

ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO ALÍVIO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO: PRÉ-TESTE DE UM INSTRUMENTO¹

Rejane Marie Barbosa Davim²

Gilson de Vasconcelos Torres³

Eva Saldanha de Melo⁴

Estudo descritivo objetivando avaliar a efetividade de Estratégias Não Farmacológicas (ENF) no alívio da dor de parturientes para fazerem parte de um instrumento de pesquisa a ser utilizado em tese de doutoramento. Para avaliar as ENF, utilizou-se a Escala Analógica Visual (EAV) com 30 parturientes, tendo como local de pesquisa a unidade de parto humanizado de uma maternidade escola em Natal, RN. Verificou-se que, das seis ENF (exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral, banho de chuveiro, deambulação e balanço pélvico), duas foram excluídas após o pré-teste (deambulação e balanço pélvico), por apresentarem dificuldades de aceitação pelas parturientes. As demais (exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral e banho de chuveiro), com índices satisfatórios de aceitação e efetividade, demonstraram ser efetivas na redução da dor dessas parturientes, sendo, portanto, adequadas para a utilização no instrumento de coleta de dados na tese de doutoramento.

DESCRITORES: dor, estratégias

NON-PHARMACOLOGICAL STRATEGIES ON PAIN RELIEF DURING LABOR: PRE-TESTING OF AN INSTRUMENT

This descriptive study aimed to evaluate the effectiveness of Non-Pharmacological Strategies (NFS) on pain relief of parturients as part of a research instrument to be utilized in a Doctoral Dissertation. In order to evaluate the NFS, the Analogous Visual Scale (AVS) was used on 30 parturients attended at the Humanized Labor Unit of a school-maternity hospital in Natal, RN, Brazil. Of the six NFS (respiratory exercises, muscular relaxation, lumbosacral massage, shower washing, deambulation and pelvic swing), two were excluded post-test (deambulation and pelvic swing) for not being accepted by the parturients. The remaining NFS (respiratory exercises, muscular relaxation, lumbosacral massage, and shower washing) which reached satisfactory acceptance and applicability rates, were found to be effective in relieving pain of these parturients, and thus deemed adequate for use in the Doctoral Dissertation data collection process.

DESCRIPTORS: pain, strategies

ESTRATEGIAS NO FARMACOLÓGICAS EN EL ALIVIO DEL DOLOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO: PRE-TEST DE UN INSTRUMENTO

Estudio descriptivo, objetivando evaluar la efectividad de Estratégias No Farmacológicas (ENF) en el alivio del dolor de parturientas para hacer parte de un instrumento de investigación a ser utilizado en la preparación de Tesis de Doctorado. Para evaluar las ENF, utilizamos la Escala Analógica Visual (EAV), con 30 parturientas, teniendo como local de la investigación la Unidad de Parto Humanizado de una Maternidad Escuela en Natal/RN. Verificamos que, de las seis ENF (ejercicios respiratorios, relajamiento muscular, masaje lombo-sacra, baño de lluvia, deambulación y balance pélvico), dos fueron excluidas después del Pre-Test (deambulación y balance pélvico), por presentar dificultades en su aplicación. Los demás (ejercicios respiratorios, relajamiento muscular, masaje lombo-sacra y baño de lluvia) tuvieron índices satisfactorios de aceptación y aplicación, demostrando ser efectivas en el alivio del dolor de esas parturientas, siendo por lo tanto adecuadas su utilización como instrumento de recolecta de datos en la Tesis de Doctorado.

