



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM



5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA
ESTÁGIO IV – ESTÁGIO E RELATÓRIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DE SAÚDE MATERNA
E OBSTÉTRICA NA SALA DE PARTOS

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS UTILIZADAS NO ALÍVIO
DA DOR DA MULHER EM TRABALHO DE PARTO:
A INTERVENÇÃO DO EEESMO

Relatório de Estágio para obtenção de grau de
Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Jessica Filipa Pedrosa

n.º 170400178

Professora Orientadora: Profª Mestre Olímpia Cruz

Santarém,
março de 2020

Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite
amedronta os enfermos.

Escolhi estar presente na dor porque já estive muito
perto do sofrimento.

Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nós um
dia precisamos de ajuda.

Escolhi o branco porque quero transmitir paz.

Escolhi estudar métodos de trabalho porque os livros
são fonte saber.

Escolhi ser Enfermeira porque AMO e RESPEITO a vida!

Florence Nightingale

DEDICATÓRIA

À minha família e amigos que sempre me apoiaram;

Ao meu noivo, que esteve sempre presente e me apoiou quando eu mais precisava. Pela sua paciência, por estar sempre de sorriso quando sacrificava o tempo em prol da realização deste trabalho, um obrigada muito especial;

À Professora Olímpia Cruz pela sua orientação, disponibilidade e apoio ao longo deste percurso de aprendizagem;

A todas as EEESMO, pela forma como me fizeram sentir parte das equipas e, desta forma, fomentaram a minha aprendizagem, em especial às EEESMO que me orientaram ao longo do percurso;

Por fim, agradeço a todos aqueles que, de forma direta ou indireta, contribuíram para que este sonho se tornasse realidade...

...Um sincero obrigada.

RESUMO

O trabalho de parto (TP) é um processo fisiológico que concede uma experiência altamente individual para a mulher e a sua família. Todo o processo de nascimento representa para a mulher, uma experiência em que estão presentes todas as suas expectativas, as suas crenças e valores, as suas esperanças e medos, a relação com o acompanhante e família, e o modo como ela coordena estas relações e emoções.

A dor é um fenómeno intimamente ligado ao TP e gerador de desconforto, que influencia a forma com este é experienciado.

As medidas não farmacológicas para alívio da dor utilizadas durante o TP, são tecnologias de cuidado que envolvem conhecimentos estruturados, que não necessitam de equipamentos sofisticados para a sua utilização, e são desenvolvidos no processo e prática em enfermagem.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) deve ser capaz de intervir neste desconforto, de forma autónoma, potenciando o TP para uma experiência positiva ao acompanhar a mulher no processo, tendo em consideração todas as suas particularidades e necessidades. O EEESMO deve olhar para o casal como agente parceiro das decisões, contribuindo para a prestação de cuidados centrados na mulher, recém-nascido (RN) e família privilegiando a promoção e os ganhos em saúde. Torna-se então, necessário identificar medidas que promovam o conforto, sendo definida a questão de investigação “quais as medidas não farmacológicas utilizadas no alívio da dor da mulher em TP?”

Procedeu-se a uma *scoping review*, segundo a metodologia do *Joanna Briggs Institute*, realizando-se uma pesquisa na plataforma EBSCO – *Host*. Foram selecionados três artigos, um qualitativo e dois quantitativos.

Através desta *scoping review*, conclui-se que o uso de medidas não farmacológicas para alívio da dor durante o TP são intervenções promotoras do bem-estar materno-fetal. A partir da sua análise, foi reconhecida a importância do uso das medidas não farmacológicas para o alívio da dor na mulher no TP, e confirmou-se a necessidade de informar e empoderar as grávidas/parturientes quanto às medidas disponíveis para que possam, nesse momento, e em conjunto com os profissionais de saúde, escolher o melhor método.

Palavras – chave: Mulher grávida; trabalho de parto; dor; medidas não farmacológicas de alívio da dor

ABSTRACT

Labor is a physiological process that provides a highly individual experience for the woman and her family. The whole process of birth represents for the woman, an experience in which all her expectations, her beliefs and values, her hopes and fears, the relationship with the companion and family, and the way she coordinates all these relationships and emotions.

Pain is a phenomenon closely linked to labor and generates discomfort, which influences how it is experienced.

Non-pharmacological methods for pain relief, used during labor, are care technologies that involve structured knowledge, which does not require sophisticated equipment for their use, and are developed in the nursing process and practice.

The Midwife must be able to intervene in this discomfort, autonomously, enhancing labor for a positive experience when accompanying the woman in the process, taking into account all her particularities and needs. The Midwife must look to the couple as a partner agent of decisions, contributing to the provision of care centered on women, newborns, and families, privileging health promotion and gains. It becomes necessary to identify measures that promote comfort, and the research question “what non-pharmacological measures are used to relieve pain in labor?”

A scoping review was carried out, according to the methodology of the Joanna Briggs Institute, by conducting a survey on the EBSCO – Host platform. Three articles were selected, one qualitative and two quantitative.

Through this scoping review, it is concluded that the use of non-pharmacological measures for pain relief during labor are interventions that promote maternal-fetal well-being. Through this scoping review, it is concluded that the use of non-pharmacological measures for pain relief during labor are interventions that promote maternal-fetal well-being. From its analysis, the importance of using non-pharmacological measures for pain relief in women in labor was recognized and the need to inform and empower pregnant women/parturient regarding the methods available for pain relief was confirmed. during labor so that they can, at that time and together with health professionals, choose the best method.

Keywords: Pregnant woman; labor; labor pain, non-pharmacological pain management

CHAVES DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

APPT – Ameaça de Parto Pré-Termo

BP – Bloco de Partos

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEESMO - Enfermeira/o Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESSS – Escola Superior de Saúde de Santarém

EVA – Escala Visual Analógica

FIGO – Federação Internacional de Ginecologia e Obstétrica

IASP – Associação Internacional para o Estudo da Dor

JBI – *Joanna Briggs Institute*

MCEESMO – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

NICE – *National Institute of Health and Clinical Excellence*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCC – População Conceito Contexto

PDF - Formato Portátil de Documento

PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PQCEESMO – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

RAM – Rutura Artificial de Membranas

RCEESMO – Regulamento de Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

RCIU – Restrição de Crescimento Intrauterino

RCT – Registo Cardiotocográfico

REM – Rutura Espontânea de Membranas

RN – Recém-Nascido

RPM – Rutura Prematura de Membranas

n.d. – *No Date*

TENS – *Transcutaneous electrical nerve stimulation*

TP – Trabalho de Parto

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	Limitadores de pesquisa utilizados nas bases de dados	34
Tabela 2	Identificação dos resultados por palavra-chave e conjugações possíveis, por base de dados	35
Tabela 3	Resumo dos resultados dos estudos incluídos na <i>scoping review</i>	36

ÍNDICE

	INTRODUÇÃO	09
1.	ANÁLISE REFLEXIVA DO ESTÁGIO IV – DO DESENVOLVIMENTO FORMATIVO À PRÁTICA DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NO BLOCO DE PARTOS	12
2.	A DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO	25
	2.1. AS MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA ALÍVIO DA DOR DA MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO	28
	2.2. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS ORIENTADORES DA PRÁTICA CLÍNICA	29
3.	METODOLOGIA: SCOPING REVIEW	33
4.	ANÁLISE DOS RESULTADOS	40
5.	CONCLUSÃO	50
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
7.	ANEXOS	61
	7.1. SCOPING REVIEW	62

INTRODUÇÃO

O presente relatório surgiu no âmbito do desenvolvimento da Unidade Curricular Estágio IV – Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Sala de Partos, que integrou o 5.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, preconizada no plano de estudos do 2.º ano na Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS).

O Estágio decorreu no período compreendido entre 14 de outubro de 2019 a 13 de março de 2020 (total de 20 semanas) num hospital pertencente à rede nacional de hospitais de apoio perinatal da região centro de Portugal, com pausa letiva do período de natal. O estágio teve como objetivos:

- Prestar cuidados especializados de enfermagem à parturiente e RN em situação de saúde e doença;
- Integrar a equipa de saúde prestadora de cuidados à parturiente e RN em situação de saúde e doença.

Ao longo deste percurso de especialização, foi nos períodos de ensino clínico que tive a oportunidade única de «fazer enfermagem», mas não apenas no sentido exíguo. «Fazer enfermagem» é muito mais que um procedimento técnico ou um desempenho prático; «fazer enfermagem» inclui, também, a capacidade de reflexão, proatividade das ações e análise crítica de todo um conjunto de competências, tanto a nível do domínio vocacional como cognitivo, pessoal e social.

No estágio IV foi realizado um projeto de estágio, que teve como intuito ser um documento orientador, para direcionar a aprendizagem numa lógica coerente e planeada, com o propósito de adquirir as competências como EEESMO. Neste estão contemplados os objetivos: “desenvolver competências de comunicação atendendo às relações interpessoais no contexto do ensino clínico”, “desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados especializados de enfermagem à mulher/grávida/parturiente/RN/família em contexto de urgência de obstétrica/ginecologia e bloco de partos (BP), em situação de saúde/doença” e “desenvolver o pensamento crítico, flexível, criativo e de aprendizagem”, que se tornaram o sustento do presente relatório.

Ao longo do percurso formativo, foram várias as temáticas que levaram à necessidade de procura de informação científica atual que suportasse a prática em contexto de estágio. As medidas não farmacológicas utilizadas no alívio da dor da mulher em TP foi uma das temáticas que suscitou o meu interesse, uma vez que foi possível observar que, muitas vezes, a prioridade de alguns

profissionais era direcionada para a execução de procedimentos e não para uma assistência humanizada.

Formulou-se então, a questão de investigação: **“quais as medidas não farmacológicas utilizadas no alívio da dor da mulher em TP?”** com o objetivo de compreender quais as medidas não farmacológicas utilizadas no alívio da dor da mulher em trabalho de parto.

Tendo em consideração as orientações de *Joanna Briggs Institute* (2014), o recurso à *scoping review* como metodologia permitiu a obtenção das mais recentes evidências, o que possibilitou efetuar uma análise e discussão dos resultados de forma a fundamentar uma proposta de mudança, na prática do EEESMO no seu contexto profissional. Este trabalho incidiu numa área concreta dos cuidados de enfermagem especializados, passível de aplicação, na prática profissional.

A realização de uma investigação é inerente a qualquer prática profissional, pelo que no contexto de enfermagem esta atividade é de extrema importância, tendo como objetivo a melhoria dos cuidados traduzida pela evidência científica e a obtenção de ganhos em saúde. É imperativa a evidência científica que sustente a prática clínica de forma segura, e a melhoria dos cuidados de enfermagem como EEESMO, respondendo da melhor forma às reais necessidades das grávidas/parturientes/acompanhante. Por definição, a prática baseada em evidência compreende “o uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência atual para a tomada de decisão sobre o cuidar individual do utente” (Domenico, 2003, p. 116).

No âmbito do percurso académico, e com a elaboração deste relatório de estágio procurei aprofundar conhecimentos sobre as variáveis que envolvem a experiência de parto e desenvolver competências técnicas e pessoais enquanto futura EEESMO. E ainda, partilhar e adquirir saberes com a equipa de enfermagem do local de estágio, numa perspetiva de mudança e promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem. Pretendo que este relatório sensibilize os profissionais para o caminho que é necessário percorrer para melhorar as vivências de TP das grávidas/famílias que recorrem às nossas instituições de saúde e reforçar os aspetos positivos já implementados, contribuindo assim para a excelência da qualidade dos cuidados prestados.

Foi definido como objetivo geral para este relatório: compreender a intervenção do EEESMO nas medidas não farmacológicas utilizadas no alívio da dor da mulher no TP.

E como objetivos específicos:

- Desenvolver uma análise reflexiva das atividades e experiências do estágio IV;
- Desenvolver um protocolo de pesquisa, com recurso à *scoping review*, orientada para a produção de conhecimento na área de enfermagem especializada nas medidas não farmacológicas de alívio da dor da mulher em TP;

- Identificar as medidas não farmacológicas utilizadas no alívio da dor da mulher em TP;
- Analisar os resultados obtidos.

Acredita-se que com o estudo desta temática será possível direcionar a prática do EEESMO, dando ênfase a medidas não farmacológicas utilizadas no alívio da dor durante o TP. Assim, tendo como base o Regulamento das competências específicas do EEESMO definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019), este relatório visa demonstrar a aquisição destas competências com base na evidência científica atual, no sentido de promover a utilização de medidas não farmacológicas por parte da grávida/parturiente/acompanhante durante o TP, visando o controlo da dor, bem-estar e a sua participação ativa.

1. ANÁLISE REFLEXIVA DO ESTÁGIO IV – DO DESENVOLVIMENTO FORMATIVO À PRÁTICA DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NO BLOCO DE PARTOS

A prestação de cuidados especializados no BP revelou-se uma experiência muito enriquecedora pela multiplicidade de situações vivenciadas, tendo sido possível desenvolver atividades que permitiram um olhar atento e uma reflexão crítica sobre a prática clínica relativamente ao papel do EEESMO.

No decurso académico do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, foi transversal em todos os ensinamentos clínicos, a preocupação pela prestação de cuidados de enfermagem centrados na mulher e na sua família. Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2015), os cuidados de saúde devem centrar-se nas necessidades de cada mulher/família, assim a grávida deve ser parceira nos seus cuidados de saúde, tal como preconiza o eixo estratégico do Plano Nacional de Saúde “Cidadania em Saúde”, sendo que o cidadão é considerado responsável pela sua própria saúde e da sociedade onde está inserido (DGS, 2015).

Os cuidados de enfermagem são uma prática histórica e estruturada, existe ao longo da história da humanidade, porém constituída por diferentes maneiras de se olhar o cuidar em enfermagem. Atualmente, o enfermeiro é integrado no trabalho coletivo em saúde e especializado no cuidado, assumindo um papel vital nos sistemas de saúde, e são a base da prestação de cuidados.

Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro da OE (2015, p. 91), o artigo 88.º faz referência aos deveres do Enfermeiro, com vista a alcançar a «excelência do exercício», sendo que este deve assumir o dever de analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude, procurando adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa. De acordo com o artigo 109.º - Código Deontológico da OE (2015) da excelência do exercício, é ainda dever do enfermeiro manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas, bem como garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados assumindo a responsabilidade pelos mesmos (OE, 2015, p. 10).

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (OE, 2019, p. 13 561), cabe ao EEESMO assumir, no seu exercício profissional, intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, que são entendidas como aquelas em que se encontram envolvidos processos fisiológicos e de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher, assim como intervenções autónomas e interdependentes, em todas as situações de médio e alto risco em que estão envolvidos processos patológicos e de vida disfuncional ao longo do ciclo reprodutivo da mulher.

Tomar decisões em enfermagem, é também uma forma de caminhar para a profissionalização e para a autonomia da profissão. A autonomia de uma profissão reflete-se na forma como os seus profissionais conseguem decidir, responsabilizar-se por essas decisões e pelos seus resultados. Neste seguimento, e na generalidade, considera-se serem pressupostos fundamentais a este processo de tomada de decisão, a autonomia e a responsabilidade. Assim, neste processo de formação, recorri a instrumentos que me permitissem desenvolver uma aprendizagem significativa com objetivo de me tornar uma profissional reflexiva, autónoma e responsável, capaz de prestar cuidados de excelência com equidade e proximidade.

Para que o enfermeiro preste cuidados de saúde de qualidade, é fundamental que detenha conhecimentos técnico-científicos, e que efetue uma prática reflexiva, uma vez que se torna importante, não só a realização em si, mas também a análise e reflexão sobre o que fez e do modo como se fez, de forma a evoluir nas suas competências. Bolander (1998), considera que a prática reflexiva é uma potencial situação de aprendizagem, pois permite que através desta o sujeito se torne sabedor daquilo que faz e de como faz.

O Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019) diz-nos que o enfermeiro deve otimizar o trabalho de equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados, deve responsabilizar-se por ser “facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho”, na área da especialidade bem como atuar como “dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos” (OE, 2019, p. 4748 - 4749). É fundamental a envolvimento de todos os enfermeiros, na consciencialização e reconhecimento da necessidade de mais e melhor informação na área da saúde, sendo a formação em serviço potenciador da aprendizagem ao longo da vida.

A competência específica do EEESMO desenvolvida neste estágio com maior profundidade/centralidade foi “cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o TP” (OE, 2019:13562). Adjacente, o objetivo específico delineado no projeto inicial de estágio que mereceu maior reflexão foi “desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados especializados de enfermagem à mulher/grávida/parturiente/RN/família em contexto de urgência de obstétrica/ginecologia e BP, em situação de saúde/doença”.

Um longo caminho foi percorrido até conseguir atingir a autonomia e confiança necessárias. Diversas dificuldades foram ultrapassadas ao longo do estágio, com o desenvolvimento das competências, experiência prática, com a ajuda dos enfermeiros orientadores e a equipa multidisciplinar, experimentando uma evolução crescente na aquisição e desenvolvimento de novas competências gerais e específicas no cuidado especializado em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

Numa primeira fase do estágio foi imperioso o reconhecimento da estrutura física e orgânica/funcional do serviço: a dinâmica, a organização do trabalho, identificação dos sistemas de informação e registos, os protocolos existentes, os atuais projetos em desenvolvimento e a integração na equipa multidisciplinar.

A capacidade de relacionamento e facilidade de comunicar foi bastante facilitadora na integração na equipa multidisciplinar, permitindo-me rapidamente, em conjunto com as EEESMO orientadoras de estágio, o envolvimento na dinâmica do planeamento das intervenções dos cuidados de enfermagem, em parceria com o projeto idealizado pela grávida/casal.

Muito enriquecedor foi a possibilidade de fazer, diariamente, e no local de estágio, a análise crítica da construção do processo de aprendizagem e a sua operacionalização, na prática e, simultaneamente, a contextualização dos conhecimentos e implementação de intervenções, face à especificidade e singularidade do processo de cuidados.

Para este percurso de aprendizagem delineei estratégias para que, desde o início, a prática pudesse ser suportada pelo recurso à evidência científica que melhor traduz o estado da arte da enfermagem, que serviram também de base para a construção do presente relatório. Face à multidimensionalidade que o conhecimento de enfermagem exige, para além da busca incessante da literatura mais recente na área, baseei-me em documentos de outras ciências que a subsidiam, assim como em todos os protocolos existentes no serviço.

Segundo a Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de setembro de 2005, para obtenção do título de EEESMO o aluno deve realizar, pelo menos, 40 partos, salvo se o número de parturientes foi reduzido (nessas circunstâncias este número pode ser reduzido para 30, na condição de o aluno participar, para além daqueles, em 20 partos distócicos) (Parlamento Europeu, 2005, p. 147).

Ao longo do ensino clínico, foram prestados cuidados especializados a 165 grávidas, foram acompanhados e prestados cuidados especializados a 92 mulheres em TP. No total, foram realizados 41 partos eutócicos; foram auxiliados 34 partos distócicos sendo eles: 19 ventosas, 2 fórceps e 13 cesarianas e foram prestados os cuidados imediatos a 47 RN's.

Aquando da chegada de uma grávida/parturiente à sala de partos, vinda da urgência obstétrica/ginecológica, acompanhada por um EEESMO, foi fundamental assegurar alguns aspetos, nomeadamente: a apresentação da equipa, do espaço físico, o respeito e manutenção da sua privacidade, promoção de um ambiente calmo, acolhedor e seguro, onde a díade se sentisse confortável na sua intimidade e individualidade. No momento da admissão, e ao longo da sua permanência no BP foram realizadas à parturiente questões relacionadas com a adesão a rotinas

de internamento, quanto à escolha do acompanhante (que na maioria das vezes é o marido/companheiro/pai do bebé), com aspetos relativos à sala de parto, em relação à gestão da dor, na opção pela anestesia epidural, sistémica ou pelas medidas não farmacológicas para o alívio da dor (deambular, uso da bola de pilates, massagens, duche) e também sobre as questões relacionadas com o RN (laqueação do cordão umbilical, desejo de efetuar contacto pele a pele logo após o nascimento, se pretende amamentar e se o quer fazer na 1ª hora de vida, etc.).

O acolhimento é referenciado como um dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE), sendo um objetivo que visa a promoção da satisfação das pessoas “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes” (OE, 2001, p. 13 - 14). Este objetivo alia-se ainda à garantia da prestação de cuidados de enfermagem centrados na pessoa, de forma humanizada, personalizada, sistematizada e globalizada, o que se torna possível através do processo de enfermagem que tem como primeira etapa, a anamnese e exame físico. Neste âmbito é essencial que haja uma boa colheita de dados, uma vez que é imprescindível para o nosso cuidado de Enfermagem.

Ao longo do ensino clínico fui conseguindo adquirir uma autonomia e confiança crescente, relativamente ao processo de admissão/acolhimento da grávida/parturiente/acompanhante. Para tal, procurei como estratégia facilitadora no cumprimento desta meta, consultar todas as normas e procedimentos institucionais existentes no serviço, que me orientassem a prática.

Para promover o conforto e o relaxamento da parturiente foi mantida a privacidade, a intensidade da luz poderia ser ajustada quando desejado, o ruído era reduzido ao mínimo, e o acompanhante era envolvido e encorajado a participar no apoio à parturiente. Tal como defendem Lowdermilk e Perry (2008), a mulher em TP deve sentir-se segura na sala de partos e livre para usar as medidas de relaxamento e de conforto que prefere. Nesse sentido, torna-se fundamental propiciar uma experiência de parto positiva, além de amenizar os receios e incertezas envolvidos, criando sentimentos de confiança e segurança. Sempre que oportuno, foi solicitado à parturiente cooperação nos cuidados, desta forma, a mulher estava ciente da necessidade de colaborar e mostrar um papel ativo no seu TP.

