



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO DE ALÍVIO DA DOR EM PARTOS
VAGINAIS ASSISTIDOS EM UMA MATERNIDADE TERCIÁRIA DE
FORTALEZA

FORTALEZA

2021

ALLINE FALCONIERI DE MOURA

MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO DE ALÍVIO DA DOR EM PARTOS
VAGINAIS ASSISTIDOS EM UMA MATERNIDADE TERCIÁRIA DE
FORTALEZA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Saúde Materno Infantil da Universidade Federal do Ceará, como requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança.

Área de concentração: Atenção à Saúde Materna e Perinatal.

Orientadora: Profa. Dra. Simony Lira do Nascimento

FORTALEZA

2020

ALLINE FALCONIERI DE MOURA

MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO DE ALÍVIO DA DOR EM PARTOS
VAGINAIS ASSISTIDOS EM UMA MATERNIDADE TERCIÁRIA DE
FORTALEZA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Saúde Materno Infantil da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança.

Área de concentração: Atenção à Saúde Materna e Perinatal.

Orientadora: Profa. Dra. Simony Lira do Nascimento.

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Simony Lira do Nascimento
(Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dra. Mayle Andrade Moreira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- M884m Moura, Alline Falconieri de.
Manejo não farmacológico de alívio da dor em partos vaginais assistidos em uma maternidade terciária de Fortaleza / Alline Falconieri de Moura. – 2021.
68 f. : il.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança, Fortaleza, 2021.
Orientação: Profa. Dra. Simony Lira do Nascimento.
1. Assistência à Saúde. 2. Saúde da Mulher. 3. Parto Humanizado. I. Título.

CDD 610

AGRADECIMENTOS

A Deus e Nossa Senhora, pela proteção, força e pelas infinitas graças concedidas para a realização deste sonho.

Ao meu amado filho Davi, razão da minha vida e motivo da minha felicidade. A vida não teria sentido sem você!

Aos meus pais, Emilson e Sandra, pelo amor incondicional e por todos os sacrifícios que fizeram para me proporcionar sempre o melhor, mesmo que para isso tivessem que abdicar de seus próprios sonhos. Mãe, Pai: essa vitória é de vocês e por vocês!!!

À minha orientadora, Profa. Dra. Simony Lira, por me acolher desde o início do processo, e pela disponibilidade em estar junto comigo na concretização deste trabalho.

À banca examinadora pela disponibilidade e contribuições para o aperfeiçoamento deste trabalho.

A todos os professores, funcionários e colegas de sala do programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança (MPSMC), pois foram fundamentais em meu crescimento pessoal e científico, durante o compartilhamento de conhecimentos e experiências.

A todos que de qualquer maneira contribuíram para que este antigo sonho se concretizasse, o meu MUITO OBRIGADA!

RESUMO

OBJETIVO: analisar os fatores associados a utilização e quantidade de métodos não farmacológicos para o alívio da dor na assistência a parturientes no trabalho de parto e parto em uma maternidade de referência. **MÉTODO:** estudo do tipo observacional, transversal, com coleta de dados de forma retrospectiva. A pesquisa foi realizada na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC)/Universidade Federal do Ceará (UFC). A amostra contou com 974 prontuários, decorrentes dos partos vaginais ocorridos durante os meses de maio a outubro de 2015. Para esta análise foram consideradas as 907 mulheres que tinham o registro da utilização ou não dos MNF. Como variáveis dependentes temos: a utilização (sim/não), o tipo, e quantidade de MNF (1/2 ou mais métodos); e como variáveis independentes: as características sociodemográficas maternas, fetais e assistenciais. **RESULTADOS:** A média de idade das 907 mulheres incluídas foi de 23,6 anos ($dp \pm 6,8$). Apenas 55 mulheres (6,1%) não utilizaram nenhum MNF e 852 (93,9%) utilizaram algum tipo de método. Dessas 51,8% utilizou apenas um método e 48,2% utilizou 2 ou mais métodos. A massagem/respiração foram os métodos mais frequentes (87,1%), seguidos do chuveiro (40,4%), cavalinho (27%) e bolsa suíça (25,5%). A média da idade e a paridade foram maiores nas mulheres que não utilizaram MNF, assim como nas que utilizaram apenas um método ($p < 0,05$). O tempo do trabalho de parto, a dilatação na admissão, a integridade da bolsa, idade gestacional, utilização de fórceps, posição do parto, presença de acompanhante, analgesia farmacológica e profissional que prestou assistência ao parto se associaram com a quantidade de MNF ($p < 0,05$). **CONCLUSÃO:** As mulheres que não utilizaram MNF apresentam maior média de idade e paridade, e chegam em trabalho de parto mais avançado ou no expulsivo. Enquanto as mulheres que são admitidas mais precocemente, com menor dilatação e bolsa íntegra, as primíparas e mais jovens são expostas a dois ou mais MNF durante seu trabalho de parto. A presença do acompanhante e a assistência realizada pela equipe de Enfermagem são fatores que contribuem para utilização de maior quantidade de MNF. Esses resultados podem servir de estímulo para que os MNF sejam implantados em diferentes cenários nas maternidades brasileiras, bem como indicam quais aspectos ainda podem ser melhorados e reforçados na assistência humanizada ao parto.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência à Saúde. Saúde Da Mulher. Parto Humanizado.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Perfil sociodemográfico de mulheres submetidas a parto vaginal na MEAC, no período de maio a outubro de 2015 (n=907). Fortaleza/CE, 2020.....61

Tabela 2: Características maternas e fetais dos partos vaginais assistidos na MEAC, no período de maio a outubro de 2015 (n=907). Fortaleza/CE, 2020.....62

Tabela 3: Características assistenciais dos partos vaginais assistidos na MEAC, no período de maio a outubro de 2015. Fortaleza/CE, 2020.....63

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	09
2.OBJETIVOS.....	15
2.1 OBJETIVO GERAL.....	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
3.REVISÃO DE LITERATURA.....	16
4.MÉTODO.....	23
4.1 DELINEAMENTO.....	23
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	23
4.3POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	24
4.4 DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS	25
4.5 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	28
4.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	28
4.7 SELEÇÃO E TREINAMENTO DE PESSOAL.....	28
4.8 ESTUDO PILOTO.....	29
4.9 LOGÍSTICA.....	29
4.10 ANÁLISE DOS DADOS.....	29
5.ASPECTOS ÉTICOS.....	30
6.RESULTADOS.....	31
7.CONCLUSÃO.....	50
REFERÊNCIAS.....	51
ANEXOS.....	55
8.SEGUNDO PRODUTO.....	64

1. INTRODUÇÃO

O processo de nascimento é historicamente um evento natural, podendo dar alusão a tão comentada frase “mulher é feita para parir”. Com o passar dos anos vimos que o parto veio tornando-se um evento quase que patológico se comparamos com os eventos do século passado. Porém com o advento de políticas que desmistifiquem esse medo por parto vaginal, vimos o resgate deste evento, o qual é muito discutido e estudado ultimamente, para se garantir uma prática segura e baseada em evidências.

De acordo com leituras realizadas ficou revelado que a partir do século XX, o parto passou a ser realizado em ambiente hospitalar, submetendo a mulher ao modelo biomédico, onde o profissional entendia o parto como processo patológico e faz uso de fármacos e outros procedimentos no trabalho de parto e parto de forma rotineira. Em 1922 a arte da enfermagem na obstetrícia e ginecologia passou a ser contemplada no currículo e a partir deste momento, a enfermeira começou a se apropriar de conhecimentos sobre o processo de parturição e em 1988 a enfermeira obstetra foi inserida na assistência ao parto hospitalar na tentativa de reduzir os índices de morte perinatal. (BRASIL, 2016)

O parto e o nascimento são dois momentos distintos, onde para a mulher é o momento em que ela dá a luz e está ocorrendo o que se denomina parto. Já para o feto, ocorre o nascimento. Neste sentido, o parto e nascimento são considerados um evento na vida da mulher e seu contexto de vida como: o psicoemocional, cultural, social e o econômico. (TOSTES, SEID, 2016)

Alguns autores afirmam que a dor do trabalho de parto é uma resposta psíquica. Sendo a dor que a mulher sente durante o trabalho de parto, única para cada mulher e que pode ser influenciada por vários fatores, dentre eles: cultura, ansiedade, medo, preparação para o parto e suporte oferecido durante esse processo. Neste momento pode ser observado comportamentos distintos que variam segundo cada mulher. Ao contrário de outras sensações dolorosas, a dor do trabalho de parto não está associada à patologia, mas sim, com a experiência de gerar vida. (GAYESKI, BRUGGEMANN, 2010)

Controlar a dor do trabalho de parto, sem malefícios para o feto ou parturiente, é um dos principais objetivos do cuidado à mulher em processo de parturição. A dor é uma experiência subjetiva, que envolve uma interação complexa entre a fisiologia do corpo, o

espírito e o ambiente. É uma experiência emocional, sensitiva e desagradável associada à lesão tecidual. (IASP, 2011). No trabalho de parto, a dilatação do colo uterino é um componente importante da dor, adicionado a outros fatores, como: contração e distensão das fibras uterinas; tração de anexos e peritônio; distensão do canal vaginal; pressão nas estruturas pélvicas, na uretra, na bexiga e sobre as raízes do plexo lombo-sacro. (REIS, 2015)

O desconforto da dor pode ser aliviado através do uso de métodos não farmacológicos. A diminuição da sensação dolorosa permite à parturiente sua participação ativa no parto, aumenta a autoestima, possibilita uma melhor relação com o recém-nascido (RN) e contribui na construção de lembranças positivas no pós-parto. (GAYESKI, BRUGGEMANN, 2010)

Nessa perspectiva, o cenário do parto e nascimento deverá dispor de práticas humanizadas, assim como de métodos de alívio da dor farmacológicos e não farmacológicos, para minimizar o desconforto causado no processo de parturição.

A analgesia de parto se classifica em não farmacológica e farmacológica. Entre estas, há analgesia venosa, regionais periférica e central. Atualmente, considerando as opções farmacológicas, as técnicas regionais centrais ocupam lugar de destaque, em virtude do melhor perfil de benefício e segurança às parturientes (LEE et al., 2012).

A abordagem farmacológica que é direcionada a eliminar a sensação física da dor, incluindo diversas substâncias e técnicas, tendo a analgesia neuroaxial, do tipo epidural, como a mais discutida e presente nos estudos. Devido sua grande eficácia para alívio da dor, cada vez mais vem sendo estudada e utilizada no sentido de proporcionar que o trabalho de parto e o parto sejam experiências positivas para a mãe. Assim, reconhece-se o direito da mulher à abordagem farmacológica, quando as medidas não farmacológicas forem insuficientes para confortá-la. (FELISBINO, 2017)

Por isso, é essencial que cuidados não farmacológicos de alívio da dor sejam utilizados, por serem mais seguros e acarretarem menos intervenções em comparação aos métodos farmacológicos. Sendo assim, a equipe tem um papel fundamental na realização desses cuidados, proporcionando à parturiente alívio da dor, tornando o parto humanizado, fornecendo à mulher oportunidade de ter uma experiência positiva deste momento especial que é a chegada do filho. (OMS, 1996)

Os métodos não farmacológicos podem ser orientados ao casal (durante o pré-natal) e/ou ensinados/aplicados pela enfermeira ou pela equipe multiprofissional (durante o trabalho de parto e no parto). Dentre eles, destacam-se: acupuntura, deambulação, musicoterapia, massagens corporais, banhos (de chuveiro ou de imersão), técnicas de respiração e relaxamento, toques confortantes, utilização da bola suíça, aromaterapia e reflexologia, entre outros. O ideal é que a equipe multiprofissional estabeleça uma relação de proximidade e empatia com a mulher durante o evento do parto, além de uma assistência adequada quanto à oferta e implementação de práticas humanizadas (WEI, *et al.*, 2017).

A assistência ao parto e nascimento de baixo risco, começou a ser divulgada surgindo a necessidade de profissionais especialmente treinados para essa assistência. Fica definido pela OMS o enfermeiro(a) obstetra é um dos profissionais adequados para tal assistência. “Cuja formação está voltada para fornecer suporte emocional e o atendimento da mulher e do recém-nascido, sem interferir no processo fisiológico do parto” (OMS, 1996).

Conforme esclarece o Ministério do Brasil, o ato de parir não se caracteriza apenas na expulsão do feto, abrange medo, desejos, mitos e verdades, que envolvem a mulher antes mesmo da gestação. Neste sentido podemos inferir que a mulher nesta fase peculiar da vida encontra-se permeada por muitos sentimentos como o medo, ansiedade, angústia dentre outros (DINIZ, 2005).