DESCRIPTORES: dolor, estrategias

¹ Trabalho extraído de Tese de Doutorado; ² Enfermeira, Doutoranda em Ciências da Saúde, Professor Adjunto, e-mail: rejanemb@uol.com.br; ³ Enfermeiro, Doutor em enfermagem, Professor Adjunto, e-mail: gvt@ufrnet.br; ⁴ Graduanda em enfermagem, e-mail: eva.enfermagem@yahoo.com.br. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

INTRODUÇÃO

O Comitê de Taxonomia da International for the Study of Pain (IASP), desde 1986, deu um conceito à palavra dor como sendo uma experiência sensorial, emocional de forma desagradável, associado-a às lesões teciduais reais ou potenciais. Ela é envolvida por sensações desprazerosas, subjetivas, e cada indivíduo utiliza a palavra dor de acordo com suas experiências prévias, constituindo, de certa forma, uma vivência emocional⁽¹⁾. A palavra dor ainda pode ser descrita como fenômeno complexo, individual e multifatorial, influenciada por vários fatores, como psicológicos, biológicos, socioculturais e econômicos. De certa forma, a dor pode ser compartilhada dos relatos daquele que a sentem, caracterizada por transformações normais, tendo-se como exemplos a menstruação e o parto⁽²⁾.

Para a maioria das mulheres a dor de parto é tida como a pior experiência de suas vidas. A dor das contrações uterinas é processo complexo que envolve interações de mecanismos centrais, periféricos e intercâmbio contínuo de informações por vias ascendentes e descendentes de nociceptores. Nesses termos, entende-se que a dor de parto envolve fatores emocionais, sensoriais, ambientais e existenciais⁽³⁾.

Para tanto, deve-se compreender como se processa a fisiologia da dor, que não é a mesma durante todo o trabalho de parto, variando de acordo com sua evolução. No seu primeiro estágio, o da dilatação, a dor é visceral, surgindo das contrações uterinas e dilatação da cérvix, transmitida pelas fibras aferentes simpáticas. Nesse estágio, a dor é transmitida para a medula espinhal no nível de T10-L1 por fibras A delta e fibras C viscerais aferentes com origem na parede lateral e fundo uterino. A transmissão seguinte aferente do útero e cérvix para a medula espinhal é transmitida por meio dos plexos hipogástricos e aórtico. Assim, os impulsos aferentes nociceptivos cruzam a cadeia simpática lombar e se dirigem à cadeia simpática torácica por meio de ramos comunicantes com os nervos de T10-L1. Por conseguinte, as fibras que conduzem o impulso doloroso fazem sinapse com interneurônios da espinha dorsal, voltando após modulação⁽³⁾.

No segundo estágio, o expulsivo, a estimulação niciceptiva das contrações advindas do corpo uterino e distensão do segmento continua quando a cérvix atinge a sua dilatação total.

Somando-se tudo isso, tem-se a pressão exercida pela apresentação fetal nas estruturas da pelve que vai dar origem à dor somática, ocorrendo estiramento da fáscia e tecidos subcutâneos do canal do parto, distensão do períneo e pressão nos músculos do assoalho pélvico. Entende-se que, no segundo estágio do trabalho de parto, a dor somática é transmitida ao nervo pudendo na altura das vértebras sacrais S2, S3 e S4. Em contraste com a dor do primeiro estágio, ao se comportar de forma difusa e mal localizada, a dor somática do segundo estágio é mais intensa e bem localizada⁽³⁾.

Não há, no entanto, demarcação nítida sobre o trabalho de parto e o parto, mas uma transição gradual, dificultando estabelecer o início da dilatação do colo uterino. Portanto, no primeiro estágio, o da dilatação, as contrações uterinas são, a princípio, em número de 2 a 3 em 10 minutos, chegando a atingir 5 nos 10 minutos no final desse estágio. Para melhor visualização, a análise do gráfico do trabalho de parto de Friedman apresenta, no estágio da dilatação, uma fase latente e uma ativa⁽⁴⁾ na mulher que o vivencia. A fase ativa é subdividida em três momentos: aceleração, inclinação máxima e desaceleração, segundo a curva sigmóide da cervicodilatação (cm) das fases de latência e ativa das divisões preparatórias de dilatação pélvica do trabalho de parto (ilustração cortesia de Dr. Casey, redesenhado de Friedman, 1978) como visto na Figura 1.