Procurei atender, o quanto possível, ao papel do acompanhante como o intuito de promover a ligação entre a díade, bem como criar um ambiente familiar envolvente e facilitador da vivência do TP e parto, procurando que seja o mais positivo e satisfatório para ambos.

O acompanhante, na sala de partos, pode e deve ser o mais participativo possível, sempre de acordo com as expectativas da grávida/acompanhante/casal, uma vez que contribui para o bem-estar físico e emocional. Geralmente, a sua presença e o seu apoio, permitem reduzir sentimentos de solidão, ansiedade e os níveis de *stress* causados pela vulnerabilidade da parturiente, bem como

outros fatores geradores de desconforto durante o TP. O apoio durante o parto e o nascimento também contribui para elevar a autoestima da mulher.

Durante o ensino clínico procurei incentivar a parturiente/acompanhante a verbalizarem os seus medos e receios, tal como as suas expetativas. Segundo a OE (2011), o “saber ouvir” as expetativas e desejos do acompanhante, promove o seu envolvimento no processo de TP e dar suporte emocional sempre que necessário, possibilitando assim uma parceria harmoniosa no processo de cuidados. O facto das parturientes se encontrarem quase sempre acompanhadas, foi um desafio muito gratificante, pois permitiu o desenvolvimento de competências relacionais com a mulher/acompanhante, e o aperfeiçoamento na utilização de algumas técnicas de comunicação de forma a estabelecer uma relação terapêutica. É fundamental que o EEESMO compreenda que o seu apoio tem um resultado direto na forma como a mulher encara o seu TP e parto (OE, 2015). A autonomia da mulher durante o TP “está associada à sua participação nas decisões que ao parto diz respeito, depois de devidamente informada das evidências científicas disponíveis para indicação da melhor conduta na sua situação específica” (APEO, 2009, p. 16).

Um outro aspeto considerado importante, foi o facto de saber se aquele casal, tinha ou não realizado o curso de preparação para a parentalidade, e se tinha elaborado o seu plano de parto. O investimento que a mulher faz no seu conhecimento é de extrema importância para o entendimento de todo o processo de gravidez, TP, parto e puerpério. Este conhecimento prévio permite-lhes tomar decisões de forma consciente e instruída. O Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco promovido pela DGS (2001), parte do conceito de gravidez como uma oportunidade para promover um futuro mais saudável da população, desde o início do ciclo de vida. Nesse sentido, dá igualmente ênfase à avaliação do bem-estar emocional da mulher, da criança e da família.

Para que as parturientes participem na tomada de decisão devem ser capacitadas e empoderadas durante a gravidez. Este processo deve ser ativado durante as sessões de preparação para o nascimento e parentalidade, garantindo que as mulheres são proativas neste processo (Couto & Carneiro, 2017). A preparação para o parto é um dos temas abordados. A DGS defende que todas as grávidas ou casais tenham acesso a um curso de preparação para o nascimento, ou para a parentalidade. Os cursos devem abordar todas as transformações físicas emocionais, as várias etapas de desenvolvimento fetal, bem como promover a participação do pai ou da pessoa significativa para a grávida durante este processo. O objetivo é reforçar a confiança e aumentar as competências (DGS, 2001, p. 62 – 63).

Para Couto (2003), emerge a necessidade de se desenvolver cursos de preparação para o parto, uma vez que proporciona inúmeras vantagens para a mulher, e para a sociedade em geral.

Há a salientar os benefícios para a saúde, tais como: partos mais breves, diminuição da administração de medicação, e até reduzida instrumentalização do parto. Uma mulher elucidada e colaborante terá um parto mais fácil, reduzindo complicações, tempo de internamento, entre outros. Perante tais conclusões, são de considerar que, independentemente da cultura, condições socioeconómicas ou demográficas, a educação da grávida é o alicerce principal, e a forma de contribuir para que a gravidez e o nascimento sejam acontecimentos normais e saudáveis no seio dos indivíduos, família e sociedade em geral.

A preparação para o parto, com a ajuda de técnicas respiratórias e outras, ajuda a reduzir e controlar a dor e o desconforto, proporcionando ao casal, uma oportunidade única para o marido/companheiro ajudar a sua mulher nessa experiência única. Na prática, é bastante comum verificar que as puérperas que frequentaram o curso, consideraram que a experiência e os conhecimentos adquiridos foram importantes para o desenvolvimento da sua confiança no desempenho do papel materno (Couto, 2006). O EEESMO tem assim um papel essencial na implementação destes cursos, uma vez que tem competências para “conceber, planear, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável” (OE, 2019 e Pereira, 2016, p. 153).

Ao longo do ensino clínico, pude constatar que a maioria das mulheres/acompanhantes que acompanhei, num total de 92 parturientes, cerca de 45 frequentaram o curso de preparação para o parto/parentalidade, estavam mais confiantes em relação a todo o processo de TP, parto e puerpério, pelo que demonstraram uma maior colaboração.

Quando a grávida frequenta o curso de preparação para a parentalidade fica, também, mais desperta para a elaboração do seu plano de parto. Segundo a Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher (2017, p. 3), elaborar o plano de parto, ajuda a grávida a perceber o que acontece em cada fase do TP, e a organizar as suas ideias e escolhas, assim como partilhá-las com o acompanhante, também ele mais informado sobre como e quando ajudar ao longo de todo o processo.

Relativamente ao plano de parto, apenas 5 parturientes formularam o seu plano de parto escrito, no entanto, cerca de 70 parturientes apresentavam mentalmente o seu plano de parto. Estes desejos assimilados prendiam-se fundamentalmente com: presença do acompanhante durante o TP e parto, deambulação, ingestão de líquidos, o uso da bola de pilatos, não utilização de terapêutica de indução do TP, analgesia epidural, não realização de episiotomia, o corte tardio do cordão umbilical, o contacto pele a pele após nascimento, amamentação na primeira hora de vida, etc.

O que se verificou no serviço foi total disponibilidade da equipa para acolher estas aspirações das parturientes, o objetivo é o de respeitar as vontades e desejos, sempre que possível, tentando proporcionar à mulher/acompanhante/casal a experiência que esta(es) desejava(m) para o seu parto. Seguindo este princípio, penso que a minha atuação decorreu de acordo com o plano de parto elaborado pela mulher, garantindo intervenções de qualidade e um ambiente seguro durante o TP e parto (OE, 2019).

A preocupação e intenção de proporcionar uma experiência de parto positiva à mulher/acompanhante tem, com o contributo das orientações emanadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), trazido alterações na forma como estas são acompanhadas durante o TP, visando a “humanização” deste evento e principalmente trazendo uma mudança de olhar sobre o mesmo. O TP deve ser acompanhado de um cuidado humanizado, caracterizado por atitudes sensíveis por parte da equipa de saúde devendo a grávida /família ser vista como um ser-humano integral, autónomo e indivisível.

Considero que o EEESMO surge como uma figura decisiva em todo o processo de hospitalidade da grávida/parturiente/acompanhante, na construção de uma relação terapêutica, de empatia e de ajuda, uma vez que irá ser determinante para uma colaboração mais ativa e confiante por parte da grávida ao longo de todo o processo. Mas, para que a parturiente/acompanhante se sintam confiantes, é imprescindível que o EEESMO lhe assegure o bem-estar fetal.

De acordo com as novas *Guidelines* para monitorização fetal intraparto da Federação Internacional de Ginecologia e Obstétrica (FIGO) (2015), a cardiocotografia consiste na monitorização contínua da frequência cardíaca e da contractilidade uterina, procedimento que claramente revolucionou a prática obstétrica. A vigilância do bem-estar materno-fetal é realizada, através do registo cardiotocográfico (RCT), sendo este um aspeto fulcral da nossa atenção, avaliação e intervenção como EEESMO (Santo, 2016).

Com a chegada da parturiente à sala de partos, é instalada a monitorização fetal, estando preconizado no serviço a realização de RCT de forma contínua/intermitente, consoante a necessidade. Apesar de ser uma competência já adquirida em estágios anteriores, senti a necessidade de aprofundar e consolidar conhecimentos, devido à especificidade do serviço em questão.

O conhecimento, interpretação e avaliação do RCT foram basilares para o resultado positivo que é esperado por todas as grávidas. Foi através da correta visualização e interpretação do RCT que se identifiquei e monitorizei desvios ao padrão normal de evolução do TP, referenciando as situações que estão para além da área de atuação do EEESMO. A noção dos limites da ação dos

EEESMO perante um RCT não tranquilizador e o seu o sentido de responsabilidade deve imperar sempre, e alertar a equipa médica para que possam, a partir daí, responsabilizar-se por outro nível de atitude, como, por exemplo uma cesariana.

Considero que o meu enriquecimento na leitura de RCT foi gradual, recorrendo sempre à bibliografia, à equipa de enfermagem e médica, para eventuais questões, pelo que foram sempre prestáveis, fazendo paralelismo com a situação real.

No serviço, além das mulheres em TP ativo, deram também entrada outras situações que naquele momento exigiam uma vigilância mais apertada, como, por exemplo: ameaça de parto pré-termo (APPT), diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, rutura prematura de membranas (RPM), restrição de crescimento intrauterino (RCIU), entre outros. Em algumas destas situações houve necessidade avaliação do Índice de *Bishop* para decisão do método e/ou necessidade de indução do TP (Cunha, 2010).

Atualmente estão disponíveis dois tipos de métodos para a indução do TP: os mecânicos como a amniotomia e os farmacológicos, como a ocitocina e as prostaglandinas. A prática da amniotomia não foi frequentemente realizada no serviço por duas razões, relacionadas com o tempo que pode demorar para desencadear o TP, bem como pelo risco de infeção materno/fetal, aumentado pelo tempo de rotura das membranas. Esta conduta também não é recomendada como método de indução do TP pelas *guidelines* da NICE (2008).

A dinoprostona foi o método farmacológico mais utilizado para induções do TP, sendo também o mais recomendado segundo as *guidelines* da NICE (2008). Em relação à indução do TP com misoprostol, não parece haver evidências suficientes quanto aos riscos e benefícios, a atual recomendação é de que o seu uso seja evitado (Souza, et. al., 2010).

Para Clark et al. (2009), a administração de ocitocina para induzir/acelerar o TP deveria ser instituída somente após verificação da presença de critérios bem definidos, como o prolongamento da fase latente e ativa do TP e falta de progressão no segundo período de TP.

Para compreensão da evolução do TP, foi indispensável realizar o exame vaginal, que segundo Lowdermilk e Perry (2008) é um exame imprescindível, na prática do EEESMO, visto que permite avaliar se a mulher se encontra ou não, em TP ativo. Ainda segundo este autor, através da realização deste exame conseguimos perceber qual a dilatação, posição e apagamento do colo, o tipo de apresentação, a situação e a variedade fetal.

Antes da execução do exame vaginal, foi sempre pedido permissão à parturiente para a sua realização. Era avaliada a extinção e dilatação do colo, a integridade das membranas, a apresentação, a variedade fetal, a descida da apresentação, a avaliação e progressão do TP. A realização deste procedimento foi um grande desafio, pois nem sempre há consenso entre os

profissionais devido à sua relativa subjetividade. Contudo, a ajuda das EEESMO orientadoras, foi primordial para um progresso evolutivo muito positivo.

Relativamente à dor no TP, a OE (2015) refere que o EEESMO: deve ter conhecimento profundo acerca da fisiologia da dor do TP e deve conseguir dissociá-la do conceito clássico/cultural de “dor que precisa de tratamento”. A dor do TP não pretende alertar para algo que está a correr mal, ou para uma agressão que o organismo sofreu. É importante que o EEESMO reconheça que, durante o TP, todas as mulheres vão experimentar, em algum momento, algum nível de dor (fisiológica), e deve saber mobilizar todos os recursos fisiológicos da mulher para a gerir. A dor do TP é positiva, e tem um propósito, a mulher deve confiar no seu corpo, e na sua “capacidade inata para parir”.

Cabe ao EEESMO oferecer as melhores condições para a mulher manifestar as suas sensações físicas, sem constrangimentos ou restrições, ajudando-a a transcender o sofrimento e a encontrar significado na dor, focalizando os seus pensamentos no filho que vai nascer. Assim, tentei compreender quais as medidas de alívio de dor percebidas por cada grávida/parturiente/acompanhante e, em conjunto, definirmos estratégias para as operacionalizar.

O facto de as puérperas terem participado em aulas de preparação para a parentalidade, mostrou que, o conhecimento adquirido foi a chave fundamental no controlo da dor durante o TP. Quando as competências adquiridas em saúde materna são colocadas ao dispor das grávidas, para as capacitar acerca das estratégias de alívio da dor, e as põe em prática, torna-se extremamente gratificante, pois vemos a sua verdadeira eficácia.

Das grávidas/parturientes que tive oportunidade de cuidar ao longo do ensino clínico, a grande maioria tomava a iniciativa de usar as medidas não farmacológicas de alívio da dor enquanto considerava que a dor ainda era suportável.

Uma das formas mais utilizadas de alívio da dor de TP foi a deambulação, sempre que possível foi permitida às parturientes a possibilidade de deambular durante o TP, assim como de adotarem posicionamentos mais confortáveis. Segundo a evidência científica, as mulheres que adotam posições verticais, e que deambulam durante o parto, têm TP mais curtos, com necessidade de menos intervenções, reportam menos dor severa, e descrevem uma maior satisfação com a experiência do nascimento, comparativamente a mulheres que têm os seus filhos em posição supina, e a quem não é permitido deambular (Ondeck, 2014). O facto de ter possibilidade de colocar RCT móvel, com telemetria, permitiu a deambulação sem restrições, considerado este aspeto extremamente positivo por parte das parturientes. A deambulação e a adoção de diferentes posicionamentos são também preconizadas pelas fontes consultadas como promotoras de um

parto normal (APEO, 2012) e são referidas por diversos autores, como formas de cuidado benéficas, nomeadamente por Lowdermilk e Perry (2008).

Relativamente ao uso da bola de parto/pilates, foi também uma prática solicitada pelas grávidas/parturientes, uma vez que a mulher consegue ficar sentada com a coluna bem alinhada, sem desconforto. Ao contrário da marquesa ou cadeira, com a bola, a mulher consegue realizar vários movimentos, moldando o corpo, facilitando na descida do feto, proporcionando conforto e alívio da dor.

A massagem é um exemplo de método de estimulação sensorial, tem como potencial promover o alívio da dor, além de proporcionar contacto físico entre o acompanhante e a parturiente, potenciando o efeito de relaxamento, diminuindo o *stress* emocional, melhorando o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos (Gallo, Santana et al., 2011). Sendo uma técnica que inclui o acompanhante, o EEESMO tem a responsabilidade de o envolver, e incentivar a participar ativamente nos cuidados, sempre que esse seja o desejo da grávida/parturiente/acompanhante.

Os exercícios respiratórios foram também aspetos explicados ao longo de todo o TP, têm como objetivo reduzir a sensação dolorosa, melhorar os níveis maternos de saturação de oxigénio, proporcionar relaxamento e diminuir a ansiedade. Os exercícios respiratórios podem não ser suficientes na redução da sensação dolorosa durante o primeiro estágio do TP, porém, são eficazes na redução da ansiedade (Böing, Sperandio & Santos, 2007). O facto de terem frequentado cursos de preparação para a parentalidade, demonstrou conhecimentos acerca dos exercícios respiratórios a efetuar em cada etapa do TP, quando não possuíam este conhecimento foi necessário instruir a parturiente, de modo a colaborar o mais possível, com o intuito de reduzir a sensação dolorosa do TP.

O duche foi também um método muito útil para ajudar no alívio da dor do TP, a água quente induz a vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo, promovendo relaxamento muscular. O mecanismo de alívio da dor, por este método, é a redução da liberação de catecolaminas e elevação das endorfinas, reduzindo a ansiedade e promovendo a satisfação da parturiente (Davim, Torres, Dantas et al., 2008).

Alguns investigadores defendem que a utilização da música potencializa os resultados, por ser considerado um meio muito eficaz como foco de atenção, sendo assim um meio de distração, causando um estímulo agradável ao cérebro, desviando a atenção da parturiente no momento da dor. O efeito da música no TP, como método não farmacológico para o alívio da dor, pode interferir no círculo vicioso medo-tensão-dor, de forma relaxante, visando à quebra deste ciclo e, consequentemente minimizar a dor (Silva et al., 2011).

Verifiquei que todas as mulheres experimentaram as medidas não farmacológicas de alívio da dor, mas em algumas, quando a sensação dolorosa se intensificou, e passaram a perceber a dor como insuportável, uma parte solicitou a realização de analgesia epidural. Sempre sob vigilância e desde que não haja contraindicação clínica, a analgesia não parece ter qualquer influência negativa sobre a evolução do TP, nomeadamente no que diz respeito à incidência de parto distócico, efeitos sobre o feto, RN ou sobre a mãe (Parpinelli, Surita et al., 2011). Para a realização desta técnica, é obrigatório que mulher tenha lido e assinado o consentimento informado, protocolado no serviço. Prestei apoio à equipa de anestesia durante a realização da técnica.

Decorrido o primeiro estadio do TP, segue-se o período expulsivo. Nesta fase, preparava e verificava todo o equipamento e material necessário para executar o parto. Chegada a hora de iniciar esforços expulsivos por parte da mulher, foi importante ouvir a sua opinião relativamente à posição a adotar. A prática foi individualizada, de acordo com as características e as expectativas das parturientes. Verificou-se que, as mulheres que efetuaram o curso de preparação para a parentalidade, possuíam conhecimento das várias posições para parir, nomeadamente de cócoras, lateralizada, litotomia, entre outras.

Também a episiotomia foi alvo de discussão entre a parturiente e o EEESMO e, sempre que possível, era evitada acordo com avaliação das condições do períneo.

Após o nascimento, e permeabilização da via aérea, o RN era colocado sobre o abdómen da mãe, era efetuada a laqueação tardia do cordão umbilical, o que vai de encontro à evidência científica, e referido pela OMS (1996), que a clampagem tardia do cordão umbilical é a forma mais fisiológica de o fazer, enquanto que a clampagem precoce, só deve ser realizada caso existam motivos. Royal College of Obstetricians (2015), recomenda seguir as orientações da OMS (2012), reconhecendo que a estabilização do RN sobre o abdómen materno, com o cordão intacto, é uma prática com benefícios clínicos reconhecidos, assim como um procedimento valorizado pelos pais.

O corte do cordão umbilical era efetuado pela parturiente/acompanhante, de acordo com o seu desejo, sendo esta uma prática comum dos EEESMO, de forma a valorizar a participação do pai/acompanhante nos cuidados. Facto que vai ao encontro aos resultados do estudo realizado por Brandão (2010), que sugerem que a laqueação do cordão umbilical efetuado pelo pai parece beneficiar o envolvimento emocional entre o pai e o bebé.

Nem sempre foi possível proceder á laqueação tardia do cordão, devido à necessidade de colheita de células estaminais, quando os RN's apresentaram circulares, ou quando havia necessidade de reanimação neonatal.

O contato precoce pele a pele começa no nascimento, consiste em colocar o RN, coberto com um lençol quente, no peito da mãe. Ajuda a fortalecer o vínculo entre mãe e filho, e facilita a

amamentação. A promoção do contacto físico, imediatamente após o nascimento, é considerada uma prioridade na prestação de cuidados humanizados. Esta perspetiva tem como principal objetivo um acolhimento suave do RN, minimizando o impacto da transição do mundo intrauterino para o extrauterino.

Este primeiro contato entre RN e mãe é há muito praticado neste local de estágio, como tal foi sempre cumprido, sempre que possível. Assim, como o contacto pele a pele é respeitado, também a amamentação na primeira hora de vida, sendo uma prática recomendada pela OMS (2013) e, ambos, representam os critérios que integram o projeto Maternidade com Qualidade da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da OE (MCEESMO). O contacto pele com pele após o nascimento e a amamentação na primeira hora de vida são fatores preponderantes para o sucesso da amamentação, e para o estabelecimento do vínculo afetivo, mãe/filho (Galvão, 2009).

Amamentar é uma técnica que exige aprendizagem e prática, e nem sempre é fácil o seu início, quando se associa a esta experiência, o desgaste e o cansaço inerente ao TP, observamos as dificuldades e as dúvidas muitas vezes verbalizadas pelas puérperas no momento da primeira mamada do RN. Verificamos que, é fundamental a intervenção do EEESMO, no sentido de implementar medidas promotoras de conforto, para que a amamentação na primeira hora de vida seja uma realidade promotora de bem-estar.

No que diz respeito ao 3.º estadio do TP, aguardava-se a dequitação até 30 minutos após o parto e, após esta, era verificada a formação do globo de segurança de *pinard*, e iniciada perfusão de ocitocina, como método profilático da hemorragia pós-parto, segundo protocolo do serviço. A evidência científica, descrita por Westhoff, Cotter e Tolosa (2013), refere o uso de ocitocina profilática eficaz na prevenção de perdas de sangue superiores a 500 ml.

Quando houve necessidade de efetuar episiotomia, ou ocorreram lacerações, foi realizada episiorrafia por planos e o encerramento da pele foi usado o ponto de *Donati*. Inicialmente, foram sentidas algumas dificuldades na realização da episiorrafia, devido à inexperiência de manuseamento dos ferros cirúrgicos e à fisionomia do períneo, conduzindo a um aumento significativo do tempo que a mulher fica posição ginecológica. As EEESMO orientadoras tiveram um papel fundamental no desenvolvimento desta competência com os seus ensinamentos, conselhos, correções e o apoio proporcionado, aumentaram consideravelmente a confiança e habilidades técnicas. O meu empenho foi também determinante para que, algum tempo depois, conseguisse realizar esta técnica de forma perfeita e com maior rapidez.