O profissional que assiste a mulher durante o trabalho de parto deve ter habilidades no que tange aos cuidados técnicos, bem como uma visão humanística, pois, nesta ocasião, a mulher sente as mais comoventes emoções, incluindo expectativa, dúvida, incerteza ou temor. Associadas a essa experiência emocional estão às dores que, com frequência, levam-na à exaustão. O encorajamento e a confiança transmitidos por uma equipe compreensiva pode ter uma influência marcante na redução da tensão emocional no trabalho de parto, principalmente quando se dá à mulher oportunidade de discutir seus sentimentos, realizar indagações e expressar seus temores (DIAS, DESLANDES, 2016).

Com a finalidade de auxiliar as parturientes nesse processo tão importante, foram criadas estratégias que pudessem humanizar o parto e o nascimento. Na década de 1990 foi iniciada a implantação da Política de Humanização do Parto e Nascimento. Uma das estratégias adotadas foi à hierarquização da assistência ao parto, com a implantação da

assistência aos partos de baixo risco por enfermeiras obstetras, seguindo o exemplo bem sucedido de alguns países europeus, onde a assistência a esses partos é prestada por profissionais não médicos (DIAS, DESLANDES, 2016).

A constante luta das mulheres pela melhoria da qualidade da saúde incentivou a criação de políticas pelo Ministério da Saúde (MS) norteadas pelos princípios de humanização, promoção de saúde e integralidade das ações voltadas para a assistência à saúde da mulher. No Brasil, impulsionados por ações desenvolvidas isoladamente, o MS investiu na criação de políticas e programas, configuradas desde o ano de 1996, com a publicação do Guia Prático de Assistência ao Parto Normal e, em 2000, com a criação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher PNAISM (BRASIL, 2000; BRASIL, 2004).

Mais recentemente, a portaria de número 1.459, de junho de 2011, do MS, lançou no âmbito do SUS a Rede Cegonha (RC). Essa política que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante a gestação, parto e puerpério, bem como à criança até os 24 meses o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis. Seus princípios são focados na humanização do parto, organização dos serviços de saúde, acolhimento da gestante e do bebê com classificação de risco, a vinculação à maternidade, a não peregrinação e a realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno (BRASIL, 2011).

Em agosto de 2017, o MS instituiu o Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (Apice ON), visando impulsionar movimentos de mudança no modelo de formação e atenção nessas especialidades, assim como na gestão dos processos de atenção em hospitais de ensino. Esse projeto propõe integrar à RC as instituições aderidas, definidoras do aprendizado de futuros profissionais, para incorporação de atitudes e práticas em sintonia com modelos assistenciais. A mudança proposta engloba conceitos como práticas fundamentadas em evidências científicas e humanização dos processos de cuidado na atenção perinatal. Assim, oportuniza mudanças no comportamento e compreensão dos profissionais que assistem partos e nascimentos, para impactar a formação com vistas à futura prática profissional (MENDES, RATNER, 2020).

No âmbito da humanização do parto, Balaskas (2008) conceitua parto ativo como, simplesmente, um modo conveniente de se descrever um trabalho de parto normal e o

modo como uma parturiente se comporta quando segue os próprios instintos, obedecendo à lógica fisiológica do próprio corpo, não sendo objeto de uma “condução ativa” pela equipe obstétrica.

Assim, surgem as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, preconizadas pelo MS, que recomendam parto normal, humanizado, com medidas não farmacológicas para o alívio da dor, participação do acompanhante, com vistas a tornar o nascimento um processo fisiológico (BRASIL, 2011).

JUSTIFICATIVA

Em face dessas considerações e no contexto da prática profissional como enfermeira obstetra em uma maternidade cuidando de parturientes, tanto em trabalho de parto natural como em situação de cesárea eletiva ou de urgência, as dificuldades da implantação do novo modelo de assistência ao parto são notórias, diante dos desafios que ainda permeiam este tema na atualidade. Diante deste cenário surge como problema de pesquisa: como os métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto e parto estão sendo abordados pela equipe que prestam essa assistência?

E ao analisarmos os fatores sociodemográficos e assistenciais que permeiam essa prática, no questionamos quanto a relação entre tais fatores e a utilização dos MNF de alívio da dor, bem como relação da quantidade de métodos utilizados.

Esta pesquisa pode tornar-se relevante devido ao seu caráter social, visto que irá proporcionar o entendimento a respeito do novo modelo de assistência ao trabalho de parto e parto, intervindo ou minimizando formas inadequadas de tratar a mulher gestante, bem como contribuir com a orientação das gestantes a respeito do conceito ampliado deste modelo, e aos profissionais para uma forma ampliada de fazer saúde.

2. OBJETIVO:

2.1 OBJETIVO GERAL:

- Analisar os fatores associados a utilização e quantidade de métodos não farmacológicos (MNF) para o alívio da dor na assistência a parturientes no trabalho de parto e parto em uma maternidade de referência.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Descrever os tipos e a quantidade de MNF para alívio da dor durante o trabalho de parto.
- Analisar os fatores sociodemográficos, maternos e fetais relacionados à utilização e a quantidade de MNF.
- Avaliar os fatores assistenciais relacionados à utilização e a quantidade de MNF.
- Verificar a utilização de analgesia farmacológica.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. TIPOS E EFETIVIDADE DOS MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Os métodos não farmacológicos (MNF) para o alívio da dor têm a finalidade de tornar o parto o mais natural possível, diminuindo as intervenções, cesarianas desnecessárias e a administração de fármacos, sendo sua principal vantagem resgatar a autonomia da parturiente, proporcionando sua participação ativa e de seu acompanhante. (MEDEIROS, et al, 2015)

A hidroterapia é um método simples que promove conforto e relaxamento durante o trabalho de parto. Barbieri et al. (2013) define o banho de chuveiro e/ou de imersão como uma técnica não invasiva de estimulação cutânea de calor superficial que associada à intensidade e tempo de aplicação, produz efeito local, regional e geral.

A água aquecida induz a vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo, promovendo relaxamento muscular. O mecanismo de alívio da dor ocorre pela redução da liberação de catecolaminas e elevação das endorfinas, diminuindo a ansiedade e aumentando a satisfação da parturiente (GALLO, et al. 2011).

De acordo com os estudos, a água deve estar a uma temperatura em torno de 37 a 38°C, sendo necessário permanecer no banho durante 20 a 30 minutos. Gallo et al. (2011) e Silva et al. (2011) ressaltam que a hidroterapia deve ser iniciada na fase ativa do trabalho de parto e com dilatação cervical acima de 5cm para não interferir na intensidade das contrações e prolongamento do trabalho de parto, uma vez que a água é relaxante.

A massagem é um método de estimulação sensorial caracterizado pelo toque sistêmico e pela manipulação dos tecidos, promovendo o alívio da dor, maior contato físico com a parturiente, diminuindo o estresse emocional e melhorando o fluxo sanguíneo e oxigenação dos tecidos (GALLO et al., 2011).

No estudo de Gayeski e Brüggemann (2010), foram selecionados quatro ensaios clínicos randomizados que avaliaram a massagem (na região dorsal, nos pés, na cabeça, nos ombros e nas mãos). Esse método reduz as reações comportamentais, o estresse e

ansiedade frente à dor, além disso, permite a participação ativa do acompanhante, o que resulta em maiores níveis de satisfação para ambos.

Geralmente aplica-se a massagem na região lombar durante as contrações uterinas e nos intervalos entre as contrações, massageiam-se as panturrilhas e trapézios, por serem regiões que apresentam grande tensão (GALLO et al., 2011).

Considerando a massagem como um dos métodos de alívio da dor durante o trabalho de parto, os autores Osório et al. (2014), Gallo et al. (2011) e Gayeski e Bruggemann (2010) concordam que a massagem pode ser combinada com outras terapias, como técnicas de respiração, música e/ou aromaterapia, aumentando assim a satisfação das parturientes.

Silva et al. (2010) afirma que as técnicas de respiração são atrativas pela sua simplicidade e por garantir à parturiente participação ativa durante processo de parturição e autonomia no controle da dor. Gallo et al. (2011) complementa que os exercícios respiratórios reduzem a ansiedade e melhoram os níveis de saturação de oxigênio materna.

O uso do exercício respiratório, tipo diafragmático, lento e profundo, e sua associação ao relaxamento muscular, foram características descritas no estudo de Matefoni e Shimo (2014). Para os autores, a técnica apresentou sensação de bem-estar físico e emocional, não havendo, porém, redução significativa em relação à dor, embora tenham ocasionado redução do comportamento de ansiedade.

Ainda de acordo com Gallo et al. (2011) e Silva et al. (2011) a parturiente deve ser estimulada a adotar posturas alternadas, variando de agachada, ajoelhada, sentada, quatro apoios, decúbito lateral, dentre outras, sempre de acordo com as limitações de cada uma. Segundo Matefoni e Shimo (2014) a movimentação e a deambulação são benéficas e contribuem para o alívio da dor ao retirarem o foco de atenção da mulher na dor.

A bola de parto, bola obstétrica ou bola suíça foi citada por Almeida et al. (2015), Barbieri et al. (2013) e Gallo et al. (2011). Objeto de borracha, inflável sob pressão, permite a adoção da posição vertical, sentada e com um discreto balanceio pélvico, trabalha os músculos do assoalho pélvico, principalmente o levantador do ânus e o pubococcígeo, além da fáscia da pelve (BARBIERI et al., (2013).

O uso da bola suíça facilita a circulação materno-fetal, aumenta a intensidade das contrações uterinas, diminui a dor na região lombar, como também diminui as taxas de trauma perineal e episiotomia (BARBIERI et al., 2013). Gallo et al. (2011) comenta que a bola é um instrumento lúdico, que distrai a parturiente, tornando o trabalho de parto mais tranquilo, no entanto, a sua utilização pode provocar queda e por isso deve ser supervisionada por um profissional de saúde.

A estimulação elétrica transcutânea ou eletroestimulação transcutânea (TENS) consiste em administrar estímulos elétricos de baixa voltagem através de eletrodos colocados sobre a pele. Os autores Osório et al. (2014), Gallo et al. (2011) e Silva et al. (2011) alegam que o TENS representa um método adjuvante, que não se propõe a substituir outras técnicas e tampouco ser utilizado como único recurso.

Um recente metaanálise mostrou uma eficácia pequena, mas estatisticamente significativa, da TENS na redução da intensidade da dor. No entanto, não está claro se os resultados foram afetados pela baixa qualidade dos estudos. Esta revisão sistemática é a primeira que mostra que a aplicação da TENS tem eficácia significativa na redução da dor do parto e encorajam a aplicação de métodos qualificados para estudos futuros e prospectivos com a TENS aplicada na dor do parto (THUVARAKAN, et al, 2020).

Conforme Matefoni e Shimo (2014), a crioterapia deve ser utilizada como um MNF nas etapas finais do trabalho de parto, tendo observado o aumento da tolerância à dor e diminuição do uso de soluções analgésicas e anestesia peridural.

A respeito da aromaterapia, Gayeski e Brüggemann (2010), afirmam que apesar de incerto, seu mecanismo de ação parece estimular a produção de substâncias relaxantes, estimulantes e sedativas que são próprias do corpo. A dor, a ansiedade e o medo foram menores para as mulheres que receberam a intervenção. Esses autores, assim como Osório et al. (2014) constataram que as nulíparas relataram uma maior redução da dor após a aromaterapia, quando comparadas com as múltíparas. Essa técnica ainda reduziu a ansiedade e o medo.

Segundo o Ministério da Saúde (2001), a acupuntura produz analgesia através da liberação de endorfinas pelo Sistema Nervoso Central. Na maioria dos casos, obtém-se alívio parcial da dor e muitas parturientes necessitam de métodos complementares no segundo estágio do trabalho de parto.

A acupuntura pode aumentar a satisfação com o controle da dor e reduzir o uso de analgesia farmacológica. A acupressão em comparação com um controle combinado e cuidados usuais pode reduzir a intensidade da dor. A acupuntura pode ter pouco ou nenhum efeito nas taxas de cesariana ou parto vaginal assistido. A acupressão provavelmente reduz a necessidade de cesariana em comparação com um controle simulado (SMITH, et al, 2020).

3.2 PERCEPÇÃO E CONHECIMENTO DAS MULHERES SOBRE OS MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO

A dor no trabalho de parto é influenciada não apenas pelas características individuais da mulher, mas também por suas experiências psicológicas e por fatores culturais, étnicos, sociais e ambientais (BARBIERI et al., 2013).

No estudo de Medeiros et al., (2015) fica evidenciado pelas puérperas o medo de ficarem sozinhas. A presença do acompanhante fez com que tivessem uma experiência positiva e um diferencial no atendimento. Relataram sentimentos de segurança, confiança, relaxamento e calma com a presença do acompanhante.

Almeida et al., (2015) e Medeiros et al., (2015) afirmam que o acompanhante, na maioria dos casos, é o principal responsável pelo uso dos métodos não farmacológicos durante o trabalho de parto. Atuam de forma paralela com a equipe de saúde, incentivando e auxiliando as parturientes a utilizarem os métodos.