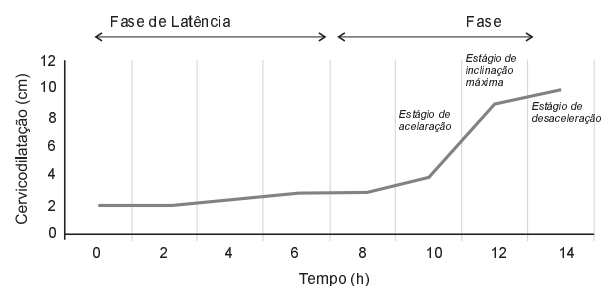


Figura 1 - Curva sigmóide de cervicodilatação (cm) das fases de latência e ativa e das divisões preparatórias de dilatação pélvica do trabalho de parto (Friedman, 1954)

A fase latente vai do início do trabalho de parto até um ponto onde a curva começa uma definida tendência para cima. Nessa fase, há contrações uterinas irregulares, curtas, fracas e a cérvix dilata de 3 a 4 cm, podendo levar várias horas e a parturiente ao se dirigir à maternidade ou unidade de saúde, refere cólica abdominal, incômodo, e

desconforto baixo, expressando excitação e apreensão. A distribuição da dor está localizada, sobretudo, no centro das costas e a sensação é, muitas vezes, referida como uma câimbra ligeira de nível profundo, tornando-se mais severa⁽⁴⁾.

A fase ativa começa quando a curva da dilatação inicia tendência brusca para cima e termina com a dilatação cervical completa, ou seja, 10 cm. A dilatação evolui mais rapidamente, havendo um período inicial de aceleração quando o colo uterino dilata de 3 para 5 cm; uma fase de inclinação máxima entre 5 e 8 cm, com contrações de intensidade moderada e uma fase de desaceleração com a cérvix dilatada entre 8 e 10 cm, ocorrendo contrações intensas e espasmódicas. A distribuição da dor nessa fase está localizada no abdome anterior, a duração torna-se constante, associada à dilatação cervical completa; a sensação da dor é, na maioria das vezes, referida como intensa, constrictiva, freqüentemente excruciante. Em resumo, a fase de aceleração é curta e variável, a inclinação máxima reflete a eficácia da contração uterina, enquanto que a desaceleração traduz a relação fetopélvica. Portanto, a fase ativa se estende até a dilatação total do colo uterino e o início do período expulsivo⁽⁴⁾.

Diante dessas considerações, a dor na fase ativa do período de dilatação, durante o trabalho de parto, é o foco central desse pré-teste, pois, à medida que as contrações se tornam mais freqüentes e intensas nessa fase, provoca tensão, medo e, por conseguinte, agravamento da dor. Dessa forma, uma tarefa importante para ajudar as mulheres em trabalho de parto normal a suportar a dor é através do apoio e da abordagem humanizada, identificando-se seus aspectos quantitativos e qualitativos, para o planejamento sistemático de informações e orientações tranqüilizadoras, fornecidas por profissionais de saúde ou outras pessoas que assistem essas mulheres.

Mesmo que cada parturiente responda à dor de um modo pessoal e adaptativo, as intervenções não farmacológicas podem ajudar a reduzir as percepções dolorosas, alterando essa resposta na maioria das parturientes. Para que se possa intervir adequadamente nessa sensação é preciso compreender o tipo de dor que costuma ser sentida no trabalho de parto, os fatores físicos e psicológicos que influenciam nessa percepção e como a observação do padrão comportamental pode esclarecer a resposta de uma parturiente à dor⁽⁴⁾.

