desenvolvimento e aplicação dessas técnicas conforme descritas no Quadro 1 a seguir, visando reduzir a possibilidade de viés no estudo, sendo a própria pesquisadora responsável por todo o processo de coleta de dados da pesquisa.

**QUADRO 1: DESCRIÇÃO DAS ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS COMBINADAS**

<p><b>1) Exercícios respiratórios:</b> A parturiente era orientada que ao iniciar a contração uterina, deveria inspirar e soltar a respiração pela boca, de forma lenta, como se estivesse cheirando uma rosa e apagando uma vela.</p>	<p>Nos 6 cm, 8 cm e 9 cm de dilatação do colo uterino na fase ativa do trabalho de parto.</p>
<p><b>2) Relaxamento muscular:</b> A parturiente recebia orientações para relaxar, soltar braços e pernas até o momento em que a contração uterina passasse.</p>	<p>Nos 6 cm, 8 cm e 9 cm de dilatação do colo uterino na fase ativa, e a realização da técnica dependia do tempo de duração da contração uterina.</p>
<p><b>3) Massagem lombossacral:</b> A parturiente era orientada quanto a maneira como seria realizada a massagem e com o início da contração, a pesquisadora colocava sua mão esquerda espalmada sobre a projeção do fundo uterino da parturiente (região do abdome) e a mão direita espalmada sobre a região lombossacral, fazendo movimentos circulares, até a cessação da contração uterina.</p>	<p>Nos 6 cm, 8 cm e 9 cm de dilatação do colo uterino na fase ativa. A aplicação dessa estratégia dependia da posição da parturiente entre estar no leito em decúbito dorsal ou lateral; de pé ou acorçada.</p>

A coleta de dados ocorreu em uma situação real na fase ativa do trabalho de parto em três ocasiões pré-definidas. Na fase de aceleração, quando a parturiente era incluída no estudo com até 6 cm de dilatação do colo uterino. Neste momento, a pesquisadora utilizava a escala analógica visual logo após a primeira contração uterina sem a aplicação das estratégias não farmacológicas para avaliação da intensidade da dor. Em seguida, após 15 minutos de intervalo na contração uterina subsequente, a pesquisadora aplicava essas técnicas combinadas (exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral), avaliando a dor pela escala analógica visual.

Na fase de inclinação máxima, com 8 cm de dilatação, também era mensurada a intensidade da dor da parturiente por meio da escala analógica visual após a contração uterina sem a utilização das estratégias não farmacológicas e, após 15 minutos de intervalo, na contração uterina subsequente, a pesquisadora aplicava as estratégias combinadas (exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral), avaliando a dor por meio da escala analógica visual.

Na fase de desaceleração, com 9 cm de dilatação, a pesquisadora utilizava a escala analógica visual após a contração uterina sem as estratégias não farmacológicas para avaliação de sua intensidade, e, num segundo momento, após 15 minutos de intervalo, na contração uterina subsequente, eram aplicadas as estratégias combinadas (exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral), avaliando-se a dor com a utilização da escala analógica visual.

Quanto à avaliação da dilatação do colo uterino a pesquisadora evoluía essa dilatação pelas características da dinâmica uterina e do toque vaginal observados no Partograma que informa a evolução do trabalho de parto. Quanto à frequência dos toques vaginais, só eram realizados de acordo com as condições clínicas da parturiente, evitando-se os de repetição naquelas com bolsa amniótica róta, pelo risco de infecção intra-útero. Evoluíamos da mesma forma, no Partograma, o limite entre os três momentos do trabalho de parto (aceleração, inclinação máxima e desaceleração), como subsídios para a aplicação das estratégias não farmacológicas selecionadas. Ressaltamos que a coleta de dados de todas as 100 parturientes foi realizada pela própria pesquisadora.

Para análise dos dados, utilizamos o programa SPSS 14.0 para o tratamento estatístico descritivo com frequências absolutas e relativas, média, desvio padrão e análise inferencial com aplicação do Teste Exato de Fisher e Teste T pareado simples. Em todos os testes adotamos nível de significância estatística com  $p < 0,05$ .

O Teste Exato de Fisher foi utilizado para verificação de influência das variáveis de controle (sociodemográficas e obstétricas) no comportamento doloroso das parturientes do estudo.

