

Ana Prata



Medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto

IPV - ESSV | 2015

**Instituto Politécnico de Viseu**  
Escola Superior de Saúde de Viseu

**Ana Rita Proença Gomes Prata**

Medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto

Agosto de 2015

**Ana Rita Proença Gomes Prata**

Medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto

**Relatório Final**

Mestrado em Enfermagem Saúde Materna, Obstetria e Ginecologia

Trabalho efetuado sob a orientação de  
Professora Doutora Manuela Ferreira  
Professor Doutor João Duarte





“A coisa mais indispensável ao Homem é reconhecer o uso que  
deve fazer do seu próprio conhecimento”.

(Platão, s.d.)



## Agradecimentos

Muitos foram os contributos prestados para que este trabalho se tornasse possível e muitas foram as pessoas que, de uma forma ou de outra, se tornaram protagonistas do mesmo.

Agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Manuela Ferreira, pelo acompanhamento, pelos saberes científicos e profissionais, apoio crítico e disponibilidade incondicional que sempre evidenciou durante esta dissertação.

Agradeço também ao Professor Doutor João Duarte pela ajuda no tratamento estatístico, sem o qual o estudo empírico II não teria sido possível.

À Professora Doutora Madalena Cunha, por toda a disponibilidade, paciência e partilha de saberes.

Por fim, mas não menos importante, um agradecimento muito especial:

À minha mãe, porque, literalmente, sem ela nada disto seria possível. Bem hajás pela paciência, dedicação e amor incondicional.

Ao meu namorado, que muitas vezes me serviu de exemplo. Bem hajás pela motivação, força e por me conseguir sempre fazer sorrir.

À Patrícia, minha irmã, minha amiga.

Às minhas colegas de “viagem”, Tânia e Onélia, que tanto me aturaram o mau feitio.

A todos os amigos e amigas sem exceção.

A todos, o meu profundo reconhecimento e um grande bem-haja.



## Resumo

**Enquadramento:** A dor do parto resulta de complexas interações, de caráter inibitório e excitatório e, apesar de os seus mecanismos serem análogos aos da dor aguda, há fatores próprios do trabalho de parto de natureza neurofisiológica, obstétrica, psicológica e sociológica que intervêm no seu limiar. Neste sentido, os métodos não farmacológicos podem auxiliar a parturiente no alívio da dor, reduzir os níveis de stresse e ansiedade e, conseqüentemente promover uma maior satisfação.

**Objetivos:** Demonstrar evidência científica de se os métodos não farmacológicos usados no alívio da dor no trabalho de parto são mais eficazes quando comparados com a não utilização de nenhum método, placebo ou qualquer outro método; verificar o uso de medidas não farmacológicas no alívio da dor do parto; averiguar quais as variáveis sociodemográficas, variáveis contextuais da gravidez e contextuais do parto que interferem no recurso a medidas não farmacológicas no alívio da dor do parto.

**Métodos:** No estudo empírico I seguiu-se a metodologia de revisão sistemática da literatura. Foi realizada uma pesquisa na EBSCO, PubMed, Scielo e RCAAP, de estudos publicados entre 1 janeiro de 2010 e 2 de janeiro de 2015. Os estudos encontrados foram avaliados de acordo com os critérios de inclusão previamente estabelecidos e, posteriormente, foi feita uma apreciação da qualidade dos estudos, por dois revisores, utilizando a “Grelha para avaliação crítica de um artigo descrevendo um ensaio clínico prospetivo, aleatorizado e controlado” (Bugalho & Carneiro, 2004). No final, foram incluídos no *corpus* do estudo 4 artigos. O estudo empírico II enquadra-se num estudo quantitativo, transversal, descritivo e retrospectivo, desenvolvido no serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar Cova da Beira, segundo um processo de amostragem não probabilística por conveniência (n = 382). A recolha de dados efetuou-se através da consulta de processos clínicos de mulheres com idade ≥ 18 anos, que tiveram um parto vaginal com feto vivo após as 37 semanas de gestação.

**Resultados:** Os métodos não farmacológicos usados no alívio da dor no trabalho de parto são mais eficazes quando comparados com a não utilização de nenhum método, placebo ou qualquer outro método. Numa amostra constituída por 382 mulheres, com uma idade média de 30,95 anos ( $\pm 5,451$  anos), em 34,6% dos casos foram aplicadas as medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto, sobressaindo a respiração e o relaxamento (86,3%). Em alguns casos, ainda que em menor número, foi aplicada a hidroterapia isolada (6,9%) ou associada à respiração e ao relaxamento (5,3%), bem como a hipnose (0,8%) e a associação entre respiração e massagem (0,8%).

**Conclusão:** De acordo com os resultados obtidos e com base na evidência científica disponível, importa referir que é essencial que os cuidados não farmacológicos de alívio da dor no parto sejam explorados, por serem mais seguros e acarretarem menos intervenções. Desta feita, os profissionais de saúde que prestam assistência às mulheres durante o trabalho de parto e parto têm de ter acesso ao conhecimento acerca desses métodos e os seus potenciais benefícios, a fim de os poderem aplicar com maior segurança, o que resultará indiscutivelmente numa maior humanização do parto, caminhando-se no sentido de uma maternidade mais segura.

**Palavras-chave:** Trabalho de parto; dor de parto; terapias complementares; terapias alternativas





## Abstract

**Background:** Labor pain is the result of complex interactions of inhibitory and excitatory character and although their mechanisms are similar to those of acute pain, there are specific factors of labor of neurophysiological nature, obstetric, psychological and sociological involved in their threshold. In this sense, non-pharmacological methods can help the mother in relieving pain, reduce stress and anxiety levels and thus foster greater satisfaction.

**Objectives:** Demonstrate scientific evidence of non-pharmacological methods used for pain relief during labor are more effective compared to not using any method, placebo or any other method; check the use of non-pharmacological methods to relieve labor pain; determine which sociodemographic variables, contextual variables of pregnancy and contextual delivery that interfere with the use of non-pharmacological methods to relieve labor pain.

**Methods:** In the empirical study we followed the systematic review methodology literature. A survey was carried out in EBSCO, PubMed, Scielo, e RCAAP, of studies published between January 1, 2010 and January 2, 2015. The studies found were evaluated according to the inclusion criteria previously established and subsequently an appreciation of quality of studies was made, by two reviewers using the "Grid to critically appraise an article describing a prospective, randomized and controlled" (Bugalho & Carneiro, 2004). In the end, we were included in the study corpus 4 articles. The empirical study II is part of a quantitative, cross-sectional, descriptive and retrospective study, developed in Obstetrics Service of Cova da Beira Hospital, according to a non-probability sampling process for convenience (n = 382). Data collection was made through the medical records of women consultation with age  $\geq$  18 years, who had a vaginal delivery with a live fetus after 37 weeks of gestation.

**Results:** The non-pharmacological methods used for pain relief during labor are more effective compared to not using any method, placebo or any other method. In a sample of 382 women with an average age of 30.95 years ( $\pm$  5.451 years), in 34.6 % of cases were applied non-pharmacological methods for pain relief in labor, highlighting breathing and relaxation (86.3 %). In some cases, although to a lesser extent, was applied to hydrotherapy isolated (6.9%) or associated with breathing and relaxation (5.3%) and hypnosis (0.8%) and the association between breathing and massage (0.8%).

**Conclusion:** According to the results and based on scientific evidence available, it should be noted that it is essential that non-pharmacological care relief in childbirth pain are exploited because they are safer and tend to carry fewer interventions. This time, the health professionals who assist women during labor and childbirth must have access to knowledge about these methods and their potential benefits in order to be able to apply them with greater safety, which will result in an arguably more humanization of birth, walking up towards safer motherhood.