Indo de acordo com essas afirmações, um estudo de revisão⁽⁵⁾ 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 do referido estudo identificou quatro expectativas presentes na satisfação da parturiente como os fatores pessoais, o suporte dos profissionais à qualidade da relação profissional-paciente e o envolvimento na decisão das intervenções. Essas expectativas parecem ser mais importantes na assistência ao parto em relação à idade, fator socioeconômico, etnia, preparação para o parto, ambiente físico para o nascimento, à dor, à imobilidade, às intervenções médicas e a continuidade no cuidado. Concluíram os autores, nessa revisão⁽⁵⁾, que a avaliação das parturientes quanto à satisfação em suas experiências durante o trabalho de parto não estão relacionadas às influências da dor, ao alívio da dor e das intervenções médicas, mas sim às influências das atitudes e comportamentos dos profissionais da saúde.

A atitude profissional, portanto, é de relevante importância na assistência à parturiente, tendo em vista que tudo isso poderá ser realizado, além da abordagem empática, associando-se à utilização de estratégias não-farmacológicas (ENF) adequadas visando aliviar a dor tão presente nas parturientes, tendo em vista as relações interpessoais na interação profissional-parturiente-família. Com a aplicação dessas estratégias, o processo parturitivo poderá ser menos doloroso, menos tenso, visto que as mesmas necessitam de atenção, aconselhamento e habilidades de comunicação, objetivando melhor condução no trabalho de parto.

Nesses termos, a realização desta investigação foi motivada pela necessidade de se selecionar ENF para o alívio da dor de parturientes no seu processo de trabalho de parto, visando a construção de um instrumento de coleta de dados para tese de doutoramento em Ciências da Saúde/UFRN, a qual tem como objetivo geral avaliar a efetividade de ENF para o alívio da intensidade da dor e redução do nível de ansiedade-estado de parturientes na fase ativa do trabalho de parto. Assim, o objeto de estudo desta investigação foi a seleção e avaliação da efetividade de ENF para o alívio da dor de parturientes durante o trabalho de parto. Por fim, propôs-se os seguintes objetivos para a pesquisa: identificar ENF para o alívio da dor de parturientes no seu processo de trabalho de parto em Sistemas de

Bancos de Dados Bireme, Periódicos Capes e SIBI-USP; avaliar a efetividade das ENF no alívio da dor de parturientes na fase ativa e selecionar as ENF que apresentarem percentuais $\geq 80\%$ de aceitação pelas parturientes e efetividade no alívio da dor das participantes do estudo, para inclusão no instrumento de coleta de dados na tese de doutoramento.

MÉTODOS

Pesquisa quase-experimental do tipo intervenção terapêutica não controlada e não randomizada, com abordagem quantitativa, chamada também de estudos antes e após (*before and after*), nos quais todos os indivíduos recebem o mesmo tratamento e sua condição é verificada antes do início e em vários momentos após o tratamento⁽⁶⁾. O cenário da pesquisa foi a Unidade de Parto Humanizado (UPH) da Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), situada no município de Natal, RN, na Região Nordeste do Brasil. A UPH, campo de investigação do pré-teste e da tese de doutoramento é composta por quatro suítes para assistência à mulher em trabalho de parto de forma individualizada e instalada no segundo pavimento da instituição.

Previamente à investigação, o estudo foi 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, seguindo-se a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A investigação foi desenvolvida em duas etapas: a primeira com a identificação e seleção das ENF nos Sistemas de Dados Bireme, Periódicos Capes e SIBI USP e a segunda com a aplicação e verificação da efetividade das ENF nas parturientes do estudo.

1ª Etapa: Identificação e seleção das ENF

Para selecionar as ENF consultou-se os Sistemas de Bancos de Dados Bireme, Periódicos Capes e SIBI USP. Esse levantamento resultou em onze estudos científicos nos âmbitos nacional e internacional^(5,7-17), relacionados à avaliação da dor de parturientes na fase ativa do trabalho de parto com o uso de ENF. Com base nos resultados desses estudos, selecionou-se as estratégias que

apresentaram maiores evidências de alívio da dor de parturientes na fase ativa do trabalho de parto, a saber: exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral, deambulação, balanço pélvico e banho de chuveiro, conforme mostrado na Tabela 1.