O Teste T pareado simples foi usado para comparar a existência de diferença estatística significativa entre as médias de intensidade da dor aferida “antes e após” à aplicação das estratégias não farmacológicas.

## RESULTADOS

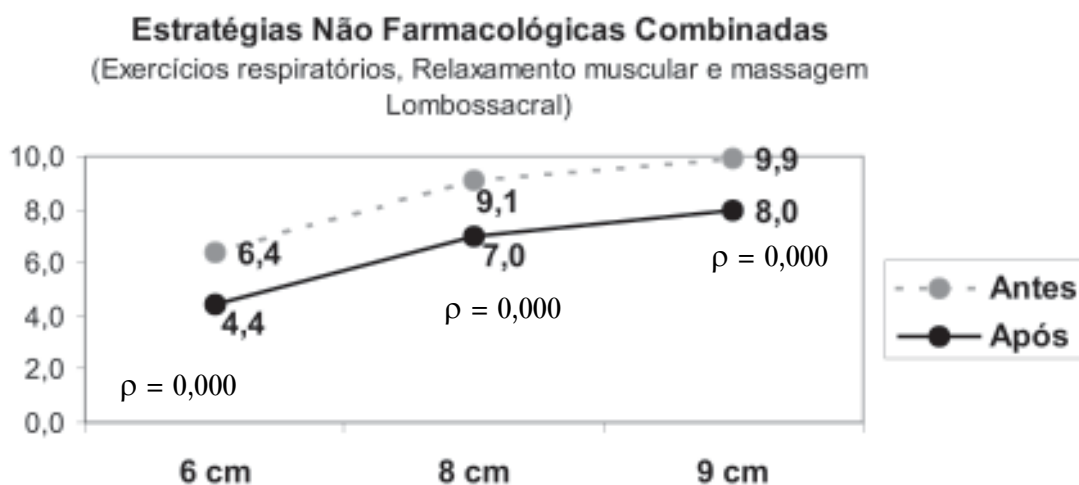
Os resultados mostraram que 76% dessas mulheres pesquisadas estavam na faixa etária entre 20 e 30 anos de idade e 24% tinham de 31 a 42 anos. Quanto à escolaridade, 85% tinham ensino fundamental incompleto e 15% o ensino médio. Grande parte das mulheres (64%) era proveniente da capital (Natal) e 36% vinham de outras cidades do Rio Grande do Norte. Quanto à religião, a maioria (90%) era católica, e apenas 10% evangélicas. Em relação à renda familiar, a sua maioria (85%) recebia até 02 salários mínimos e apenas 15% acima de 02 salários mínimos.

Em relação à paridade, 76% das parturientes do estudo já eram mães de até 2 filhos, e 24% tinham mais que 3 filhos. A totalidade das mulheres (100%) tinha frequentado o pré-natal na gestação em curso. Em referência ao diagnóstico em semanas de gestação, identificamos que 85% dessas mulheres estavam entre 37 e 40 semanas de gestação e 15% entre 41 e 42 semanas.

Sendo o local da pesquisa uma instituição que preconiza e estimula o acompanhante durante o trabalho de parto, 78% delas referiram essa companhia, e apenas 22% não referiram qualquer acompanhante. Das 78% que foram acompanhadas, 44% foram pelo próprio parceiro e 34% pela mãe ou outros familiares e amigas.

Verificamos que 85% das parturientes do estudo receberam algum tipo de medicação durante o trabalho de parto, sendo a mais utilizada a ocitocina em 81%, seguida do buscopam (5%) e apenas 15% não receberam qualquer medicação durante o período desta investigação.

Ao comparar as médias de intensidade de dor “antes e após” a aplicação das estratégias não farmacológicas combinadas nos 6 cm, 8 cm e 9 cm de dilatação do colo uterino com o Teste T pareado simples, verificamos diferença significativa ( $p=0,000$ ) nos 3 momentos do trabalho de parto, denotando a efetividade dessas estratégias (exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral) no alívio da dor durante o trabalho de parto, como pode ser observada na Figura 2.