**Keywords:** Labor; pain; complementary therapies; alternative therapies



## Lista de Quadros

Quadro 1 - Dor aguda e dor crónica.....	29
Quadro 2 - Comparação entre Dor Aguda e Dor Crónica.....	30
Quadro 3 – Critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos.....	45
Quadro 4 – Estudos que foram identificados a partir da introdução dos descritores ...	48
Quadro 5 – Teste de Relevância I.....	49
Quadro 6 – Teste de Relevância II.....	50
Quadro 7 – Regras para avaliação crítica de uma revisão sistemática .....	52
Quadro 8 – Resumo da análise do estudo de Muñoz-Sellés, Vallès-Segalés & Goberna-Tricas (2011).....	54
Quadro 9 – Resumo da análise do estudo de Gayeski & Brüggemann (2010).....	55
Quadro 10 – Resumo da análise do estudo de Santana et al. (2013) .....	56
Quadro 11 – Resumo da análise do estudo de Barbieri et al. (2013) .....	57



### **Lista de Figuras**

Figura 1 – Diagrama com o processo de seleção dos estudos .....	51
Figura 2 – Esquema de investigação .....	63



### Lista de Tabelas

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade.....	64
Tabela 2 – Situação profissional por idade .....	65
Tabela 3 - Estatísticas relativas à idade gestacional.....	68
Tabela 4 – Idade gestacional e idade cronológica .....	68
Tabela 5 – Vigilância durante a gravidez e idade.....	68
Tabela 6 – Patologias associadas à gravidez e idade.....	69
Tabela 7 – Risco na gravidez e idade cronológica .....	69
Tabela 8 – Risco na gravidez e idade gestacional .....	70
Tabela 9 – Proveniência para o bloco de parto e idade cronológica .....	70
Tabela 10 – Rotura prematura de membranas e idade cronológica .....	71
Tabela 11 – Duração do período expulsivo e idade cronológica .....	71
Tabela 12 – Tipo de parto e idade cronológica .....	72
Tabela 13 – Idade gestacional e tipo de parto .....	72
Tabela 14 – Mobilidade e idade cronológica .....	73
Tabela 15 – Admissão em período expulsivo e idade cronológica .....	73
Tabela 16 – Analgesia epidural e idade cronológica .....	74
Tabela 17 – Medidas não farmacológicas e idade cronológica .....	74
Tabela 18 – Tipo de medidas não farmacológicas e idade cronológica .....	75
Tabela 19 – Medidas não farmacológicas e proveniência .....	75
Tabela 20 – Medidas não farmacológicas e tipo de parto .....	76
Tabela 21 – Medidas não farmacológicas e mobilidade .....	76
Tabela 22 – Medidas não farmacológicas e admissão em período expulsivo .....	77
Tabela 23 – Medidas não farmacológicas e analgesia epidural .....	77
Tabela 24 – Medidas não farmacológicas e número de gestações.....	78





## Sumário

<b>Lista de Quadros</b> .....	I
<b>Lista de Figuras</b> .....	II
<b>Lista de Tabelas</b> .....	III
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	21
<b>I PARTE – Enquadramento Teórico</b> .....	25
<b>1. DOR NO TRABALHO DE PARTO</b> .....	27
<b>2. MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS</b> .....	35
<b>II PARTE – Estudos Empíricos</b> .....	41
<b>ESTUDO EMPÍRICO I</b> .....	43
<b>1. METODOLOGIA</b> .....	43
1.1. FORMULAÇÃO/ PROBLEMA .....	44
1.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	45
1.3. ESTRATÉGIA DE BUSCA DOS ESTUDOS.....	46
1.4. SELEÇÃO DOS ESTUDOS.....	47
1.5. ANÁLISE CRÍTICA DOS ESTUDOS .....	52
<b>2. RESULTADOS</b> .....	53
2.1. RESULTADOS DA ANÁLISE DOS ESTUDOS .....	57
<b>ESTUDO EMPÍRICO II</b> .....	61
<b>1. METODOLOGIA</b> .....	61
1.1. MÉTODOS .....	61
1.2. PARTICIPANTES .....	63
<b>1.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra</b> .....	64
1.3. PROCEDIMENTOS .....	65
1.4. ANÁLISE DE DADOS.....	65

<b>2. RESULTADOS</b> .....	67
2.1. ANÁLISE DESCRITIVA .....	67
2.1.1. <b>Variáveis contextuais da gravidez</b> .....	67
2.1.2. <b>Variáveis contextuais do parto</b> .....	70
<b>3. DISCUSSÃO</b> .....	79
3.1. DISCUSSÃO METODOLÓGICA.....	79
3.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	80
<b>CONCLUSÃO</b> .....	85
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	87
<b>Anexos</b> .....	95
Anexo I - Resultado da aplicação da avaliação crítica de uma revisão sistemática da literatura.....	97
Anexo II - Pedido de Autorização ao Presidente do Conselho de Administração Presidente do Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE.....	101
Anexo III - Instrumento de recolha de dados.....	103

## INTRODUÇÃO

O nascimento de um ser humano constitui um momento de grande alegria para aqueles que participam no parto, porém pode acarretar um excessivo sofrimento para a parturiente. A experiência da dor durante o trabalho de parto resulta da interação complexa entre múltiplos fatores fisiológicos, psicossociais e culturais, afetando a interpretação individual dos estímulos nociceptivos da parturiente. Esta experiência pode ser bastante desagradável, tendo mesmo em consideração as diferenças culturais e socioeconómicas na percepção do processo doloroso e a sua intensidade.

Alguns adeptos do parto natural acreditam que a dor do trabalho de parto e as suas respostas endócrinas e metabólicas são extremamente importantes para a adaptação do feto à vida extrauterina (Lee, Liu, Lu, & Gau, 2013). Apesar de este processo ser importante para a adequada integração da mãe e do filho, a dor do parto não deixa, por isso, de ser um processo marcadamente desagradável para a mãe, para além de que desencadeia uma série de respostas fisiológicas que podem ser extremamente penosas para o binómio materno-fetal.

Sabe-se que os aspetos psicológicos, culturais e a própria preparação para o parto podem influenciar a percepção da dor por parte da mulher no momento do nascimento do filho. Com isto, mais recentemente, tem sido dada uma grande ênfase às formas psicológicas e alternativas de analgesia, na tentativa de aliviar a dor da parturiente sem a utilização de fármacos e/ou métodos invasivos. No caso específico da analgesia de parto, a procura de métodos não farmacológicos está baseada no facto de que, nas fases iniciais do trabalho de parto, muitas mulheres podem ter a sua dor aliviada por estes métodos. O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que a sentem e um passo fundamental na qualidade dos cuidados que se prestam.

Se anteriormente se considerava que se devia reprimir o envolvimento emocional e ser-se solidário não era uma resposta adequada de um profissional de saúde, hoje considera-se que estes sentimentos são sinónimos de partilha e compreensão pelo sofrimento do outro e devem ser considerados como estratégias de comunicação que estão presentes no ato de cuidar, nomeadamente durante o parto.

A satisfação das necessidades da parturiente continua a ser uma das dificuldades dos profissionais de saúde. Por um lado porque é difícil avaliar e intervir adequadamente

numa área em que é imprescindível toda uma articulação com uma equipa multidisciplinar. E, por outro, porque a dor é uma experiência individual complexa, uma associação de todo o ser, da pessoa biopsicossocial, e só através da congregação de esforços de toda a equipa, e no respeito pelos saberes, se poderá encontrar uma intervenção eficaz em que a parturiente saia mais beneficiada.

Durante o trabalho de parto e parto, a parturiente é a única “autoridade” sobre a existência e natureza da dor, dado que esta sensação apenas pode ser sentida pela própria e é influenciada pela sua experiência. Isto porque a dor é o que a pessoa diz ser e existe sempre que a pessoa diz que existe, e é daqui que nasce a singularidade dos cuidados.

A dor do parto faz parte da própria natureza humana e, contrariamente a outras experiências dolorosas agudas e crónicas, a mesma não está associada a patologia, mas sim, à experiência de gerar uma nova vida. Todavia, algumas mulheres consideram que é a pior dor sentida e, muitas vezes, superior ao que esperavam (Da Silva, Oliveira, & Nobre, 2007). De acordo com as mesmas autoras, trata-se de uma dor consequente de complexas interações, de carácter inibitório e excitatório e, apesar de os seus mecanismos serem análogos aos da dor aguda, há fatores próprios do trabalho de parto de natureza neurofisiológica, obstétrica, psicológica e sociológica que intervêm no seu limiar. Como tal, as medidas não farmacológicas podem auxiliar a parturiente no alívio da dor. Por outro lado, importa referir a necessidade da manutenção do equilíbrio emocional durante o trabalho de parto, porque quando os níveis de adrenalina são altos, o sistema nervoso simpático é imediatamente ativado, fazendo do stresse um mecanismo biológico adaptativo e de defesa (Lee, et al., 2013).

É neste contexto que surge o estudo “Medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto”, associado a uma investigação conjunta inserida no “Projeto Maternidade com Qualidade”, promovido pela Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros (2013).

Assim, o tema deste trabalho, tem como principal objetivo dar resposta à seguinte questão de investigação: Será que os métodos não farmacológicos usados no alívio da dor no trabalho de parto são mais eficazes quando comparados com a não utilização de nenhum método, placebo ou qualquer outro método?

O presente trabalho está estruturado em duas partes. Na primeira, apresenta-o enquadramento teórico, que tem como finalidade a familiarização com as evidências científicas acerca da temática, procurando sempre recorrer a fontes primárias do conhecimento. Deste modo considerámos pertinente refletir sobre a definição de dor e dor

do parto, no primeiro capítulo, sendo que no seguinte, analisamos as medidas não farmacológicas mais utilizadas no alívio da dor no trabalho de parto.

Na segunda parte encontram-se descritos os dois estudos empíricos realizados. O primeiro consiste numa revisão sistemática da literatura sem metanálise sobre as medidas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto, utilizando as bases de dados científicas via EBSCO, PubMed, SCIELO e RCAAP. No segundo estudo apresentam-se dados relativos ao tema, recolhidos durante o ano de 2014, no Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar Cova da Beira, a fim de se poderem consubstanciar as evidências obtidas a partir da revisão sistemática da literatura.