Foi fundamental parar e refletir sobre os cuidados prestados à mulher/família em TP pois, como diz Ramalho (2009), citando Watson (2002), quando procedemos à análise da nossa prática,

podemos clarificar os pontos fracos ou falhas, potenciando a mudança de atitudes, numa lógica de construção de competências e de desenvolvimento profissional, com o objetivo de adequar os cuidados às necessidades concretas daqueles que cuidamos. O cuidado está intrinsecamente ligado ao conforto, e ambos são fundamentais no TP. Confortar permite que a parturiente/acompanhante se sintam cuidados. O cuidado envolve também um ambiente acolhedor, atencioso e caloroso que lhe propicie alívio no sofrimento, segurança, bem-estar e lhe permita o desenvolvimento de estratégias de *coping* eficazes para a adaptação à condição que está a ser vivenciada.

Como referido anteriormente, quando procedemos à análise da nossa prática, podemos debater os pontos fracos, que no caso deste ensino clínico, relaciona-se com o facto da parturiente com rutura das membranas ou com analgesia epidural (com perfusão contínua) ficar impossibilitada de deambular, usar a bola de pilates ou tomar um duche.

2. A DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Desde os primórdios da sociedade, até meados do século XX, o parto era considerado um evento familiar, realizado nos lares das parturientes, com a assistência de parteiras, curandeiras, comadres e até mulheres de confiança da parturiente e família. Este cuidado era garantido durante o TP, parto e puerpério, com um olhar integral, abrangendo não só a mulher, mas todos do contexto familiar (Pimenta, et al., 2013).

Muito antes do surgimento dos hospitais e da obstetrícia moderna, as parteiras tradicionais apenas tinham à sua disposição o conhecimento adquirido através da experiência e/ou dos conhecimentos transmitidos pelos antecedentes. Apesar da sua assistência ter contribuído, ao longo de muitos anos, para minorar complicações e salvar mães e bebês, as suas técnicas eram limitadas e havia emergências nas quais pouco poderiam fazer para evitar a morte materna e fetal (Odent, 2003; Pintassilgo, 2014 & Foster, 2015).

O parto sempre foi considerado um processo natural e fisiológico, envolvendo fatores biológicos, psicológicos e socioculturais. Porém, pela necessidade de intervenção em alguns casos, e pela evolução da medicina, tendencialmente passou a ser um acontecimento institucionalizado, ocorrendo a transição do parto domiciliar para instituições hospitalares, provocando o declínio das parteiras.

Parir é uma experiência vivida de diferentes formas conforme as civilizações. Pode ser uma experiência perigosa, dolorosa, satisfatória e importante, de acordo com as características individuais e culturais de cada mulher (Correia, 1998). A mesma autora afirma que não se encontra um comportamento universal por parte da mãe, mas sim uma grande variabilidade na sua expressão, que decorre das suas experiências, da sua cultura, das suas ambições, dos seus projetos e do seu funcionamento afetivo-emocional.

A OMS salienta que o parto é visto como um evento natural e não necessita de controle, mas sim de cuidados, e que os profissionais de saúde intervenham no nascimento de uma criança somente quando necessário (Rabelo, 2006). Prestar uma assistência humanizada no parto garante respeito pelo direito das mulheres e da criança, com condutas baseadas em evidências científicas.

Desde há muito que se tem procurado proporcionar uma vivência mais positiva da experiência de parto, em particular a diminuição da dor inerente. A dor do TP é relatada desde sempre, mantendo-se ainda hoje, apesar do investimento e desenvolvimento de estratégias para o seu alívio.

A maioria das mulheres refere-se ao parto como uma experiência difícil, pautada pela dor e medo, sendo a dor um dos elementos mais marcantes, que interfere na percepção de uma experiência menos positiva. Pacheco, Figueiredo e Costa (2005) afirmam que a dor é uma das dimensões mais adversas do parto, razão pela qual a maioria das mulheres espera vir a sentir, e sente, muita dor. Os mesmos autores, citando Niven (1989), referem que as mulheres com expectativas mais irrealistas do parto são as que experienciam níveis mais elevados de dor.

A dor de parto é uma consequência das modificações nas estruturas maternas que ocorrem no TP. Esta é sentida por muitas mulheres, e é uma dor fisiológica, causada por diversos fatores, mas essencialmente pela contração uterina e a passagem do bebé pela bacia e canal vaginal (Gayeski & Brüggemann, 2010).

Existe uma mútua influência entre a dor de parto e a biomecânica do parto. Assim, toda e qualquer ação desenvolvida para facilitar a biomecânica do parto diminuirá a dor, e as ações para diminuir a dor facilitarão a biodinâmica do parto.

Poucas situações álgicas sofreram, ao longo dos tempos, a evolução conceptual que tem tido a dor de parto, com a natureza divina do acontecimento a influenciar sempre a sua caracterização, sem prejuízo do exemplo de civilização que queiramos considerar. É esta evolução que tem vindo a permitir a alteração a que se tem assistido à firme posição dos que, desde há muito, têm defendido a ideia do parto “natural” como sinónimo de parto “normal”, como que ignorando o facto de o parto poder determinar a mais intensa e insuportável dor sentida pela mulher, em algum momento da sua vida.

“Será que essa dor é mesmo real? A ciência comprova que a dor é de facto um fenómeno duplo, físico (objetivo) e individual (subjetivo) ou psicossomático. A dor de parto é assim, uma realidade com base somática, aliada ao componente subjetivo e influenciada por fatores socioculturais. Assim, a dor de TP e as medidas para aliviá-la são aspetos fundamentais para as parturientes e para as suas famílias, com implicação na sua evolução, qualidade, desfecho e custo da assistência ao parto” (Aveiro e Velosa, n.d., p. 3).

Os efeitos do avanço da medicina passaram a propagar as noções de que, para as mulheres, o parto ideal seria o parto sem dor. A disseminação da noção do parto como um evento patológico levou às instituições a medicalizar e utilizar indiscriminadamente a tecnologia (Brigagão & Gonçalves, 2010).

Uma tarefa importante em obstetrícia é ajudar as mulheres a suportar a dor de parto. Isto pode ser alcançado através de alívio da dor, com medidas não farmacológicas, ferramentas importantes e com comprovação científica, utilizadas durante o TP. Estas orientações devem-se

iniciar, na medida do possível, durante o período pré-natal, para que a gestante se familiarize com as medidas não farmacológicas disponíveis.

No sentido de melhorar a qualidade da assistência aos utentes, a Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor, estabeleceram diretrizes que a mensuração e registo da dor devem ser realizados com o mesmo rigor e seriedade que a pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura, denominando assim a dor como “5.º sinal vital” (Aveiro & Velosa, n.d., p. 1). As iniciativas proliferam por parte da DGS, bem como da Associação Internacional para o Estudo da Dor, quando intitulam a “Dor como 5.º Sinal Vital”, e consideram como boa prática clínica, na prestação de cuidados de saúde, a avaliação e registo regular da intensidade da dor, à semelhança do que já acontece para os 4 sinais vitais (DGS, 2003).

A hospitalização, e conseqüente medicalização e instrumentalização dos partos constituiu uma transformação muito significativa na maneira como a sociedade passou a perceber o evento do parto e nascimento pois, antes da hospitalização em massa, este evento era percebido como um episódio quotidiano, familiar e natural, apesar dos riscos associados. Com a hospitalização, o que se observa é que os partos e nascimentos passaram a ser entendidos como eventos médicos. A mulher e o bebé passaram a receber a conotação de pacientes, por estarem no hospital – e até mesmo de doentes – mesmo sem necessariamente apresentarem uma doença.

O parto e nascimento passaram a ser medicalizados e instrumentalizados sistematicamente, de maneira preventiva, mesmo aqueles que poderiam ter sucedido naturalmente, sem intervenção, assumindo assim riscos acrescidos (Pintassilgo, 2014). Por exemplo, o uso de ocitocina sintética, largamente utilizada para induzir ou acelerar o TP, contribuindo para o aumento da dor de parto. Outros fatores que podem agravar esta dor são: restrição ao leito, falta de apoio, excesso de estímulos, presença de estranhos, medo e tensão (Rohde, 2016).

As recomendações da OMS concluem que, se pode melhorar as taxas de mortalidade neonatal e materna, com o respeito do processo fisiológico do TP e parto, o respeito pela individualidade de cada mulher, a sua autonomia decisiva e o acontecimento familiar que representa o nascimento do bebé, tendo em consideração a segurança e o intervir apenas quando necessário (Oliveira, 2017).

Para cortar o ciclo de medo-tensão-dor é essencial que, no momento do parto, a mulher seja assistida por profissionais competentes em auxiliá-la e confortá-la, ajudando-a a sentir-se segura e confiante (Dick-Read, 2004 & Odent, 2004).

Atualmente, com a ampliação do conhecimento sobre os mecanismos fisiológicos que geram a dor durante o parto, diversos investigadores têm aconselhado a utilização de medidas que permitam vencer esse desafio. Várias medidas não invasivas e não farmacológicas têm sido indicadas para a humanização do parto e nascimento, como, por exemplo: massagem, banho, presença contínua do acompanhante, explicação e orientação antecipada dos procedimentos e liberdade para assumir a posição desejada durante o TP. Entre estas medidas não farmacológicas de alívio da dor do TP, encontram-se, ainda, as medidas psicoprofiláticas (respiração e relaxamento), que tiveram Dick-Read e Lamaze como os seus pioneiros (Couto, 2006).

A humanização do parto pretende enriquecer a relação de ajuda, a realização de procedimentos comprovadamente benéficos, a redução de medidas intervencionistas, privilegiando a autonomia e privacidade da mulher, aumentando o respeito pela individualidade de vida da mesma (Ferreira, et al., 2013). Ao humanizar o nascimento é devolvido o protagonismo às mulheres durante o TP e parto.

Em Portugal, a OE, através da MCEESMO também pretende promover a prestação de cuidados de enfermagem centrados na mulher e RN, com a definição de Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (PQCEESMO), com o intuito de promover a reflexão acerca da prestação de cuidados do EEESMO, bem como, contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados, com a construção e implementação de programas de melhoria contínua de qualidade dos EEESMO (OE, 2011). Um desses projetos, promovidos pela MCEESMO denomina-se “Maternidade com Qualidade”, como referido anteriormente, incentiva os EEESMO a prestarem cuidados segundo evidências científicas. Permite que os profissionais de saúde encarem outras ou “novas” medidas que facilitam o parto normal, permitindo que as mulheres adquiram um papel mais ativo no TP e parto.

2.1. AS MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS UTILIZADAS NO ALÍVIO DA DOR DA MULHER EM TRABALHO DE PARTO

“Menos interferência no TP por forma a acelerá-lo” (OMS, 2018).

A OMS (2018), emitiu novas diretrizes para estabelecer padrões de atendimento globais para mulheres grávidas saudáveis, e reduzir intervenções médicas desnecessárias, nas quais recomenda que as equipas médicas e de enfermagem não interfiram no TP de forma a acelerá-lo, a menos que existam riscos reais de complicações. Assim, foram determinadas práticas que devem ser estimuladas na assistência obstétrica, permitindo que a mulher se sinta segura e confiante com

maior sensação de controlo do parto (Ritter, 2012). Recomendando-se o uso de medidas não farmacológicas para alívio da dor durante o TP, como a massagem e técnicas de relaxamento, exercícios respiratórios, banhos de imersão, liberdade de posição, movimento e exercícios na bola de pilates (Hanum, Mattos et al., 2017).

As medidas não farmacológicas para o alívio da dor são recursos utilizados para aumentar a tolerância à dor e reduzir o uso de fármacos e tecnologias invasivas durante o TP e parto. Estes recursos foram iniciados na década de 1950 pelo obstetra francês *Ferdinand Lamaze*. A filosofia de *Lamaze* declara a normalidade do nascimento, reconhece a capacidade inerente à mulher de parir e promove as práticas para um nascimento saudável (Lamaze International, 2013). Esta filosofia assenta no uso de técnicas de relaxamento e de respiração pela grávida, a par do apoio emocional do acompanhante e de um EEESMO, que acreditem e que a ajudem a confiar na sua capacidade para ter o filho de forma confortável, de modo a permitir uma experiência mais natural do parto.

Essas medidas baseiam-se em conhecimentos que não necessitam de equipamentos sofisticados para a sua utilização, podendo ser aplicados com a colaboração do acompanhante (Gayeskil M. & BrüggemannII, O., 2010).

Na perspetiva de Gallo, Santana et al. (2011) a principal vantagem na utilização de recursos não-farmacológicos é o reforço da autonomia da parturiente, proporcionando uma participação ativa da parturiente, bem como do acompanhante, durante o TP. O papel do EEESMO deve estar focado em proporcionar um momento singular a cada parturiente/casal, respeitando os seus significados, garantindo o direito de ser mãe/pai com humanidade e segurança, permitindo o respeito, a solidariedade e o amor pelo ser humano, e alcançando o princípio da humanização do parto (Coelho, Rocha e Lima, 2018). O que vai de encontro ao que nos diz o RCEESMO, onde estão definidas as competências do EEESMO, nas diferentes áreas da atuação, onde refere que o profissional “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos” (OE, 2019, p. 13563).

2.2. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS ORIENTADORES DA PRÁTICA CLÍNICA

As teorias de enfermagem constituem uma parte importante para a Enfermagem, enquanto disciplina, no ramo do ensino, como profissão, no campo prático especializado. Como visto anteriormente, para que a mulher tenha um papel ativo durante o TP e parto, esta deve ser informada e empoderada e, para isso, é necessário o EEESMO tenha um papel preponderante na

sua capacitação, fornecendo toda a informação pertinente às grávidas/casais, para que, tenham um papel ativo durante o TP e parto.

Com a expansão do modelo mecanicista de *Newton* da física pela visão de *Einstein* da física quântica, os seres humanos passam a ser vistos não apenas como máquinas, mas sim como campos de energia, que se interpenetram e se influenciam reciprocamente. Com isso, Gerber (1988) introduziu na medicina convencional um sistema de pensamentos que estuda o funcionamento corpo humano a partir de uma perspectiva que considera ser ele constituído por múltiplos sistemas energéticos, que se influenciam reciprocamente, e que os nossos pensamentos e emoções afetam a nossa fisiologia.

Este modelo vai de encontro à “Teoria dos Seres Humanos Unitários” de *Martha Rogers*, onde o foco da ciência da enfermagem para a teórica é o ser humano unitário, que é contínuo, evolutivo, indivisível, incerto, em constante troca energética com o ambiente e que utiliza de modo ininterrupto o seu potencial criativo, ao readaptar-se a cada mudança que ocorre nos campos, humano e ambiental. O ser humano unitário caracteriza-se ainda pelo uso da abstração, sensação, emoção, imaginação, linguagem e pensamento produtivo (Sá, 1994, p. 174).

Esta teoria vai de encontro à temática das medidas não farmacológicas para alívio da dor da mulher em TP, uma vez que a mulher tem que ser vista como um todo, em constante interação com o meio ambiente, uma vez que o processo de TP é um processo dinâmico, em constante mudança, seja em termos emocionais, hormonais, alterações rápidas e inevitáveis nas funções corporais, ambientais, entre tantos outros sistemas. Sendo, portanto, necessário que haja uma adaptação a todas estas mudanças de forma a estabelecer um equilíbrio, tendo sempre em vista um parto humanizado, que respeite a mulher/casal, nas suas formas de pensar, bem como nas suas reais necessidades.

O processo de vida dos seres humanos evolui irreversível e unidirecionalmente ao longo de uma sequência de espaço e tempo; o indivíduo não será o que foi ontem, ele acumula experiências e é influenciado por elas (Basavanthappa, 2007). A teoria de *Marta Rogers* reforça o pressuposto de que,

“o homem seja entendido, pela Enfermagem, como um processo de interação mútua do indivíduo com o ambiente e as suas variáveis partindo dos seguintes princípios: o ser humano é um todo unificado, possuindo uma integralidade individual e manifestando características que são diferentes da soma das partes; o indivíduo e o ambiente estão continuamente a permutar matéria e energia, sendo eles um sistema aberto” (Abranches, 2015. p. 14).

A enfermagem é entendida como a ciência e a arte de promover interação entre o ser humano e a natureza, visando à manutenção da sua integridade. *Martha Rogers* integra as terapias energéticas na sua teoria. Um dos pressupostos subjacentes refere que o ambiente e o indivíduo são sistemas abertos e que trocam matéria e energia entre si continuamente e que alterações num deles leva a alterações no outro, sendo “o toque uma forma efetiva de terapia ao permitir trocas de energia entre os seres humanos e o ambiente”, propõe ainda formas de desenvolver essa prática, concluindo que a criatividade é um dos principais recursos de que dispomos para alcançar esse desenvolvimento (Rogers, 1990). Descrevendo o ser humano como único, com o dever de promover uma interação com o seu ambiente para melhorar a sua saúde e referindo que o homem vive em constante desenvolvimento e mudança.

Tendo em conta os pressupostos da teoria de *Rogers*, em que cada um de nós não é um objeto estanque, interagimos com os outros, com o meio e vice-versa. O EEESMO, pelas suas competências, tem um papel fundamental no sentido de adotar estratégias que permitam a diminuição da ansiedade da pessoa de quem cuida. O papel fundamental do EEESMO, no acompanhamento da grávida é quebrar “ansiedade natural”, e isso, consegue-se através de empatia. O enfermeiro deve estar disponível para responder a todas as questões e prestar todas as explicações à mulher/grávida/casal. Para tal, é necessária uma interação constante entre a grávida e o ambiente que a rodeia uma vez que, tal como defende a teórica, “um cliente está em constante interação com o seu ambiente. Assim sendo, a enfermagem focaliza-se não apenas nos indivíduos, mas também em monitorizar, regular, manter e alterar ambientes” (Rogers, 1990).

O EEESMO deve ter um papel predominante no acolhimento e atendimento aos outros, através da sua total disponibilidade física e psicológica, e não somente através de procedimentos técnicos (Couto, 2006, p. 55 - 56). Em todos os momentos, a mulher/parturiente está a ser transformada e está em constante adaptação, em torno do seu ambiente. Eu, enquanto futura EEESMO, também na minha prática, tive em consideração todas as alterações da parturiente e acompanhante, de modo a dar resposta às suas reais necessidades, tendo em atenção ao processo de interação mútua da parturiente com o seu ambiente e as suas variáveis, estando em constante alteração, de modo a responder às reais necessidades da mulher.

Todas as experiências são muito específicas no que diz respeito ao TP, cada mulher tem a sua idealização do seu TP, tendo desejos, receios, medos, que são influenciados inevitavelmente através do ambiente em que esta está inserida e pelas constantes alterações que o próprio TP é sujeito. O ser humano é um ser em contante evolução, portanto, o EEESMO deve ter todos esses aspetos em consideração no que diz respeito ao cuidar em Enfermagem.

Em toda a minha prática clínica, dei especial importância à relação com a mulher/parturiente/acompanhante, tendo sempre em consideração a todas as mudanças a que ambos estavam sujeitos, de modo a responder assertivamente. Assumi, enquanto futura EEESMO, um papel fundamental, dando opções à mulher, de forma a ajudar a satisfazer as suas reais necessidades, tendo em conta o seu ambiente e toda a sua envolvência, bem como alterações normais decorrentes do TP e parto. A dor, sendo inevitável durante o TP, e provocando alterações tão significativas na mulher. A dor modifica a mulher, bem como a percepção que esta tem sobre o momento que está a passar, desta forma, é extremamente importante o EEESMO intervenha de forma a minimizar os efeitos negativos que este acarreta, ajudando e dando ferramentas.

3. METODOLOGIA: SCOPING REVIEW

Após o enquadramento teórico sobre a problemática em estudo, neste capítulo serão abordadas as decisões metodológicas adotadas. A metodologia procura explicar como o fenómeno e a sua problemática foram investigadas, bem como a razão porque foram utilizados determinados métodos e técnicas. É, deste modo, um conjunto de diretrizes que orientam a investigação (Dantas, Leite, et al., 2009).

Com o intuito de reunir e demonstrar a evidência científica disponível para fundamentar a tomada de decisão na prestação de cuidados e, aprofundar os conhecimentos acerca da temática em estudo, foi desenvolvida uma *scoping review*, aceite para publicação, disponível para consulta em anexo (anexo 1), seguindo as orientações do Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual de 2015 (Joanna Briggs Institute, 2015).

A *scoping review* visa a obtenção de resultados amplos e abrangentes e, por isso, com menor profundidade sobre um fenómeno de interesse (Grant & Booth, 2009). Neste sentido, a concetualização teórica sobre a temática, não só envolveu conceitos transversais à prática de enfermagem, como identificou conceitos específicos que possibilitaram a formulação da questão de investigação: **quais as medidas não farmacológicas utilizadas no alívio da dor da mulher em TP?** Tendo como objetivo: compreender quais as medidas não farmacológicas utilizadas no alívio da dor da mulher em TP.

Foram definidos critérios de inclusão, sendo eles: tipos de participantes: mulheres em trabalho de parto; conceitos: enfermagem, saúde materna e obstétrica, trabalho de parto, dor, medidas não farmacológicas de alívio da dor; contexto: procura-se saber quais as medidas não farmacológicas que as mulheres usam para alívio da dor em trabalho de parto e, por último, tipos de estudo: qualitativos e quantitativos.

Em sequência da elaboração da questão de investigação foram identificadas as **palavras-chave**, e as mesmas hierarquizadas com base na preocupação de centralizar o domínio da ação em enfermagem. Assim: 1.º *obstetrics*; 2.º *labor*; 3.º *labor pain*; 4.º *non-pharmacological*.

As palavras-chave foram validadas como descritores na plataforma *MESH Browser* acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh> a 20 de janeiro de 2020, no distrito de Leiria, pelas 19h00, para se poder identificá-las como descritores. Desta pesquisa conclui-se que as palavras-chave *obstetrics*; *labor*; *labor pain* são descritores, no entanto, *non-pharmacological* não é, tendo-se optado pela manutenção da mesma como palavra-chave de forma a direcionar a pesquisa para o tema pretendido e tendo em conta a conceptualização realizada.