**FIGURA 2:** MÉDIA DA DOR NO “ANTES E APÓS” A APLICAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS COMBINADAS NO TRABALHO DE PARTO ENTRE 6 CM, 8 CM E 9 CM DO COLO DILATADO, NAS PARTURIENTES DO ESTUDO, COM A UTILIZAÇÃO DO TESTE T PAREADO

## DISCUSSÃO

A caracterização sociodemográfica das parturientes deste estudo demonstra o predomínio na faixa etária entre 20 e 30 anos de idade, adultas jovens, baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto) e renda familiar até 2 salários mínimos, religião católica e residentes na capital do Estado do Rio Grande do Norte. Alguns estudos demonstram também que a idade de mulheres em trabalho de parto está numa média entre 22 e 35 anos, corroborando com os resultados desta pesquisa. Ao avaliar o grau de instrução, os autores concluíram que essas mulheres têm uma baixa escolaridade com apenas o primeiro grau incompleto<sup>19-20</sup>.

Quanto aos aspectos obstétricos, predominou paridade de até 2 filhos entre as mulheres, todas freqüentaram o pré-natal, diagnóstico entre 37 e 42 semanas de gestação, presença de parceiros, familiares e amigas como acompanhantes durante o trabalho de parto.

Quanto ao acompanhante, é importante considerar o suporte pelo papel desempenhado durante o trabalho de parto, pois autores identificaram que, quando a pessoa provedora dessa companhia não é um profissional de saúde, os benefícios à parturiente são mais acentuados. Os estudos disponíveis, segundo os autores, não avaliam o acompanhante escolhido pela parturiente como sendo uma pessoa provedora de suporte, constituindo, assim, lacuna de conhecimento a ser preenchida<sup>21-22</sup>. Porém, é importante ressaltar que o Ministério da Saúde recomenda que deva ser oferecida a parturiente a presença de um acompanhante, o qual poderá estar ao seu lado desde o pré-natal, no decorrer do trabalho de parto e parto, vivenciando junto com a mulher a experiência do nascimento<sup>3</sup>.

Indo de acordo com estas afirmações, um estudo de revisão foi realizado com o objetivo de conhecer a satisfação de mulheres quanto ao nascimento, em especial no que se refere ao alívio da dor. A revisão sistemática realizada nesse estudo identificou quatro expectativas presentes relacionada com a satisfação da parturiente como os fatores pessoais, o suporte dos profissionais, a qualidade da relação profissional-paciente e o envolvimento na decisão das intervenções. Concluíram os autores, nessa revisão, que a avaliação das parturientes quanto à satisfação em suas experiências durante o trabalho de parto não estão relacio-

nadas às influências da dor, do alívio à dor e das intervenções médicas, mas sim às influências das atitudes e comportamentos dos profissionais da saúde<sup>23</sup>.

Portanto, a atitude profissional é de relevante importância na assistência à parturiente, tendo em vista que as expectativas identificadas pelos autores anteriormente citados poderão ser realizadas, além da abordagem empática, associando-se a utilização de estratégias não farmacológicas adequadas visando aliviar a dor tão presente nas parturientes, além das relações interpessoais na interação profissional-parturiente-família. Com a aplicação dessas estratégias, o processo do trabalho de parto poderá ser menos doloroso, menos tenso, visto que essas mulheres necessitam de atenção, aconselhamento e habilidades de comunicação.

Quanto ao uso de medicação houve predominância de ocitocina de forma isolada e/ou associada a outros medicamentos, como buscopam e antibióticos, não sendo usada nenhuma medicação em apenas 15% das parturientes pesquisadas. O uso da ocitocina, neste estudo, não influenciou na dor “antes e após” à aplicação das estratégias.

Temos observado que, na prática obstétrica, o uso rotineiro de ocitocina em parturientes ocorre de maneira desnecessária, levando essa conduta muitas vezes às distócias no trabalho de parto. Na realidade, muitas vezes a infusão desnecessária de ocitocina determina maior percepção dolorosa, stress e medo nas parturientes. Porém, em algumas situações, torna-se necessária a prescrição da ocitocina em casos de trabalhos de parto disfuncionais, prolongados e associados à bolsa amniótica rota por longas horas.