Tabela 1 - ENF com maiores evidências nos níveis satisfatórios para o alívio da dor de parturientes durante o trabalho de parto

Autor(es)	ENF	Tipo de estudo
Ochiai AM, Gualda DMS	Banho de chuveiro	Ensaio clínico quantitativo
Medina ET	Banho morno	Ensaio clínico exploratório-qualitativo
Lopes TC	Bola de Bobath ou (Bola do Nascimento)	Relato de experiência
Almeida NAM, Souza JT, Bachion MM, Silveira NA	Técnicas de respiração e relaxamento	Pesquisa de campo experimental
Silva FMB, Oliveira SMJV	Banho de imersão	Estudo randomizado tipo ensaio clínico experimental
Paula AAD, Carvalho EC, Santos CB	Relaxamento muscular progressivo	Estudo de intervenção quase experimental controlado não randomizado
Almeida NAM, Bachion MM, Silveira NM, Souza JT, Silveira IP, Campos ASC, Fernandes AFC.	Respiração e relaxamento	Estudo descritivo e observação participante
Castro JC, Clapis MJ.	Massagem	Pesquisa de campo
	Ações humanizadas	Pesquisa qualitativa

Neste sentido, optou-se por aplicar essas estratégias (exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral, deambulação, balanço pélvico e banho de chuveiro), neste estudo, com vistas a avaliação da aceitação das mesmas pelas parturientes e a efetividade no alívio da dor na fase ativa do trabalho de parto.

O instrumento para a coleta de dados constou de duas partes. A primeira caracterizando as parturientes, observando-se as seguintes variáveis de interesse: idade, escolaridade, religião, procedência, renda familiar, paridade, se fez o pré-natal, diagnóstico, se tinha acompanhante, quem era e medicação prescrita. A segunda contemplou as ENF selecionadas na primeira etapa do estudo (exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral, deambulação, balanço pélvico e banho de chuveiro), visando o alívio da dor das parturientes na fase ativa do trabalho de parto.

2ª Etapa: Aplicação e verificação da efetividade das ENF nas parturientes

Participaram do estudo 30 parturientes selecionadas por meio de amostragem por acessibilidade, à medida que eram admitidas, atendendo os seguintes critérios de inclusão: estar em trabalho de parto normal ativo de sua segunda

gestação, ter idade >20 anos, apresentar colo uterino dilatado até 6 centímetros, sem indicação clínica de distócia, aceitar participar do estudo e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Como critérios de exclusão: primípara, idade <20 anos, histórico de cesariadas anteriormente ou com sugestão de indicação médica, diagnóstico clínico de distócia e solicitar saída do estudo.

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 foi incluída no estudo com até 6 cm de dilatação do colo uterino e aplicação da EAV logo após a primeira contração uterina sem a utilização das ENF. Em seguida, na contração uterina subsequente, foram aplicadas as estratégias em conjunto (exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral) com a avaliação da EAV. Na fase de inclinação máxima, entre 7 e 8 cm de dilatação, também foi mensurada a intensidade da dor da parturiente por meio da EAV, após a contração uterina sem a utilização das ENF e subsequente com a utilização das estratégias em conjunto e isoladas (deambulação e banho de chuveiro). Na fase de desaceleração, entre 9 e 10cm de dilatação, foi aplicada a EAV após a contração sem a utilização das ENF e, num segundo momento, com as estratégias em conjunto e isolada.

Adotou-se como critério de seleção das ENF para inclusão no instrumento de tese de doutoramento aquelas que apresentassem percentuais $\geq 80\%$ de aceitação pelas participantes do estudo com efetividade no alívio da dor durante a fase ativa do trabalho de parto. Os dados coletados foram inicialmente transportados para uma planilha de um banco de dados no programa Excel for Windows 2000 e, posteriormente, submetidos à análise, utilizando-se para isso o teste U Mann-Whitney, com nível de significância estatística $p < 0,05$, comparando os escores de dor da EAV, verificados *antes e após* a aplicação das ENF, nos três momentos da fase ativa do trabalho de parto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 30 parturientes pesquisadas, 70% estavam na faixa etária entre 21 e 29 anos de idade, 83,3% tinham o ensino fundamental incompleto, 80%

eram católicas, 66,7% percebiam até 2 salários mínimos de renda familiar, 56,7% eram provenientes de Natal e 43,3% do interior do Estado do Rio Grande do Norte.