Para os autores Almeida et al., (2015), Osório et al., (2014) e Medeiros et al., (2015) as puérperas associaram os métodos não farmacológicos como fatores positivos, havendo aceleração no trabalho de parto, e conseqüentemente tornando esse processo mais leve e tranquilo.

Segundo Gayeski e Bruggemann (2010), as puérperas falaram sobre a satisfação materna com a experiência do parto, atribuída a uma maior liberdade de movimento e privacidade.

O método não farmacológico mais frequente entre as participantes do estudo de Almeida et al., (2015) em sua revisão sistemática, foi o banho de chuveiro, que apareceu em 53% dos estudos, em relatos das puérperas, sendo o preferido e citado como resolutivo.

O estudo de Almeida et al., (2015), revelou que 23,3% das mulheres entrevistadas diziam saber sobre os métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto e 76,7% delas desconheciam esses métodos, dado que demonstra deficiência sobre a aplicabilidade. Conforme os autores, a introdução dos métodos não farmacológicos precisa ser feita desde o pré-natal, esclarecendo dúvidas sobre a parturição e apresentando às mulheres formas alternativas existentes de alívio da dor.

3.3 A MULTIPROFISSIONALIDADE E FATORES ASSISTENCIAIS ENVOLVIDOS NA OFERTA DE MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO

Almeida et al., (2015) atribuem à equipe de enfermagem um papel fundamental na realização dos cuidados não-farmacológicos, proporcionando a parturiente o alívio da dor, tornando o parto humanizado e contribuindo com uma boa vivência deste momento especial que é a chegada do filho. Ao investigar as orientações quanto aos métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto, constataram que o profissional enfermeiro foi quem mais recomendou os métodos não farmacológicos às parturientes, seguido dos técnicos de enfermagem e médicos.

Gallo et al. (2011) defendem em sua pesquisa que a intervenção fisioterapêutica na assistência obstétrica de baixo risco, como parte da rotina da equipe, valoriza a responsabilidade da gestante no processo, por meio do uso ativo do próprio corpo. A ação do fisioterapeuta é um fator estimulante para que a mulher se conscientize de que seu corpo ativo pode ser uma ferramenta para facilitar o processo do trabalho de parto e trazer-lhe satisfação com a experiência do nascimento. Os autores acreditam que o fisioterapeuta é um profissional da saúde que dispõe de conhecimento para fornecer este suporte de forma eficiente e segura, priorizando métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto e no parto.

Esses profissionais desempenham papel importante nessa experiência e têm a oportunidade de colocar seu conhecimento e serviço ao bem-estar da mulher, acompanhante e recém-nascido, com o reconhecimento dos momentos críticos com intervenções necessárias para minimizar a dor de parto, estar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, ajudar a parir e a nascer.

Contudo, esse papel não é fácil para a maioria dos profissionais de saúde, que veem a gestação e o parto como um processo predominantemente biológico, onde o patológico é mais valorizado. Nesses termos, o profissional de saúde que assiste à parturiente deve conhecer e compreender os fatores socioculturais, ambientais, assistenciais e a fisiologia do processo do parto que possam causar medo e insegurança a essas parturientes, com a finalidade de promover uma assistência humanizada e íntegra. (GALLO, et al, 2011)

De acordo com o estudo de Katz, et al, em 2016, realizado em uma maternidade do Rio Grande do Sul e que avaliou a percepção multiprofissional do uso dos MNF de alívio da dor, detectou que os entrevistados conhecem os diferentes métodos, mas citam o banho, a bola e a deambulação como os mais utilizados em seu ambiente de trabalho, uma vez que em seu cotidiano esta é uma prática constante e que acompanha as rotinas do setor.

Portanto, acredita-se que a assistência ao parto, apesar de se apresentar com algumas intervenções positivas a partir do uso de MNF, vivenciado e constatado neste estudo, o mesmo nos mostra que ainda há um longo caminho a ser percorrido rumo a uma assistência mais humanizada que contemple as reais necessidades das parturientes.

4. MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO

Estudo do tipo observacional, transversal, com coleta de dados de forma retrospectiva mediante análise de documentos.

Essa é uma análise secundária de um estudo realizado sobre os fatores associados a episiotomia e laceração perineal em mulheres submetidas a parto vaginal (FEITOZA, 2018).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC), da Universidade Federal do Ceará (UFC), instituição que é referência no estado do Ceará, localizada na cidade de Fortaleza, voltada para atendimento de urgência/emergência obstétrica e gestações de alto risco. A missão da instituição é promover o ensino, pesquisa e assistência terciária à saúde, atuando de forma integrada e como suporte aos demais níveis de atenção do modelo de saúde vigente.

A maternidade conta com uma equipe multiprofissional vinte e quatro horas por dia, para garantir a melhor assistência durante o trabalho de parto e nascimento (EBSERH, 2016). Desde 2011, a instituição aderiu e implantou gradativamente as diretrizes da Rede Cegonha, encontrando-se no presente, indicada como centro de apoio para o Ministério da Saúde. Vale ressaltar que a MEAC é vista como ponto de conectividade com a rede de atenção à saúde das gestantes, puérperas e recém nascidos de nossa cidade e Estado, e como referência nas boas práticas de atenção ao parto e nascimento.

A assistência a mulher durante o trabalho de parto e parto é realizada por equipe multiprofissional, composta por médicos, residentes de medicina, enfermeiras obstetras, residentes multiprofissionais e técnicos de Enfermagem, resultando em um acompanhamento holístico e humanizado.

O centro obstétrico conta com 10 leitos do tipo PPP – Pré-parto, parto e pós-parto, onde as pacientes permanecem uma hora após o parto, até serem encaminhadas ao setor de alojamento conjunto.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população constitui-se de mulheres que tiveram parto vaginal em uma maternidade de referência de Fortaleza, CE, durante o ano de 2015.

Para a determinação do tamanho da amostra, consideramos uma amostra aleatória simples (única população), com população finita, e aplicamos a seguinte fórmula, dada por (STEVENSON, 1986):

$$n = \frac{2,582 \times 0,5 \times 0,5 \times 1836}{(1836 - 1) \times 0,032 + 2,582 \times 0,5 \times 0,5} \cong 318$$

Em que:

$N = 1836$ (Levando em consideração o quantitativo mensal médio de partos vaginais assistidos nesta instituição)

$p = 0,5$ (utilizado pelo fato de p ser desconhecido)

$q = 1 - 0,5 = 0,5$

$z (99\%) = 2,58$

$e = 0,03$

Assim, para um nível de confiança de 99% e um erro de 3 p.p., o tamanho da amostra desejável para esse estudo era de 921.

No entanto, a amostra obtida para realização da pesquisa contou com 974 prontuários, decorrentes dos partos vaginais ocorridos durante os meses de maio a outubro de 2015, totalizando um período de seis meses.

Para esta análise foram consideradas apenas as mulheres que tinham o registro da utilização ou não dos MNF, totalizando 907 mulheres.

4.4 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS:

As variáveis dependentes e independentes foram classificadas de acordo com o instrumento criado pelos pesquisadores, baseado na “Ficha de monitoramento: avaliação da assistência ao parto e nascimento”, do Ministério da Saúde (ANEXO I). São elas:

Variáveis Dependentes:

Utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor: registro da realização de quaisquer métodos não farmacológicos para alívio da dor pela parturiente durante o trabalho de parto ou parto; categorizados em: não, sim ou sem registro.

Tipo de métodos não farmacológicos para alívio da dor: chuveiro, bola, escada de ling, cavalinho, acupuntura, outro (massagem, respiração).

Quantidade de métodos não farmacológicos para alívio da dor: número de MNF utilizados pela parturiente, variando de 1 a 6 métodos, e posteriormente categorizado em 1 método ou 2 ou mais métodos.

Variáveis Independentes:

- **CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:**

Idade da paciente: tempo de vida da puérpera, em anos completos.

Faixa etária: categorizamos em até 19 anos de idade; entre 20 anos e 35 anos de idade; e acima de 35 anos de idade.

Raça/cor: variável autodeclarada pela paciente no momento do preenchimento da ficha na sua internação, sendo categorizada em branca, negra, parda.

Escolaridade: categorizado em analfabeto, ensino fundamental completo, ensino fundamental incompleto, ensino médio completo, ensino médio incompleto, ensino superior completo, ensino superior incompleto, pós-graduação e sem informação. Para análises das associações as categorias foram agrupadas como: até o ensino fundamental para as que frequentaram até o ensino fundamental (completo ou incompleto), até o médio para as que frequentaram o ensino médio (completo ou incompleto) e até superior para que completaram ou estavam cursando o ensino superior e/ou pós-graduação.

Situação conjugal: A ficha do Ministério da Saúde classifica as mulheres como: “convive com o companheiro (a) e filhos”, “convive com o companheiro (a) com laços

conjugais e sem filhos”, “convive com o companheiro (a) com filhos e/ou outros familiares”, essas foram categorizadas em nosso instrumento apenas como “Com companheiro”. As mulheres classificadas como “convive com familiares, sem companheiro (a)”, “convive com outras pessoas sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais” ou “vive só”, foram categorizadas como “Sem companheiro”.

- **CONDIÇÕES MATERNAS E FETAIS:**

Número de partos vaginais prévios: quantidade de partos ocorridos por via vaginal, excluindo-se o parto atual.

Número de partos cesarianas prévios: quantidade de partos ocorridos por via abdominal anteriormente.

Tipo de gestação: quantidade de fetos existentes na gestação atual, categorizada em: única ou múltipla.

Dilatação do colo do útero no momento da admissão: quantos centímetros o colo estava dilatado no momento em que a paciente foi admitida na instituição pela emergência ou no centro obstétrico, proveniente da enfermaria.

Membranas amnióticas íntegras na admissão: condição de integridade das membranas ovulares no momento da admissão; categorizada em sim, não ou ignorado/sem registro.

Presença de contrações uterinas na admissão: identificação da presença de contração uterina no momento em que a paciente foi admitida na instituição; categorizado em sim, não ou ignorado/sem registro. Características das contrações: quantidade de contrações uterinas apresentadas na avaliação da dinâmica uterina durante o trabalho de parto; categorizadas em eussistolia, taquissistolia (mais de 5 contrações em 10 minutos), bradissistolia (menos de 3 contrações em 10 minutos) ou sem registro/dados insuficientes.

Apresentação do primeiro feto: categorizada em cefálica (quando o polo cefálico é a parte fetal que se apresenta no estreito superior), pélvica (quando o polo pélvico é a parte fetal que se apresenta no estreito superior) ou córmica (quando a escápula é a parte fetal que se apresenta no estreito superior) (REZENDE, 2017). Na ocorrência de uma gestação múltipla, foi considerada a apresentação do primeiro feto.

Idade Gestacional: tempo de gestação da mulher até o nascimento do concepto, em semanas completas, identificado pelo exame físico do capurro somático, pela data da última menstruação ou pela ecografia obstétrica mais precoce.

- **CONDIÇÕES ASSISTENCIAIS:**

Indução de trabalho de parto: utilização de métodos para induzir o parto normal, através de utilização de medicamentos como misoprostol ou ocitocina; categorizado como: sim, não ou ignorado/sem registro.

Presença de acompanhante: presença de acompanhante de livre escolha pela paciente durante o trabalho de parto ou parto; categorizada em sim ou não.

Dilatação no momento da amniotomia: registro, em centímetros, da dilatação uterina no momento em que se realizou a ruptura artificial das membranas ovulares.

Uso de analgesia farmacológica: administração de método farmacológico para alívio da dor; categorizada em sim, não ou ignorado/sem registro.

Tipo de parto: forma como se deu a resolução do parto vaginal; categorizada em vaginal sem intervenção, vaginal com fórceps, vaginal em gestação de alto risco ou sem registro.

Local do parto: espaço físico hospitalar onde ocorreu o momento do parto; categorizada em sala de parto, quarto PPP, emergência, enfermaria, centro cirúrgico ou sem registro. No entanto, devido a adequações em sua estrutura física, consideraremos apenas o “quarto PPP” em substituição ao termo “sala de parto”. Posteriormente categorizada em PPP ou outros (emergência, enfermaria, centro cirúrgico).

Assistente do parto: profissional responsável pela assistência ao parto, sendo considerado o registro e assinatura presente no partograma; categorizada em: médico obstetra/médico residente e enfermeira obstetra/residente ou ignorado/sem registro.

Tempo de trabalho de parto: diferença, em horas, entre o momento em que dilatação igual ou maior a 4 cm e o momento exato do nascimento do feto; expresso em valores múltiplos de 0,5. Tempo de período expulsivo: diferença, em minutos, entre o momento em que dilatação igual a 10 cm e o momento exato do nascimento do feto.

4.5 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Critérios de inclusão

Mulheres que tiveram parto vaginal, de fetos nativos, com mais de 20 semanas de gestação e que pesaram mais de 500 gramas.