Para alcançar o objetivo delineado, foi realizada a pesquisa de artigos em bases de dados científicas a 20 de janeiro de 2020, no distrito de Leiria, pelas 19h30, com a seguinte expressão de pesquisa ou estratégia de pesquisa: **“obstetrics AND labor AND labor pain AND non pharmacological”**.

De primeira linha foi selecionada a plataforma *EBSCO – Host - Research Databases*, uma vez que permite o acesso à produção e investigação científica das áreas das Ciências da Saúde e das Ciências de Enfermagem. Dentro desta plataforma foram escolhidas as bases dados: *CINAHL Plus with Full Text*, como a mais completa fonte de periódicos de saúde e enfermagem; a *MEDLINE with Full Text* que apesar de abranger apenas periódicos na área médica também se encontra dentro das mais completas bases de dados; a *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive Edition*, como base de dados que engloba também artigos/estudos no âmbito da área da enfermagem, biomedicina, ciências da saúde, saúde do consumidor e disciplinas de saúde correlatas; e a *MedicLatina*, por reproduzir uma coleção exclusiva de científicos de pesquisa e investigação médica de editoras latino-americanas e espanholas.

Os limitadores usados para cada base de dados foram os seguintes:

Tabela 1- Limitadores de pesquisa utilizados nas bases de dados

	Modo de busca: Booleano/Frase; aplicar assuntos equivalentes; texto completo; data de publicação: janeiro de 2015 e janeiro de 2020
CINAHL	Resumo disponível; prática baseada em evidências; humano; qualquer autor é enfermeira; sexo: Feminino; gravidez e texto completo em PDF
MEDLINE	Humano; resumo disponível e sexo: Feminino
Nursing & Allied Health Collection	Texto completo em PDF
MedicLatina	Texto completo em PDF

Partindo de cada descritor e do seu cruzamento de forma sequencial com cada um dos outros, até ao cruzamento final de todos os conceitos (1) **obstetrics** + (2) **labor** + (3) **labor pain** + (4) **non-pharmacological**, resultando 14 artigos, como se ilustra na tabela 2.

Tabela 2 - Identificação dos resultados por palavra-chave e conjugações possíveis, por base de dados

Palavra-chave/Descritores	ESBCOhost				
	Total	CIHNAL	NURSING	MEDLINE	MEDICLATINA
1 – obstetrics	20,052	11	1,099	18,292	650
2 – labor	5,719	7	2,648	2,483	581
3 – labor pain	106	0	14	76	16
4 - non pharmacological	484	0	50	361	73
1 e 2	1,534	5	151	1,258	120
1 e 3	76	0	12	54	10
1 e 4	29	0	2	22	5
2 e 3	106	0	14	76	16
2 e 4	28	0	1	20	7
3 e 4	18	0	1	15	3
1 e 2 e 3	76	0	12	54	10
1 e 3 e 4	14	0	1	12	2
2 e 3 e 4	18	0	1	15	3
1 e 2 e 3 e 4	14	0	1	12	2

Após a leitura dos títulos e resumos dos 14 artigos identificados, 5 foram eliminados e 9 cumpriam os critérios de elegibilidade, de acordo com Prisma 2009 *Flow Diagram* (presente no Appendix – anexo 1). Estes foram submetidos aos critérios de inclusão definidos, tendo-se excluído 6 por se considerar não fornecerem informações significativamente importantes para a *scoping review*, resultando **3 artigos** (dois estudos quantitativos e um estudo qualitativo).

Da análise dos referidos artigos, foi elaborada a ficha síntese da qual consta o título, cidade e ano de publicação, autores, tipo de estudo, identificação dos participantes, intervenções, resultados/conclusões e classificação do nível de evidência de acordo com *Rating System for the Hierarchy of Evidence* (presente no Appendix – anexo 1).

Na seguinte Tabela 3 expõe-se uma síntese dos artigos incluídos na *scoping review*, que comporta o nome dos artigos, cidade e ano de publicação, autores e um resumo.

Tabela 3- Resumo dos resultados dos estudos incluídos na scoping review

Artigo analisado	Cidade, ano de publicação	Autores	Resumo
nrº 1 – Manejo não farmacológico da dor no atendimento do parto: experiência baseada nas práticas formativas	Colômbia, 2019	Mary Luz Jaimes Valencia, Daniela Pereira Moreno, Alexandra Jimena Pedraza Acosta, Karol Xiomara Carvajal Cárdenas, Fredy José Mejía Rondón, Laura Andrea Aparicio Díaz, Martha Isabel Robles Carreño	<p>Tipo de estudo: Estudo qualitativo</p> <p>Participantes: 16 de alunos de Enfermagem</p> <p>Metodologia: Entrevistas a dois encontros focais, gravadas e transcritas no período de março a abril de 2018. O material utilizado foi submetido a análise de conteúdo manual.</p> <p>Resultados/Conclusões: Há consenso entre os participantes no que diz respeito à aplicação de medidas não farmacológicas para alívio da dor durante o TP.</p> <p>Em geral, todos os participantes reconhecem a importância do uso das medidas não farmacológicas para o alívio da dor na parturiente durante o parto.</p> <p>Os alunos de enfermagem identificam como medidas não farmacológicas de alívio da dor durante o TP: equilíbrio, aromoterapia, respiração, musicoterapia, massagem, imaginação direcionada, comunicação/distração e acompanhamento, demonstrando grande efetividade para as parturientes na redução e controlo da dor durante o TP.</p> <p>Relativamente à implementação das medidas não farmacológicas para alívio da dor, os alunos de enfermagem reconhecem ser difícil devido aos baixos recursos nos serviços bem como na falta de conhecimento por parte da equipa de saúde e, por último, pela falta de abertura por parte das parturientes.</p> <p>Nível de evidência: 3.c</p>

<p>nrº 2 – A prática de métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto em um hospital universitário no Brasil</p>	<p>Brasil, 2019</p>	<p>Karem Cristina Mielke, Helga Geremias Gouveia e Annelise de Carvalho Gonçalves</p>	<p>Tipo de estudo: Estudo quantitativo – transversal</p> <p>Participantes: 586 puérperas</p> <p>Metodologia: A recolha de dados ocorreu entre fevereiro e setembro de 2016, tendo como fonte os registos dos prontuários, o boletim pré-natal e um questionário estruturado, aplicado 12 horas após o parto. Procedeu-se a uma análise descritiva com recurso ao programa informático SPSS, versão 18.</p> <p>Resultados/Conclusões: O uso de medidas não farmacológicas é uma prática eficiente para o alívio da dor de parto.</p> <p>Considera-se importante informar as grávidas/parturientes/acompanhantes sobre as estratégias disponíveis para o alívio da dor durante o TP para que, nesse momento, possam, em conjunto com os profissionais de saúde, escolher o melhor método.</p> <p>As medidas não farmacológicas são práticas recomendadas pela OMS e foram utilizadas por uma grande percentagem das parturientes deste estudo, sendo o banho e a deambulação as medidas mais conhecidas e também as mais utilizadas durante o TP.</p> <p>A principal motivação para o uso das medidas foi a redução da dor. Destaca-se que as mulheres referiram alto grau de satisfação quanto à sua utilização.</p> <p>As medidas não farmacológicas mais conhecidas pelas mulheres foram banho (83,1%) e deambulação (81,4%).</p>
---	---------------------	---	--

			<p>No hospital universitário, 55,5% receberam orientação/informação sobre os métodos e o mais aceite foi o banho (66,6%). O motivo mais relatado foi diminuição da intensidade/alívio da dor (71,8%); 89,4% consideram que a prática desta medida trouxe benefícios; para 79,9%, o grau de satisfação foi maior ou igual a sete.</p> <p>Nível de evidência: 2.b</p>
<p>nrº 3 – Pharmacological and non-pharmacological methods of labour pain relief – Establishment of effectiveness and comparison</p>	<p>Polónia, 2018</p>	<p>Iwona Czech, Piotr Fuchs, Anna Fuchs, Miłosz Lorek, Dominika Tobolska-Lorek, Agnieszka Droszol-Cop e Jerzy Sikora</p>	<p>Tipo de estudo: Estudo quantitativo</p> <p>Participantes: 258 mulheres do Centro de Saúde na Polónia</p> <p>Metodologia: Entrevistas através de questionário e escala visual analógica da dor.</p> <p>Foram divididas em seis grupos, dependendo do método escolhido para o alívio da dor no TP: anestesia epidural (EA; n = 42), imersão na água e nascimento da água (BM; n = 40), gás óxido nitroso para controle da dor (G; n = 40), estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) (n = 50), múltiplas técnicas (MM; n = 42), nenhuma (N; n = 44).</p> <p>O questionário continha 21 perguntas dividido em 2 partes: a primeira referia-se à demografia, histórico médico passado e resultados do nascimento do bebé; a segunda consistia em perguntas sobre medidas de alívio da dor escolhida e avaliação do nível de dor durante cada estadio do TP, com o uso da escala visual analógica para dor escala visual analógica (EVA). Cada mulher foi entrevistada pessoalmente, até 48 horas após o parto.</p> <p>Resultados/Conclusões: A satisfação do parto depende não apenas do nível de dor</p>

		<p>experimentada, mas também dos cuidados prestados à mulher durante a gravidez e o parto.</p> <p>O óxido nitroso, quando usado isoladamente, é associado à menor redução da dor entre todas as medidas, mas quando usado em combinação com TENS ou imersão em água, diminui a severidade da dor nas etapas seguintes do TP.</p> <p>Entre as técnicas selecionadas no estudo, a imersão em água continua a ser o método não farmacológico de alívio da dor mais aceite, ao contrário da TENS, que foi associada ao menor nível de satisfação.</p> <p>É importante educar as parturientes sobre as medidas disponíveis para aliviar a dor no TP e ajudá-las a lidar com os seus medos associados ao parto.</p> <p>A analgesia epidural é o “padrão ouro” no alívio da dor no TP, no entanto, o nascimento na água está associado ao mais alto nível de satisfação das parturientes.</p> <p>Nível de evidência: 3.c</p>
--	--	--

4. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo expõe-se a análise dos resultados dos estudos que integram a *scoping review*, considerando que todos eles contribuem para o conhecimento em enfermagem, mais especificamente, no que diz respeito às intervenções autônomas do EEESMO, na gestão da dor da mulher em TP, utilizando medidas não farmacológicas.

Segundo a perspectiva de Mielke, Gouveia et al. (2018) a dor de TP é um:

“processo fisiológico, no entanto, para algumas mulheres a experiência de parir é única, dolorosa e muitas vezes a dor é superior àquela que esperavam sentir. Assim, promover o cuidado das parturientes para que ela mesma possa lidar com o desconforto e com a dor durante o TP é uma atribuição do profissional de saúde. A dor pode ser atenuada por meio da utilização de medidas não farmacológicas, estratégia essa significativa e com comprovação científica” (Mielke, Gouveia et al., 2018, p. 49).

Durante o processo de nascimento, também a presença de dor é reconhecida, e pode ser descrita em dois momentos: na primeira fase de dilatação, causada por contrações uterinas e dilatação cervical e a segunda fase do nascimento, causada pela pressão que o feto exerce sobre as estruturas pélvicas, aumentando a sua intensidade” (Valencia, Moreno et al., 2019, p. 2). De acordo com Czech, Fuchset et al. (2018) a dor é:

“uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano tecidual real ou potencial. A dor de parto tem dois elementos: visceral e somático. A visceral ocorre durante a primeira etapa do TP e está ligada à tensão exercida no colo do útero, que causa a sua dilatação (...) O tipo somático aparece no final do primeiro estágio, e dura também no segundo estágio. É o resultado da força exercida sobre o colo do útero, da vagina e do períneo” (Czech, Fuchset al., 2018, p. 1).

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) considera que a dor, real ou potencial, é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial (IASP, 2008) sendo de extrema importância para a integridade física e emocional, na medida em que compromete a qualidade de vida.

Mensurável através de escalas, é considerada, desde 2003, como o 5.º sinal vital, contudo é ainda subvalorizada. O controlo eficaz da dor é um dos objetivos dos profissionais de saúde, um direito dos doentes e um “passo fulcral para a humanização dos cuidados de saúde” (DGS, 2003:1). Deverá ser considerada prioritária, nomeadamente no TP, na medida em que a dor tem implicações na perceção da mulher relativamente ao seu parto, e o profissional de saúde deve estar atento a todos os sinais de dor e desperto para o seu o controlo (Lowdermilk e Perry, 2008).

A gravidez e o nascimento são eventos únicos que despertam sentimentos e emoções, principalmente para a mulher, e tal experiência será um marco na sua vida. Assim sendo, os profissionais envolvidos na assistência durante o ciclo gravídico e puerperal devem proporcionar uma atenção humanizada (Mielke, Gouveia et al., 2018).

Valencia, Moreno et al. (2019, p. 16) dizem-nos que o parto humanizado visa promover o parto para ser uma experiência positiva e capacitar as mulheres a respeitarem as suas decisões, valores, crenças e sentimentos, e buscar reduzir a administração de medicamentos adotando práticas baseadas em evidência. Humanizar o cuidado em enfermagem-materno infantil é de importância uma vez que, garante à mulher o acesso à informação “assegurando-lhe uma assistência digna, uma gravidez segura e saudável, com os conhecimentos necessários para que possa escolher com tranquilidade o local, o tipo de parto, o acompanhante, a posição de parição, entre outras, respeitando sempre a participação da sua família em todo esse processo” (Marque e Dias et al., 2006, p. 440).

Entre as práticas que são demonstravelmente úteis e que devem ser encorajadas, encontram-se as medidas não farmacológicas para o alívio da dor que são estratégias postas em prática no TP para uma melhor tolerância e alívio da dor (Mielke, Gouveia et al., 2018, p. 49). A dor pode ser atenuada por meio da utilização de medidas não farmacológicas. Promover o cuidado das parturientes, para que mesmas possam lidar com o desconforto e com a dor durante o TP é uma função do EEESMO. De acordo com Mielke, Gouveia et al. (2018)

“as orientações, quanto às formas de alívio de dor durante o TP, como as medidas não farmacológicas, devem ser apresentadas à grávida durante período o pré-natal. A época mais adequada para essas orientações é o terceiro trimestre, ou seja, período em que a gravidez se vai aproximando do final, momento em que as mulheres se encontram mais abertas a receberem informações relacionadas ao TP e o parto, podendo ser preparadas para esses eventos. Se possível, o acompanhante deve estar presente durante as orientações, visto que este poderá dar apoio à mulher. Além disso, o acompanhante também auxilia na gestão efetiva

do TP, ajudando, por exemplo, na utilização das medidas não farmacológicas de alívio da dor (...)” (Mielke, Gouveia et al., 2018, p. 52).

Segundo Moura, Crizostomo et al. (2007), a presença do acompanhante proporciona bem-estar físico e emocional à mulher e favorece uma boa evolução no período gravídico puerperal, sendo que ele transpõe segurança durante todo o processo de TP, podendo diminuir as complicações na gestação, parto e puerpério. Uma alternativa, que pode ajudar a reduzir os níveis de dor, é a presença de uma pessoa como acompanhante durante todo o TP, sendo que essa pessoa pode ser escolhida pela mulher (Rosa, 2010). Em Portugal, desde 2019 de acordo com o Dec. Lei n.º 110/2019 pelo Ministério da Saúde, aos serviços do Sistema Nacional de Saúde é reconhecido e garantido a todos o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão do serviço (Diário da República, 2019).

O objetivo dos cuidados em obstetrícia é, conjuntamente com a grávida/parturiente/acompanhante, escolher o(s) método(s) que reduzam a dor a um “nível suportável” em que as parturientes sejam capazes de lidar com ela e, simultaneamente, consigam participar ativamente na experiência do parto (Czech, Fuchset al., 2018, p. 2).

Mesmo sendo considerado um mecanismo fisiológico, o TP é caracterizado por alterações mecânicas e hormonais que promovem contrações uterinas, resultando na dilatação do colo uterino e descida da apresentação fetal (Gallo, Santana et al., 2011, p. 42). Uma tarefa importante em obstetrícia é ajudar as mulheres a suportar a dor do parto. Isto pode ser alcançado através de alívio da dor com medidas não farmacológicas (Aveiro e Velosa, n.d, p. 4). Como vimos estas orientações devem ser iniciadas, durante o período pré-natal, para que a grávida se familiarize com as medidas. Entre eles, incluem-se: deambulação e a bola de pilates, exercícios respiratórios e de relaxamento, massagem, hidroterapia/banho, música ambiente.

A deambulação e a bola são medidas bastante conhecidos e utilizados pelas mulheres na pesquisa de Mielke, Gouveia et al. (2018), uma vez que

“favorecem a mobilidade da parturiente (...) algumas mulheres utilizaram/praticaram mais de um método para obter o relaxamento durante o TP (...) ressalta-se que a deambulação é um método terapêutico capaz de acelerar o TP, 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. Uma das iniciativas para melhorar a repercussão da dor para a parturiente é estimular a deambulação nos momentos iniciais do TP quando a dor

ainda não está presente. A deambulação é evidenciada como um método confortável visto que a gravidade pode estar a seu favor promovendo rotação adequada do feto na pelve materna. Além disso, esse método pode acelerar o TP diminuindo o uso de analgesia farmacológica” (Mielke, Gouveia et al., 2018, p. 52 - 53).

Mudar de posição frequentemente; sentando-se, caminhando, ajoelhando-se, ficando de pé, deitando-se, ficando de quatro, ajuda a aliviar a dor. As mudanças de posição também podem auxiliar a acelerar o TP em razão de acrescentar os benefícios da gravidade e as mudanças no formato da pelve (Silva, et al., 2013).

O projeto da MCEESMO da OE (2013, p. 2) refere-nos que a “adoção de outro tipo de posições como a lateral, de cócoras, de gatas, reclinadas ou sentada demonstram uma influência positiva tanto em termos fisiológicos na mulher” (Reid, Harris, 1998 & Romano, Lothain, 2008).

Mamede et al. (2004) estudou o efeito do posicionamento durante o TP e concluiu que: o peso da gravidade intensifica as contrações uterinas, assim como os próprios esforços expulsivos, que a duração do primeiro e segundo estadio do TP é menor, devido a contrações uterinas mais eficazes há uma menor necessidade de recurso à ocitocina e uma menor incidência de partos instrumentados, permite que as pernas funcionem como alavanca para a pélvis facilitando a abertura do estreito inferior favorecendo a passagem do bebê. Por outro lado, os próprios ossos da cabeça fetal moldam-se em resposta a um ajuste rígido com que a apresentação se depara.

Também para a RICCI (2008), a mudança de posição ajuda a acelerar o TP melhorando a atividade do útero e facilitando os movimentos realizados pelo feto para percorrer o trajeto até ao nascimento.

Para Lopes et al. (2003), as mulheres têm uma maior tolerância ao TP quando permanecem sentadas, relacionando-se com o conforto dessa posição. A utilização da bola é então defendida como promotora da posição vertical durante o TP. Também conhecida como bola de nascimento, de pilates, de *baboth* ou de obstétrica. É um recurso que permite a mudança de posição, diminuindo a sensação dolorosa da contração uterina, estimula movimentos espontâneos e não habituais, fazendo que a mulher se movimente para frente e para trás, como se estivesse numa cadeira de balanço, ajudando na rotação e na descida fetal (Silva, et al., 2013). A bola também serve como um instrumento que distrai a parturiente, tornando o TP mais tranquilo (Ritter, 2012).

A análise do estudo de Mielke, Gouveia et al. (2018) mostrou-nos que a realização de exercícios respiratórios, massagem e duche permitiu menor intensidade de dor o que permitiu atraso e redução no uso de analgésicos. Outros benefícios significativos incluíram: expulsão fetal

mais rápida, melhora do estado neonatal e maior satisfação materna (Mielke, Gouveia et al., 2018, p. 53).

A filosofia de *Lamaze*, ou método psicoprofilático é o mais utilizado e baseia-se em técnicas de respiração e relaxamento muscular. Consiste num conjunto de ações psíquicas e físicas que levam a parturiente ao conhecimento das funções fisiológicas do parto e que pela sua simplicidade permite-lhe uma participação ativa e autónoma no controlo da dor. É um método que auxilia a mulher a suportar a dor através de técnicas que desviam a atenção, concentrando-a em exercícios respiratórios, comandos verbais e relaxamento, é considerada pela OMS como uma prática não perigosa e recomendada, sendo inclusive enquadrada como prática do parto normal, por ser demonstradamente útil, devendo, portanto, ser encorajada (OMS, 1996).

Couto (2006) apresenta o método psicoprofilático como sendo uma oportunidade para o casal, devido à ajuda que pode ser oferecida pelo acompanhante. A utilização do método proporciona muitas vantagens para as parturientes, como a diminuição da necessidade de analgesia, de partos instrumentados e do tempo de TP.

Os exercícios respiratórios adequados ajudam a

“reduzir a sensação dolorosa, melhorando os níveis de saturação de oxigénio materna, proporcionando relaxamento e diminuindo a ansiedade (...) Os exercícios respiratórios podem não ser suficientes na redução da sensação dolorosa durante o primeiro estadio do TP, porém são eficazes na redução da ansiedade” (Gallo, Santana et al., 2011, p. 45 - 46).

Os exercícios de relaxamento permitem que as parturientes reconheçam as partes do seu corpo, evidenciando as diferenças entre relaxamento e contração, melhorando os tónus muscular e, desta forma, favorecendo a evolução do TP (Nascimento, et al., 2010).