Quanto à paridade, 66,7% tinham de 2 a 3 filhos, 100% realizaram o pré-natal com mínimo de 6 consultas, como preconiza o Ministério da Saúde. Em referência à idade gestacional, de acordo com o diagnóstico médico, 83,3% estavam entre 38 a 40 semanas de gestação a termo, e 70% tinham um acompanhante, sendo que 53,3% era o próprio companheiro e 13,3%, a mãe. A medicação mais utilizada foi a ocitocina (90%) e apenas 3,3% não recebeu qualquer medicamento. Quanto à aplicação das ENF (exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral, deambulação, balanço pélvico e banho de chuveiro), pôde-se observar, como mostrado na Tabela 2, os percentuais de aceitação entre as pesquisadas.

Tabela 2 - Aceitação das ENF pelas participantes do estudo na fase ativa do trabalho de parto, segundo critério de seleção

Estratégias não farmacológicas (ENF)	Aceitação das parturientes		Critério de seleção Selecionada (>80%) Não selecionada (<80%)
	Nº	%	
Exercícios respiratórios	30	100,0	Selecionada
Relaxamento muscular	30	100,0	Selecionada
Massagem lombossacral	30	100,0	Selecionada
Deambulação	2	6,6	Não selecionada
Balanço pélvico	1	3,3	Não selecionada
Banho de chuveiro	26	86,6	Selecionada

Observou-se que as estratégias deambulação (6,6%) e balanço pélvico (3,3%) não foram selecionadas para verificação da efetividade por não atingirem o critério de aceitação de $\geq 80\%$ pré-estabelecido. Os exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral e banho de chuveiro obtiveram percentuais de aceitação superiores a 80,0% pelas parturientes, sendo, portanto, selecionadas para aplicação do teste U Mann-Whitney com nível de significância estatística $p = \text{valor} < 0,05$ para verificação da efetividade no alívio da dor das parturientes na fase ativa do trabalho de parto.

Identificou-se que, ao se aplicar as três ENF associadas, exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral, houve diferença significativa no alívio da intensidade da dor das parturientes nos 6, 8 e 9cm de dilatação do colo uterino, como mostra a Figura 2.

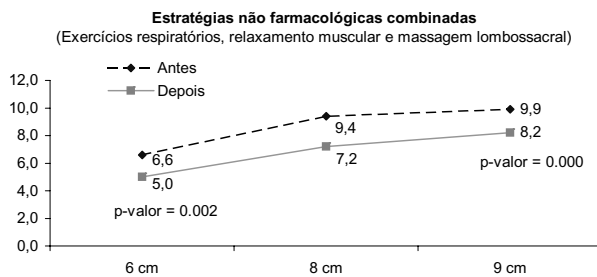


Figura 2 - Intensidade de dor *antes e após* a aplicação das ENF combinadas nos 6, 8 e 9 cm de dilatação do colo uterino na fase ativa do trabalho de parto. Natal, RN, 2006

Verificou-se que a aplicação conjunta dos exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral apresentaram alívio da dor nos momentos em que foram utilizadas essas estratégias. Ao se analisar a diferença de escores de dor *antes e após* na aplicação dessas ENF, observou-se que a utilização conjunta foi efetiva nos três momentos de dilatação do colo uterino, por apresentarem $p < 0,05$.