No que se refere às estratégias não farmacológicas vale salientar que, ao buscarmos estudos realizados com as técnicas de exercícios respiratórios e relaxamento muscular para o alívio da dor no trabalho de parto, estes mostraram que as referidas técnicas não reduziram a dor das parturientes estudadas, porém promoveram manutenção de baixo nível de ansiedade dessas mulheres por um longo tempo<sup>5</sup>.

Entretanto, em estudo realizado na cidade de Goiânia/GO, pesquisadores utilizando uma assistência individualizada com orientações e estímulos às técnicas de exercícios respiratórios e relaxamento muscular durante o processo parturitivo, ficou verificado que na fase ativa houve predominância da dor, com sensação de aumento na tolerância a

essa dor, encorajamento, vigor, bem-estar físico e psicoemocional <sup>6</sup>. Também foi verificado que em estudo quase-experimental utilizando métodos de relaxamento muscular progressivo, demonstrou importante redução no nível de dor nas parturientes submetidas a essa técnica <sup>7</sup>.

Em estudo experimental com primigestas, verificaram que a técnica de respiração isolada interferiu significativamente na diminuição da dor e melhora dos níveis de saturação de oxigênio materna, durante o primeiro estágio de trabalho de parto <sup>24</sup>.

Quanto à massagem lombossacral, pesquisadores da região sul de Taiwan, em 2000, realizaram um estudo randomizado com 60 parturientes, o qual demonstrou efetiva intervenção dessa estratégia no alívio da dor das pesquisadas <sup>10</sup>, juntamente com outro estudo corroborado por pesquisadores ao demonstrarem que a massagem lombossacral tem seu valor terapêutico no sentido de promover relaxamento, conforto e alívio no processo parturitivo<sup>8</sup>.

Outro estudo randomizado utilizando a técnica da massagem lombossacral nas três fases da dilatação do colo uterino, ou seja, na aceleração, inclinação máxima e desaceleração, demonstrou que essa técnica não muda as características da dor experienciada pelas parturientes; no entanto, ela é efetiva nas fases de aceleração e inclinação máxima, ajudando a aliviar a intensidade da dor nas parturientes <sup>25</sup>, corroborando com os resultados do presente estudo.

Portanto, o conforto físico é incrementado pelo uso de técnicas de massagem e relaxamento, posturas variadas, música, métodos de respiração desenvolvidos para minimizar o desconforto durante o trabalho de parto, colocando em harmonia a teoria científica com a natureza; o conforto ambiental com o cultural, favorecendo o processo parturitivo além de promover modificações comportamentais de acordo com a resposta da mulher <sup>26</sup>.

Com base nos resultados dessas pesquisas, observamos que os exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral são técnicas efetivas no alívio e conforto da dor de parturientes em trabalho de parto. Nos dias atuais, o uso dessas técnicas para o alívio e conforto da dor de parto vem despertando os profissionais da área da saúde, em especial da obstetrícia, tornando-se, de certa forma, temática relevante na assistência à saúde materna e perinatal.

## CONCLUSÕES

Os resultados do presente estudo nos permitiram concluir que:

- Ao comparar as médias da dor “antes e após” aplicação das estratégias não farmacológicas combinadas nos 6 cm, 8 cm e 9 cm, verificamos diferença significativa ( $p=0,000$ ) demonstrando uma redução na medida em que aumentava a dilatação do colo uterino, sendo maior aos 6 cm e menor aos 9 cm.
- A aplicação das estratégias exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral nos 6 cm, 8 cm e 9 cm de dilatação do colo resultou em diferença significativa ( $p=0,000$ ) no alívio da dor das parturientes do estudo.
- Diante do exposto, podemos afirmar que a aplicação de estratégias não farmacológicas como exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral são efetivas no alívio da intensidade da dor de parturientes no trabalho de parto, como demonstrou esta pesquisa.

Os achados deste estudo apontam para a necessidade de outras pesquisas clínicas que focalizem o uso dessas e de outras estratégias não farmacológicas efetivas para o alívio da dor de parto, visando ações humanizadas na assistência à parturiente.

À guisa dessas conclusões, esperamos que os dados encontrados nesta investigação possam contribuir no aprimoramento da prática obstétrica voltada para o trabalho de parto, tendo em vista o alívio da dor dessas mulheres. Outros resultados esperados são direcionados ao acompanhamento pré-natal com o acolhimento à gestante-parceiro-família nos serviços de saúde, com informações específicas no preparo do casal e família para o parto.