Critérios de exclusão

Foram excluídas do estudo as mulheres que tiveram partos vaginais que não ocorreram na MEAC, fetos anencéfalos e prontuários que estavam com dados inacessíveis, ou aqueles que sem o registro quanto a utilização ou não de métodos não-farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto.

4.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados a partir da pesquisa em prontuários. Inicialmente as informações foram identificadas na “Ficha de monitoramento: avaliação da assistência ao parto e nascimento”, do Ministério da Saúde. O preenchimento desta ficha faz parte da rotina dos enfermeiros do serviço para todas as pacientes obstétricas admitidas, e contém dados que avaliam a qualidade da assistência obstétrica prestada no hospital e o desfecho perinatal, por meio de informações que vão desde o pré-natal até a alta hospitalar da paciente.

Os dados colhidos nesta ficha, quando insuficientes, foram complementados pelos pesquisadores, por registros feitos em evoluções, partograma, prescrições médicas, declaração de nascido vivo e/ou outros instrumentos que possibilitassem que o máximo de informações fossem coletadas. Os dados extraídos do prontuário preencheram um questionário específico (Anexo I), que continha as variáveis já explicitadas anteriormente. O instrumento foi desenvolvido por meio da ferramenta Google Forms, de acesso online e restrito aos pesquisadores.

4.7 SELEÇÃO, TREINAMENTO DE PESSOAL E CONTROLE DE QUALIDADE

A coleta de dados foi realizada por uma enfermeira e uma fisioterapeuta, discentes do Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança e contou ainda com auxílio de acadêmicas dos cursos de Fisioterapia e Enfermagem. Todos os avaliadores

foram devidamente treinados em loco pelas pesquisadoras principais, para garantir o rigor metodológico e o correto preenchimento dos instrumentos.

Além disso, foram realizadas reuniões frequentes entre os pesquisadores de campo e os orientadores e outros profissionais envolvidos na pesquisa, para análise e ajuste de alguns aspectos da pesquisa.

4.8 ESTUDO PILOTO

Foi realizado um estudo piloto com os dados preliminares obtidos. A partir da coleta dos primeiros 100 prontuários, os dados foram apresentados aos orientadores e realizada uma revisão dos instrumentos para averiguar se estavam em conformidade com todos os objetivos pretendidos no estudo. Posterior a esta análise, as adequações necessárias foram realizadas, com a inclusão de pontos que ajudavam na elucidação do objetivo proposto e retirada de questões que não se fizeram pertinentes.

4.9 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

A coleta de dados se deu através do deslocamento das pesquisadoras até a sala de cuidados imediatos ao RN, para que fosse realizada uma consulta ao livro de registro de todos os partos ocorridos por dia. Após a triagem dos partos vaginais, acessamos o sistema informatizado da instituição para consultarmos o número de prontuário de cada paciente pretendida. De posse do número de registro, nos encaminhamos para o Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) para a solicitação dos prontuários com antecedência de 24 horas, e sua posterior coleta em um prazo máximo de até 48 horas (Fluxograma I).

4.10 ANÁLISE DOS DADOS

Todos os dados obtidos foram tabulados em uma planilha no Microsoft Office Excel 2007 e os dados foram posteriormente processados no SPSS versão 24.

Para a análise descritiva, variáveis nominais foram descritas em números absolutos e porcentagens. As variáveis contínuas foram apresentadas em média e desvio padrão.

As variáveis dependentes foram categorizadas em dois grupos quanto a utilização de MNF: I- mulheres que utilizaram métodos não farmacológicos de alívio da dor; II- mulheres que não utilizaram métodos não farmacológicos de alívio da dor; e quanto a quantidade de MNF em 1 método e 2 ou mais métodos

Para avaliar a associação entre as variáveis categóricas, utilizou-se o teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher, e o teste t de Student foi utilizado para a comparação das médias entre dois grupos. Um nível de significância de 5% foi assumido para todos os testes.

5. ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida para a apreciação pelo Comitê de Ética da Maternidade Escola Assis Chateaubriand e pela Plataforma Brasil, através do Termo de Anuência da Instituição e o Termo de Fiel Depositário, sendo aprovado sem restrições sob o parecer de número 1.311.781 / CAAE: 50572115.8.0000.5050 (Anexo III). Os dados foram coletados respeitando-se os princípios éticos da pesquisa com seres humanos de acordo com as normas das Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Não foram obtidos termos de consentimento individuais uma vez que, por ser pesquisa retrospectiva, o estudo não realizou qualquer abordagem a pacientes, sendo os dados coletados apenas em arquivos de prontuários.

6. RESULTADOS

Como resultados dessa dissertação apresentaremos dois produtos:

- 1) Artigo original: Fatores associados à utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor em partos vaginais assistidos em uma maternidade terciária de fortaleza.
- 2) Texto sobre assistência ao trabalho parto na pandemia (Anexo IV).

ARTIGO

FATORES ASSOCIADOS À UTILIZAÇÃO DE MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS DE ALÍVIO DA DOR EM PARTOS VAGINAIS ASSISTIDOS EM UMA MATERNIDADE TERCIÁRIA DE FORTALEZA

RESUMO: **Objetivo:** analisar os fatores associados à utilização e à quantidade de métodos não farmacológicos (MNF) para o alívio da dor na assistência a parturientes no trabalho de parto e parto em uma maternidade de referência. **Metodologia:** Estudo do tipo observacional, transversal, com coleta de dados de forma retrospectiva mediante análise de documentos. Foram avaliados 974 prontuários, decorrentes dos partos vaginais ocorridos durante os meses de maio a outubro de 2015 (seis meses). Foram consideradas apenas as mulheres que tinham o registro da utilização ou não dos métodos não farmacológicos de alívio da dor, totalizando 907 mulheres. **Resultados:** De acordo com o perfil sociodemográfico, a média de idade das mulheres foi de 23,6 anos (dp±6,8). Quanto à cor/raça, a grande maioria (n=842; 92,8%) considerou-se parda, tinham nível de escolaridade até o ensino fundamental (n=434; 47,9%) e possuíam parceiro fixo (n=658; 72,5%). Quanto aos tipos de métodos não farmacológicos utilizados nos partos avaliados, a massagem foi o método mais utilizado (87,1%), seguido do chuveiro (40,4%). Obteve-se uma média de 1,9 métodos utilizados por parturiente; 51,8% das pacientes utilizaram apenas um método, seguido de 16,1% que utilizaram três métodos. **Conclusão:** Com a pesquisa podemos concluir que a grande maioria das parturientes utilizou os MNF, sendo a massagem/respiração, banho, cavalinho e bola os métodos mais utilizados. Ao observar os fatores maternos e fetais quanto à utilização e à quantidade de MNF, podemos perceber que média de idade e a paridade foram maiores nas mulheres que não utilizaram MNF, assim como nas que utilizaram apenas um método. **Implicação para a prática:** os dados dessa grande amostra podem servir de estímulo para que os MNF sejam implantados em diferentes cenários nas maternidades brasileiras, bem como indicam quais aspectos ainda podem ser melhorados e reforçados na assistência humanizada ao parto para contemplar as reais necessidades das parturientes.

INTRODUÇÃO:

O parto normal é uma forma natural de promover o nascimento. Quando comparado à cesariana, pode ser visto como um método mais seguro e com menor tempo de internação para a mãe e melhores desfechos perinatais. Entretanto, a dor e a ansiedade desencorajam muitas gestantes em optar por esse tipo de parto. Nesse sentido, o medo com relação a complicações e o desejo materno são fatores importantes diante do aumento das taxas de cesárea eletiva.¹

Em virtude do uso indiscriminado das intervenções, a Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere mudanças na assistência ao parto hospitalar e propõe a modificação de rotinas consideradas desnecessárias, causadoras de risco e demasiadamente intervencionistas, no que se refere ao parto. Assim, foram determinadas práticas úteis e que devem ser estimuladas, entre estas a oferta de métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento; liberdade de posição e movimento; estímulo a posições verticalizadas, entre outras.²

O trabalho de parto (TP) e o parto consistem em uma interação complexa entre a mãe e o feto. Fisiologicamente, as dores provocadas pelo TP estão relacionadas a intensidade e frequência crescente das contrações uterinas, que é um dos principais fatores causais da dor, as quais provocam ou estimulam a dilatação progressiva do colo uterino e descida fetal. Outros fatores são somados, como o estiramento das fibras uterinas, relaxamento do canal de parto, compressão na bexiga e pressão sobre as raízes do plexo lombo-sacro.^{3,4}

Apesar da fisiologia influenciar sobre o TP, a experiência da parturiente com relação a dor resulta de vários aspectos que vão além da dilatação cervical, a exemplo do ambiente de parto e suas experiências anteriores, bem como aspectos psicossociais e as condições na qual a gestante está inserida. Todos esses fatores demonstram a complexidade e subjetividade no quinto sinal vital, que muitas vezes pode ser gerenciado por estímulos sensoriais, principalmente quando não resulta de processos patológicos.⁵

Os métodos não farmacológicos (MNF) são uma opção para substituir analgesia durante o TP/parto e auxiliar as parturientes a lidar com suas queixas álgicas. Dentre elas,

incluem-se: técnicas de respiração, banho por imersão, massagem, acupuntura/acupressão, estimulação elétrica transcutânea e hipnoterapia.^{3,6}

A escolha pelos MNF, depende tanto de fatores sociodemográficos, como maternos, e assistenciais. A equipe deve oferecer os diversos métodos para que gestante perceba quais métodos proporcionam mais conforto e efetividade ao longo do seu trabalho de parto.

Em face dessas considerações e no contexto da prática multiprofissional em sala de parto, vimos a necessidade de avaliar o uso de MNF e verificar as possíveis associações com os diversos fatores citados acima que permeiam na prática obstétrica. Diante deste cenário surge como problema de pesquisa: como os métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto e parto estão sendo abordados pela equipe que prestam essa assistência? O presente estudo objetiva analisar os fatores associados à utilização e à quantidade de métodos não farmacológicos (MNF) para o alívio da dor na assistência a parturientes no trabalho de parto e parto em uma maternidade de referência.

METODOLOGIA:

Estudo do tipo observacional, transversal, com coleta de dados de forma retrospectiva mediante análise de documentos. O estudo foi realizado na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC), da Universidade Federal do Ceará (UFC), instituição que é referência no estado do Ceará, localizada na cidade de Fortaleza, voltada para atendimento de urgência/emergência obstétrica e gestações de alto risco.

Foram incluídas na pesquisa: mulheres que tiveram parto vaginal, de fetos nativos, com mais de 20 semanas de gestação e que pesaram mais de 500 gramas, e foram excluídas do estudo as mulheres que tiveram partos vaginais que não ocorreram na MEAC, fetos anencéfalos e prontuários que estavam com dados inacessíveis, ou aqueles que sem o registro quanto a utilização ou não de métodos não-farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto.

Foram avaliados 974 prontuários, decorrentes dos partos vaginais ocorridos durante os meses de maio a outubro de 2015, totalizando um período de seis meses. Para

esta análise foram consideradas apenas as mulheres que tinham o registro da utilização ou não dos MNF, totalizando 907 mulheres.

Os dados foram coletados a partir da pesquisa em prontuários, que consistiu na análise, inicialmente, da “Ficha de monitoramento: avaliação da assistência ao parto e nascimento”, do Ministério da Saúde. A ficha é de preenchimento obrigatório pelos enfermeiros do serviço, a todas as pacientes obstétricas admitidas, e contém dados que avaliam a qualidade da assistência obstétrica prestada no hospital e o desfecho perinatal, por meio de informações que vão desde o pré-natal até a alta hospitalar da paciente. Os dados colhidos nesta ficha, quando insuficientes, foram complementados pelos pesquisadores, por registros feitos em evoluções, partograma, prescrições médicas, declaração de nascido vivo e/ou outros instrumentos que possibilitassem que o máximo de informações fossem coletadas. Os dados extraídos do prontuário preencheram um formulário específico, que continha as variáveis, desenvolvido por meio da ferramenta Google Forms, de acesso online e restrito aos pesquisadores.

As variáveis dependentes são: utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor: registro da realização de quaisquer métodos não farmacológicos para alívio da dor pela parturiente durante o trabalho de parto ou parto, categorizados em: não, sim ou sem registro; tipo de métodos não farmacológicos para alívio da dor: chuveiro, bola, escada de ling, cavalinho, acupuntura, outro (massagem, respiração); e a quantidade de métodos não farmacológicos para alívio da dor: número de MNF utilizados pela parturiente, variando de 1 a 6 métodos, e posteriormente categorizado em 1 método ou 2 ou mais métodos.