Finalmente serão apresentadas as referências bibliográficas consultadas, assim como os anexos que incluem, o resultado da aplicação da avaliação crítica de uma revisão sistemática da literatura, o instrumento de recolha de dados utilizado no estudo empírico II e a autorização da instituição hospitalar necessária à sua aplicação.



## **I PARTE – Enquadramento Teórico**

---





## 1. DOR NO TRABALHO DE PARTO

A sensação de dor é, sem dúvida, uma das mais sentidas e temidas pelo ser Humano.

A palavra dor deriva do latim da palavra “poena”, e de acordo com a *International Association for the Study of Pain*, citado em Ordem dos Enfermeiros (2008), “é uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão”.

Importa salientar o carácter subjetivo e multidimensional da dor, uma vez que para o modo como esta é percebida contribuem fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais.

A dor não permite uma definição precisa e exata, uma vez que apenas cada indivíduo é capaz de definir a sua dor. Para Pedroso e Celich (2006), esta subjetividade decorre do facto de a dor ser vista como uma experiência individual, com características próprias do organismo, associada à sua história passada, além do contexto no qual ela é percebida.

Ao longo da vida, o ser humano vê-se confrontado constantemente com a presença da dor, sendo esta considerada uma experiência universal. A dor é um processo adquirido num contexto sociocultural, que varia de pessoa para pessoa e, por isso, é subjetiva e individual. Como tal, a sua vivência somente pode ser descrita pela pessoa que a sente (Portugal, Ordem dos Enfermeiros, 2008).

A dor é um fenómeno multidimensional, cuja universalidade da experiência é transversal à subjetividade individual, ou seja, a dor refere-se àquilo que a pessoa diz que é e existe sempre que a pessoa diz que existe (Metzger, Muller, Schwetta, & Walter, 2002).

Ao longo dos tempos, o interesse da comunidade científica por esta área tem vindo a crescer, no sentido de conseguir uma definição universal de dor e, conseqüentemente, conseguindo alguns avanços na sua prevenção e tratamento.

Segundo a Direção Geral da Saúde (2003), a dor pode ser percebida pela pessoa como um

aumento da sensação corporal desconfortável. No entanto, é frequente a referência “subjéctiva de sofrimento” para além de manifestações físicas: “expressão facial característica” (fácies de dor), “alterações do tónus muscular”, “comportamento de autoproteção”. Por vezes, verifica-se uma “capacidade limitada para se manter atento” constata-se “alterações da percepção do tempo”, “inquietação” e “perda de apetite”. O isolamento – “fuga do contacto social”, e “compromisso do processo do pensamento”, podem, também, ser observados. (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde, 2003)

A mesma entidade refere, ainda, que existem vários tipos de dor, o que tem a ver com as suas características específicas, origem, manifestações, duração, intensidade, frequência e com os fatores a ela relacionados. Neste sentido, assume diferentes designações e implica, por norma, distintas intervenções, o que implica um diagnóstico diferencial.

A “dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual atual, ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão” (*International Association for the Study of Pain*, citado por Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 11).

No sentido de dar um contributo para a erradicação da pandemia – dor, a Direção Geral de Saúde (2003, p. 1), estabelece a “(...) dor como 5º sinal vital” e delibera que

a abordagem e gestão da dor é uma prioridade consignada na estratégia nacional de saúde, uma vez que não deve continuar a ser encarada como uma fatalidade, quando existem importantes meios que a permitem controlar eficazmente, tornando-se necessário criar instrumentos que favoreçam melhores práticas profissionais e permitam, também, uma melhor e mais racional organização de serviços, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, de todas as idades, que sofram de dor aguda ou crónica. (Despacho nº10 324/99, Diário da República, Ministério da Saúde, 1999).

Pode, então, considerar-se que a dor não é diretamente observável, porque representa uma característica das patologias psicológicas e orgânicas, podendo variar desde uma simples pontada até uma agonia extrema que leva a um estado de incapacidade (Metzger et al., 2002).

Na prática de enfermagem, o foco da dor assume-se como essencial. É importante que os enfermeiros desenvolvam formação e competências para a avaliação da dor, vivenciada pelo doente, realizando ações de enfermagem mais ajustadas (Ribeiro & Cardoso, 2007). Como tal, de acordo com os mesmos autores, a primeira etapa do processo de cuidados consiste na valorização da dor e das suas características, ou seja, verificarem-se as respostas físicas e emocionais da pessoa à dor.

O Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001), tendo em consideração os mecanismos geradores de dor, classifica a dor em nociceptiva, neuropática e psicogénica.

A dor nociceptiva deve-se “a uma lesão tecidual contínua, estando o Sistema Nervoso Central íntegro” (Plano Nacional de Luta Contra a Dor, 2001, p.24). Watt-Watson (2003) citado por Sousa (2009) diz que este tipo de dor é o resultado de uma excitação anormal dos nociceptores periféricos somáticos ou viscerais sem que haja uma lesão das estruturas nervosas, sendo descrita como latejante ou sensação de pressão. O mesmo autor atribui à dor nociceptiva a seguinte etiologia:

- Na pele e no tecido subcutâneo (dor superficial) e pode ser classificada como dor aguda, tipo picada ou queimadura;
- Nos músculos e nos ossos (dor somática profunda) sendo uma dor aguda ou imprecisa e tipo pontada de difícil localização devido a corte, pressão, calor, isquemia, luxação óssea;
- Nos órgãos (dor visceral) manifestando-se como uma dor aguda ou imprecisa e tipo pontada ou câibra, de difícil localização e que pode ocorrer por distensão, isquemia, espasmos, químicos irritantes, podendo existir, ainda, dor reflexa (sentida em regiões que não as estimuladas por lesão ou doença). (Watt-Watson, 2003, citado por Sousa, 2009)

O Plano Nacional de Luta contra a Dor (2001) refere-se à dor neuropática como o resultado de um compromisso neurológico, sem quaisquer lesões tecidulares ativas.

A dor psicogénica é um tipo de dor sem lesão tecidual ativa de origem psicossocial. Corresponde a todas as situações de dor sentidas e expressas pelos doentes mas sem explicação orgânica; este tipo de dor evolui para a cronicidade independentemente da sua causa, tendo repercussões específicas sobre a personalidade dos doentes e são as mesmas que estabelecem a fronteira entre dor aguda e dor crónica (Metzger et al., 2002).

Há vários tipos de dor, cuja avaliação é frequentemente feita em duas grandes categorias: dor aguda e dor crónica (Quadro 1).

Quadro 1 - Dor aguda e dor crónica

Dor Aguda	Dor Crónica
Surge como reação do organismo a uma lesão ou doença. Tem como principal função fazer com que o indivíduo permaneça em repouso para que se inicie o processo de cura, durando geralmente, alguns dias.	É difícil saber a sua causa, pois pode continuar após a lesão inicial estar curada ou como reação a determinadas doenças (p. ex. cancro). A sua duração vai para além dos seis meses, aspeto este essencial para confirmar o diagnóstico de dor crónica.

Fonte: Muller, A., & Schwetta, M. (2002). Fisiologia Fisiopatologia da dor. In Metzger et al., *Cuidados de enfermagem e dor, modalidades de tratamento, psicologia do doente*.(pp. 2-28) Loures: Lusociência.

A **dor aguda** é uma dor com início súbito, em pontada, rápida, elétrica e temporária. Pode durar algumas horas ou dias e não é sentida na maioria dos tecidos profundos do corpo. Pode ser um importante sinal de alarme (Muller et al., 2002). A dor aguda “(...) decorre sempre de uma lesão tecidual, e é a manifestação do estímulo nociceptivo que essa lesão provoca, e como tal deixa sempre marcas mnésicas irreversíveis, somato-sensoriais e afetivas” (Muller & Schwetta, 2002, p. 24). Consubstanciando-se nos mesmos autores, não há qualquer interesse em prolongar uma dor deste tipo, ainda que a tendência natural seja a de esta se ir atenuando e desaparecer com a cura da lesão causal.

Metzger et al. (2002) consideram que, em relação a este tipo de dor, as manifestações psicológicas mais comuns são a ansiedade e, por vezes, a angústia, principalmente quando a causa se deve a uma patologia interna por diagnosticar, o que promove a ativação de processos cognitivos. Os mesmos autores referem que, na maioria dos casos, para a avaliação deste tipo de dor poderão ser suficientes os instrumentos simples, sobretudo as escalas unidimensionais.

Já a **dor crónica** é frequentemente definida como aquela dor que persiste após o período normal de cura da lesão (Correia, 2009), sendo superior a trinta dias. Na maioria dos estudos sobre a dor não maligna, o terceiro mês é considerado como referencial para a divisão entre a dor crónica e a dor aguda (Nunes & Ramos, 2010).