Ao se analisar os três momentos *antes e após* na aplicação das ENF associadas (exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral), é notório o alívio da dor das parturientes, havendo redução da sua intensidade nos 8cm após a aplicação das estratégias conjuntas, comparada aos 6cm antes na utilização das mesmas, bem como nos 9cm após a aplicação das ENF, quando comparada aos 8cm antes dessas estratégias, pois, seria esperado em condições fisiológicas que a dor fosse aumentando de intensidade à medida que a dilatação do colo uterino evoluía entre 6 e 9cm nessa fase do trabalho de parto.

Em pesquisa experimental de campo, as técnicas de exercícios respiratórios e relaxamento muscular demonstraram que as mesmas não reduziram a intensidade da dor de parturientes pesquisadas, no entanto, proporcionaram ao grupo experimental manutenção baixa no nível de ansiedade por maior tempo no processo parturitivo⁽¹²⁾.

Em estudo de intervenção quase-experimental, ao serem aplicadas técnicas de relaxamento muscular progressivo em mulheres, durante o trabalho de parto, observou-se que essa técnica causa a percepção no alívio da dor manifestada pelas parturientes. Isso é relevante à medida que os efeitos da interferência dos pesquisadores com a

obtenção de dados durante aplicação da técnica, demonstrou importante redução no nível de dor das parturientes⁽¹⁴⁾.

Em pesquisa com abordagem qualitativa, que objetivou a percepção de enfermeiras obstétricas sobre a humanização da assistência ao parto, realizado em uma maternidade no interior do Estado de São Paulo, mostrou que essas enfermeiras conseguem apoiar e orientar as gestantes com cursos, oferecem medidas de conforto como ambiente calmo, banho de chuveiro, permissão para o acompanhante e evitam intervenções desnecessárias⁽¹⁷⁾.

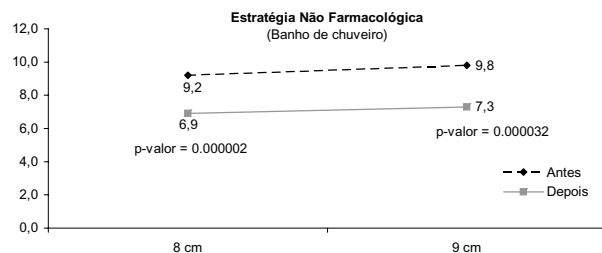


Figura 3 - Intensidade de dor *antes e após* a aplicação do banho de chuveiro nos 8 e 9cm de dilatação do colo uterino na fase ativa do trabalho de parto. Natal, RN, 2006

Na Figura 3, os resultados obtidos quanto ao banho de chuveiro nos 8 e 9cm de dilatação do colo uterino, o alívio foi significativo nos dois momentos em que a estratégia foi aplicada, denotando sua efetividade na redução da dor das parturientes nessa fase.

Em ensaio clínico realizado, o banho de chuveiro reduziu o tempo do trabalho de parto e a água agiu no portal da dor, diminuindo a sensação da mesma, provocando relaxamento nas parturientes em experimento⁽⁸⁾. Em outro ensaio clínico, demonstrou que o banho de chuveiro na fase ativa do período de dilatação promoveu sensações de bem-estar e conforto tais como alívio, relaxamento e revigoramento. Os autores sugerem que a estratégia seja estimulada em centros obstétricos pela sua disponibilidade, acessibilidade e baixo custo na sua intervenção⁽⁷⁾.

Foi identificado em relato de experiência que o banho de chuveiro, associado a outras técnicas não farmacológicas como a Bola de Bobath e massagens lombares, proporciona conforto durante as contrações. Nesses termos, a água deve cair sobre os locais mais dolorosos e que a Bola de Bobath, fora do banho de chuveiro, deverá ser associada também às

massagens lombares para intensificar o alívio da dor durante as contrações⁽⁹⁾.

Em estudo experimental, randomizado, do tipo ensaio clínico, realizado em uma maternidade pública filantrópica na cidade de São Paulo, observou-se que o banho de imersão no alívio da dor, durante o trabalho de parto, apresentou vantagens em reduzir e postergar o uso de fármacos no controle da dor, sendo assim é opção viável para o conforto da parturiente, sem interferir na progressão do trabalho de parto⁽¹³⁾.