As variáveis independentes são as características sociodemográficas (idade; faixa etária; raça/cor; escolaridade e situação conjugal); maternas e fetais (número de partos vaginais prévios; número de partos cesarianas prévios; tipo de gestação; dilatação do colo do útero no momento da admissão; membranas amnióticas íntegras na admissão; presença de contrações uterinas na admissão; apresentação do primeiro feto e idade gestacional); assistenciais (indução de trabalho de parto; presença de acompanhante; dilatação no momento da amniotomia; uso de analgesia farmacológica; tipo de parto; local do parto; assistente do parto e tempo do primeiro e segundo estágio do trabalho de parto).

Para a análise descritiva, variáveis nominais foram descritas em números absolutos e porcentagens. As variáveis contínuas foram apresentadas em média e desvio

padrão. Para as análises de associação, as variáveis dependentes foram categorizadas em dois grupos quanto a utilização de MNF: I- mulheres que utilizaram métodos não farmacológicos de alívio da dor; II- mulheres que não utilizaram métodos não farmacológicos de alívio da dor; e quanto a quantidade de MNF em 1 método e 2 ou mais métodos. Para avaliar a associação entre as variáveis categóricas, utilizou-se o teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher. O teste t de Student foi utilizado para a comparação das médias entre dois grupos. Um nível de significância de 5% foi assumido para todos os testes e software SPSS versão 24 foi utilizado.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Maternidade Escola Assis Chateaubriand e pela Plataforma Brasil, através do Termo de Anuência da Instituição e o Termo de Fiel Depositário, sendo aprovado sem restrições sob o parecer de número 1.311.781 / CAAE: 50572115.8.0000.5050. Os dados foram coletados respeitando-se os princípios éticos da pesquisa com seres humanos de acordo com as normas das Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Foram identificados 974 prontuários de mulheres que tiveram parto vaginal no período de maio a outubro de 2015. Destes 67 (6,9%) não tinham registro sobre a utilização de MNF na ficha do MS. Por tanto, para este estudo foram analisados os dados de 907 mulheres, dessas 55 (6,1%) não utilizaram nenhum MNF e em 852 (93,9%) foi utilizado algum tipo de método (figura 1).

De acordo com o perfil sociodemográfico, foi identificado que a média de idade das mulheres foi de 23,6 anos ($dp \pm 6,8$). Quanto à cor/raça, a grande maioria (n=842; 92,8%) considerou-se como parda, tinham como nível de escolaridade até o ensino fundamental (n=434; 47,9%) e possuíam parceiro fixo (n=658; 72,5%).

Nas características maternas e fetais dos partos quase totalidade (n=898; 99%) das gestações foram únicas. Em relação as contrações durante o trabalho de parto, temos que 52,9% apresentaram eussistolia, e no momento da admissão 60,7% das pacientes já estavam em trabalho de parto, sendo admitidas com uma dilatação do colo uterino acima de 4cm. Quanto a apresentação fetal temos 95,1% tendo apresentação cefálica e idade gestacional no momento do parto entre 37 semanas e 40 semanas na maioria das mulheres (n=694 ;76,5%).

Nos dados assistenciais encontramos que 97,1% dos partos vaginais ocorreram sem instrumentos, e 92,6% sem episiotomia. A maioria dos partos (n=859; 94,7%) ocorreram na sala PPP (pré-parto, parto e pós parto) e em posição semisentada (n=629; 69,3%). Quanto ao profissional que assistiu os partos, temos 62,5% assistidos por médicos obstetras e/ou residentes, e 36,9% assistidos por enfermeiro obstetra ou residente de Enfermagem obstetra.

Quanto aos tipos de métodos não farmacológicos utilizados nos partos avaliados, temos a massagem como o método mais utilizado (87,1%), seguido do chuveiro que foi citado em 40,4% dos formulários. Quanto aos menos utilizados, temos a acupuntura, que foi utilizada em apenas 0,2% dos casos, e a escada de Ling que foi utilizada em 6,0% (tabela 1).

Levando em consideração a quantidade de MNF utilizados, obtivemos uma média de 1,9 métodos utilizados por parturiente; 51,8% das pacientes utilizaram apenas um método, seguido de 16,1% que utilizaram três métodos, como podemos ver na tabela 2.

Ao avaliarmos a associação entre as características sociodemográficas, maternas, fetais e assistenciais com a utilização ou não dos MNF, observamos que em relação as características sociodemográficas e maternas, a média da idade e a paridade foram maiores nas mulheres que não utilizaram MNF ($p<0,05$). Quanto às características assistenciais, houve diferença significativa quanto a presença do acompanhante, ao tempo de trabalho de parto e tempo do período expulsivo entre as mulheres que utilizaram e que não utilizaram os MNF (Tabela 3).

Na tabela 4 observamos a associação entre variáveis independentes e a quantidade de MNF, se foi utilizado 1 ou 2 ou mais métodos. Dentre as associações significativas observamos a idade e a faixa etária, que revelam que as mulheres mais jovens utilizaram mais métodos; a quantidade de partos vaginais anteriores, a idade gestacional, a situação das membranas amnióticas na admissão e a dilatação cervical ($p<0,05$). Quanto aos fatores assistenciais, as associações significativas foram: posição no momento do parto, profissional que assistiu ao parto, acompanhante durante o trabalho de parto, analgesia farmacológica e o tempo em horas do trabalho de parto ($p<0,05$).

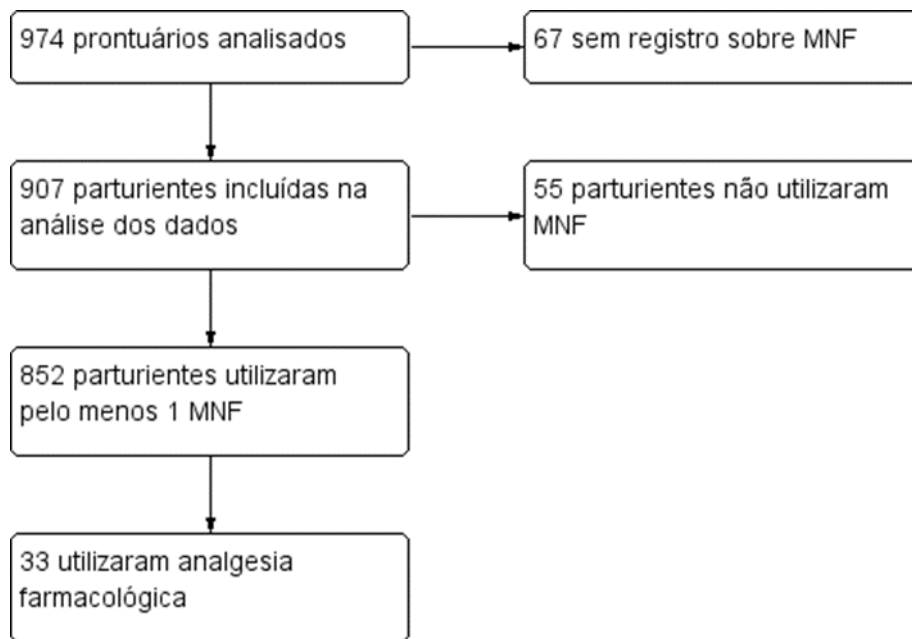


Figura 1. Fluxograma de inclusão e coleta de dados.

Tabela 1: Distribuição dos dados segundo o registro dos MNF que foram utilizados nos partos vaginais assistidos na MEAC, no período de maio a outubro de 2015. Fortaleza/CE, 2020.

Variável	Porcentagem Válida (n=852)
Chuveiro	
Não	59,6%
Sim	40,4%
Bola Suíça	
Não	74,5%
Sim	25,5%
Escala de Ling	
Não	94,0%
Sim	6,0%
Cavalinho	
Não	73,0%
Sim	27,0%
Acupuntura	
Não	99,8%
Sim	0,2%
Massagem/respiração	
Não	12,9%
Sim	87,1%

Tabela 2: Distribuição dos dados segundo a quantidade de MNF que foram utilizados nos partos vaginais assistidos na MEAC, no período de maio a outubro de 2015. Fortaleza/CE,2020.

Variável	N(%)
Quantidade MNF	
1 método	470 (51,8%)
2 métodos	139 (15,3%)
3 métodos	146 (16,1%)
4 métodos	86 (9,5%)
5 métodos	10 (1,1%)
6 métodos	1 (0,1%)
Não utilizou MNF	55 (6,1%)

Tabela 3. Fatores associados a utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto. Fortaleza/CE, 2020.

Variável	Não utilizou MNF (n=55)	Utilizou MNF (n=852)	p valor
Sociodemográficas			
Idade (média ± DP)	25,4 ± 7,0	23,4 ± 6,7	0,03
Faixa etária			
Até 19 anos	13 (23,6%)	297 (34,9%)	0,06
20 a 35 anos	35 (63,6%)	503 (59,0%)	
> 35 anos	7 (12,7%)	52 (6,1%)	
Escolaridade			
Até Ensino Fundamental	33 (60,0%)	401 (47,1%)	0,13
Até Ensino Médio	19 (34,5%)	413 (48,5%)	
Até Ensino Superior	3 (5,5%)	38 (4,5%)	
Raça/cor			
Branca	3 (5,6%)	45 (5,4%)	0,96
Parda	51 (94,4%)	785 (94,6%)	
Estado Civil/União			
Com companheiro	40 (72,7%)	618 (72,5%)	0,97
Sem companheiro	15 (27,3%)	234 (27,5%)	
Maternas e fetais			
Tipo de Gestação			
Gemelar	0 (0,0%)	9 (1,1%)	0,44
Única	55 (100,0%)	843 (98,9%)	
Partos vaginais anteriores			
0	19 (36,5%)	499 (59,1%)	<0,001
1	15 (28,8%)	205 (24,3%)	
2	11 (21,2%)	88 (10,4%)	
Pelos menos 3	7 (13,5%)	52 (6,2%)	
Idade Gestacional			
Até 36 semanas	8 (14,8%)	135 (15,9%)	0,85
37 – 40 semanas	43 (79,6%)	651 (76,8%)	
41 – 42 semanas	3 (5,6%)	62 (7,3%)	
Membranas Amnióticas			
Não Íntegras na admissão	19 (43,2%)	268 (32,6%)	0,14
Íntegras na admissão	25 (56,8%)	554 (67,4%)	
Contrações Uterinas			
Ausentes na internação	4 (7,4%)	82 (9,7%)	0,57
Presentes na internação	50 (92,6%)	761 (90,3%)	
Dilatação Cervical			
Menor que 4 cm	14 (25,9%)	327 (39,0%)	0,05
Maior que 4 cm	40 (74,1%)	511 (61,0%)	
Assistenciais			
Parto Instrumental			
Vaginal com Fórceps	54 (100,0%)	827 (98,8%)	0,41
Vaginal sem Fórceps	0 (0,0%)	10 (1,2%)	
Local do Parto			
Quarto PPP	32 (60,4%)	827 (98,1%)	0,23
Outros	21 (39,6%)	16 (1,9%)	

Posição no momento do parto			
Semideitada	43 (84,3%)	732 (87,8%)	
Lateral	4 (7,8%)	65 (7,8%)	0,53
Cócoras/Banqueta/Gaskin	4 (7,8%)	37 (4,4%)	
Assistente do Parto			
Médico Obstetra/Residente	38 (70,4%)	529 (62,4%)	0,23
Enfermeiro Obstetra/Residente	16 (29,6%)	319 (37,6%)	
Trabalho de Parto			
Espontâneo	51 (92,7%)	758 (89,3%)	0,41
Induzido	4 (7,3%)	91 (10,7%)	
Acompanhante no TP			
Não	19 (37,3%)	108 (13,2%)	<0,001
Sim	32 (62,7%)	708 (86,8%)	
Tempo (h) TP (média ± DP)	1,68 ± 1,82	4,87 ± 5,46	<0,001
Tempo (min) período expulsivo (média ± DP)	18,05 ± 12,96	52,19 ± 55,71	<0,001

Tabela 4. Fatores associados a quantidade de métodos não farmacológicos utilizados para o alívio da dor no trabalho de parto. Fortaleza/CE, 2020.