Muller e Schwetta (2002) definem dor crónica como contínua, pulsátil, nauseante ou lenta, de início gradual, bem como lhe atribuem as características de persistente e de insuportável, ainda que com oscilações de intensidade. Tem uma duração indefinida, não indica declaradamente a causa da sua existência ou o modo de a evitar.

Para uma melhor compreensão dos dois tipos de dor referidos, apresenta-se o seguinte quadro (Quadro 2) com as principais características de cada uma delas.

Quadro 2 - Comparação entre Dor Aguda e Dor Crónica

Parâmetro a avaliar	Dor Aguda	Dor Crónica
Fonte	Agente externo ou processo de doença	Normalmente é desconhecida mas, se conhecida o tratamento é ineficaz
Início	Rápido	Rápido e/ou insidioso
Duração	Dias a semanas (não ultrapassa os 30 dias)	Mais de 6 meses (pode levar anos)
Localização	Áreas dolorosas, bem definidas	Áreas dolorosas menos diferenciadas
Padrão	Aviso de que algo está mal	Sem significado, sem objetivo
Sinais Clínicos	Acompanhada de sinais de hiperatividade simpática e sofrimento visível	Poucos sinais exteriores; os padrões de resposta variam
Prognóstico	Forte probabilidade de um alívio completo, no fim	Improvável o alívio total da dor

Fonte: Muller, A., & Schwetta, M. (2002). Fisiologia Fisiopatologia da dor. In Metzger et al., *Cuidados de enfermagem e dor, modalidades de tratamento, psicologia do doente*. (pp. 2-28) Loures: Lusociência.

Como se tem vindo a expor, a dor é um dos sintomas mais comuns e penosos da doença, transformando-se, como refere Silva (2007), num fenómeno complexo, cuja vivência afeta a vida humana.

Reportando-nos à dor no trabalho de parto, esta é considerada uma dor aguda, mas com características bastante específicas. Embora os seus mecanismos sejam semelhantes ao da dor aguda, existe uma panóplia de fatores do trabalho de parto, de natureza neurofisiológica, obstétrica e psicológica, que interferem no seu limiar. (Melzack, Kinch, Dobkin, Lebrun, & Taenzer, 2010)

Embora considerado como um evento feliz e importante na vida de uma mulher, o momento do parto é também classificado como uma fonte de dor e sofrimento extremos (Lee et al., 2013)

A dor durante o trabalho de parto faz parte da natureza humana e, ao contrário de outras experiências dolorosas, sejam elas agudas ou crónicas, este tipo de dor não está associado a patologia ou doença, mas sim com o ciclo reprodutivo da mulher, com a gestação de uma nova vida (Melzack et al., 2010). Os mesmos autores referem que a dor do parto é uma experiência humana tão antiga quanto a própria existência do homem.

Embora a dor durante o trabalho de parto seja abordada por muitos autores como a mais severa quando comparada com outras experiências dolorosas vivenciadas, ou não, esta necessita de um carácter subjetivo, uma vez que depende da influência de variados fatores. (Oliveira, 2007)

Kimber, McNabb, McCourt, Haines, e Brocklehurst (2008) definem dor de parto como um fenómeno complexo, subjetivo e multidimensional, que abrange não só componentes sensoriais mas também componentes emocionais, motivacionais e cognitivas.

A intensidade da dor sentida pela mulher durante o trabalho de parto é influenciada por fatores psíquicos (comportamentais), temperamentais (motivação), culturais (educação), orgânicos (constituição genética) e por possíveis desvios da normalidade (stresse) (Kimber et al., 2008).

Existem dois tipos de fatores que podem influenciar a severidade e duração da dor no trabalho de parto: físicos e psicológicos. Nos fatores físicos incluem-se a idade materna, a paridade, a saúde materna, a condição do colo uterino, as situações de distócia e a relação entre o tamanho e posição do feto com o canal de parto. Como fatores psicológicos os autores apresentam, a ansiedade, o medo ou a presença de um membro familiar ou outras parturientes (Kimber et al., 2008).

Outros são os fatores descritos que para além de influenciarem na percepção da dor pela mulher em trabalho de parto, também podem afetar o próprio parto e a experiência do nascimento. E são eles: cultura, religião, condição socioeconómica, solidão, experiência de parto anterior, preparação para o parto, falta de conhecimento acerca das técnicas, ambiente e pessoas estranhas (Gallo et al., 2011).

É de suma importância a compreensão dos mecanismos da dor durante o trabalho de parto, para que se possam compreender e estabelecer as estratégias de alívio deste processo. Durante o trabalho de parto, a distensão uterina, a distensão de tecidos perineais e, principalmente, a dilatação cervical estimulam presso-recetores sensíveis a estímulos nocivos de fibras (fibras de pequeno diâmetro). Estas fibras conduzem os estímulos até à coluna dorsal da medula, onde estabelecem sinapses com os neurónios que prosseguirão para centros superiores e ainda com os neurónios envolvidos ao nível medular (Gallo et al., 2011).

Neste ponto, sofrem a modulação de impulsos provenientes de centros superiores, resultando no quadro final de resposta da parturiente ao fenómeno doloroso.

Cabe ressaltar que a enervação uterina e anexial é autonómica, simpática e parassimpática. Na primeira fase do trabalho de parto, o principal papel é do sistema nervoso simpático, que conduz estímulos dolorosos de características viscerais. No segundo período do trabalho de parto, a dor assume características somáticas com maior aferência (Sabatino, Moraes, & Lopes, 2011).

De acordo com estes autores, a percepção individual do processo doloroso depende da intensidade e duração das contrações uterinas, da condição física da gestante e de uma série de fatores, psicológicos, culturais, educacionais e religiosos, bem como da experiência prévia e das expectativas da mulher. Os fatores preditos de aumento da percepção dolorosa durante o trabalho de parto incluem a nuliparidade, o uso de ocitócitos, parturientes muito jovens e história de dismenorreia (Sabatino, Moraes & Lopes, 2011).

Um dos fatores que pode interferir na sensação dolorosa parece ser a posição no parto. Neste sentido, refere-se um estudo de Sabatino, Moraes e Lopes (2011) com 20 ensaios clínicos sobre as posições no segundo período do parto, onde se confirmou que, na posição vertical ou lateral, há redução da sensação dolorosa intensa durante o período expulsivo, comparativamente à posição supina ou de litotomia. Os mesmos autores referem que os partos efetuados nas diversas formas de posições verticais manifestam redução do período expulsivo quando comparados com partos em litotomia. A redução da duração do período expulsivo, das taxas de parto assistido e de episiotomia afirmam o conceito de que os puxos no período expulsivo são mais eficientes em posições verticais.

Sabatino, Moraes e Lopes (2011), referem ainda que há a percepção da mulher de que a posição vertical contribui para a realização da força, descida e expulsão do feto, decorrente da gravidade.





## 2. MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

De seguida, mencionam-se os métodos não farmacológicos mais utilizados, de acordo com a literatura pesquisada, e que apresentam considerável eficácia no auxílio à mulher durante o trabalho de parto

A terapêutica não farmacológica inclui a utilização de técnicas não medicamentosas que podem ser utilizadas antes e/ou durante a administração de fármacos. O plano de tratamento tem de ser individualizado e dirigido, sempre que possível, à causa desencadeante da dor. Este plano deve englobar atitudes terapêuticas de diferentes tipos, articuladas entre si de forma harmoniosa (Ricci, 2008).

A **deambulação e mudança de posição** durante o trabalho de parto é uma medida de conforto extremamente útil, e de fácil aplicação. Desde os primórdios, que era natural, a mulher em trabalho de parto adotar diferentes posições, e só mais recentemente, com a hospitalização do parto, se adotou com posição frequente o decúbito dorsal (posição de litotímia), ainda que continuem a não existir evidências científicas que comprovem melhores benefícios na sua utilização. (Oliveira e Silva, et al., 2013)

Gallo et al (2011), salientam a deambulação como “um recurso terapêutico utilizado para reduzir a duração do trabalho de parto, beneficiando-se do efeito favorável da gravidade e da mobilidade pélvica que atuam na coordenação miométrial e aumentam a velocidade da dilatação cervical e descida fetal.” (Gallo et al., 2011, p. 46)

Ainda em relação aos benefícios da deambulação, Oliveira e Silva et al. (2013), refere que deve haver iniciativa por parte dos enfermeiros para incentivar a deambulação durante a fase latente e início da fase ativa do trabalho de parto. Porque apesar de a parturiente poder sentir, quando está de pé, que as contrações são mais fortes, regulares e frequentes, a manutenção dessa posição pode abreviar o trabalho de parto e reduzir a dor e a necessidade da utilização de métodos farmacológicos de alívio da dor.