A promoção de um bom relaxamento muscular vai desde a adoção de posturas confortáveis a ambientes tranquilos, utilizando a imaginação para desmistificar o trauma da dor no TP. Uma das medidas mais utilizadas é o relaxamento muscular progressivo, no qual a parturiente realiza a contração de grupos musculares, seguida de relaxamento, priorizando o intervalo das contrações uterinas. A técnica não alivia a dor propriamente, porém promovem a distração, o que desvia o foco da dor (Ritter, 2012).

A massagem constitui também uma medida não farmacológica para o alívio da dor que pode e deve ser utilizada, contribuindo para o bem-estar físico e emocional da parturiente. A massagem não só alivia a dor como facilita o próprio relaxamento. A massagem proporciona

relaxamento, diminuindo a dor e o *stress* emocional, podendo ser aplicada em qualquer região corporal, mas maioritariamente na região lombar durante as contrações uterinas (Ritter, 2012). A aplicabilidade da prática de massagens manuais, através do uso de bola de ténis, automassagem, massagens praticadas pelo acompanhante (Silva, et al., 2013).

O método não farmacológico com maior destaque no estudo de Mielke, Gouveia et al. (2018), foi o banho, além de ser o mais conhecido e utilizado pelas mulheres. O banho é um método muito acessível, económico, sem preparação previa pelo que é a mais frequentemente usado em estabelecimentos de saúde. A água aquecida induz a vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo, promovendo relaxamento muscular, diminuindo a intensidade da dor nas contrações. Para que o recurso seja aplicado com resultado desejado, é necessário que a temperatura da água esteja em torno de 37-38 °C, sendo importante que a parturiente permaneça, no mínimo, vinte minutos no banho (Ritter, 2012).

Mielke, Gouveia et al. (2018, p. 52) consideram a hidroterapia como um método eficaz, descrito como adjuvante natural do processo do TP que melhora de forma significativa a circulação sanguínea, também Lee e Lie (2013) defendem a eficácia de um banho quente na aquisição de sentimentos positivos sobre o processo de parto.

De acordo com Barbieri et al. (2013) o banho permite o alívio da dor e ansiedade durante o TP, reduzindo os níveis de hormonas neuroendócrinas associadas ao *stress* tendo um efeito positivo na regularidade das contrações e correção de distocias. O banho quente permite reduzir a analgesia epidural, não tendo efeitos adversos para o feto nem para a mãe.

Já a musicoterapia é definida como a utilização da música e de outros sons com finalidade terapêutica. Benenzon (1988) define-a como a área da saúde que estuda o complexo som-ser humano-som para utilizar o movimento, o som e a música com o objetivo de abrir canais de comunicação no ser humano, produzindo efeitos terapêuticos, psicoprofiláticos e de reabilitação, nele e na sociedade em que está inserido. A música é uma combinação de sons rítmicos, harmónicos e melódicos e, ao longo da história, muitos povos acreditavam que tinha um efeito terapêutico (Hatem, 2005).

A música tem efeitos benéficos no corpo humano, como diminuir a tensão arterial e frequência cardíaca, relaxar os músculos e a respiração e obter movimentos mais rítmicos. Além disso, aumenta a sensação de controlo e causa um aumento nos níveis de endorfina (Valencia, Moreno et al., 2019, p. 14).

Bruscia (1998) considera que esta proporciona uma série de benefícios como o consolo, conforto, expressão de sentimentos, redução da ansiedade ou stress, aumento da autoestima e estabelecimento de contacto ou comunicação com outras pessoas.

A música como cuidado é uma estratégia importante na humanização dos cuidados inerentes à hospitalização, onde o utente se sente isolado, inseguro, num ambiente e com pessoas desconhecidas, com conversas técnicas e de difícil compreensão, onde tenta colmatar as ruturas da rotina diária a que está sujeito (Bergold, 2005). Por outro lado, a audição musical desloca os ruídos do foco de atenção, proporcionando um ambiente propício ao relaxamento e abstração (Bergold e Sobral, 2003 & Bergold, 2005).

Na pesquisa de Mielke, Gouveia et al. (2018), a maior motivação para a prática das medidas não farmacológicas foi a diminuição da dor (Mielke, Gouveia et al., 2018, p. 52). Cada método possui uma característica principal que busca proporcionar à parturiente controlo emocional e diminuição da sensação dolorosa. Além de favorecer assistência contínua, proporciona conforto físico, apoio emocional e comunicação efetiva entre a equipa de saúde, a parturiente e o acompanhante (Mielke, Gouveia et al., 2018, p. 49).

Czech, Fuchset al. (2018) diz-nos que as parturientes apreciam medidas não farmacológicas de alívio da dor, porque isso lhes permite experimentar o parto de uma maneira mais natural. É importante educar as futuras mães sobre o processo de parto natural e as possíveis medidas de alívio da dor, a fim de aumentar a sua satisfação relacionada ao parto. Ainda na perspetiva dos autores supracitados, referem ser importante educar as parturientes sobre as medidas disponíveis para aliviar a dor no TP e ajudá-las a lidar com os seus medos associados ao parto (Czech, Fuchset al., 2018, p. 2).

Para que a mulher tenha um papel ativo durante o trabalho de parto e parto esta deve ser informada e empoderada. O empoderamento deve ser entendido como o resultado da distribuição de informações, recursos e oportunidades com o objetivo de fortalecer o conhecimento, contribuindo para a participação ativa das mulheres, respeitando as suas decisões (Jardim, Silva & Fonseca, 2017).

Na perspetiva de Woodal, Raine, South, & Warwick-Booth, 2010, o empoderamento individual é de carácter holístico que permite a liberdade de escolha e ação. Capacita a pessoa a participar, negociar, influenciar e controlar tudo o que diz respeito à sua vida. O empoderamento em saúde tem múltiplos benefícios como: potenciar a autoeficácia e autoestima, aumentar a sensação de controlo, aumentar o conhecimento e permitir a mudança de comportamentos. Assim, o empoderamento tem um impacto positivo na saúde e bem-estar da pessoa.

O EEESMO, como membro da equipa de saúde e parceiro de cuidados, deve reconhecer que a parturiente possui vontades, desejos e necessidades. Assim, o período pré-natal é fundamental para ensinar e transmitir informações com as melhores evidências científicas para que o processo de tomada de decisão seja livre e verdadeiro, favorecendo o seu empoderamento

(Jardim, Silva & Fonseca, 2017). É necessário que o EEESMO desenvolva ações educativas para o processo do empoderamento, uma vez que a comunicação efetiva proporciona maior confiança na relação entre enfermeiro-grávida, e possibilita o reconhecimento das necessidades e inquietações da mulher nessa fase da vida. A participação das mulheres na tomada de decisão durante o trabalho de parto e parto deve ser promovida pelo EEESMO. Para que as parturientes participem na tomada de decisão, devem ser capacitadas e empoderadas durante a gravidez.

A análise do estudo de Valencia, Moreno et al. (2019, p. 17) mostra-nos que, por vezes a implementação de medidas não farmacológicas é inexequível devido aos baixos recursos existentes, conhecimento e abertura da equipa de saúde.

A formação contínua do enfermeiro, constitui não só uma forma de desenvolvimento pessoal e profissional com vista à melhoria da qualidade dos cuidados, mas também um dever para com a profissão. No domínio da formação contínua, a respeito das Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais, diz-nos que o enfermeiro “atua no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua” (OE, 2015, p. 10090).

Como já referido anteriormente, e de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro da OE (2015, p. 91), o artigo 109.º - Código Deontológico da OE (2015) da excelência do exercício, é dever do enfermeiro manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas, bem como garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados assumindo a responsabilidade pelos mesmos (OE, 2015, p. 10). Bem como no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019), onde nos diz que, o enfermeiro deve otimizar o trabalho de equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados, deve responsabilizar-se por ser “facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho”, na área da especialidade bem como atuar como “dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos” (OE, 2019, p. 4748 - 4749).

Atualmente, uma das barreiras mais apontadas ao controlo eficaz da dor deve-se ao conhecimento lacunar e ausência de competências diferenciadas nos profissionais de saúde (Moceri & Drevdahl, 2014), justificando a urgência de formação na área, com evidência de resultados (Wilson, 2007). Valencia, Moreno et al. (2019, p. 3) dizem-nos que, a maioria do conteúdo abordado na licenciatura sobre as medidas de alívio da dor, tendem a dar enfoque na farmacologia e não nas medidas não farmacológicas. E que, as técnicas que são implementadas na prática pelos profissionais, tendem a ser oriundas de formação adquirida no curso base.

A formação e educação permanente sobre a temática em foco são fundamentais para o cuidado de enfermagem humanizado, qualificado e resolutivo para o indivíduo que sofre com dor

e para a produção de conhecimentos que levem a uma compreensão ampla e aprofundada da experiência dolorosa e as formas mais eficazes de alívio e sedação do processo algico. A carência de conhecimentos e a falta de mecanismos de mensuração da dor, dificultam a prestação de um cuidado de enfermagem efetivo e de qualidade. Por essa razão, a dor é subestimada e o receio causa um distanciamento desta manifestação. O recurso único às terapias farmacológicas parece ser uma forma de afastamento da subjetividade (Queiróz, et al., 2015).

A introdução das medidas não farmacológicas, na prática, da enfermagem leva à melhoria dos cuidados e também a uma maior satisfação dos enfermeiros nessa mesma prática. Se pretendemos uma efetiva integração destas práticas no cuidar, é necessário: treino efetivo das mesmas, para que sejam aplicadas com eficiência e investigação nesta área, para avaliar os seus efeitos, aumentar a credibilidade destas terapias e justificar a sua utilização nos cuidados de enfermagem (Folhas, Oliveira, et al., 2007).

Assim sendo, a OE (2008), refere que a aquisição e atualização de conhecimentos é uma responsabilidade que deve ser partilhada pelas instituições de ensino, de prestação de cuidados e pelos enfermeiros individualmente.

Relativamente à escassez dos recursos nos serviços de saúde, apontada pelos autores, como sendo uma realidade atual, a falta de recursos materiais e humanos, comprometem não apenas a qualidade dos cuidados prestados, mas é também transposto por um patamar maior, uma vez que “as práticas da enfermagem, envolvem conhecimentos complexos associados a macro resultados sociais, económicos e políticos, assim como o micro espaço dos quais, resulta a relação/interação entre enfermeiro/utente” (Assis, 2010, p.1).

Os materiais hospitalares podem ser considerados como insumos ou fatores produtivos, de natureza física, com determinada durabilidade, empregados na realização de procedimento/atividades nos cuidados em enfermagem. Portanto, a escassez desses recursos considerados imprescindíveis para a assistência aos utentes é um dos pontos que mais afligem os profissionais de saúde (Ventura, 2011, p. 90).

Gallo, Santana et al. (2011) dizem-nos que, apesar do acesso às medidas não farmacológicas para o alívio da dor durante o TP ser recomendado, a sua utilização ainda não é rotina na grande maioria dos serviços de saúde, possivelmente pelo desconhecimento destes recursos bem como dos seus benefícios, tanto pelos profissionais de saúde como pela população.

Em suma, pode-se afirmar que se obteve resposta positiva para a questão de investigação, uma vez que, os resultados encontrados através da metodologia fornecem informações sobre quais as medidas não farmacológicas de alívio da dor da mulher em TP são usadas pelas parturientes. O EEESMO tem um papel fundamental no fornecimento de informação às parturientes, com

consequente empoderamento das mesmas, sobre as medidas não farmacológicas para aliviar a dor no TP, e ajudá-las a lidar com os seus medos associados ao parto. Pelo que deve ser debatido em conjunto com a grávida/parturiente/acompanhante de modo a proporcionar uma escolha consciente e informada

Todos os estudos são unânimes em dizer que as medidas não farmacológicas são eficazes no alívio da dor durante o TP, mas é necessário que haja investimento por parte do EEESMO, na formação pessoal e profissional de modo conseguir acompanhar a evolução da ciência, e só assim, conseguirá manter um cuidado de enfermagem holístico.

5. CONCLUSÃO

A reflexão crítica sobre o processo de desenvolvimento do estágio profissionalizante, pretende proporcionar um enquadramento no processo de desenvolvimento de competências do EEESMO. Propõe-se uma análise reflexiva acerca do estágio, o qual surgiu no nosso percurso como uma exigência do MESMO no Regulamento n.º 392/2018 de 28 de junho, para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista, e adquiriu uma natureza profissional de desenvolvimento de competências no contexto da prática profissional, visando o desenvolvimento de capacidades e a mobilização de conhecimentos teóricos, de forma a impulsionar uma prática especializada no acompanhamento da mulher em gravidez, em TP ou pós-parto.

Para refletir sobre a prática de cuidados de enfermagem, torna-se impreterível acorrer ao conceito de Enfermagem e à sua identidade, apelando à sua cientificidade. Enquanto ciência, a Enfermagem dispõe de um corpo de conhecimentos próprio, ainda em construção e em constante cogitação, isto porque, a definição do conceito de Prática de Enfermagem é bastante complexa dada a sua natureza holística.

Tal como defende Hesbeen (2001)

... a enfermagem, para além dos saberes de vária natureza que requer e do seu incontornável tecnicismo, abrange uma imensidão de coisas, digamos, de “pequenas coisas” [...] que aparentemente tão anódinas, tão pouco sofisticadas e tão pouco aparatosas, fazem parte da vida de todos e são, portanto, necessárias à promoção da saúde das pessoas. Por vezes são mesmo tanto ou mais necessárias que as ações complicadas, de alto tecnicismo. Nesta qualidade são elas que dão origem à atenção salvadora, que tranquiliza ou que anima quando a preocupação e a solidão, se fazem sentir ou ainda quando os horizontes ensombrecem (Hesbeen, 2001, p. 35).

A Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, à semelhança da Enfermagem em geral, está atenta às necessidades reais e potenciais, atendendo à individualidade da mulher/casal/família e à sua globalidade de necessidades. Assim, o desenvolvimento de competências de EEESMO, ao longo do estágio profissionalizante procurou atender a estes pressupostos, dando cumprimento à diretiva supracitada, bem como ao regulamento de competências específicas do EEESMO.

Este estudo foi realizado com a intenção de identificar quais as medidas não farmacológicas utilizadas no alívio da dor da mulher em TP. A partir dos dados obtidos chegou-se à conclusão de que vários fatores influenciam a percepção da dor durante o processo de parto e TP. Conhecer os fatores que influenciam a dor a nível das suas dimensões cónico-afetiva e cónico-motora, permitirá desenvolver, adaptar e/ou implementar estratégias facilitadoras do desenvolvimento dessas competências.

Procedeu-se a uma *scoping review* para aprofundar e sedimentar conhecimentos com base na evidência científica, só assim foi possível desenvolver um estudo lógico, organizado e sistematizado, com recurso à plataforma *EBSCO – Host*, para obter respostas para a questão de investigação: **“quais as medidas não farmacológicas utilizadas no alívio da dor da mulher em TP?”**

Foram analisados três artigos, um qualitativo e dois quantitativos com níveis de evidência 3.c e 2.b segundo *Joanna Briggs Institute Levels of Evidence – Effectiveness* (JBI, 2014), o que permitiu uma visão abrangente do tema em estudo.

A *scoping review* permitiu-me constatar que existem várias medidas não farmacológicas que podem ser utilizadas no alívio da dor da mulher em TP. A partir da sua análise, foi reconhecida a importância do uso das medidas não farmacológicas para o alívio da dor na mulher no TP e confirmou-se a necessidade de informar e empoderar as grávidas/parturientes quanto às medidas disponíveis para o alívio da dor durante o TP para que possam, nesse momento e em conjunto com os profissionais de saúde, escolher o melhor método. A satisfação do parto depende não apenas do nível de dor experimentada, mas também dos cuidados prestados à parturiente durante a gravidez e o parto.

Os resultados verificados neste relatório, vão ao encontro das orientações da OMS relativamente ao uso de medidas não farmacológicas no alívio da dor da mulher no TP, sendo elas a presença do acompanhante, a deambulação, o uso da bola de pilates, a massagem, os exercícios respiratórios, o duche com água quente e a música.

A utilização de medidas não farmacológicas no alívio da dor da mulher em TP permite ao EEESMO desenvolver ações autónomas, dando maior visibilidade aos cuidados de enfermagem. A utilização de medidas não farmacológicas para o alívio da dor garante à mulher mais autonomia sobre o seu parto, atingindo redução da dor, tensão e *stress*, tornando este processo o mais fisiológico possível (Katzner, 2016).

O EEESMO tem o princípio de proporcionar às mulheres todos os recursos disponíveis no sentido de melhorar a experiência de parto. Diminuir a percepção da dor torna-se fator facilitador para uma experiência de parto mais positiva. Importa ao enfermeiro que cuida a mobilização de

medidas não farmacológicas de alívio da dor, atender às características da mulher/grávida/parturiente a quem presta cuidados, contextualizar e derrubar as barreiras dos cuidados rotineiros, perspetivando novas estratégias que permitem o alívio da dor, permitindo assim cuidados adaptados às reais necessidades.

Existe ainda, falta de abertura por parte das parturientes, segundo os estudos analisados, havendo assim, necessidade de educar as parturientes sobre as medidas disponíveis para aliviar a dor no TP e ajudá-las a lidar com os seus medos associados ao parto, de modo a que estas possam, de forma segura e consciente, escolher as medidas de alívio da dor que mais se adequam ao seu projeto de parto.

Verificamos que há consenso entre os autores relativamente à eficácia das medidas não farmacológicas de alívio da dor durante o TP, mas ainda é evidente a falta de formação por parte dos profissionais de saúde, havendo necessidade de investimento, tanto pessoal como a nível das instituições de saúde.

Outro aspeto também constatado deve-se à falta de recursos, tanto humanos como materiais, nos estabelecimentos de saúde, que se repercute na operacionalização de ações de carácter independente na enfermagem, levando assim à privação de cuidados de excelência. Havendo falta de recursos, tanto materiais como humanos, faz com que haja carência na assistência às parturientes, o cuidado holístico não é praticado, comprometendo assim o cuidado de enfermagem e que, por sua vez, compromete a satisfação das parturientes no que diz respeito ao seu parto.

Implicações para a prática dos cuidados de enfermagem

Tendo em consideração que o Enfermeiro tem um papel fundamental no acompanhamento da mulher grávida/acompanhante durante o TP, cabe-nos a nós, profissionais de Enfermagem, compreender pormenorizadamente a população materna e perceber como é que cada uma das parturientes de quem cuidamos aprende a lidar com a dor durante o TP, de modo que possamos desenvolver práticas mais aperfeiçoadas, adequadas e contextualizadas.

Espera-se que este estudo contribua para despertar ainda mais o interesse dos profissionais de saúde sobre a utilização e a efetividade das medidas não farmacológicas de alívio da dor no TP. Assim, para que se amplie o uso destas medidas, sugere-se a criação de protocolos assistenciais nos quais os enfermeiros avaliem a progressão do TP de modo a poderem decidir sobre a utilização dos mesmos, bem como se avalie a sua efetividade quando os mesmos são aplicados.

O EEESMO que presta assistência às mulheres durante o TP e parto têm de ter acesso ao conhecimento acerca dessas medidas e sobre os seus potenciais benefícios, a fim de os poderem aplicar com maior segurança, o que resultará indiscutivelmente numa maior humanização do parto, caminhando-se em direção a uma maternidade mais segura.

Neste sentido, os enfermeiros têm um papel extremamente importante na tomada de decisão e um vasto campo de intervenção no que diz respeito às medidas não farmacológicas de alívio da dor da mulher em TP.

Sugestões para outros estudos

Assim, devemos continuar a considerar sugestões para outros estudos, nomeadamente na área de Enfermagem Materna, pois é essencial aprofundar conhecimentos no sentido de fundamentar e ampliar a base científica da profissão de enfermagem com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados e obter ganhos em saúde.