Variável	1 MNF (n=470)	2 ou mais MNF (n=382)	p valor
Sociodemográficas			
Idade (média ± DP)	24,29 ± 7,10	22,41 ± 6,09	<0,001
Faixa etária			
Até 19 anos	147 (31,3%)	150 (39,3%)	
20 a 35 anos	285 (60,6%)	218 (57,1%)	<0,001
> 35 anos	38 (8,1%)	14 (3,7%)	
Escolaridade			
Até Ensino Fundamental	227 (48,3%)	174 (45,5%)	
Até Ensino Médio	225 (47,9%)	188 (49,2%)	0,50
Até Ensino Superior	18 (3,8%)	20 (5,2%)	
Raça/cor			
Branca	23 (5,0%)	22 (5,9%)	0,56
Parda	436 (95,0%)	349 (94,1%)	
Estado Civil/União			
Com companheiro	344 (73,2%)	274 (71,7%)	0,63
Sem companheiro	126 (26,8%)	108 (28,3%)	
Maternas e fetais			
Tipo de Gestação			
Gemelar	6 (1,3%)	3 (0,8%)	0,48
Única	464 (98,7%)	379 (99,2%)	
Partos vaginais anteriores			
0	240 (51,8%)	259 (68,0%)	
1	125 (27,0%)	80 (21,0%)	<0,001
2	58 (12,5%)	30 (7,9%)	
Pelos menos 3	40 (8,6%)	12 (3,1%)	
Idade Gestacional			
Até 36 semanas	90 (19,3%)	135 (15,9%)	
37 – 40 semanas	347 (74,5%)	651 (76,8%)	<0,001
41 – 42 semanas	29 (6,2%)	62 (7,3%)	
Membranas Amnióticas			
Não Íntegras na admissão	162 (36,1%)	106 (28,4%)	<0,001
Íntegras na admissão	287 (63,9%)	267 (71,6%)	
Contrações Uterinas			
Ausentes na internação	51 (10,9%)	31 (8,2%)	0,18
Presentes na internação	415 (89,1%)	346 (91,8%)	
Dilatação Cervical			0,02
Menor que 4 cm	164 (35,7%)	163 (43,1%)	
Maior que 4 cm	296 (64,3%)	215 (56,9%)	
Assistenciais			
Parto Instrumental			
Vaginal com Fórceps	0 (0,0%)	10 (2,7%)	<0,001
Vaginal sem Fórceps	463 (100,0%)	364 (97,3%)	
Local do Parto			
Quarto PPP	457 (98,1%)	370 (98,1%)	0,93
Outros	9 (1,9%)	7 (1,9%)	

Posição no momento do parto			
Semideitada	416 (90,4%)	316 (84,5%)	
Lateral	32 (7,0%)	33 (8,8%)	<0,001
Cócoras/Banqueta/Gaskin	12 (2,6%)	25 (6,7%)	
Assistente do Parto			
Médico Obstetra/Residente	318 (67,9%)	211 (55,5%)	<0,001
Enfermeiro Obstetra/Residente	150 (32,1%)	169 (44,5%)	
Trabalho de Parto			
Espontâneo	415 (88,5%)	343 (90,3%)	0,40
Induzido	54 (11,5%)	37 (9,7%)	
Acompanhante no TP			
Não	75 (16,9%)	33 (8,9%)	<0,001
Sim	370 (83,1%)	338 (91,1%)	
Cesárea Anterior			
0	431 (93,1%)	363 (96,0%)	0,06
1	32 (6,9%)	15 (4,0%)	
Analgesia Farmacológica			
Não	427 (90,4%)	330 (86,4%)	<0,001
Sim	8 (1,7%)	25 (6,5%)	
Tempo (h) TP (média ± DP)	4,10 ± 4,75	5,72 ± 6,03	<0,001
Tempo (min) período expulsivo (média ± DP)	49,46 ± 55,05	56,38 ± 56,72	0,32

DISCUSSÃO:

Os MNF são amplamente utilizados na população estudada. As mulheres que não utilizaram os MNF apresentaram maior média de idade e paridade, e o menor tempo no primeiro e segundo estágio do parto, bem como menor presença de acompanhante. Quando estudamos a quantidade de métodos utilizados, observamos que as mulheres que utilizaram apenas um método, além dos fatores já descritos, apresentaram taxas maiores de dilatação > 4cm na admissão, bolsa rota, idade gestacional < 36 semanas e menores taxas de utilização de fórceps, e de parto nas posições cócoras/Gaskin/Banqueta. Além disso, observamos maior assistência pela equipe de enfermagem nas mulheres que utilizaram dois ou mais métodos.

Os resultados deste estudo podem contribuir na mudança dos processos de saúde voltados para atenção à mulher, reconhecendo a importância de assistência que considere a singularidade de cada indivíduo. Busca-se o resgate da parturição como processo fisiológico, com foco na utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto. Nesse sentido, o estímulo a adoção de protocolos de boas práticas na assistência ao parto é fundamental, sendo a Rede Cegonha, uma importante política no Brasil para o incentivo a sua implementação⁷. Reforçamos que o

local do estudo é uma Maternidade Escola de referência e certificada pela Rede Cegonha e com protocolos estabelecidos.

De acordo com uma revisão sistemática (RS), que avaliou os resultados maternos e neonatais decorrentes da utilização de MNF para alívio da dor no trabalho de parto, sendo analisado o banho de imersão e a massagem. Os resultados mostraram que o banho deve ser iniciado após 3 cm de dilatação, para não prolongar o trabalho de parto e prejudicar os resultados neonatais. A massagem é eficaz no alívio da ansiedade, dor e estresse, sendo mais efetiva para reduzir a dor, quando utilizada no começo da fase latente. Sendo necessário estabelecer parâmetros de aplicação de cada método para que os resultados maternos e neonatais sejam positivos e contribuam para a satisfação da mulher. As *midwives* (enfermeiras obstétricas) aplicaram o MNF em praticamente todos os ECRs, sendo que o acompanhante participou de todos os estudos elegíveis que avaliaram a massagem como MNF de alívio da dor.⁸

Quanto ao tipo de MNF alguns estudos comparam as diferentes técnicas quanto a sua efetividade na dor e satisfação das parturientes.⁹⁻¹³ Tais desfechos não foram avaliados no nosso estudo pelo caráter retrospectivo. No entanto, observamos que massagem e técnicas respiratórias, seguidas do banho foram os mais utilizados, talvez por serem técnicas mais aceitas pelas parturientes.

A hidroterapia consiste em técnicas que utilizam água como principal fonte de realização, como banho de aspersão, descrito a seguir. O banho de aspersão promove relaxamento e controle dos níveis de estresse, conseqüentemente diminui a sensação de queixas álgicas. Em uma análise de parâmetros neuroendócrinos, seu uso diminui a liberação de cortisol e β -endorfinas, assim como aumenta a secreção de noradrenalina, fatores intimamente ligados ao alívio do estresse e de condições estressoras. As pesquisas encontradas utilizam o banho de aspersão associado a outras técnicas, tornando mais difícil concluir sobre os principais efeitos dessa técnica individualmente.^{9,10,11}

Ao ser comparado com outros MNF, o uso isolado da bola suíça apresentou resultados semelhantes de redução da dor tanto quanto o banho quente de aspersão⁹ e a termoterapia.¹⁰ Contrapondo tais achados, em um ECR,¹¹ a bola suíça teve maior efeito na redução da dor comparado ao banho de aspersão, associado ao aumento na liberação de β -endorfinas e diminuição da secreção de epinefrina, que foram superiores aos resultados neuroendócrinos da hidroterapia. Torna-se importante ressaltar, que no

primeiro estudo⁹ não houve nenhum GC e o número da amostra é bastante reduzido (n=15), o que dificulta deduções e generalizações.

Ressalta-se que na nossa amostra metade das mulheres utilizou apenas um MNF e a outra metade utilizou dois ou mais métodos. Porém, sabemos que os mecanismos fisiológicos envolvidos no processo de analgesia tendem a sofrer acomodação do estímulo após um período de exposição, principalmente os mecanismos periféricos, como a massagem e banho quente, os quais agem pelo mecanismo de comporta da dor.⁹ É necessário exposição a estímulos diferentes com oferta de vários métodos ao longo do trabalho parto para que mulher tenha possibilidade de experimentar mais de um método, a fim de perceber qual traz maior conforto.

Um ensaio clínico randomizado (ECR) realizado no Brasil encontrou resultados positivos, baseado em uma intervenção sequenciada de exercícios com a bola suíça, massagem lombossacral e banho de chuveiro (nessa sequência) realizada em parturientes com dilatação cervical de 4 a 7 cm, com isso, evidenciou uma necessidade menor de intervenções e uso de analgésicos. Tal metodologia não funciona como uma evidência para demonstrar o potencial dos MNFs de forma isolada, mas serve como um protocolo que pode ser seguido pelas instituições, com resultados benéficos maternos-fetais.¹³

Quanto ao tempo de trabalho de parto, nenhum dos estudos avaliados mostrou redução dessa variável. Inclusive os ECRs analisados mostram que o banho de imersão pode aumentar esse período, se o mesmo for iniciado antes de uma dilatação ≥ 3 cm.⁷ Bem como, nem todos os métodos são eficazes no alívio da dor, mas reduzem os níveis de estresse e ansiedade da parturiente e promovem satisfação. A redução dos níveis de estresse previne a hiperventilação e conseqüente alcalose respiratória reduzindo a liberação de catecolaminas o que contribui para uma melhor perfusão placentária e menores índices de acidose fetal, com conseqüente resultados neonatais positivos.^{7,8,9}

Em um ECR que objetivou avaliar a efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto, observou que a massagem lombossacral e banho de chuveiro, aplicados de forma isolada e combinada, são técnicas efetivas no alívio e conforto da dor de pacientes em trabalho de parto na fase ativa.¹⁴

Observamos que uma pequena porcentagem não utilizou métodos, a partir da análise fatores, percebemos que essas mulheres provavelmente são as múltiplas e conseqüentemente como maior média de idade, e que possivelmente chegaram na

paternidade com trabalho de parto mais avançado ou mesmo no expulsivo, não havendo tempo para a utilização de métodos. Bem como quanto a quantidade, as mulheres que internam mais precocemente com dilatação menor que 4 cm, bolsa íntegra e que tem maior tempo de TP tendem a experimentar mais MNF durante seu TP.

Também observamos que as mulheres que utilizaram dois ou mais métodos apresentaram uma maior taxa de assistência pela Enfermagem, mostrando a importância da equipe multidisciplinar na assistência parto, assim como reforça a característica do cuidado da Enfermagem centrado no paciente. Como pode ser observado no estudo que avaliou a associação da Enfermagem Obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento em maternidades públicas e privadas de Belo Horizonte, encontrando que o processo de partear oferecido pela Enfermagem Obstétrica mostra-se centrado na promoção das práticas baseadas em evidências científicas buscando resgatar o protagonismo da mulher no processo de parir.¹⁵

Outro ponto relevante é que a presença do acompanhante também um fator associado tanto a utilização quanto ao uso de 2 ou mais MNF, visto que muitas vezes é o acompanhante que, quando bem orientado pela equipe, dá o suporte a utilização dos MNF. Por isso, é necessário envolver o acompanhante na assistência e garantir a presença deste nas maternidades. Este é um direito assegurado pela Lei nº 11.108/2005, art. 19:

“Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um (1) acompanhante durante todo o período de trabalho de pré-parto, parto e pós-parto imediato. O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.”¹⁶

Uma pesquisa realizada na mesma instituição revelou alto grau de satisfação das puérperas com o atendimento ofertado pela maternidade durante o trabalho de parto e parto, 65,4% das puérperas indicaram a assistência como excelente, 31,8% como boa e apenas 2,7% com regular. Esse estudo também mostrou altas taxas de utilização dos MNF bem como aplicação das boas práticas de assistência ao parto.¹⁷

A limitação do estudo deve-se principalmente ao tipo transversal e retrospectivo, pois os estudos transversais têm como desvantagens a impossibilidade de inferir relação direta de causa e efeito, bem como os fatores confundidores não podem ser controlados em estudos retrospectivos. Logo, seria interessante a realização de estudos que pudessem

observar os fatores envolvidos na assistência ao cuidado de mulheres durante o processo de parturição. Outra sugestão é que a Ficha de monitoramento do MS diferencie entre massagem e respiração e deixe espaço para o relato da utilização de outros métodos.

Os resultados encontrados podem estimular pesquisas equivalentes em outras maternidades, a fim de revelar o conhecimento das mulheres sobre o MNF e fomentar uma assistência humanizada durante o trabalho de parto.

CONCLUSÃO:

Concluimos no presente estudo que a grande maioria das parturientes utilizou os MNF, sendo a massagem/respiração, banho, cavalinho e bola os métodos mais utilizados. Ao observar os fatores maternos e fetais quanto à utilização e à quantidade de MNF, podemos perceber que a média de idade e a paridade foram maiores nas mulheres que não utilizaram MNF, assim como nas que utilizaram apenas um método. Em relação aos fatores assistenciais, menor tempo do trabalho de parto, a dilatação maior que 4cm na admissão, bolsa rota, idade gestacional < 36 semanas e menores taxas de utilização de fórceps, parto nas posições cócoras/Gaskin/Banqueta foram fatores associados à menor quantidade de MNF. A presença do acompanhante foi associada à utilização de maior quantidade de MNF, bem como a assistência realizada pela equipe de enfermagem.

Por tanto, os dados dessa grande amostra podem servir de estímulo para que os MNF sejam implantados em diferentes cenários nas maternidades brasileiras, bem como indicam quais aspectos ainda podem ser melhorados e reforçados na assistência humanizada ao parto para contemplar as reais necessidades das parturientes.