A mudança de postura materna durante o trabalho de parto aumenta a velocidade dilatação cervical, promove o alívio da dor durante as contrações e facilita a descida fetal. Assim, as parturientes são incentivadas a adotarem diferentes posturas de forma alternada, podendo encontrar-se: sentada, em decúbito lateral, ajoelhada, agachada, quatro apoios,

em pé com inclinação de tronco, entre outras, mas tendo sempre em conta a vontade de cada parturiente, e as suas capacidades motoras. (Gallo et al., 2011)

As **técnicas de relaxamento** têm como principal objetivo permitir às parturientes reconhecer todas as partes do seu corpo, percecionando as diferenças entre relaxamento e contração, de forma a melhorar o tônus muscular e, conseqüentemente, favorecer a evolução do trabalho de parto. (Gallo et al., 2011)

Para Oliveira e Silva, et al. (2013), tendem a reduzir a ansiedade e tensão muscular, o que leva assim a um menor consumo de oxigénio, diminuição das frequências cardíaca e respiratória, e menos atividade do sistema nervoso simpático.

Gallo et al. (2011) diz que a promoção de um bom relaxamento pode ir desde a adoção de posturas confortáveis até ambientes tranquilos, onde exista música ambiente, iluminação adequada.

Normalmente, as técnicas de relaxamento distraem a paciente, diminuindo sua sensação de dor mas não a aliviam propriamente. (Oliveira e Silva, 2013)

Outra medida não farmacológica de alívio da dor no parto são os **exercícios respiratórios** cuja função é reduzir a sensação dolorosa, melhorar os níveis de saturação sanguínea materna de oxigénio, proporcionar relaxamento e diminuir a ansiedade (Reberte & Hoga, 2005). Os exercícios respiratórios podem não ser suficientes na redução da sensação dolorosa durante o primeiro período do trabalho de parto, contudo são eficazes na redução da ansiedade. Nesta fase, dá-se prioridade à respiração torácica lenta com inspiração e expiração profundas e longas num ritmo natural, sendo realizada no momento das contrações uterinas. Estes exercícios não devem ser iniciados precocemente de modo a evitar a hiperventilação da parturiente (Reberte & Hoga, 2005; Sescato, et al., 2008).

As técnicas da respiração associadas às técnicas de relaxamento muscular são um método de alívio da dor bastante utilizado, pela sua simplicidade e por garantir à parturiente uma participação ativa durante processo de trabalho de parto e controle da dor. (Oliveira e Silva, et al., 2013)

A **hidroterapia** consiste no banho de imersão ou de aspensão, e é uma das alternativas mais consideradas para o conforto da mulher no trabalho de parto, uma vez que oferece alívio sem interferir negativamente na progressão do parto e sem trazer prejuízos ao

recém-nascido. A hidroterapia é uma medida não farmacológica, na qual a parturiente imerge em água morna (imersão) para relaxamento e alívio do desconforto (Ricci, 2008).

Ao entrar na água aquecida, o calor e a flutuação auxiliam na diminuição da tensão muscular e podem conceder uma sensação de bem-estar. A água quente facultava uma estimulação confortante aos nervos da pele, o que provoca vasodilatação, reversão da resposta nervosa simpática e redução de catecolaminas. Geralmente, as contrações são menos dolorosas na água aquecida, uma vez que o calor e a flutuação na água provocam um efeito relaxante (Ricci, 2008).

A hidroterapia no chuveiro (também usada em associação com a bola de Bobath ou Bola suíça, sentando-se a parturiente sobre a mesma), consiste em deixar a água à temperatura ambiente cair sobre os locais dolorosos durante as contrações (Reberte & Hoga, 2005).

A recomendação para iniciar a hidroterapia é que a mulher esteja em trabalho de parto ativo (> 5 cm de dilatação) de modo a evitar diminuição das contrações do trabalho de parto secundárias ao relaxamento muscular. As membranas amnióticas podem estar íntegras ou rotas. A mulher deve ser encorajada a ficar na banheira ou no chuveiro enquanto quiser e estiver confortável. A temperatura da água não deve exceder a temperatura corporal e o tempo do banho limita-se a uma ou duas horas (Reberte & Hoga, 2005).

A **Bola suíça**, também conhecida como *bola de bobath*, *gym ball*, *bola de pilates*, foi pela primeira vez utilizada em obstetrícia na década de 1980, na Alemanha, pois as enfermeiras obstetras acreditavam que esta auxiliava na descida e rotação da apresentação fetal.

Silva, Oliveira, Silva, & Alvarenga (2011), referem este método como uma mais-valia na estimulação da posição vertical, para além de permitir o balanço pélvico, melhorar a parte psicológica, e ter um baixo custo financeiro.

De entre os principais benefícios trazidos pelos exercícios com a bola no trabalho de parto, os mesmos autores destacam: “correção da postura, o relaxamento e alongamento e fortalecimento da musculatura.” (Silva, et al., 2011, p. 657)

A bola suíça pode também servir de suporte para outras técnicas como, por exemplo, a massagem e o banho de chuveiro, a realização de alongamentos e exercícios ativos de circundução, e anteversão e retroversão pélvica. (Gallo et al., 2011)

A **aromaterapia** consiste numa prática alternativa que recorre ao poder das plantas através das suas essências. Embora ainda incerto, parece que o seu mecanismo de ação estimula a produção de substâncias relaxantes, estimulantes e sedativas que são próprias do corpo (Sescato, Souza, & Wall, 2008).

As **massagens corporais** são um método de estimulação sensorial caracterizado pelo toque sistémico e pela manipulação dos tecidos. No trabalho de parto, para além de promover o alívio da dor, ao facultar um contacto físico com a parturiente, a massagem também pode potenciar o efeito de relaxamento, diminuindo o stresse emocional e melhorando o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos (Sescato, et al., 2008).

A massagem pode ser aplicada em qualquer região que a parturiente relatar desconforto, e dependendo da vontade e tolerância de cada parturiente, pode ser aplicada durante os períodos de contração uterina de forma a aliviar de dor, ou no intervalo das mesmas com o intuito de proporcionar relaxamento. (Oliveira e Silva et al., 2013)

A massagem é um método não farmacológico simples, de baixo custo, e que associado à respiração, posição e deambulação, pode ser uma mais-valia no processo de nascimento. (Gallo et al., 2011)

A **musicoterapia** foi considerada com uma ciência organizada já no século XX, e foca a sua atenção nos efeitos terapêuticos que a música provoca nos seres humanos. Alguns investigadores defendem que a musicoterapia, utilizada como método de alívio da dor no trabalho de parto, pode ser eficaz, uma vez que serve de meio de distração, desviando a atenção da parturiente no momento doloroso. (Oliveira e Silva et al., 2013)

O mesmo autor defende ainda que para além de este método ter um baixo custo e ser de fácil aplicação, “pode interferir no ciclo vicioso medo-tensão-dor, de forma relaxante, visando à quebra deste ciclo e, conseqüentemente, minimizar a dor.” (Oliveira e Silva et al., 2013, p. 4165).

A **electroestimulação nervosa transcutânea (ENT)**, é um outro método não farmacológico para alívio da dor, considerado como coadjuvante de outros métodos, que pode ser utilizado durante o trabalho de parto, mas ao contrário dos anteriormente referidos, é considerado um método invasivo.

A ENT emite “impulsos ou estímulos elétricos de baixa frequência, assimétricos, de correntes bifásicas por meio de elétrodos superficiais lisos aplicados sobre a região dolorosa” (Gallo et al., 2011, p. 42)

No entanto, apesar de o objetivo da ENT ser minimizar a dor na fase ativa do trabalho de parto, e não ter quaisquer repercussões negativas sobre o binómio maternofetal, existem autores que dizem que o uso dos elétrodos durante o trabalho de parto pode provocar desconforto e incómodo para a parturiente. Daí que o uso deste método não farmacológico não seja tão utilizado. (Oliveira e Silva et al., 2013)

O conceito de **Hipnose** é difícil de definir mas compara-se ao estado de “sonhar acordado”, uma vez que se está consciente mas com a atenção focada, o que resulta, normalmente, numa redução da consciência dos estímulos externos, e um aumento da resposta a determinadas sugestões (verbais ou não-verbais).

A hipnose clínica como método de alívio da dor durante o trabalho de parto e parto tem vindo a crescer. Muitos são os estudos realizados, que têm sugerido como vantagens da hipnose: diminuição da utilização fármacos analgésicos, diminuição da utilização de ocitocina como indutor do trabalho de parto, e aumento dos partos vaginais.

A filosofia da sua utilização inicia-se logo desde a gravidez, envolvendo o ensino e treino da mulher ainda enquanto grávida, o que se repercutirá numa auto-hipnose durante o trabalho de parto e, conseqüentemente, um maior controle da dor. (Cyna, A.M., et al., 2013)

Em suma, percebemos que a grande vantagem dos métodos não farmacológicos de alívio da dor, são o reforço da autonomia da mulher, uma vez que induzem à sua participação ativa, tanto no controlo da dor, como em todo o processo do parto e nascimento, para além de que são poucas as contra-indicações ou efeitos secundários.