Parece-nos fundamental sensibilizar as instituições de saúde para a necessidade de criar e desenvolver estratégias de acompanhamento de parturientes mais eficazes, com o máximo objetivo de responder às reais necessidades e expectativas de quem cuidamos, visando sempre a obtenção de ganhos em saúde.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abranches, P. V. D (2015) *A acupressão como terapia complementar durante o trabalho de parto – contributos para o cuidado de enfermagem em obstetrícia*. Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- Assembleia da República (2019) Diário da República n.º 172/2019, Série I
- Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (2012) *Pelo direito ao parto normal*. Acedido em janeiro 7, 2020 em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Livro_Parto_Normal.pdf
- Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras e Federación de Asociaciones de Matronas de España (2009) *Iniciativa parto normal - Documento de consenso*. Loures: Lusodidacta.
- Associação Portuguesa Pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (2017) *Reflexão sobre o trabalho de parto e parto: construção de um plano de preferências de parto*. Acedido em janeiro 7, 2020 em <http://www.associacaogravidezeparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Reflex%C3%A3o-para-a-constru%C3%A7%C3%A3o-do-plano-de-parto-introducao.pdf>
- Aveiro, C. e Velosa, T. (s.d) *A dor em obstétrica*.
- Barbieri, M. et al. (2013) *Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto*. Acta paul. enferm. vol.26, n.5
- Benenson, R. (1988). *Teoria da musicoterapia: contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal*. São Paulo: Summus
- Benner, P. (2005) *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto. ISBN 989-558-052-5
- Bergold, L. & Sobral, V., (2003) Music for care humanization. Online Brazilian Journal of Nursing (OBJN – ISSN 1676-4285) v.2 Acedido em fevereiro 15, 2020 em www.uff.br/nepae/objn203bergoldsobra.htm
- Bergold, L. (2005) *A visita musical como estratégia terapêutica no contexto hospitalar e seus nexos com a enfermagem fundamental*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, Brasil
- Bolander, V. B. (1998) *Enfermagem fundamental: Sorensen e Luckman: Abordagem psicofisiológica*. Lisboa, Portugal: Lusodidacta

- Brandão, A. P. M. (2010) *Vivências do trabalho de parto e parto: estudo comparativo entre adolescentes e mulheres adultas*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto
- Brigagão, J.; Gonçalves, R. (2010) *O uso das tecnologias em obstétrica: uma leitura crítica*. Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP
- Campenhoudt, L. V. e Raymond, Q. (1992) *A construção do modelo de análise*. In: *Manual de investigação de Ciências Sociais*. Grativa
- Clark S.L.; Simpson K.R.; Knox G.E.; Garite T.J (2009) *Oxytocin: New perspectives on an old drug*. Am J Obstet Gynecol. 200:35-6
- Correia, M. (1998) *Sobre a maternidade. Análise psicológica*, 3 (XVI): 365-371
- Couto, G. (2003) *Preparação para o parto: Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural – Loures, Lusociência*
- Couto, G. (2006) *Conceitualização pelas Enfermeiras de preparação para o parto*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Porto
- Cunha, A. A. (2010) *Indução do trabalho de parto com feto vivo*. Feminina. Vol. 38. n. 9
- Czech, I.; Fuchs, P.; Lorek, M. et al. (2018) *Pharmacological and non-pharmacological methods of labour pain relief—Establishment of effectiveness and comparison*. International Journal of Environmental Research and Public Health. doi:10.3390/ijerph15122792
- Dantas, C., Leite, J.L., Lima, S.B.S. de, e Stipp, M. A.C. (2009) *Teoria fundamentada nos dados - aspectos conceituais e operacionais: Metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 17(4), 573- 579. Acedido em janeiro 7, 2020 em <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000400021>
- Davim, R. M., Torres, G. V., Dantas, J. C., et al. (2008) *Showering as a non pharmacological strategy to relief the parturients pain*. Rev. Eletr. Enf.;10(3):600-9. Acedido em fevereiro 15, 2020 em em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a06.htm>
- Decreto Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Ordem dos Enfermeiros Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Diário da República (2019) Regulamento n.º 140 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista 2.ª série — N.º 26
- Diário da República (2019) Regulamento n.º 391 - Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. 2.ª série — N.º 85

Dick-Read, G. (2004) *Childbirth Without Fear: Principles and Practice of Natural Childbirth*. London: Printer & Martin

Direção geral da saúde (2015) *Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco*. Lisboa. 978-972-675-233-2

Direção geral de saúde (2006) *Preparação para o parto – Método psicoprofilático*. Circular normativa nº 2/006 – ARS Norte de 24/02/2006.

Domenico, E.B.L.; IDE, C.A.C. (2003) *Enfermagem baseada em evidências: Princípios e aplicabilidades*. Rev. Latino-am Enfermagem

Ferreira, A., Ribeiro, M., Dias, L., et al. (2013) *Humanização do parto e nascimento: Acolher a parturiente*. Revista Enfermagem UFPE On Line

Fortin, M. F. (2009) *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência

Foster, I. (2015) *Midwifery: A history*. Acedido em janeiro 7, 2020 em: <http://sistersmidwifery.com/history-of-midwifery-home-birth/>

Gallo R.B.S., Santana L.S., Marcolin A.C., et al. (2011) *Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: Protocolo assistencial*. Femina

Galvão, D. G. (2009) *Promoção da amamentação na primeira hora após o parto*. Nursing edição portuguesa

Gayeskil M. e BrüggemannII, O., (2010) *Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: Uma revisão sistemática*, enferm. vol.19 no.4 Florianópolis

Gerber R. (1988) *Medicina vibracional: Uma medicina para o futuro*. São Paulo: Cultrix

Graça, L. (2010) *Medicina materno-fetal*. 4ª Edição. Lisboa: Lidel.

Hanum, S. P; Mattos D.V. et al. (2017) *Estratégias não Farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto: Efetividade sob a ótica da parturiente*. Revista de Enfermagem. ISSN: 1981-8963

Hesbeen, W. (2001) *Qualidade em Enfermagem - Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência

INE/DGS & PORDATA (2019) *Partos: Total e em estabelecimentos de saúde – Portugal*. Acedido em janeiro 7, 2020 em: <http://www.pordata.pt/Portugal/Partos+total+e+em+estabelecimentos+de+sa%C3%BAAd> e-152 Disponível em <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

Jaimes, M.L., Pereira, D., Pedraza, A.J. et al. (2019) *Manejo no farmacológico del dolor en la atención del parto: Experiencia desde las prácticas formativas*. Rev Cuid. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.667>

Katzer, T. (2016) *Métodos não farmacológicos para o alívio da dor: Percepções da equipe multiprofissional no trabalho de parto e parto*. Santa Cruz do Sul

Lamaze International. (2013) *History* Acedido em fevereiro 15, 2020 em <http://www.lamazeinternational.org/History>

Lee, S.; Liu, C. et al. (2013) Efficacy of warm showers on labor pain and birth experiences during the first labor stage. JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. 42 (1) 19-28. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2012.01424.x

Leite, M., Rodrigues, D., Sousa, A., Melo, L. e Fialho, A. (2014) *Sentimentos advindos da maternidade: Revelações de um grupo de gestantes*. Psicologia em Estudo. Acedido em janeiro 7, 2020 em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v19n1/12.pdf>

Lowdermilk, D. e Perry, S. (2008) *Enfermagem na maternidade*. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta

Lowdermilk, O.; Perry, S.; Bobak, I. (2002) *O cuidado em enfermagem materna*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

Mamede, F., Almeida, A. e Clapis, M. (2004) *Movimentação/deambulação no trabalho de parto: Uma revisão*. Acedido em janeiro 20, 2020 em http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lan_g=p&nextAction=lnk&exprSearch=413741&indexSearch=ID

Mazoni, S. R.; Faria, D. G.; Manfredo, V. A. (2009) *Hidroterapia durante o trabalho de parto: Relato de uma prática segura*. São Paulo Arq Ciênc Saúde

Mielke, K. C., Gouveia, H.G., Gonçalves, C.A. (2019) *A prática de métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto em um hospital universitário no Brasil*. Av Enferm. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.72045>

Moura, F. M; Crizostomo, C. D. et al. (2007) *A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal*. Revista Brasileira de Enfermagem REBEn 60(4):452-5

Néné, M., Marques, R. e Batista, M. (2016) *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*. 1ª ed., ISBN 978-989-752-146-1

NICE (2008) *Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman*. National Collaborating Center for Women's and Children's Health. 2nd edition

Odent, M. (2003) *O Camponês e a parteira*. São Paulo: Ground

Oliveira, S. (2017) *Nascer saudável*. Porto Salvo: Edições Chá das Cinco Lda.

OMS (2018) *Parto Novas recomendações da OMS* Acedido em janeiro 7, 2020 em: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2018/positive-childbirth-experience/en/>

Ondeck, M. (2014) *Healthy birth practice: Walk, move around, and change positions throughout labor*. The Journal of Perinatal Education, 23 (4), 188-193

Ordem dos Enfermeiros (2001) *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*

Ordem dos Enfermeiros (2001) *Padrões qualidade enfermagem: Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*

Ordem dos Enfermeiros (2008) *Dor: Guia orientador de boa prática clínica – cadernos de enfermagem, serie I, número 1*

Ordem dos Enfermeiros (2011) *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Acedido em fevereiro 15, 2020 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGinecologica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2012) *Pelo direito ao parto normal: uma visão partilhada*

Ordem dos Enfermeiros (2015) *Livro de bolso enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica*

Ordem dos Enfermeiros (n.d.) *Projeto da MCEESMO – Maternidade com qualidade* Acedido em janeiro 7, 2020 em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Ingesta_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf

Ordem dos Enfermeiros. *Projeto da mesa do concelho de especialidades em enfermagem de saúde materna e obstétrica: Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto*

Organização Mundial da Saúde (1996) *Assistência ao parto normal: Um guia prático*

Organização Mundial da Saúde (2007) *Gravidez, parto, pós-parto e cuidados ao recém-nascido – Guia para a prática fundamental*.

Pacheco, A.; Figueiredo, B.; Costa, R. (2005) *Antecipação da experiência de parto: Mudanças desenvolvimentais ao longo da gravidez*. In: Revista Portuguesa de Psicossomática

Parlamento Europeu (2005) *Reconhecimento das qualificações profissionais (Texto relevante para efeitos do EEE) Directiva 2005/36/CE*

Parpinelli, M., Surita, F., Pacagnella, R., e Simões, R. (2011) *Assistência ao trabalho de parto*. Acedido em janeiro 7, 2020 em http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/assistencia_ao_trabalho_de_parto.pdf

Pimenta, D. G., Azevedo Cunha, M. A. B., et al. (2013) *O parto realizado por parteiras: Uma revisão integrativa*. *Enfermería global*, 12(30), 482-493. Acedido em janeiro 20, 2020 em http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n30/pt_enfermeria2.pdf

Pintassilgo, S. C. (2014) *O risco e as condições sociais e assistenciais da maternidade em Portugal*. Tese de Doutoramento. Lisboa: ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Rabelo, L. R. (2006) *A competência das enfermeiras obstétricas na atenção ao parto normal hospitalar*. Porto Alegre-Rs

Ramalho, A. (2009) *A Experiência de sentir-se respeitada durante o trabalho de parto no hospital*. *Pensar Enfermagem*. Vol. 13 N.º 1

Ritter, K. M. (2012) *Manejo não farmacológico da dor em mulheres durante o trabalho de parto e parto em um hospital escola*. Porto Alegre-RS

Rohde, A. M. (2016) *A outra dor do parto: género, relações de poder e violência obstétrica na assistência hospitalar ao parto*. Dissertação de Mestrado a Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa

Rosa, M. E. (2010) *Métodos não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto e parto: Visão da equipe de enfermagem*. Centro Universitário Univates, Lajeado-RS

Rouquayrol, M.Z e Almeida F. N. (2006) *Epidemiologia e saúde* 6ª edição, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro

Sá, A.C. (1994) *A ciência do ser humano unitario de martha rogers e sua visão sobre a criatividade na prática da enfermagem*. *Revista Esc. Enf. USP* v28 n2

Silva, E.F.; Strapasson, M.R.; Fischer, A.C.S. (2011) *Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto e parto*. *R. Enferm. UFSM*

Silva, F. M. e Oliveira, S. M. (2006) *O efeito do banho de imersão na O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto*. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40(1): 57-63

Silva, N. C.; Iunes, D. H. et al. (2013) *Estratégias de ensino das terapias alternativas e complementares na graduação em Enfermagem: Revisão integrativa*. *Rev. Eletr. Enf.* Acedido em janeiro 7, 2020 em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.20568>. doi: 10.5216/ree.v15i4.20568.

Souza, M. T.; Silva, M. D.; Carvalho, R. (2010) *Revisão integrativa: O que é e como fazer*. Einstein

The Joanna Briggs Institute (2015) The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition/supplement - Methodology for JBI scoping reviews. Australia. Acedido em janeiro 7, 2020 em http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf

The Joanna Briggs Institute e The University of Adelaide (2013) School of translational health science. New JBI Levels of Evidence

Westhoff G.; Cotter A.M. e Tolosa J.E. (2013) *Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage*. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Oct 30;(10):CD001808. doi: 10.1002/14651858.CD001808.pub2

7. ANEXOS

ANEXO 1 – SCOPING REVIEW

Review Title

As medidas não farmacológicas utilizadas no alívio da dor da mulher em trabalho de parto

Reviewers

1 Jessica Pedrosa

2 Professora Olímpia Cruz

Center conducting the review

Escola Superior de Saúde de Santarém – Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde (UMIS)

Review question/objective

Quais as medidas não farmacológicas utilizadas no alívio da dor da mulher em trabalho de parto?

Como objetivo: compreender quais as medidas não farmacológicas utilizadas no alívio da dor da mulher em trabalho de parto.

Key word (Mesh Descriptors):

Obstetrics (Mesh): A medical-surgical specialty concerned with management and care of women during pregnancy, parturition, and the puerperium.

Labor, Obstetric (Mesh): The repetitive uterine contraction during childbirth which is associated with the progressive dilation of the uterine cervix (CERVIX UTERI). Successful labor results in the expulsion of the FETUS and PLACENTA. Obstetric labor can be spontaneous or induced (LABOR, INDUCED).

Labor Pain (Mesh): Pain associated with OBSTETRIC LABOR in CHILDBIRTH. It is caused primarily by UTERINE CONTRACTION as well as pressure on the CERVIX; BLADDER; and the GASTROINTESTINAL TRACT. Labor pain mostly occurs in the ABDOMEN; the GROIN; and the BACK.

Background

A gravidez é um acontecimento singular na vida da mulher (Leite, Rodrigues, Sousa, Melo e Fialho, 2014). Ser mãe constitui-se como uma experiência que é vivida de diferentes formas conforme as civilizações.

Pode ser uma experiência perigosa, dolorosa, satisfatória e importante, de acordo com as características individuais e culturais de cada mulher (Correia, 1998). Faz parte da própria natureza humana e, ao contrário de outras experiências dolorosas agudas e crônicas, não está associada à patologia, mas sim com a experiência de gerar uma nova vida. No entanto, algumas mulheres consideram que é a pior dor sentida e, muitas vezes, superior ao que esperavam. A dor do parto, que é sentida por muitas mulheres, é uma **dor fisiológica**, causada por diversos fatores, mas essencialmente pela contração uterina e a passagem do bebê pela bacia e pelo canal vaginal (Gayeski e Brüggemann, 2010).

Na assistência ao parto, a OMS salienta que o parto é visto como um evento natural e não necessita de controle, mas sim de cuidados, e que os **EEESMO** intervenham no nascimento de uma criança somente quando necessário (Rabelo, 2006).

Prestar uma assistência humanizada no parto garante respeito ao direito das mulheres e da criança, com condutas baseadas em evidências científicas. A utilização de **medidas não farmacológicas para o alívio da dor** garante à mulher mais autonomia sobre o seu TP, atingindo redução da dor, tensão e *stress*, tornando este processo o mais fisiológico possível (Katzer, 2016).

Inclusion criteria

Types of participants: Mulheres em trabalho de parto

Concept: Enfermagem, Saúde Materna e Obstétrica, trabalho de parto, dor, medidas não farmacológicas de alívio da dor

Context: procura-se saber quais as medidas não farmacológicas que as mulheres usam para alívio da dor em trabalho de parto

Types of studies: Qualitativos e Quantitativos

Search strategy

A pesquisa foi realizada a 20 de janeiro de 2020, no distrito de Leiria, pelas 19h00 com a seguinte expressão de pesquisa: **obstetrics AND labor AND labor pain AND non pharmacological**.

O modo de pesquisa Booleano/Frase; texto completo; friso cronológico entre o período de janeiro de 2015 e janeiro de 2020, tendo em conta os anos considerados de referência para definir bibliografia atualizada e com preferência pela mais recente; artigos/estudos com resumo disponível; prática baseada em evidência; pesquisas referentes ao humano; artigos/estudos em que qualquer autor é enfermeiro; do sexo feminino; pesquisas referentes à gravidez e, por último, texto completo (PDF).

EBSCO

Modo de busca: Booleano/Frase; aplicar assuntos equivalentes; texto completo
data de publicação: janeiro de 2015 e janeiro de 2020

- CINAHL

Resumo disponível; prática baseada em evidências; humano; qualquer autor é enfermeira; sexo: feminino; gravidez e texto completo em PDF

- MEDLINE

Humano; resumo disponível e sexo: Feminino

- NURSING & ALLIED HEALTH COLLECTION: COMPREHENSIVE

Texto completo em PDF

- MEDICLATINA

Texto completo em PDF

Study Selection

Foram identificados 14 artigos, através das bases de dados referenciadas. Dos 14 artigos, 5 foram eliminados a partir da leitura do título. Através da utilização o Prisma 2009 Flow Diagram (presente no Appendix III), reuniram-se 9 artigos, que cumpriam os critérios de elegibilidade. Estes foram submetidos aos critérios de inclusão definidos, tendo-se excluído 6, por se considerar não fornecerem informações significativamente importantes para a presente revisão. Foram por isso selecionados **3 artigos**, dois estudos quantitativos e um estudo qualitativo.

- Artigos selecionados:

Nº 1 – Manejo não farmacológico da dor no atendimento do parto: experiência baseada nas práticas formativas

Nº 2 – A prática de métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto em um hospital universitário no Brasil

Nº 3 – Pharmacological and non-pharmacological methods of labour pain relief – Establishment of effectiveness and comparison

- Artigos excluídos:

Nº 4 – Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a quantitative systematic review

Nº 5 – Experiences of midwives on pharmacological and non-pharmacological labour pain management in Ghana

Nº 6 – Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis

Nº 7 – Evaluation of different doses of transcutaneous nerve stimulation for pain relief during labour: a randomized controlled trial

Nº 8 – Butorphanol in labour analgesia

Nº 9 – Pain therapy in obstetrics

Nº 10 – Hypnosis for pain management during labour and childbirth

Nº 11 – Managing the pain of labour: factors associated with the use of labour pain management for pregnancy Australian women

Nº 12 – The effect of foot reflexology on anxiety, pain, and outcomes of the labour in primigravida women

Nº 13 – Knowledge and willingness of prenatal women in Enugu Southeastern Nigeria to use in labour non-pharmacological pain reliefs

Nº 14 – Use of pharmacological and non-pharmacological labour pain management techniques and their relationship to maternal and infant birth outcomes: examination of a nationally representative sample of 1835 pregnant women

Data collection

Os dados para este protocolo foram colhidos através de um instrumento, presente no *Appendix IV: Data extraction instrument*, é constituído por 9 questões, que permitiram identificar o estudo. Contempla o título, autores, ano de publicação, país de origem e objetivos do artigo,

identifica as metodologias e métodos, as fontes de pesquisa, população e amostra e nível de evidência, integra os dados significativos extraídos dos artigos consultados, a interpretação desenvolvida, e o contributo retirado do estudo para a compreensão desta *scoping review*.

Data synthesis

Segundo a perspectiva de Mielke, Gouveia et al. (2018) a dor de TP é um:

“processo fisiológico, no entanto, para algumas mulheres a experiência de parir é única, dolorosa e muitas vezes a dor é superior àquela que esperavam sentir. Assim, promover o cuidado das parturientes para que ela mesma possa lidar com o desconforto e com a dor durante o TP é uma atribuição do profissional de saúde. A dor pode ser atenuada por meio da utilização de medidas não farmacológicas, estratégia essa significativa e com comprovação científica” (Mielke, Gouveia et al., 2018, p. 49).

Durante o processo de nascimento, também a presença de dor é reconhecida, e pode ser descrita em dois momentos: na primeira fase de dilatação, causada por contrações uterinas e dilatação cervical e a segunda fase do nascimento, causada pela pressão que o feto exerce sobre as estruturas pélvicas, aumentando a sua intensidade” (Valencia, Moreno et al., 2019, p. 2). De acordo com Czech, Fuchset et al. (2018) a dor é:

“uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano tecidual real ou potencial. A dor de parto tem dois elementos: visceral e somático. A visceral ocorre durante a primeira etapa do TP e está ligada à tensão exercida no colo do útero, que causa a sua dilatação (...) O tipo somático aparece no final do primeiro estágio, e dura também no segundo estágio. É o resultado da força exercida sobre o colo do útero, da vagina e do períneo” (Czech, Fuchset et al., 2018, p. 1).

A gravidez e o nascimento são eventos únicos que despertam sentimentos e emoções, principalmente para a mulher, e tal experiência será um marco na sua vida. Assim sendo, os profissionais envolvidos na assistência durante o ciclo gravídico e puerperal devem proporcionar uma atenção humanizada (Mielke, Gouveia et al., 2018).

Valencia, Moreno et al. (2019, p. 16) dizem-nos que o parto humanizado visa promover o parto para ser uma experiência positiva e capacitar as mulheres a respeitarem as suas decisões,

valores, crenças e sentimentos, e buscar reduzir a administração de medicamentos adotando práticas baseadas em evidência.

Entre as práticas que são demonstravelmente úteis e que devem ser encorajadas, encontram-se as medidas não farmacológicas para o alívio da dor que são estratégias postas em prática no TP para uma melhor tolerância e alívio da dor (Mielke, Gouveia et al., 2018, p. 49). A dor pode ser atenuada por meio da utilização de medidas não farmacológicas. Promover o cuidado das parturientes, para que mesmas possam lidar com o desconforto e com a dor durante o TP é uma função do EEESMO. De acordo com Mielke, Gouveia et al. (2018)

“as orientações, quanto às formas de alívio de dor durante o TP, como as medidas não farmacológicas, devem ser apresentadas à grávida durante período o pré-natal. A época mais adequada para essas orientações é o terceiro trimestre, ou seja, período em que a gravidez se vai aproximando do final, momento em que as mulheres se encontram mais abertas a receberem informações relacionadas ao TP e o parto, podendo ser preparadas para esses eventos. Se possível, o acompanhante deve estar presente durante as orientações, visto que este poderá dar apoio à mulher. Além disso, o acompanhante também auxilia na gestão efetiva do TP, ajudando, por exemplo, na utilização das medidas não farmacológicas de alívio da dor (...)” (Mielke, Gouveia et al., 2018, p. 52).

Segundo Mielke, Gouveia et al. (2018) o uso de medidas não farmacológicas são uma prática eficiente para o alívio da dor de parto. É importante empoderar e informar as parturientes quanto às estratégias disponíveis para o alívio da dor durante o TP para que possam, nesse momento e em conjunto com os profissionais de saúde, escolher o melhor método (Mielke, Gouveia et al., 2018, p. 48).

O objetivo dos cuidados em obstetrícia é, conjuntamente com a grávida/parturiente/acompanhante, escolher o(s) método(s) que reduzam a dor a um “nível suportável” em que as parturientes sejam capazes de lidar com ela e, simultaneamente, consigam participar ativamente na experiência do parto (Czech, Fuchset al., 2018, p. 2).