REFERÊNCIAS:

1. World Health Organization (WHO). WHO Statement on Caesarean Section Rates [Internet]. Geneva:WHO; 2015. [cited 2020 Dec 3]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf
2. OMS. Assistência ao Parto Normal: um guia prático, 2001.
3. Almeida JM, Acosta LG, Pinhal MG. Conhecimento das puérperas com relação aos métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto. REME Rev Min Enferm. 2015;19(3):711-24.
4. Angelo PH, Ribeiro KC, Lins LG, Rosendo AM, Sousa VP, Micussi MT. Recursos não farmacológicos: atuação da fisioterapia no trabalho de parto, uma revisão sistemática. Fisioter Bras. 2016;17(3):285-92.
5. Gau ML, Chang CY, Tian SH, Lin KC. Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: a randomised controlled trial in Taiwan. Midwifery. 2011;27(6):e293–300.
6. Adams J, Frawley J, Steel A, Broom A, Sibbritt D. 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. Midwifery. 2015;31(4):458–63.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: versão resumida [Internet]. Brasília (DF); Ministério da Saúde; 2017 [citado 2020 Dez 18]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
8. Gayeski Michele Ediane, Brüggemann Odaléa Maria. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2010 Dec [cited 2020 Dec 17]; 19(4): 774-782. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400022&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000400022>.
9. Henrique AJ, Gabrielloni MC, Rodney P, Barbieri M. Non-pharmacological interventions during childbirth for pain relief, anxiety, and neuroendocrine stress parameters: A randomized controlled trial. Int J Nurs Pract. 2018;24(3):e12642.
10. Barbieri M, Henrique AJ, Chors FM, Maia NL, Gabrielloni MC. Warm shower aspersion, perineal exercises with Swiss ball and pain in labor. Acta Paul Enferm. 2013;26(5):478–84.
11. Taavoni S, Sheikhan F, Abdollahian S, Ghavi F. Birth ball or heat therapy? A randomized controlled trial to compare the effectiveness of birth ball usage with sacrum-perineal heat therapy in labor pain management. Complement Ther Clin Pract. 2016;24:99–102.

12. Chang M, Wang S, Chen C. Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. *J Adv Nurs*. 2002 Jan; 38(1):68-73.
13. Gallo RB, Santana LS, Marcolin AC, Duarte G, Quintana SM. Sequential application of non-pharmacological interventions reduces the severity of labour pain, delays use of pharmacological analgesia, and improves some obstetric outcomes: a randomised trial. *J Physiother*. 2018;64(1):33-40.
14. Davim RMB, Torres GDV, Dantas, JDC. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2):438-45.
15. Silva Thales Philipe Rodrigues da, Dumont-Pena Érica, Sousa Ana Maria Magalhães, Amorim Torcata, Tavares Luísa Castanheira, Nascimento Débora Cabral di Pietra et al . Enfermagem Obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento. *Rev. Bras. Enferm*. [Internet]. 2019 Dez [citado 2020 Dez 19] ; 72(Suppl 3): 235-242. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000900235&lng=pt. Epub 13-Dez-2019. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0561>.
16. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em 10 de dezembro de 2020.
17. AZEVEDO, A. S. ; Nascimento, S.L. ; MOREIRA, M. A. ; SABRY, S. D. ; PESSOA, U.M.L ; CARVALHO, E. M. . Percepção de puérperas quanto às boas práticas de assistência ao trabalho de parto e parto. *REVISTA DE MEDICINA DA UFC (ONLINE)*, v. 60, p. 28-34, 2020.

6. CONCLUSÃO

Com a pesquisa podemos concluir que a grande maioria (n= 852, 93,9%) das parturientes utilizou os MNF, dessas 51,8% utilizou apenas um método e 48,2% utilizou 2 ou mais métodos. A massagem/respiração, banho, cavalinho e a bola os métodos mais utilizados.

Ao observar os fatores sociodemográficos, maternos e fetais quanto a utilização e quantidade de MNF, podemos perceber que média de idade e a paridade foram maiores nas mulheres que não utilizaram MNF. A idade gestacional, e a integridade da membrana amniótica e dilatação na admissão também se associaram a quantidade de MNF.

Em relação aos fatores assistenciais, presença do acompanhante, o tempo do trabalho de parto e do período expulsivo se associaram a utilização dos MNF. Parto instrumental, posição do parto, analgesia farmacológica e tempo do trabalho de parto se associaram com a quantidade de MNF. Assim, conclui-se que primíparas cujo tempo de trabalho de parto apresenta-se prolongado, são o grupo que mais utilizaram os MNF. A presença do acompanhante e a assistência realizada pela equipe de Enfermagem também foram fatores que se associaram a utilização de maior quantidade de MNF.

Em relação ao uso de analgesia farmacológica observamos sua utilização em apenas 33 mulheres (3,6%), as quais também utilizaram MNF. No entanto, sua frequência foi significativamente maior nas mulheres que utilizam dois ou mais MNF.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, J.M.de et al. Conhecimento das puérperas com relação aos métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto. *Rev. Min. Enferm.*, São Paulo, v. 13, n. 3, set. 2015. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1034>>. Acesso em: 18 mar. 2020.
2. Anim-Somuah M, Smyth R, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; 7(12):1-87.
3. BALASKAS, J. Parto ativo: guia prático para o parto natural. São Paulo:Ed. Ground., 2008.
4. BARBIERI, Márcia et al . Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 26, n. 5, p. 478-484, 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000500012&lng=en&nrm=iso>. access on 13 June 2020.
5. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2012.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento. Brasília. DF; 2000.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Brasília: Ministério da Saúde, 381p. 2016.
8. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, 2016.
9. BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 7, n. 2, p. 135-149, June 1991 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Jan 2020.

10. DAVIM, Rejane Marie Barbosa; TORRES, Gilson de Vasconcelos; DANTAS, Janmilli da Costa. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 43, n. 2, p. 438-445, June 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200025&lng=en&nrm=iso>. access on 17 June 2020
11. DIAS, Marcos Augusto Bastos; DESLANDES, Suely Ferreira. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 12, p. 2647-2655, Dec. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001200014&lng=en&nrm=iso>. access on 18 March 2020.
12. DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 3, p. 627-637, Sept. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Marh 2020.
13. <http://hdl.handle.net/11624/1371>
14. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy>
15. FEITOZA, S. R. Fatores maternos, fetais e assistenciais associados à ocorrência de lacerações perineais e episiotomias. 2018. 85 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.
16. FELISBINO-MENDES, Mariana Santos et al . O uso de analgesia farmacológica influencia no desfecho de parto?. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 30, n. 5, p. 458-465, Oct. 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000500458&lng=en&nrm=iso>. access on 16 June 2020.
17. GALLO, R.R.S. et al. Recursos não farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. *Rev. Femina*, Ribeirão Preto, v. 39, n. 1, jan. 2011. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n1/a2404.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2020.

18. GAYESKI, Michele Ediane; BRUGGEMANN, Odaléa Maria. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 19, n. 4, p. 774-782, Dec. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400022&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Feb 2020.
19. LEE, A.F. et al. Evidence-based practice of anesthesiology. In: SEGAL, B.S. Does labor analgesia affect labor outcome? 2. ed., Elsevier, cap 68, p. 455, 2012.
20. MAFETONI, R.R.; SHIMO, A.K.K. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. *Rev. Min. Enferm.*, Campinas, v. 18, n. 2, jun. 2014. Disponível em: < <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/942>>. Acesso em: 18 mar. 2020.
21. MEDEIROS, J. et al. Métodos não farmacológicos no alívio da dor de parto: percepção de puérperas. *Rev. Espaço para a saúde.*, Londrina, v. 16, n. 2, jun. 2015. Disponível em: . Acesso em: 04 abril. 2020.
22. MENDES, Yluska Myrna Meneses Brandão e; RATTNER, Daphne. Estrutura e práticas de hospitais integrantes do Projeto Apice ON: estudo de linha de base. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 54, 23, 2020 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102020000100218&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 NOV. 2020. Epub 10-Fev-2020. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001497>.
23. _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF, 2004.
24. _____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1459, de 24 de junho de 2011. Rede Cegonha. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de junho de 2011
25. NILSEN, Evenise; SABATINO, Hugo; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 45, n. 3, p. 557-565, June 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300002&lng=en&nrm=iso>. access on 16 april 2020

26. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Assistência ao parto normal: um guia prático. Brasília: OPAS/USAID,1996.
27. OSÓRIO, S.M.B. et al. Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor de parto. *Rev. Rene.*, v. 15, n. 1, fev. 2014. Disponível em: . Acesso em: 18 mar. 2020
28. REIS, Thamiza da Rosa dos et al . Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 36, n. spe, p. 94-101, 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500094&lng=en&nrm=iso>. access on 16 June 2020.
29. Smith CA, Collins CT, Levett KM, Armour M, Dahlen HG, Tan AL, Mesgarpour B. Acupuncture or acupressure for pain management during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 2. Art. No.: CD009232. DOI: 10.1002/14651858.CD009232.pub2. Accessed 23 November 2020.
30. Thuvarakan, K., Zimmermann, H., Mikkelsen, M.K. and Gazerani, P. (2020), Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation As A Pain-Relieving Approach in Labor Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Neuromodulation: Technology at the Neural Interface*, 23: 732-746. <https://doi.org/10.1111/ner.13221>
31. TOSTES, Natalia Almeida; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto , v. 24, n. 2, p. 681-693, jun. 2016 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000200015&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 03 Feb. 2020.
32. WEI, Chang Yi; GUALDA, Dulce Maria Rosa; SANTOS JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puerpéras. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 20, n. 4, p. 717-725, Dec. 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000400010&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Feb 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000400010>.

ANEXOS

ANEXO I – Questionário de coleta de dados publicado no *Google Forms*

QUESTIONÁRIO PARA ANÁLISE DA INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DE LACERAÇÃO PERINEAL DE CAUSA OBSTÉTRICA EM MATERNIDADE TERCIÁRIA DE FORTALEZA-CE

Número do prontuário

Telefone com DDD

Idade da paciente

Raça/cor

- Amarela
- Branca
- Indígena
- Negra
- Parda
- Sem informação

Peso da paciente na PRIMEIRA consulta de pré-natal

Buscar a xerox do cartão de pré-natal

Idade gestacional na PRIMEIRA consulta de pré-natal

Buscar a xerox do cartão de pré-natal

Peso da paciente na ÚLTIMA consulta de pré-natal

Buscar a xerox do cartão de pré-natal

Idade gestacional na ÚLTIMA consulta de pré-natal

Buscar a xerox do cartão de pré-natal

Escolaridade

- Analfabeto
- Lê e escreve pelo menos um bilhete
- Ensino fundamental completo
- Ensino fundamental incompleto
- Ensino médio completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino superior completo
- Ensino Superior incompleto
- Pós Graduação
- Sem informação

Estado civil/União

As opções: "Convive com companheiro e filho", "Convive com companheiro com laços conjugais" serão consideradas como: "COM COMPANHEIRO". As opções: "Convive com familiares sem companheiro", "Convive com outras pessoas sem laços consanguíneos" e "Vive só" serão consideradas: "SEM COMPANHEIRO"

- Com companheiro
- Sem companheiro

Data do parto atual

Intervalo interpartal

Colocar em MESES e considerar o intervalo entre a data do último parto e a data do parto atual.

Número de partos vaginais prévios (excluindo-se o atual)

Idade gestacional no momento do parto atual

Considerar semanas COMPLETAS. Considerar o CAPURRO SOMÁTICO na Declaração de Nascido Vivo.

Número de partos cesarianas prévios

Abortamentos prévios

Tipo de gestação

- Única
- Gemelar
- Trigemelar ou mais

Apresentação do primeiro feto

- Cefálico
- Pélvico
- Ignorado/sem registro

Início de trabalho de parto

Se esta informação não estiver clara na ficha de indicadores, buscar no partograma/evoluções médicas.

- Espontâneo (sem uso de métodos de indução)
- Induzido, usado somente Misoprostol
- Induzido, usado somente Ocitocina
- Induzido, usado misoprostol e ocitocina
- Ignorado/ Sem registro

Dilatação do colo de útero no momento da admissão (em centímetros)

Registrar o que tem na ficha

Membranas amnióticas íntegras na admissão

- Sim
- Não
- Ignorado/sem registro
-

Tempo de bolsa rota

Se mulher com membranas não íntegras, colocar o tempo em HORAS

Utilização de partograma

- Sim
- Não
- Ignorado/sem registro

Presença de contrações uterinas na admissão

- Sim
- Não
- Ignorado/sem registro

Venóclise

- Sim
- Não
- Ignorado/sem registro

Características das contrações

Buscar esse dado no partograma. Se apenas um registro, considerar o que foi registrado.