**II PARTE – Estudios Empíricos**

---





## **ESTUDO EMPÍRICO I**

Neste capítulo apresentamos o estudo empírico I que consta de uma revisão sistemática da literatura, procurando-se dar resposta à seguinte questão de investigação: Será que os métodos não farmacológicos usados no alívio da dor no trabalho de parto são mais eficazes quando comparados com a não utilização de nenhum método, placebo ou qualquer outro método?

### **1. METODOLOGIA**

A revisão sistemática (RS) representa uma ferramenta eficaz de integração de informação, sendo definida por Pereira e Bachion (2006) como a revisão de um conjunto de estudos realizada através de uma abordagem sistemática, na qual é utilizado um método definido, que visa minimizar o erro nas conclusões.

Uma revisão sistemática responde a uma pergunta claramente formulada utilizando métodos sistemáticos e explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente trabalhos relevantes, tendo como principal objetivo reduzir vieses e obter as melhores evidências, contribuindo para uma tomada de decisão baseada na evidência (Pereira & Bachion, 2006)

Para Higgins & Green (2011), as principais características de uma revisão sistemática são:

- Definição clara dos objetivos com os critérios de elegibilidade previamente definidos para o estudo;
- Metodologia explícita e reprodutível;
- Pesquisa sistemática que tenta identificar todos os estudos que satisfaçam os critérios de elegibilidade;
- Avaliação crítica da validade das conclusões dos estudos incluídos, por exemplo, através da avaliação do risco de viés;
- Apresentação sistemática, e sintética, das características e das conclusões dos estudos incluídos.

No sentido de sistematizar o estado do conhecimento sobre a utilização de medidas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto, realizou-se um estudo suportado nos princípios metodológicos de uma revisão sistemática da literatura com base nas orientações do Cochrane Handbook (Higgins & Green, 2011). Aplicaram-se os sete passos recomendados pelos autores: 1 – Formulação/ problema; 2 – Localização e seleção dos estudos; 3 – Avaliação crítica dos estudos; 4 – Colheita de dados; 5 – Análise e apresentação dos dados; 6 – Interpretação dos resultados; 7 - Aperfeiçoamento e utilização.

Assim, com base nestas orientações, foi possível identificar os principais RCT (Randomised Controlled Trials) e revisões sistemáticas que permitissem responder à questão de investigação.

Este estudo trata-se de uma revisão sistemática qualitativa, uma vez que são apresentados os resultados dos estudos primários, mas não há tratamento estatístico dos mesmos (Petrie, 2001; Mulrow, 1994, citados por Monteiro, 2010).

### 1.1. FORMULAÇÃO/ PROBLEMA

Uma RS inicia-se, geralmente, com a definição adequada da questão de investigação – problema, a qual deve ser clara e o mais objetiva possível.

Desta forma, ao nível da elaboração da questão de investigação, foi utilizado o método PI[C]OD (Higgins & Green, 2011).

Partindo da análise dos pressupostos teóricos, definiu-se a seguinte questão:

- Será que os métodos não farmacológicos usados no alívio da dor no trabalho de parto são mais eficazes quando comparados com a não utilização de nenhum método, placebo ou qualquer outro método?

Foi realizada uma primeira pesquisa, mais geral, através do motor de busca Google no sentido de identificar quais os termos mais utilizados pelos autores dos artigos científicos que abordam esta temática. Após leitura de alguns dos artigos encontrados, foram definidas as seguintes palavras-chave: “Labor pain”, “Complementary and Alternative Therapies” e “Obstetrical Analgesia”.

De seguida, foi-se confirmar, através da plataforma informática MeSH Browser, se as palavras-chave encontradas eram descritores MeSH. Obtiveram-se os seguintes descritores: “Labor pain”, “Analgesia, Obstetrical”, “Complementary therapies”, “Complementary medicine”, “Alternative therapies” e “Alternative medicine”.

## 1.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os artigos devem ser selecionados mediante critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos, explícitos e objetivos para evitar erros de análise.

Segundo Higgins e Green (2011), os critérios de elegibilidade são enunciados através da combinação de aspetos da questão de investigação, com a especificação do tipo de estudo, participantes e comparações. Ou seja, determinam-se os critérios de inclusão e exclusão tendo em conta a questão PI[C]OD.

Foram definidos e aplicados critérios de elegibilidade mais específica (Quadro 3), de forma a delimitar os artigos encontrados que irão compor esta RS.

Quadro 3 – Critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos

Critérios de Seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Participantes	Mulheres grávidas: - Saudáveis - com idade gestacional maior ou igual que 37 semanas) - em qualquer fase do trabalho de parto (TP) - com idade superior a 19 anos.	Mulheres grávidas: - com patologia - com idade gestacional inferior a 37 semanas - com idade inferior a 19 anos
Intervenções	Aplicação de medidas não farmacológicas de alívio da dor no TP	Todos os estudos que não se refiram à aplicação de medidas não farmacológicas de alívio da dor no TP
Comparações	Comparação da aplicação das medidas não farmacológicas de alívio da dor no TP, com placebo, não aplicação ou aplicação de outras medidas	Todos os estudos que não comparem os grupos dos critérios de inclusão
Outcomes	Estudar as variáveis: - avaliação da dor - eficácia das intervenções - satisfação da parturiente	Todos os estudos que não analisem as variáveis de inclusão
Desenho	RCT's Revisões sistemáticas com e sem metanálise	Outros desenhos para além dos de inclusão

O tipo de estudos incluídos foram RCT's e RS de literatura, com ou sem metanálise, que abordassem a aplicação de medidas não farmacológicas de alívio da dor no TP em

mulheres grávidas de termo, saudáveis e em qualquer fase do TP, com idade superior a 19 anos.

Foram excluídos da pesquisa, todos os estudos que apesar de tratarem a aplicação de medidas não farmacológicas, compreendessem os seguintes critérios: Grávidas com patologia, com IG inferior a 37 semanas, com idade inferior a 19 anos.

### 1.3. ESTRATÉGIA DE BUSCA DOS ESTUDOS

A estratégia de pesquisa deve ser capaz de identificar os estudos que sejam relevantes e que contribuam para responder à questão de investigação da RS. (Monteiro, 2010).

Esta deve ser descrita de forma detalhada, tendo em conta a definição de termos ou palavras-chave, elaboração das estratégias de pesquisa, definição das bases de dados e de outras fontes de informação a serem pesquisadas.

As pesquisas efetuadas integraram os estudos datados entre 1 de janeiro de 2010 e 2 de janeiro de 2015, nos idiomas português, espanhol e inglês, recorrendo a diversos motores de busca científica: Google Académico; RCAA, Scielo; PUBMED; *CINAHL Complete*, *MEDLINE Complete*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive Database of Abstracts of Reviews of Effects*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Cochrane Methodology Register*, *Library, Information Science & Technology Abstracts*, *MedicLatina*, *Health Technology Assessments*, *NHS Economic Evaluation Database* (via EBSCO).

Os descritores utilizados foram: “Labor pain”, “Analgesia, Obstetrical”, “Complementary therapies”, “Complementary medicine”, “Alternative therapies” e “Alternative medicine”, “Randomized controlled Trial as Topic”, “Review Literature”, tendo sido adotada a seguinte estratégia de pesquisa nas bases de dados acima referidas:

#1 MeSHTerm Labor Pain (all trees)

#2 labor OR labour OR birth OR childbirth

#3 pain OR analges\*

#4 MeSHTerms (all trees) Obstetrical, Analgesia OR Complementary therapies OR Complementary Medicine OR Alternative therapies OR Alternative medicine

#5 (#2 AND #3)

#6 (#1 OR #4 OR #5)

#7 MeSHTerms (all trees) Randomized controlled Trial as Topic OR Review Literature as Topic

#8 (#6 AND #7)

Nos motores de busca Pubmed e EBSCO, a estratégia de busca utilizou os termos acima citados, conjugando-os com os operadores booleanos na seguinte forma: labor pain OR (complementary therapies OR complementary medicine OR alternative medicine OR alternative therapies) OR ((labor OR labour OR child OR childbirth) AND (pain OR analges\*)) AND (randomized controlled trials as topic OR review literature as Topic). No motor de busca Scielo, foram utilizados “Dor do parto”, “Alívio da dor no trabalho de parto” e “Analgesia Obstétrica”.

#### 1.4. SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Devido ao tamanho da amostra inicial dar um total de 115.994 estudos, foram aplicados limitadores de pesquisa. Assim, foram apenas considerados os estudos que contemplassem os seguintes requisitos:

1. Data de publicação – 1 de janeiro de 2010 a 2 de janeiro de 2015
2. Artigos em *Full text*
3. Participantes com idades  $\geq 19$  anos
4. Estudos em humanos

No quadro 4 apresentamos os estudos que foram identificados após introdução dos descritores nos motores de busca científica. Os motores de busca científica PubMed, EBSCO, Scielo, foram identificados como B1, B2 e B3 respectivamente. Os resultados são apresentados segundo o motor de busca científica.