A deambulação e a bola são medidas bastante conhecidos e utilizados pelas mulheres na pesquisa de Mielke, Gouveia et al. (2018), uma vez que

“favorecem a mobilidade da parturiente (...) algumas mulheres utilizaram/praticaram mais de um método para obter o relaxamento durante o TP

(...) ressalta-se que a deambulação é um método terapêutico capaz de acelerar o TP, 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. Uma das iniciativas para melhorar a repercussão da dor para a parturiente é estimular a deambulação nos momentos iniciais do TP quando a dor ainda não está presente. A deambulação é evidenciada como um método confortável visto que a gravidade pode estar a seu favor promovendo rotação adequada do feto na pelve materna. Além disso, esse método pode acelerar o TP diminuindo o uso de analgesia farmacológica” (Mielke, Gouveia et al., 2018, p. 52 - 53).

A análise do estudo de Mielke, Gouveia et al. (2018) mostrou-nos que a realização de exercícios respiratórios, massagem e duche permitiu menor intensidade de dor o que permitiu atraso e redução no uso de analgésicos. Outros benefícios significativos incluíram: expulsão fetal mais rápida, melhora do estado neonatal e maior satisfação materna (Mielke, Gouveia et al., 2018, p. 53).

O método não farmacológico com maior destaque no estudo de Mielke, Gouveia et al. (2018), foi o banho, além de ser o mais conhecido e utilizado pelas mulheres. O banho é um método muito acessível, económico, sem preparação previa pelo que é a mais frequentemente usado em estabelecimentos de saúde.

Mielke, Gouveia et al. (2018, p. 52) consideram a hidroterapia como um método eficaz, descrito como adjuvante natural do processo do TP que melhora de forma significativa a circulação sanguínea, também Lee e Lie (2013) defendem a eficácia de um banho quente na aquisição de sentimentos positivos sobre o processo de parto.

A música tem efeitos benéficos no corpo humano, como diminuir a tensão arterial e frequência cardíaca, relaxar os músculos e a respiração e obter movimentos mais rítmicos. Além disso, aumenta a sensação de controlo e causa um aumento nos níveis de endorfina (Valencia, Moreno et al., 2019, p. 14).

Na pesquisa de Mielke, Gouveia et al. (2018), a maior motivação para a prática das medidas não farmacológicas foi a diminuição da dor (Mielke, Gouveia et al., 2018, p. 52). Cada método possui uma característica principal que busca proporcionar à parturiente controlo emocional e diminuição da sensação dolorosa. Além de favorecer assistência contínua, proporciona conforto físico, apoio emocional e comunicação efetiva entre a equipa de saúde, a parturiente e o acompanhante (Mielke, Gouveia et al., 2018, p. 49).

Czech, Fuchset al. (2018) diz-nos que as parturientes apreciam medidas não farmacológicas de alívio da dor, porque isso lhes permite experimentar o parto de uma maneira mais natural. É importante educar as futuras mães sobre o processo de parto natural e as possíveis medidas de alívio da dor, a fim de aumentar a sua satisfação relacionada ao parto (Czech, Fuchset al., 2018, p. 2). Ainda na perspetiva dos autores supracitados, referem ser importante educar as parturientes sobre as medidas disponíveis para aliviar a dor no TP e ajudá-las a lidar com os seus medos associados ao parto (Czech, Fuchset al., 2018, p. 2).

A análise do estudo de Valencia, Moreno et al. (2019, p. 17) mostra-nos que, por vezes a implementação de medidas não farmacológicas é inexequível devido aos baixos recursos existentes, conhecimento e abertura da equipa de saúde.

Valencia, Moreno et al. (2019, p. 3) dizem-nos que, a maioria do conteúdo abordado na licenciatura sobre as medidas de alívio da dor, tendem a dar enfoque na farmacologia e não nas medidas não farmacológicas. E que, as técnicas que são implementadas na prática pelos profissionais, tendem a ser oriundas de formação adquirida no curso base.

Conflicts of interest

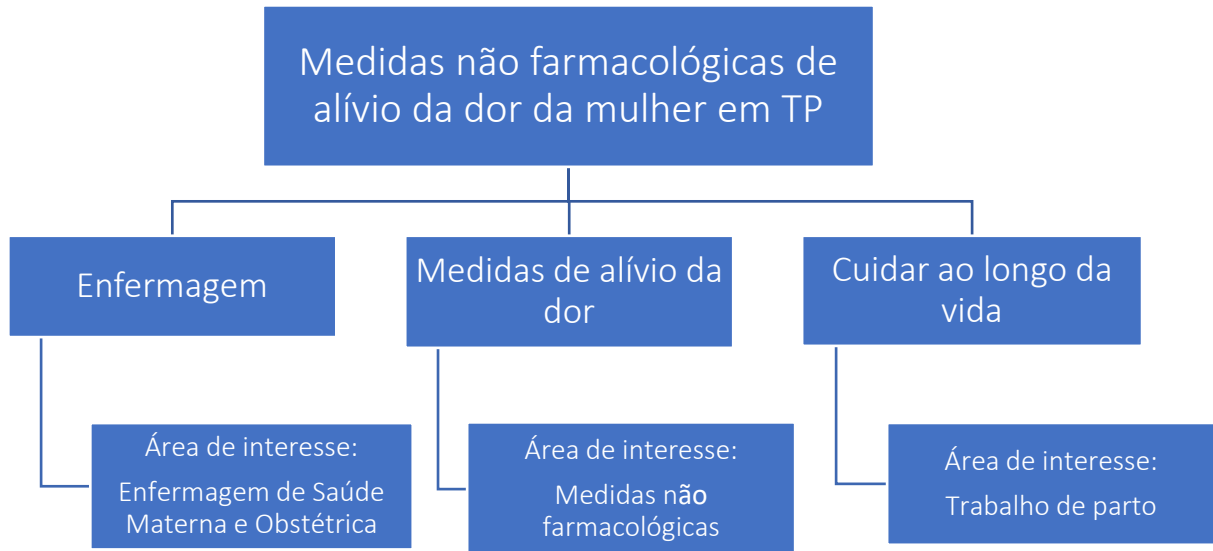
A autora não tem conflitos de interesse a declarar.

Acknowledgements

A aluna agradece à Professora Orientadora Olimpia Cruz pelo apoio prestado ao longo do desenvolvimento desta *scoping review*.

Appendix I: Initial Search Strategy

Mapa Conceptual

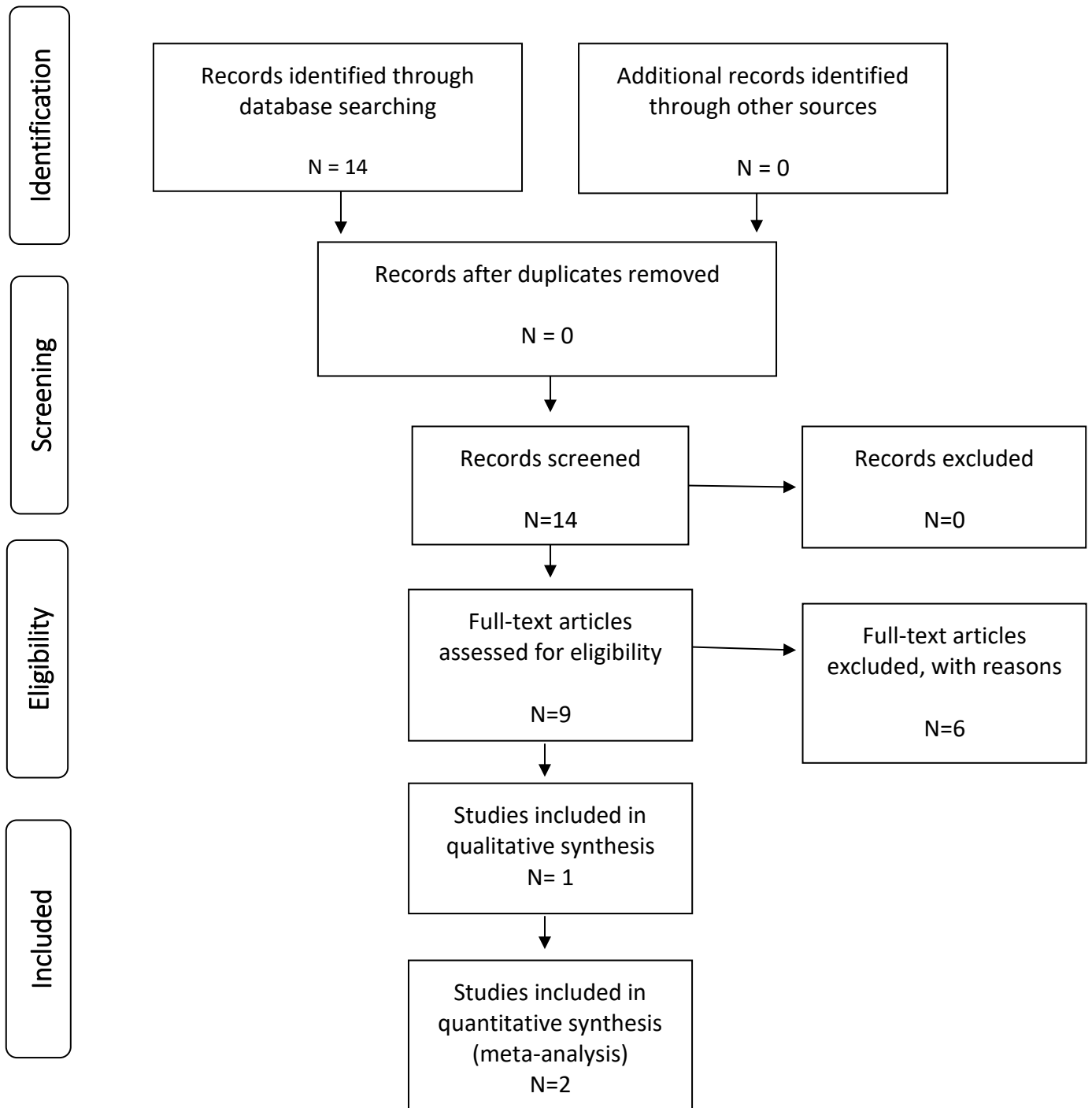


Appendix II: Appraisal instruments

TABELA 1 – obstetrics AND labor AND labor pain AND non pharmacological

DESCRITORES	ESBCO				
	Total	CIHNAL	NURSING	MEDLINE	MEDICLATINA
1 – obstetrics	20,052	11	1,099	18,292	650
2 – labor	5,719	7	2,648	2,483	581
3 – labor pain	106	0	14	76	16
4 - non pharmacological	484	0	50	361	73
1 e 2	1,534	5	151	1,258	120
1 e 3	76	0	12	54	10
1 e 4	29	0	2	22	5
2 e 3	106	0	14	76	16
2 e 4	28	0	1	20	7
3 e 4	18	0	1	15	3
1 e 2 e 3	76	0	12	54	10
1 e 2 e 3 e 4	14	0	1	12	2

Appendix III: PRISMA 2009 Flow Diagram



Adaptado de Prisma 2009 Flow Chart (The Joanna Briggs Institute, 2014)

From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

Appendix IV: Data extraction instrument

Artigo nº 1: Manejo no farmacológico del dolor en la atención del parto: experiencia desde las prácticas formativas

<p>Título da Revisão: Tratamento não farmacológico da dor no cuidado ao parto: experiência baseada nas práticas formativas</p> <p>Questão: qual a aplicação das medidas não farmacológicas da dor durante o trabalho de parto</p> <p>Critérios de Inclusão (PCC):</p> <ul style="list-style-type: none">• População: dois grupos focais, onde participaram 16 estudantes dos cursos de V a VIII, matriculados durante o primeiro período de 2018• Conceitos: dor de parto, alívio da dor, terapias complementares, terapia de relaxamento, massagem• Contexto: Procura-se perceber qual o conhecimento teórico sobre as medidas não farmacológicas da dor durante o TP em alunos de Enfermagem, quais as medidas e qual a sua aplicabilidade na prática
<p><u>Autores:</u> Mary Luz Jaimes Valencia, Daniela Pereira Moreno, Alexandra Jimena Pedraza Acosta, Karol Xiomara Carvajal Cárdenas, Fredy José Mejía Rondón, Laura Andrea Aparicio Díaz, Martha Isabel Robles Carreño</p>
<p><u>Ano da Publicação:</u> 2019</p>
<p><u>País de origem:</u> Colômbia</p>
<p><u>Objetivos:</u> qual o conhecimento teórico sobre as medidas não farmacológicas da dor durante o TP em alunos de Enfermagem, quais as medidas e qual a sua aplicabilidade na prática</p>
<p>➤ <u>Metodologia/métodos:</u> Pesquisa qualitativa, com técnica de grupo focal, foi utilizado o método de entrevista semiestruturada e organizaram-se dois grupos focais.</p> <p>A investigação qualitativa apoia-se no paradigma naturalista ou interpretativo, que está intimamente associado a uma visão holística dos seres humanos. Todas as investigações qualitativas tendem a transparecer o significado ou a perspectiva de interpretação que determinado fenómeno reveste para os indivíduos (Fortin, 2009).</p> <p>A perspectiva qualitativa nasce dos movimentos que criticam o mecanicismo e o reducionismo da visão quantitativa ou positivista. Assim, a investigação qualitativa descreve os fenómenos através de palavras, em vez de ser por números ou medidas (Wiersma, 1995, cit. por Coutinho, 2014).</p> <p>A metodologia qualitativa revela-se particularmente útil quando se pretendem conhecer dados que são difíceis de traduzir de forma quantitativa ou por valores numéricos, como sejam as crenças, as atitudes, os valores e os sentimentos.</p>

Com a metodologia qualitativa pretende-se uma análise dos discursos da amostra, o que permite um conhecimento profundo, das crenças, valores e sentimentos de um grupo, não sendo pretensão deste estudo a generalização de resultados. A complexidade dos sentimentos, crenças e relações humanas é de tal forma intrincada que justifica uma análise qualitativa, onde o investigador pode permitir aos sujeitos uma liberdade de discurso, e uma riqueza de explanação de conceitos que seria dificultada com a análise quantitativa. A investigação qualitativa procura compreender significados, aprofundar conceitos, identificar processos, descobrir e analisar experiências, explorar e descrever contextos e atitudes.

O objeto de estudo numa investigação qualitativa, a nível concetual são as intenções e situações, ou seja, desvendar significados nas ações individuais e nas interações sociais a partir da interpretação dos participantes (Fortin, 2009; Coutinho, 2014).

“Es una investigación cualitativa con diseño de grupo focal, realizada a estudiantes del programa de enfermería de una universidad privada de Bucaramanga, Colombia.”

“Los datos fueron recolectados por medio de la técnica de grupo focal, que posibilita un debate abierto entre los estudiantes y permite pensar sobre los conocimientos teóricos y profundizar en la práctica.

“Se elaboró una entrevista semiestructurada de 12 preguntas con el objetivo de analizar la experiencia del estudiante de enfermería abarcando varios aspectos importantes del tema.”

“Se realizaron dos grupos focales con un encuentro para cada grupo. Los dos encuentros se produjeron en el periodo de marzo-abril de 2018, teniendo en cuenta la misma temática y dinámica, orientados a un tema específico y el tiempo estipulado para cada encuentro fue de una hora aproximadamente.”

“Las entrevistas de los dos encuentros focales se grabaron y fueron transcritos. El material utilizado fue sometido a un análisis de contenido de manera manual para determinar la coherencia y redacción de las preguntas.”

Estabelece-se assim, uma verdadeira troca, durante a qual o participante expõe as suas perceções sobre um acontecimento ou uma situação, as suas interpretações ou as suas experiências. Concomitantemente o investigador através de perguntas abertas, facilita essa expressão, permite que o participante seja o mais profundo e autêntico possível e evita que este se distancie dos objetivos da entrevista (Quivy e Campenhoudt, 2008). A entrevista pode ser presencial, via internet, ou telefónica e pode ser individual ou em pequenos grupos (Coutinho, 2014; Fortin, 2009).

Existem diferentes variantes da entrevista, mas a mais correntemente utilizada é a semiestructurada ou semi-dirigida, combinando esta certos aspetos das variantes estruturada e não estruturada (Fortin, 2009; Quivy e Campenhoudt, 2008). A entrevista semiestructurada é principalmente utilizada, quando o investigador pretende compreender, o significado de um acontecimento ou de um fenómeno experienciado pelos participantes. Nesta variante, o entrevistador esboça uma lista de temas a abordar, constrói questões com integridade com esses temas e apresenta-os ao participante numa ordem que considera pertinente (Fortin, 2009).

A nível metodológico a investigação qualitativa assenta no método indutivo, “porque o investigador pretende desvendar a intenção, o propósito da ação, estudando-a na sua própria posição significativa, isto é o significado tem um valor enquanto inserido nesse contexto” (Pacheco, 1993, cit. por Coutinho, 2014). O mesmo autor refere que a investigação qualitativa valoriza e salienta a

riqueza da diversidade individual, contrapondo a uniformização dos comportamentos da perspectiva positivista ou quantitativa.

Fontes de pesquisa utilizadas:

Foram convidados a participar formalmente do estudo 2º estudantes entre o V e o VIII semestre da universidade que frequentavam a disciplina Família Holística, Enfermagem e Assistência de Enfermagem, dos quais 16 estudantes participaram.

Os alunos dos semestres inferiores que não frequentaram a disciplina foram excluídos do estudo, não possuíam experiência em cuidar durante o parto e aqueles que não aceitaram participar do estudo.

Os dados foram colhidos por meio da técnica de grupo focal, que permite um debate aberto entre os alunos e permite pensar sobre o conhecimento teórico e aprofundar a prática.

Foi elaborada uma entrevista semiestruturada de 12 perguntas, com o objetivo de analisar a experiência do estudante de enfermagem, abrangendo vários aspectos importantes do assunto.

“Fueron invitados a participar en el estudio de manera formal 20 estudiantes entre V a VIII semestre de la universidad que cursaron la asignatura Cuidado Holístico a la Familia, Gestante y Lactante, de los cuales participaron 16 estudiantes. Se excluyeron del estudio los estudiantes de semestres inferiores y que no cursaron la asignatura, no tuvieron experiencia en la atención del parto y aquellos que no aceptaron la participación en el estudio.”

“En ambos encuentros de los grupos focales se explicó la propuesta de trabajo y se solicitó la firma del consentimiento informado; los moderadores del encuentro socializaron un video de “Parto humanizado, una opción de nacimientos en tabasco”, con el fin de colocar a los asistentes en contexto y motivarlos a dialogar sobre dicho tema.”

Interpretação desenvolvida:

“A nivel mundial, los profesionales de la salud están adaptando otras alternativas relacionadas a la seguridad, eficacia, calidad, disponibilidad, preservación y reglamentación de la medicina tradicional y complementaria (MTC). Se han implementado cinco terapias complementarias como: medicina antroposófica, homeopatía, terapia neural, fitoterapia y medicina tradicional china.” (p.3)

“La OMS recomienda la implementación de estrategias no farmacológicas para aliviar las incomodidades derivadas del dolor durante el proceso del parto, la adhesión a esta práctica ha estado influida por la filosofía de la institución de atención al parto.” (p.3)

“Las diferentes terapéuticas complementarias más recomendadas como métodos no farmacológicos que disminuyan el dolor en el parto se encuentran:

1. **Electroterapia:** uso de neuro-estimulación eléctrica transcutánea (TENS) durante la fase latente, que busca reducir la excitabilidad de las fibras del dolor delta A y C reduciendo la cantidad de mensajes dolorosos que ascienden por la médula espinal;
2. **Termoterapia:** se genera la inmersión en agua caliente de la gestante en una temperatura de 40°C durante la primera etapa del trabajo de parto produciendo una reducción del dolor y de la duración de las contracciones;
3. **Crioterapia:** se utilizan almohadillas de gel en forma de cinturón en la zona lumbar, reduciendo el dolor en la fase de expulsivo para mejorar la tolerância a las contracciones uterinas;
4. **Masoterapia:** los masajes se realizan en la región lumbar en el momento del parto, considerándose eficaz para la reducción del dolor en la primera fase del parto.
5. **Acupuntura:** es beneficiosa para disminuir el dolor del parto y los puntos más utilizados se

encuentran en manos, pies y orejas”. (p.3)

“las terapias complementarias están ganando aceptación en el cuidado de la salud, pero su uso sigue siendo secundario. La razón por la cual el profesional de enfermería utiliza las técnicas complementarias para el manejo del dolor es que la utilización de las técnicas convencionales está ligada al conocimiento que tienen de las técnicas, el cual viene de las bases de formación del pregrado y la información adquirida en el transcurso de su trayectoria como profesional, lo cual les da fundamentos básicos de la forma como aplicarlas.” (p.3)

“En el curso de cuidado holístico a la gestante niño y adolescente durante el componente teórico se establecen diferentes técnicas que se pueden aplicar en la práctica para el manejo dolor, encontrando la respiración, masajes, yoga, aromaterapia, hidroterapia, entre otras. Es pertinente reconocer que existen publicaciones, aunque siguen siendo escasas en las que se permita evidenciar que estas técnicas disminuyen la intensidad del dolor y el tiempo de trabajo de parto.” (p. 8)

Las terapias no farmacológicas tienen varias denominaciones entre ellas terapias complementarias cuando se utilizan junto con tratamientos convencionales, y como alternativas cuando se usan en lugar del tratamiento convencional. Durante el proceso de enseñanza, en el componente teórico el estudiante debe aprender mediante talleres aplicativos la manera correcta de realizar diferentes técnicas no farmacológicas para el alivio del dolor en la materna.” (p. 9)

El desarrollo de las técnicas no farmacológicas experimenta una gran variedad de sentimientos que fortalecen la comunicación y los lazos afectivos con el paciente facilitando la aplicación de las mismas y así encontrar los mejores resultados siendo el objetivo principal.” (p. 13)

“Existen diversas medidas no farmacológicas denominadas medicina tradicional o complementaria. Diferentes autores describen cada una de estas medidas para la disminución del dolor.