CONCLUSÕES

Dentre as ENF para o alívio da dor no seu processo de trabalho de parto, identificadas nas bases de dados ao serem submetidas nas parturientes do estudo, os exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral e banho de chuveiro, apresentaram percentual de aceitação

>80%, sendo rejeitadas as estratégias deambulação e balanço pélvico que obtiveram percentuais abaixo do critério de aceitação preestabelecido.

Quanto à efetividade das ENF aceitas pelas parturientes para alívio da dor, verificou-se que os escores de dor, ao serem comparados *antes e após* a aplicação das estratégias exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral nos três momentos que foram utilizadas nos 6, 8 e 9cm de dilatação, e do banho de chuveiro nos 8 e 9cm, denotam que as mesmas foram efetivas no alívio da dor, sendo, portanto, adequadas para utilização no instrumento da tese de doutoramento.

Nesse sentido, essa investigação proporcionou relevante experiência na identificação dessas estratégias nas mulheres em trabalho de parto, o que possibilitará a aplicação das mesmas para o alívio da dor de parto no mesmo campo de estudo durante a coleta de dados, reforçando a importância na busca da humanização no processo de assistência às parturientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Helman CG. Pain and culture. In: Helman CG. Culture, health and illness: introduction for health professionals. 3th ed. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1994. p. 179-93.
2. Pimenta CAM. Avaliação da experiência dolorosa. Rev Med 1995 agosto-setembro; 74(2):69-75.
3. Lowe KN. The nature of labor pain. Am Obst Gynecol 2002; 186:S16-24.
4. Branden PS. Enfermagem materno-infantil. Rio de Janeiro (RJ): Reichmann & Affonso Editores; 2000.
5. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. Am J Obstet Gynecol 2002 May; 186:S160-72.
6. Medronho RA. Epidemiologia. São Paulo (SP): Atheneu; 2005.
7. Ochiai AM, Gualda DMS. O banho de chuveiro como medido de alívio da dor no trabalho de parto. In: International Conference on the Humanization of Childbirth; 2000. novembro 2-4; Fortaleza, Ceará. Fortaleza: JICA; 2000. p. 75.
8. Medina ET, Impacto do banho morno na redução do tempo de trabalho de parto. In: International Conference on the Humanization of Childbirth; 2000. novembro 2-4; Fortaleza, Ceará. Fortaleza: JICA; 2000. p. 76.
9. Lopes TC. Bola do nascimento: uma opção de conforto durante o trabalho de parto. In: International Conference on the Humanization of Childbirth; 2000 novembro 2-4; Fortaleza, Ceará. Fortaleza: JICA; 2000. p. 76.
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 April; 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 Family Physician 2003; 68(6):1109-12.
12. 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 Latino-am Enfermagem 2005 janeiro-fevereiro; 13(1): 52-8.
13. Silva FMB, Oliveira SMJV. O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. Rev Esc Enfermagem USP 2006 março; 40(1): 57-63.
14. Paula AAD, Carvalho EC, Santos CB. The use of the "Progressive Muscle Relaxation" technique for pain relief in gynecology and obstetrics. Rev Latino-am Enfermagem 2002 setembro-outubro; 10(5): 654-9.
15. Almeida NAM, Bachion MM, Silveira NM, Souza JT. Avaliação de uma proposta de abordagem psicofilática durante o processo de parturição. Rev. Enfermagem UERJ 2004 dezembro; 12(3): 292-8.
16. Silveira IP, Campos ACS, Fernandes, AFC. O contato terapêutico durante o trabalho de parto: fonte de bem-estar e relacionamento. Rev RENE 2002 janeiro-junho; 3(1):67-72.
17. Castro JC, Clapis MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. Rev Latino-am Enfermagem 2005 novembro-dezembro; 13(6): 960-7.