Quadro 4 – Estudos que foram identificados a partir da introdução dos descritores

	Motor de Busca Científica	Descritores	Período Temporal	Limitadores	Resultados
B1	Pubmed	labor pain OR (complementary therapies OR complementary medicine OR alternative medicine OR alternative therapies ) OR ((labor OR labour OR child OR childbirth) AND (pain OR analges*)) AND (randomized controlled trials as topic OR review literature as Topic)		Estudos Humanos  Gênero Feminino  Participantes com idade superior a 19anos	7554
B2	EBSCO (CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, Health Technology Assessments, NHS Economic Evaluation Database)	labor pain OR (complementary therapies OR complementary medicine OR alternative medicine OR alternative therapies ) OR ((labor OR labour OR child OR childbirth) AND (pain OR analges*)) AND (randomized controlled trials as topic OR review literature as Topic)		Estudos Humanos  Gênero Feminino  Participantes com idade superior a 19anos	107.716
S3	Scielo	Dor do parto OR trabalho de parto OR analgesia obstétrica OR terapias complementares		Estudos Humanos  Gênero Feminino  Participantes com idade superior a 19anos	674

Após a aplicação dos limitadores a amostra ficou reduzida a 931 estudos. De seguida realizou-se nova seleção dos artigos, através da análise dos títulos e resumos de modo a refinar a seleção inicial de artigos que foram analisados na íntegra.

Esta seleção teve por base os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos, que constituem o teste de relevância inicial ou teste de relevância I (Quadro 5). Depois da aplicação do teste de Relevância I foram excluídos estudos, tendo a amostra ficado circunscrita a 15 estudos. Os estudos selecionados (n=15) através da aplicação do teste de relevância I foram submetidos a avaliação por dois investigadores, de forma independente, aplicando o teste de relevância II (cf. Quadro 6), constituído por questões que devem ser respondidas afirmando ou negando a questão em causa. Quando a questão for negativa, o estudo deve ser excluído da revisão (Pereira & Bachion, 2006).

Quadro 5 – Teste de Relevância I

Referência do estudo:		
Questões:	SIM	NÃO
<b>1. O estudo está de acordo com o tema investigado?</b>		
<b>OPERACIONALIZAÇÃO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>INCLUIR</b></li> <li>- Idade superior ou igual a 19 anos de idade</li> <li>- Aplicação de medidas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto</li> <li>• <b>EXCLUIR</b></li> <li>- Publicações referentes a cartas de leitor e artigos de opinião e comentários</li> <li>- Idade &lt;19 anos</li> </ul>		
<b>2. O estudo foi publicado dentro do tempo estipulado?</b>		
Estudos publicados entre 1 de janeiro de 2010 e 2 de janeiro de 2015		
<b>3. O estudo foi publicado no idioma estipulado para o projeto?</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Português</li> <li>• Inglês</li> <li>• Espanhol</li> </ul>		
<b>4. O estudo encontra-se disponível em <i>full text</i>?</b>		
<b>5. Estudo envolve seres humanos?</b>		

Após a aplicação do Teste de Relevância II, foram eliminados 11 estudos, ficando a nossa amostra reduzida a 4 estudos.

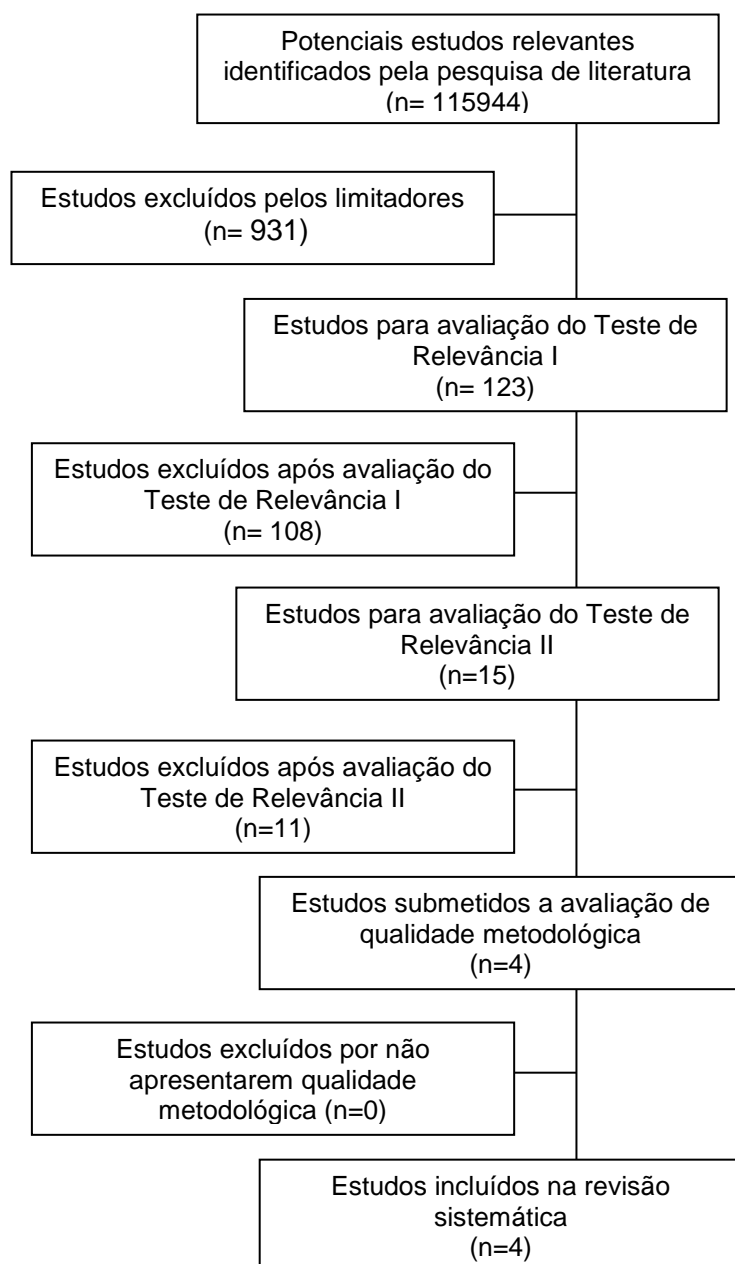


Quadro 6 – Teste de Relevância II

Referência do estudo:		
Questões	Sim	Não
<b>1. O estudo está de acordo com o tema investigado?</b>		
<b>OPERACIONALIZAÇÃO</b> <b>• INCLUIR</b> - Idade superior ou igual a 19 anos de idade - Aplicação de medidas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto  <b>• EXCLUIR</b> - Publicações referentes a cartas de leitor e artigos de opinião e comentários - Idade <19 anos		
<b>2. O desenho do estudo vai de encontro com ao predefinido?</b>		
<b>INCLUIR</b> Estudos experimentais e quasi-experimentais Revisões sistemáticas com e sem Metanálise  <b>EXCLUIR</b> Outros desenhos para além dos de inclusão		
<b>3. O estudo foi publicado dentro do tempo estipulado?</b>		
Estudos publicados entre 1 de janeiro de 2010 e 2 de janeiro de 2015		
<b>4. O estudo foi publicado no idioma estipulado para o projeto?</b>		
Português Inglês Espanhol		
<b>5. Estudo envolve seres humanos?</b>		
<b>6. Os <i>outcomes</i> do estudo vão de encontro com o predefinido?</b>		
<b>INCLUIR</b> - avaliação da dor - eficácia das intervenções - satisfação da parturiente  <b>EXCLUIR</b> Todos os estudos que não analisem pelo menos uma das variáveis de inclusão		

Na figura 1 apresenta-se o diagrama com o processo de seleção dos estudos, onde se pode compreender todo o percurso até à amostra final.

Figura 1 – Diagrama com o processo de seleção dos estudos



## 1.5. ANÁLISE CRÍTICA DOS ESTUDOS

A evidência científica em que se baseia este estudo procede de fontes primárias e secundárias, nomeadamente: as fontes primárias abarcam praticamente os artigos e estudos originais publicados na literatura (Bugalho & Carneiro, 2004); as fontes secundárias, após uma seleção dos artigos e dos estudos nas bases de dados primárias, exercem sobre os mesmos uma avaliação crítica baseada na sua estrutura metodológica, sendo unicamente selecionados aqueles que, pela sua validade, importância e relevância para a prática clínica constituem a evidência considerada a mais válida (Bugalho & Carneiro, 2004).