En la **acupuntura** el efecto analgésico se comprende a través de la «teoría de la compuerta»; la teoría de Melzack y Wall que menciona que la inserción de agujas en el musculo y tejido celular subcutáneo «cierra la compuerta», es decir, bloquean el impulso doloroso²³. La pelota de parto permite a la gestante movimientos libres de la pelvis y la columna, con el fin de aliviar el dolor durante la etapa de dilatación. Piñeiro Sánchez y Fonseca Villar agregan que «el movimiento durante la dilatación, entre otros beneficios, favorece la respiración de la mujer, la circulación placentaria la frecuencia cardiaca y la oxigenación del feto.

El **masaje** puede ayudar a aliviar el dolor al contribuir a la relajación e inhibir las señales dolorosas al mejorar el flujo sanguíneo y la oxigenación de los tejidos (Vickers 1999).

La **aromaterapia** incrementa la producción de las sustancias relajantes, estimulantes y sedantes propias del cuerpo; pueden administrarse por medio de masajes en la piel o pueden inhalarse usando una infusión de vapor o un mechero (Allaire 2000).

Una de las medidas más reconocidas en el **baño de ducha**, autores recomiendan el uso asociado del baño de ducha con los masajes lumbares para intensificar el alivio del dolor durante el parto. La música tiene efectos beneficiosos sobre el cuerpo humano, como bajar la TA, disminuir el pulso, relajar la musculatura y la respiración, y conseguir movimientos más rítmicos. Además, es un elemento distractor que aumenta la sensación de control y provoca un aumento de los niveles de endorfinas lo concluyo la Universidad de Maryland”. (p.14)

Nível de Evidência alcançado (se aplicável):

Level 3.c – Cohort study with control group

Contributo para a questão de revisão:

A natureza qualitativa do estudo possibilita identificar a experiência dos estudantes do curso de Enfermagem na aplicação de medidas não farmacológicas para o alívio da dor durante o TP.

Há consenso entre os participantes no que diz respeito à aplicação de medidas não farmacológicas para alívio da dor durante o TP.

Em geral, todos os participantes reconhecem a importância do uso das medidas não farmacológicas para o alívio da dor na parturiente durante o TP, e identificam que estas medidas diminuem a intensidade da dor, ajudam a diminuir o tempo do TP e facilita a comunicação entre a equipa de enfermagem e a grávida/parturiente.

Os alunos de enfermagem que participaram no estudo identificam como técnicas não farmacológicas de alívio da dor durante o TP: equilíbrio, aromoterapia, respiração, musicoterapia, massagem, imaginação direcionada, comunicação/distração e acompanhamento, demonstrando grande efetividade para as parturientes na redução e controlo da dor durante o trabalho de parto.

Em relação às narrativas dos participantes, foi possível demonstrar que, no decorrer da prática, eles foram incapazes de implementar medidas não farmacológicas devido aos baixos recursos existentes na prática, conhecimento e abertura da equipa para a temática, instituição e a disposição das parturientes.

Artigo nº 2: A prática de métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto num hospital universitário no Brasil

<p>Título da Revisão: A prática de medidas não farmacológicas para o alívio da dor de parto em um hospital universitário no Brasil</p> <p>Questão: quais as medidas não farmacológicas implementadas para o alívio da dor de parto</p> <p>Critérios de Inclusão (PCC):</p> <ul style="list-style-type: none">• População: 586 puérperas em um hospital de ensino do Brasil• Conceitos: gestantes, trabalho de parto, dor do parto• Contexto: Procura-se perceber quais as medidas não farmacológicas implementadas para o alívio da dor de parto num hospital universitário, os motivos que levaram a utilizá-los e o grau de satisfação
<p>Autores: Karem Cristina Mielke, Helga Geremias Gouveia e Annelise de Carvalho Gonçalves</p>
<p>Ano da Publicação: 2019</p>
<p>País de origem: Brasil</p>
<p>Objetivos: identificar a prática de medidas não farmacológicas implementadas para o alívio da dor de parto num hospital universitário, os motivos que levaram a utilizá-los e o grau de satisfação.</p>
<p>Metodologia/métodos: estudo transversal, desenvolvido com 586 puérperas em um hospital de ensino do Brasil. A coleta de dados ocorreu entre fevereiro e setembro de 2016, tendo como fonte os registros dos prontuários, a carteira de pré-natal e um questionário estruturado aplicado 12 horas após o parto. Procedeu-se a uma análise descritiva por meio do spss, versão 18.</p>
<p>Fontes de pesquisa utilizadas:</p> <p>Estudo quantitativo de corte transversal desenvolvido na Unidade de Internação Obstétrica de um hospital universitário no sul do Brasil, no período de fevereiro a setembro de 2016.</p> <p>Estudos transversais ou de corte transversal são estudos que visualizam a situação de uma população em um determinado momento, como instantâneos da realidade (Rouquayrol e Almeida, 2006). Descrevem a situação em um dado momento e por este motivo frequentemente são classificados de forma errônea como descritivos. Na realidade, esses estudos possibilitam o primeiro momento de análise de uma associação. Identificados dentro de uma população os desfechos existentes, podemos elencar fatores que podem ou não estar associados a esses desfechos em diferentes graus de associação.</p> <p>As principais vantagens deste tipo de estudo são o seu baixo custo, sua fácil exequibilidade e a rapidez com que se consegue retorno dos dados obtidos.</p>
<p>Interpretação desenvolvida:</p> <p>“Entre as práticas que são demonstravelmente úteis e que devem ser encorajadas, encontram-se os métodos não farmacológicos para o alívio da dor que são estratégias postas em prática no trabalho de parto para uma melhor tolerância e manejo da dor. Em 1996, a OMS destacou como métodos o banho, a massagem, as técnicas de relaxamento, a hidroterapia, a electroestimulação</p>

cutânea, a deambulação e a cinesioterapia. Com o passar dos anos, outros métodos foram adotados para o auxílio às gestantes durante o trabalho de parto como exercícios respiratórios, relaxamento muscular (através de técnicas de eletroterapia e alongamentos), uso da bola suíça e deambulação, podendo estas serem utilizadas de forma isolada ou combinadas”. (p.49)

“Cada método possui uma característica principal que busca proporcionar à parturiente controle emocional e diminuição da sensação dolorosa. Além de favorecer assistência contínua, proporciona conforto físico, apoio emocional e comunicação efetiva entre a equipe de saúde, a parturiente e o acompanhante.” (p.49)

“Assim, promover o cuidado das parturientes para que ela mesma possa lidar com o desconforto e com a dor durante o trabalho de parto é uma atribuição do profissional de saúde. A dor pode ser atenuada por meio da utilização de métodos não farmacológicos, estratégia essa significativa e com comprovação científica”. (p.49)

“Existem evidências sobre a segurança e efetividade de diversos métodos não farmacológicos utilizados em mulheres durante o trabalho de parto com a finalidade de promoção do conforto, contudo vale destacar que para alguns métodos ainda não ocorreu essa confirmação. Com a utilização dos métodos não farmacológicos, é possível que a mulher desenvolva sua autonomia, favorecendo, assim, uma atuação dinâmica, tanto da mulher quanto do seu acompanhante, durante o parto”. (p.49)

“As orientações quanto às formas de alívio de dor durante o trabalho de parto, como os métodos não farmacológicos, devem ser apresentadas para a gestante durante o pré-natal; se possível, o acompanhante deve estar presente durante as orientações visto que poderá dar apoio à mulher. Além disso, o acompanhante também auxilia na gestão efetiva do trabalho de parto, ajudando, por exemplo, na utilização dos métodos não farmacológicos”. (p.52)

“Ressalta-se que o maior nível educacional e a paridade esteve associado ao aumento significativo de conhecimento das estratégias de alívio da dor.” (p. 52)

“A OMS estimula o uso dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto, com uma rede de cuidados que proporcionem conforto para a mulher, com base na atenção humanizada ao parto e puerpério diminuindo, assim, as intervenções desnecessárias. (p. 52)

“O método não farmacológico de maior destaque neste estudo foi o banho, além de ser o mais conhecido e utilizado pelas mulheres. O **banho** é um método considerado acessível, não-invasivo e de baixo custo, sendo possível a oferta em diversos estabelecimentos de saúde. O banho favorece relaxamento da musculatura promovendo conforto e não causa malefícios ao feto. É considerado um método eficaz, descrito como ajudante natural do processo do trabalho de parto que melhora de forma significativa a circulação sanguínea da mulher. A **deambulação** e a **bola**, métodos bastante conhecidos e utilizados pelas mulheres nesta pesquisa, que favorecem a mobilidade da parturiente, também foi mencionado em outros estudos. Uma pesquisa desenvolvida em maternidade pública, referência para risco habitual de uma capital no sul do Brasil que entrevistou 100 puérperas, constatou que delas utilizaram métodos para o alívio da dor. Os três mais referenciados foram deambulação (69,3 %), chuveiro (58,1 %) e bola obstétrica (43,5 %). Corroborando com o presente estudo, algumas mulheres utilizaram/praticaram mais de um método para obter o relaxamento durante o trabalho de parto (15). Quando considerados os métodos mais conhecidos, um estudo

desenvolvido com primíparas apontou o uso de exercícios respiratórios (51,8 %), massagem (36,9 %) e mudança de posição (32,2 %) (18). Ressalta-se que 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. (p. 52)

“A deambulação é evidenciada como um método confortável visto que a gravidade pode estar a seu favor promovendo rotação adequada do feto na pelve materna. Além disso, essa estratégia pode acelerar o trabalho de parto diminuindo o uso de medicamentos” (p. 53)

“A análise de um estudo randomizado mostrou que o grupo experimental, ou seja, que utilizou métodos não farmacológicos, teve significativamente **menor intensidade de dor** após os exercícios respiratórios, massagem e tomar banho, o que inclusive permitiu **atraso e redução no uso de analgésicos**. Outros benefícios significativos incluíram: **expulsão fetal mais rápida, melhora do estado neonatal e maior satisfação materna.**” (p.53)

Nível de Evidência alcançado (se aplicável):

Level 2.b – Systematic review of quasi-experimental and other lower study designs

Contributo para a questão de revisão:

O uso de medidas não farmacológicas é uma prática eficiente para o alívio da dor de parto.

Considera-se importante informar as grávidas/parturientes/acompanhantes sobre as estratégias disponíveis para o alívio da dor durante o TP para que, nesse momento, possam, em conjunto com os profissionais de saúde, escolher o melhor método.

As medidas não farmacológicas são práticas recomendadas pela OMS, e foram utilizadas por uma grande percentagem das parturientes deste estudo, sendo o banho e a deambulação as medidas mais conhecidas e também as mais utilizadas durante o TP.

A principal motivação para o uso das medidas foi a redução da dor. Destaca-se que as mulheres referiram alto grau de satisfação quanto à sua utilização.

As medidas não farmacológicas mais conhecidas pelas mulheres foram banho (83,1%) e deambulação (81,4%).

No hospital universitário, 55,5% receberam orientação/informação sobre os métodos e o mais aceite foi o banho (66,6%).

O motivo mais relatado foi diminuição da intensidade/alívio da dor (71,8%); 89,4% consideram que a prática desta medida trouxe benefícios; para 79,9%, o grau de satisfação foi maior ou igual a sete.

Artigo nº3: Pharmacological and Non-Pharmacological Methods of Labour Pain Relief — Establishment of Effectiveness and Comparison

<p>Título da Revisão: Pharmacological and Non-Pharmacological Methods of Labour Pain Relief— Establishment of Effectiveness and Comparison</p> <p>Questão: qual a aplicação das medidas não farmacológicas da dor durante o TP</p> <p>Critérios de Inclusão (PCC):</p> <ul style="list-style-type: none">• População: 258 mulheres do Centro de Saúde na Polónia• Conceitos: dor do parto, imersão em água, anestesia epidural, alívio da dor• Contexto: procura-se perceber a eficácia das medidas farmacológicos e não farmacológicos para alívio da dor e compará-los
<p>Autores: Iwona Czech, Piotr Fuchs, Anna Fuchs, Miłosz Lorek, Dominika Tobolska-Lorek, Agnieszka Droszol-Cop e Jerzy Sikora</p>
<p>Ano da Publicação: 2018</p>
<p>País de origem: Polónia</p>
<p>Objetivos: avaliar a eficácia das medidas farmacológicas e não farmacológicos para alívio da dor e compará-los</p>
<p>Metodologia/métodos: O método quantitativo caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto na modalidade de colheita de informações quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples como percentual, média, desvio-padrão, às mais complexas.</p>
<p>Fontes de pesquisa utilizadas: A amostra do estudo foi retirada do Centro de Saúde da Mulher e da Criança em Zabrze, Silésia, Polónia. Os critérios de elegibilidade incluíram: idade gestacional > 37 semanas, feto único, posição cefálica do feto, início espontâneo do trabalho de parto, contrações uterinas apropriadas, gravidez fisiológica e idade > 18 anos. Os critérios de exclusão foram: hipersensibilidade a qualquer um dos produtos utilizados ou contra-indicação para analgesia epidural. Havia 608 trabalhos no Centro no período de setembro de 2016 a fevereiro de 2017. Desses, 371 mulheres deram à luz um bebê naturalmente. Após o processo de seleção, foram inscritas no estudo 258 mulheres que atenderam aos critérios de inclusão, com idade entre 18 e 39 anos (29,34 ± 3,74). Todas as mulheres incluídas foram divididas em seis grupos, dependendo do método escolhido para o alívio da dor no trabalho de parto: anestesia epidural, imersão na água e parto na água, gás para controle da dor, TENS, gerenciamento múltiplo. No estudo, o gerenciamento múltiplo foi definido como uma combinação de gás com imersão em água ou gás com o método TENS.</p>

O questionário do autor continha 21 perguntas e foi dividido em duas partes: a primeira referia-se à demografia, histórico médico passado e resultados do nascimento do bebê, enquanto a segunda consistia em perguntas sobre técnicas de manejo da dor escolhidas e avaliação do nível de dor durante cada estágio do trabalho de parto com o uso da escala visual analógica para dor (EVA). Cada mulher foi entrevistada pessoalmente, até 48 horas após o parto. O questionário foi previamente testado no grupo de 20 mulheres, que foram solicitadas a comentar a clareza das perguntas.

Todas as análises dos dados foram realizadas com o software StatSoft Statistica versão 13.0 PL e o valor de $p < 0,05$ foi considerado significativo. O teste de Shapiro-Wilk foi utilizado para verificar a normalidade das variáveis. Os resultados foram analisados por meio dos seguintes testes estatísticos: ANOVA de uma via, ANOVA de Kruskal-Wallis, teste U de Mann-Whitney e análise de regressão. Para variáveis qualitativas, foi utilizado o teste χ^2 .

O comitê de ética da Universidade Médica da Silésia, Katowice, Polônia aboliu a exigência de permissão para a realização do estudo.

Interpretação desenvolvida:

“Women often mention, that because of their anxiety they would prefer a caesarean section rather than a natural delivery. Occasionally, women feel little if any pain in labour and give birth unexpectedly”. (p.1)

“A scientific definition of pain is ‘an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage’. Labour pain has its two elements: visceral and somatic.

The visceral one occurs during the first stage of labour and it is connected with the tension exerted on the cervix, which causes its dilatation. That is felt by a parturient as a pain. The somatic kind of pain appears at the end of the first stage and it lasts also in the second stage. It is a result of the force exerted on the vaginal part of the cervix, the vagina and the perineum. Pain stimulates the respiratory system, minute ventilation and oxygen consumption increase and hyperventilation may cause respiratory alkalosis and reduction in the amount of blood transported to the foetus. Moreover, pain, anxiety, and stress during delivery can cause an increased release of catecholamines and cortisol into the circulation. However, we cannot forget, that pain during delivery plays an essential role in informing about labour’s progress. Among factors that influence the severity of pain, we can recognize the individual’s pain threshold, the level of labour’s progress, size of the baby, the mother’s general health condition, pelvic dimensions, position during the delivery, stress and mental factors”. (p.1 e 2)

“Nonpharmacological techniques contain water birth and water immersion, transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS), aromatherapy, acupuncture and acupressure, massage techniques.” (p.2)

“Many of the parturient patients also appreciate non-pharmacological methods of pain relief, because it can allow them to experience the delivery in a more natural way. It is important to educate future mothers about the process of natural delivery and possible pain relief methods in order to increase their satisfaction connected with the delivery. Most of the parturients expect to obtain effective pain relief during the delivery and the goal in obstetrics practice is to choose a method that will reduce the pain to a level in which parturients are able to cope with it, and simultaneously to give the parturient the possibility to participate in the birth experience.” (p.2)

“Women with longer, more difficult, more complicated labours are more likely to have analgesia or to choose various pain management techniques.” (p. 3)

“**Nitrous oxide (N₂O)** gas is a commonly used labour analgesic in many Western countries. N₂O is a nonflammable, tasteless, odourless gas. It was firstly used as a labour analgesic by Stanislav Klikovich in Poland in 1881. Klikovich published the results of his study wherein he utilized 80% N₂O with 20% oxygen in 25 labouring women, and demonstrated pain relief with no adverse foetal outcomes. When comparing inhalation analgesia with placebo or no treatment, nitrous oxide was found to offer more pain relief. However, inhalation of nitrous oxide was found to provide less effective pain relief than epidural analgesia. Some studies show that the majority of pregnant women receiving the nitrous oxide were satisfied with its analgesic effects and reported good experiences about it. In our study, the use of nitrous oxide alone referred to the lowest reduction in severity of pain among all methods. In addition, it was a statistically worse pain-reliever in the second and third stage of labour than the epidural analgesia. However, a combination of gas with TENS or water immersion (multiple management) demonstrated better results and this issue will be discussed in a further part of this study.” (p.7)

“**Water Immersion and Water Birth**

In recent days, a method that has grown in popularity because of its numerous advantages is water birth.

Various physiological effects of this mode of delivery help explain its beneficial impact. Women who used this method have reported feeling safe, relaxed and in control. Because of the hydrostatic pressure, the intraabdominal pressure is higher and that eases the future mother in breathing and changing position. In addition, water enables the pelvic tissues to be more flexible and elastic and that reduces the pain during the contractions and the number of instrumental interventions during the delivery.

A fact that should be underlined is that in our study, although water birth did not statistically reduce the level of pain, it was a well-accepted technique and it was associated with the highest satisfaction among the parturients. That may be associated with relaxing influence of water. Satisfaction is a multidimensional and complex issue and it is hard to establish it.

Doctors should be encouraged to take into consideration women’s suggestions, as this may be a fundamental factor in their experience. Every parturient has expectations, and identifying women’s expectations, demands, choices, and anxieties help the health care providers to reach their goal, which in this case is a positive birth experience. An individual, supportive approach to each patient should be provided in order to ameliorate women’s experience of labour.” (p. 7 e 8)

“**Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS)**

Transcutaneous electrical nerve stimulation is a popular method of pain relief that has been used in Europe for 30 years. Although some studies show that it is an alternative and useful method for labour analgesia, our study is not consistent with this statement. Neither did it reduce labour pain effectively, nor did it meet with recognition of the parturients because TENS was the method that was identified as the least satisfying.” (p.8)

“Multiple Management

Multiple management was the only approach that reduced the pain in comparison with the previous stages. Further studies should be performed in order to investigate the effectiveness of using one main method of pain relief consolidated with an additional one. Alternative methods such as **aromatherapy, massage techniques, acupuncture, music therapy, and yoga** should be remembered, as these could be important adjuncts to the major analgesic method.

Although the medical staff does not need to be specialized in the topic of alternative labour pain relief therapies, they should have a basic knowledge in this subject and they should be able to give women advice concerning further information because the need for alternative therapies in obstetrics will be rising.

Nowadays, **acupuncture** tends to be more widely used to manage labour pain. As a complementary medical modality, it has been reported to be effective in improvement of certain painful conditions such as labour pain. Recent studies support the efficacy of acupuncture and acupressure in decreasing labour pain and duration, although debate continues. Using non-invasive techniques, obstetricians can achieve not only pain relief but also an extremely important factor—reduction of anxiety during labour which helps to encourage the mothers to have a vaginal delivery.

The **massage of the peritoneal area** during pregnancy did not have an impact on the frequency of episiotomy. However, some studies show that antenatal perineal massage reduces the occurrence of perineal trauma (mainly episiotomies) and the reporting of ongoing perineal pain and is generally well accepted by women. Despite the results of our study in this area, we still have to encourage women to perform the massage of the perineal area and teach them how to do it properly.” (p. 8)

Nível de Evidência alcançado (se aplicável):

Level 3.c – Cohort study with control group

Contributo para a questão de revisão:

A satisfação do parto depende não apenas do nível de dor experimentada, mas também dos cuidados prestados à parturiente durante a gravidez e o parto.

O óxido nitroso, quando usado isoladamente, é associado à menor redução da dor entre todas as medidas, mas quando usado em combinação com TENS ou imersão em água, diminui a severidade da dor nas etapas seguintes do TP.

Entre as técnicas selecionadas no estudo, a imersão em água continua a ser o método não farmacológico de alívio da dor mais aceite, ao contrário da TENS, que foi associada ao menor nível de satisfação.

É importante educar as parturientes sobre as medidas disponíveis para aliviar a dor no TP e ajudá-las a lidar com os seus medos associados ao parto.

A analgesia epidural é o “padrão ouro” no alívio da dor no TP, no entanto, o nascimento na água está associado ao mais alto nível de satisfação das parturientes.