- Eussistolia
- Taquissistolia (> 5 contrações em 10 minutos)
- Bradissistolia (< 3 contrações uterinas em 10 minutos)
- Sem registro/dados insuficientes

Método não farmacológicos para alívio da dor

- Não
- Chuveiro
- Bola
- Escada de ling
- Cavalinho
- Acumputura
- Outro (massagem, respiração)
- Sem registro

Jejum

- Sim
- Não
- Ignorado/Sem registro

Presença de acompanhante

- Sim
- Não
- Ignorado/Sem registro

Quanto ao uso de ocitocina

Selecionar o momento em que a ocitocina foi iniciada (pode ser checado no partograma ou na prescrição)

- Não
- Sim, no primeiro estágio (fase de dilatação)
- Sim, no segundo estágio (período expulsivo)
- Sim, no terceiro estágio (dequitação)
- Ignorado/sem registro

Anniotomia

- Sim
- Não
- Ignorado/sem registro

Dilatação no momento em que foi feita a anniotomia (em centímetros)**Uso de analgesia farmacológica**

- Sim
- Não
- Ignorado/sem registro

Se sim na questão anterior, qual foi

Pode marcar mais de uma opção

- Opióide
- Raquianestesia
- Peridural

Tipo de parto

- Vaginal sem intervenção
- Vaginal com forceps
- Vaginal em gestação de alto risco
- Sem Registro

Posição da paciente no momento do parto

- Semi-deitada
- Deitada
- Sentada
- Cócoras
- Lateral
- Gaskin (de quatro)
- Ignorado/sem registro

Local do parto

- Sala de parto
- Quarto PPP
- Emergência
- Enfermaria
- Externo (domiciliar, durante o transporte ou hospital externo)
- Centro cirúrgico
- Sem registro

Intercorrências

- Pode marcar mais de uma opção
- Sem intercorrências
- Distócia de ombros
- Período expulsivo prolongado
- Edema de vulva
- Retenção placentária
- Sem registro

Episiotomia

- Sim, médio-lateral
- Sim, mediana
- Sim, mas não se sabe o tipo
- Não
- Ignorado/sem registro

Laceração

- Sim, 1º grau
- Sim, 2º grau
- Sim, 3º grau
- Sim, 4º grau
- Não
- Ignorado

Assistente do parto

- Considerar o período expulsivo
- Médico obstetra
- Médico residente
- Enfermeira obstetra/residente
- Ignorado/sem registro

Tempo (em horas) de trabalho de parto

Buscar essa informação no partograma. Considerar TP se dilatação maior ou igual a 4 cm, e o fim do TP no momento em que o feto nasce. Arredondar valores para múltiplos de 0,5.

Tempo (em minutos) de período expulsivo

Buscar essa informação no partograma. Considerar início de período expulsivo o momento em que a dilatação ficou completa. Responde SR quando não houver registro

Peso do feto (em gramas)

Buscar essa informação na DNV (folha rosa)

Apgar no 1º minuto

Apgar no 5º minuto

ANEXO II - TABELAS

Tabela 1: Perfil sociodemográfico de mulheres submetidas a parto vaginal na MEAC, no período de maio a outubro de 2015 (n=907). Fortaleza/CE, 2020.

Variável	N(%)
Idade	Média (dp) 23,6 (6,8)
Escolaridade	
Até o ensino fundamental	434 (47,9%)
Até o ensino médio	432 (47,6%)
Até o ensino superior	41 (4,5%)
Raça/cor	
Negra	12 (1,3)
Parda	842 (92,8%)
Branca	48 (5,3%)
Sem registro	5 (0,6%)
Estado civil/União	
Com companheiro	658 (72,5%)
Sem companheiro	249 (27,5%)

Tabela 2: Características maternas e fetais dos partos vaginais assistidos na MEAC, no período de maio a outubro de 2015 (n=907). Fortaleza/CE, 2020.

Variável	N(%)
Tipo de gestação	
Gemelar	9 (1%)
Única	898 (99%)
Idade gestacional	
Até 36 semanas	143 (15,8%)
37-40 semanas	694 (76,5%)
41-42 semanas	65 (7,2%)
Sem registro	5 (0,6%)
Apresentação do feto	
Cefálico	863 (95,1%)
Pélvico	11 (1,2%)
Ignorado/ sem registro	33 (3,6%)
Membranas amnióticas íntegras na admissão	
Não	287 (31,6%)
Sim	579 (63,8%)
Ignorado/ sem registro	41 (4,5%)
Características das contrações	
Bradissistolia (< 3 contrações uterinas em 10 minutos)	78 (8,6%)
Eussistolia	480 (52,9%)
Taquissistolia (> 5 contrações em 10 minutos)	6 (0,7%)
Sem registro/dados insuficientes	343 (37,8%)
Dilatação cervical	
Menor que 4cm	341 (37,6%)
Maior que 4cm	551 (60,7%)
Sem registro	15 (1,7%)

Tabela 3: Características assistenciais dos partos vaginais assistidos na MEAC, no período de maio a outubro de 2015. Fortaleza/CE, 2020.

Variável	N(%)
Parto instrumental	
Vaginal com fórceps	10 (1,1%)
Vaginal sem intervenção	881 (97,1%)
Sem registro	16 (1,8%)
Local do parto	
Quarto PPP	859 (94,7%)
Outros	37 (4,1%)
Sem registro	11 (1,2%)
Posição da paciente no momento do parto	
Cócoras	30 (3,3%)
Deitada	146 (16,1%)
Gaskin (de quatro)	6 (0,7%)
Lateral	69 (7,6%)
Semi deitada	629 (69,3%)
Sentada	5 (0,6%)
Sem registro	22 (2,4%)
Episiotomia	
Não	840 (92,6%)
Sim	59 (6,5%)
Sem registro	8 (0,9%)
Assistente do parto	
Enfermeira obstetra/residente	335 (36,9%)
Médico obstetra	360 (39,7%)
Médico residente	207 (22,8%)
Ignorado/sem registro	5 (0,6%)
Presença de acompanhante	
Não	127 (14%)
Sim	740 (81,6%)
Ignorado/Sem registro	37 (4,1%)

SEGUNDO PRODUTO**PRODUTO TÉCNICO – CAPÍTULO DE LIVRO*****13 REPERCUSSÕES DA PANDEMIA POR COVID-19 NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA À MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO E AO RECÊM-NASCIDO**

Alline Falconieri de Moura
Simony Lira Nascimento



*Em fase de publicação

REPERCUSSÕES DA PANDEMIAPOR COVID-19 NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA À MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO E AO RECÉM-NASCIDO

Alline Falconieri de Moura

Simony Lira Nascimento

Em novembro de 2019 a cidade de Wuhan, na China, registrou os primeiros casos de pacientes acometidos por síndrome da angústia respiratória grave (SRAG) causada por um novo coronavírus, ficando conhecido como COVID-19. Com o avanço rápido para outros países longe do epicentro da epidemia, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou alerta global de nível 3 para esta infecção em janeiro de 2020 (1). No Brasil, o primeiro caso foi registrado na cidade de São Paulo no fim de fevereiro, mas os casos foram aumentando de forma alarmante em todo o país, sendo realizadas condutas e implantação de protocolos para evitar aglomeração e caos nos sistemas de saúde público e privado.

Sobre os aspectos obstétricos da infecção COVID-19 é necessário considerar que esta é uma doença de aparecimento recente, não havendo conhecimento específico definitivo sobre o assunto. No início dos casos no Brasil, gestantes e puérperas não foram consideradas no grupo de risco, no entanto, a partir do relato de casos mais graves e óbitos maternos, passaram a compor o grupo (2).

O mais recente relato na literatura com dados de fevereiro a junho de 2020 acessou os 978 casos de SRAG por COVID-19 nas bases de dados do Ministério da Saúde Brasileiro, com 124 óbitos maternos (12.7%), sendo as taxas maiores no pós-parto do que na gestação. Houve associação significativa de morte com diabetes, doença cardiovascular e obesidade. As mortes maternas por COVID-19 no Brasil correspondem a 76% das mortes maternas relatadas pela doença em todo mundo, expondo as fragilidades da assistência obstétrica no Brasil, exacerbadas pela pandemia (2).

A partir desse cenário, destacamos os principais fluxos de gestante no atendimento frente ao COVID-19, pela ótica da FEBRASGO – Federação Brasileira de Ginecologistas e Obstetras, ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, ESP-CE – Escola de Saúde Pública do Ceará e a realidade de um serviço de saúde público do estado do Ceará.

Para FEBRASGO, o atendimento de parturientes com suspeita ou diagnóstico de COVID-19 deve ser prestado em ambiente dedicado a estas mulheres. Adaptações serão necessárias, principalmente visando evitar a disseminação da infecção para outras pacientes e para a equipe de saúde. Tanto o ambiente misto quanto a equipe mista são formalmente desaconselhados. Relembra-se o uso obrigatório de máscara para a parturiente e EPI para a equipe. A via vaginal é a preferida para estas mulheres, conduta que encontra amparo amplo na literatura. Tanto no parto vaginal como na cesárea, orienta-se clampagem imediata do cordão umbilical e evitar o contato pele a pele naquelas com infecção comprovada ou suspeita. Os serviços de neonatologia orientam que o recém-nascido estará liberado para contato com a mãe após o banho. Parturientes em situação de gravidade, considerando idade gestacional e condição de viabilidade e vitalidade fetal, a cesárea deve ser lembrada como uma opção valiosa. A discussão com especialistas em obstetrícia, neonatologia, anestesia, infectologista e terapia intensiva são extremamente importantes (3).

Quanto ao processo de amamentação de pacientes suspeitas e ou confirmadas com o Covid-19, não é contraindicado, apenas tem que se tomar precauções como a higienização das mãos antes e depois da amamentação e o uso da máscara durante o processo. Os benefícios do aleitamento materno são ainda mais valiosos neste momento de pandemia, por isso a prática deve ser estimulada (3).

Para a ANS, o aconselhado é praticamente o mesmo que o da FEBRASGO, a gestante ao apresentar algum sintoma de síndrome gripal deve ser classificada como suspeita, ser ofertada a máscara cirúrgica a ela e o restante da equipe todos com EPI. A via do parto de escolha é a vaginal, e caso haja alguma complicação, a equipe médica analisará a possibilidade de cesárea (4).

Levando em consideração a vivência uma maternidade do serviço público do Ceará, procuramos seguir o preconizado acima. A via de parto de escolha é a vaginal, cesárea só quando há indicação obstétrica. Os testes rápidos são oferecidos a qualquer gestante com sintomas de síndrome gripal. O atendimento, internamento, são feitos em ambientes distintos do habitual, em relação a equipe, retiram-se profissionais de cada categoria para prestar a assistência no local individualizado. As pacientes mais críticas não permanecem na instituição citada, é feita transferência para hospitais terciários.

Há um esforço para seguir os protocolos preconizados. No entanto, algumas barreiras são enfrentadas no período da pandemia. Uma delas é limitação na disponibilidade e de EPIs adequados para toda a equipe, sendo a oferta de EPIs adequados são realizadas na presença de uma paciente suspeita. Outra é quanto a presença do acompanhante, que está limitada em alguns serviços. Ademais outros profissionais externos de suporte ao trabalho parto como doulas, fisioterapeutas, fotógrafos não são permitidos na maioria dos contextos. Sobretudo, a saúde mental das parturientes deve ser considerada, o medo, a tensão diante das incertezas e falta de suporte podem comprometer o processo fisiológico de parturição. Por isso, a equipe deve oferecer uma atenção humanizada durante o trabalho de parto e nascimento.

Como o passar dos meses, agora vemos um declínio dos casos, e equipe mais habituada com os procedimentos novos, e uma melhor sistematização da assistência. Esperamos que após a pandemia os serviços mantenham os direitos adquiridos pelas mulheres e que as boas práticas de assistência ao parto e ao recém-nascido sejam respeitadas, como presença de acompanhamento de escolha da mulher durante todo pré-parto, parto e pós-parto, oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor, liberdade de movimento e posições, contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida e recém-nascido mantido em alojamento conjunto.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Novel Coronavirus (2019- nCoV). Situation Report – 10. January 30, 2020. Acesso em 20/06/2020, no https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200130-sitrep-10-ncov.pdf?sfvrsn=d0b2e480_2
2. Takemoto, M.L.S., Menezes, M.O., Andreucci, C.B., Nakamura- Pereira, M., Amorim, M.M.R., Katz, L. and Knobel, R. (2020), The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. Int J Gynecol Obstet. Accepted Author Manuscript. doi:10.1002/ijgo.13300.
3. FBRASGO. Geraldo Duarte, Silvana Maria Quintana, Comissões Nacionais Especializadas da FEBRASGO de Assistência Pré- Natal e Doenças Infecto-Contagiosas. COVID-19 em obstetrícia. O que é preciso saber? Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/en/covid19/item/1027-covid-19-em-obstetricia-o-que-e-preciso-saber>

4. ANS. Parto Adequado. Gravidez e Coronavírus: materiais para hospitais e profissionais de saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/parto-adequado>