## REFERÊNCIAS

1. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização na assistência



- hospitalar ao parto. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(3):669-705.
2. Almeida NAM, Oliveira VC. Estresse no processo de parturição. *Rev Eletronica Enferm* [online] 2005 [acesso 2006 set 29]; 7(1): 87-94. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista.htm>.
  3. Ministério da Saúde (BR). Parto aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2003.
  4. Orange FA, Amorim MMR, Lima L. Uso da eletroestimulação para o alívio da dor durante o trabalho de parto em uma maternidade-escola: ensaio clínico controlado. *Rev Bras Ginecol Obstet* [on-line] 2003 fev [acesso 2005 Jan 28]; 25(1): 45-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v25n1/a07v25n1.pdf>.
  5. Almeida NAM, Souza JT, Bachion MM, Silveira NA. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. *Rev Latinoam Enferm* 2005; 13(1): 52-8.
  6. Almeida NAM, Bachion MM, Silveira NA, Souza JT. Avaliação de uma proposta de abordagem psicoprofilática durante o processo da parturição. *Rev Enfermagem UERJ* 2004; 12(3):292-8.
  7. Paula AAD, Carvalho EC, Santos CB. The use of the "Progressive Muscle Relaxation" technique for pain relief in gynecology and obstetrics. *Rev Latinoam Enferm* 2002; 10(5):654-9.
  8. Silveira IP, Campos ACS, Fernandes AFC. O contato terapêutico durante o trabalho de parto: fonte de bem-estar e relacionamento. *Rev RENE* 2002; 3(1): 67-72.
  9. Waters BL, Raisler J. Ice massage for the reduction of labor pain. *J Midwifery Women's Health* 2003; 48(5):317-21.
  10. Chan MY, Wang SY, Chen CH. Effects of message on pain and anxiety during labor: a randomized controlled trial in Taiwan. *J Adv Nurs* 2002; 38(1): 63-73.
  11. Leeman L, Fontaine P, King V, Klein MC, Ratcliffe S. The nature and management of labor: Part I. Nonpharmacologic pain relief. *Am Fam Physician* 2003; 68(6):1109-12.
  12. Chang MY, Chen CH, Huang KE. A comparison of massage effects on labor pain using McGill pain questionnaire. *J Nurs Res* 2006; 14(3):190-7.
  13. De Conti MHS, Calderon IMP, Consonni EB, Prvl TTS, Albm I, Rug MVC. Efeito de técnicas fisioterápicas sobre os desconfortos músculo-esqueléticos da gestação. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2003; 25(9):647-54.
  14. Medronho RA. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2005.
  15. Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. *Introdução à epidemiologia*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2002.
  16. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisas – CONEP. Resolução n.º 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
  17. Drummond JP. *Dor aguda: fisiopatologia clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu; 2000.
  18. Pereira IV, Sousa FAEF. Mensuração e avaliação da dor pós-operatória, uma breve revisão. *Rev Latinoam Enferm* 1998; 6(3): 77-84
  19. Abushaikha LA, Oweis A. Labour pain experience and intensity: a Jordanian perspective. *Int J Nurs Pract* 2005; 11:33-8.
  20. Zwelling E, Johnson K, Allen J. How to implement complementary therapies for laboring women. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2006; 31(6):364-72.
  21. Bruggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJ. Evidence on support during labor and delivery: a literature review. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(5):1316-27.
  22. Castro JC, Clapis MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. *Rev Latinoam Enferm* 2005; 13(6):960-7.
  23. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002 May; 186:S160-72.
  24. Iara B, Sperandio FF, Santos GM. Uso de técnica respiratória para analgesia no parto. *Femina* 2007; 35(1):41-6.
  25. Simkin P, Boldin A. Update on non pharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *J Midwifery Women's Health* 2004; 49(6):489-504.
  26. Davim RMB, Bezerra LGM. Assistência à parturiente por enfermeiras obstetras no projeto Midwifery: um relato de experiência. *Rev Latinoam Enferm* 2001; 9(6):62-8.

RECEBIDO: 01/10/2007

ACEITO: 21/01/2008