A avaliação crítica da evidência científica, quanto à validade, importância e aplicabilidade dos resultados, assumiu-se como uma fase essencial na base científica para a elaboração deste trabalho. Para garantir a qualidade metodológica e científica dos estudos que serviram de suporte a este trabalho, a fim de se evitar que as conclusões do mesmo pudessem ser colocadas em causa, utilizou-se, como instrumento de avaliação, a “Grelha para avaliação crítica de um artigo descrevendo um ensaio clínico prospetivo, aleatorizado e controlado” do Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina de Lisboa que apenas considera “estudos de qualidade” os que obtêm um score igual ou superior a 75% (Bugalho & Carneiro, 2004).

Quadro 7 – Regras para avaliação crítica de uma revisão sistemática

<b>Validade dos resultados</b>	Sim	?	Não	N/A
1. A revisão aborda de forma explícita uma questão clínica sensível?	2	1	0	n/a
2. A pesquisa dos estudos relevantes foi detalhada e exaustiva?	2	1	0	n/a
3. Os estudos primários têm elevada qualidade metodológica?	2	1	0	n/a
4. A interpretação dos estudos é reprodutível?	2	1	0	n/a
<b>Importância dos resultados</b>	Sim	?	Não	N/A
5. Os resultados foram semelhantes entre os estudos?	2	1	0	n/a
6. Quais são os resultados gerais dos estudos?	2	1	0	n/a
7. Quão precisos são os resultados?	2	1	0	n/a
<b>Aplicabilidade dos resultados</b>	Sim	?	Não	N/A
8. Qual é a melhor forma de interpretar os resultados para aplicá-los na prática clínica?	2	1	0	n/a
9. Foram considerados todos os <i>outcomes</i> clinicamente importantes?	2	1	0	n/a
10. Os benefícios do tratamento sobrepõem-se aos potenciais riscos e custos da sua implementação?	2	1	0	n/a

Fonte: Bugalho, A., & Carneiro, A. V. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência.

A síntese final que serviu de base às recomendações a este estudo baseou-se numa criteriosa avaliação de toda a evidência, quanto ao volume da mesma, a sua consistência, aplicabilidade e no seu impacto clínico (Bugalho & Carneiro, 2004).

## 2. RESULTADOS

Neste capítulo apresentam-se os resultados da análise dos dados do grupo de estudos identificados, sendo os mesmos 4, que foram selecionados para o *corpus* deste estudo, aqueles que cumpriam os requisitos previamente estabelecidos para a amostra, tendo em conta os critérios de inclusão.

Assim, procede-se a uma síntese descritiva que contém os principais aspetos de cada um dos estudos, assim como a sua análise, tendo sido elaborado um quadro individual para cada um dos estudos selecionados, onde estão assinaladas as principais características e dimensões dos mesmos.

No Quadro 8 expõe-se o resumo da análise do estudo de Muñoz-Sellés, Vallès-Segalés e Goberna-Tricas (2011) que consiste num estudo descritivo transversal, com recurso ao método quantitativo, e que tem como objetivos:

- Avaliar o nível de formação e a utilização de medidas não farmacológicas no alívio da dor do parto, por enfermeiras parteiras que trabalham em 28 hospitais da Catalunha, Espanha;

- Identificar os recursos específicos para a utilização das medidas não farmacológicas nas salas de parto.

Os autores concluíram que a maioria das enfermeiras tinha formação específica no uso de medidas não farmacológicas para o alívio da dor no parto. Estas recorreram a várias técnicas não farmacológicas para o alívio da dor do parto, tais como: técnica de respiração (75,9%), técnicas de relaxamento (73,8%), o apoio contínuo (55,7%), a terapia postural (53,6%), hidroterapia (42,5%) e aplicação de compressas no períneo (51,9%). Poucas foram as que recorreram à acupuntura auricular (3,4%) e à medicina ortomolecular (1,7%).

Todas as enfermeiras consideraram que as medidas não farmacológicas foram bastante ou muito úteis para alívio da dor durante o trabalho de parto.

Quadro 8 – Resumo da análise do estudo de Muñoz-Sellés, Vallès-Segalés & Goberna-Tricas (2011)

Muñoz-Sellés, E., Vallès-Segalés, A., & Goberna-Tricas, J. (2013). Use of alternative and complementary therapies in labor and delivery care: a cross-sectional study of midwives' training in Catalan hospitals accredited as centers for normal birth. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 13(318) doi:10.1186/1472-6882-13-318

<b>Tipo de estudo/população</b>	Estudo descritivo transversal, com recurso ao método quantitativo para avaliar o nível de formação e utilização de medidas não farmacológicas no alívio da dor do parto, por enfermeiras parteiras que trabalham em 28 hospitais da Catalunha, Espanha, e identificar os recursos específicos para a utilização das medidas não farmacológicas nas salas de parto.
<b>Intervenções</b>	Aplicação de medidas não farmacológicas no alívio da dor no parto.
<b>Resultados/outcomes</b>	A maioria das enfermeiras tinha formação específica no uso de medidas não farmacológicas para o alívio da dor no parto. Estas recorreram a várias técnicas não farmacológicas para o alívio da dor do parto: técnica de respiração (75,9%), técnicas de relaxamento (73,8%), o apoio contínuo (55,7%), a terapia postural (53,6%), hidroterapia (42,5%) e aplicação de compressas no períneo (51,9%). Muito poucas recorreram à acupuntura auricular (3,4%) e à medicina ortomolecular (1,7%). Todas as enfermeiras consideraram que as medidas não farmacológicas foram bastante ou muito úteis para alívio da dor durante o trabalho de parto
<b>Conclusões</b>	É importante aumentar o número de formação específica para enfermeiros parteiros no âmbito da aplicação de medidas não farmacológicas para alívio da dor durante o parto, a fim de promover o seu uso e garantir a eficiência, segurança e qualidade dos cuidados prestados. Verificou-se que estas medidas reduziram a dor do parto.

Apresenta-se no Quadro 9 o resumo da análise do estudo de Gayeski e Brüggemann (2010), o qual consiste numa revisão sistemática da literatura, cujo objetivo foi avaliar os resultados maternos e neonatais resultantes da utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto, classificados como tecnologia leve-dura. O mesmo incluiu 12 ensaios clínicos randomizados elegíveis, publicados entre 1980 e 2009, que abrangiam a avaliação de medidas como o banho de imersão, a massagem e a aromaterapia, no alívio da dor do parto.

Os autores verificaram que o banho de imersão deve ser iniciado após 3 cm de dilatação, para não prolongar o trabalho de parto e prejudicar os resultados neonatais. Todavia, a sua aplicabilidade, no cenário hospitalar nem sempre é uma realidade, pois, não há banheiras instaladas em grande parte dos centros obstétricos. Assim, deve ser incentivada a mudança da estrutura física, visando os resultados positivos apresentados.

Quanto à massagem, os autores viram que esta é eficaz no alívio da ansiedade, dor e stresse, sendo mais efetiva na redução da dor, quando utilizada no início da fase latente.

A aromaterapia diminui a ansiedade e o medo, podendo influenciar positivamente nos resultados neonatais.

Nem todos os métodos são completamente eficazes no alívio da dor do parto, mas todos eles reduzem os níveis de stresse e de ansiedade da parturiente e promovem a sua satisfação; o que, conseqüentemente, leva à prevenção da hiperventilação e alcalose respiratória, reduzindo a libertação de catecolaminas o que contribui para uma melhor

perfusão placentária e menores índices de acidose fetal, resultando em bons *feedbacks* neonatais.

Quadro 9 – Resumo da análise do estudo de Gayeski & Brüggemann (2010)

Gayeski, M.E., & Brüggemann, O.M. (2010). Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis; 19(4), 774-782.

<b>Tipo de estudo/população</b>	Revisão sistemática que objetivou avaliar os resultados maternos e neonatais decorrentes da utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto, classificados como tecnologia leve-dura. Incluiu 12 ensaios clínicos randomizados elegíveis, publicados entre 1980 e 2009, que avaliaram o banho de imersão, a massagem e a aromaterapia.
<b>Intervenções</b>	Aplicação de medidas não farmacológicas no alívio da dor do parto.
<b>Resultados/outcomes</b>	Os resultados mostraram que o banho de imersão deve ser iniciado após 3 cm de dilatação, para não prolongar o trabalho de parto e prejudicar os resultados neonatais. No entanto, a sua aplicabilidade, no cenário hospitalar não é uma realidade, uma vez que não há banheira instalada na maioria dos centros obstétricos. Desta forma, a mudança na estrutura física deve ser encorajada, tendo em vista os resultados positivos apresentados. A massagem é eficaz no alívio da ansiedade, dor e stresse, sendo mais efetiva para reduzir a dor, quando utilizada no começo da fase latente.
<b>Conclusões</b>	É necessário estabelecer parâmetros de aplicação de cada método para que os resultados maternos e neonatais sejam positivos e contribuam para a satisfação da mulher. Tendo em vista as características multidimensionais e individuais da dor, todas as variáveis envolvidas na experiência do parto devem ser tidas em conta na escolha do método a ser utilizado durante o trabalho de parto, já que o uso de medidas não farmacológicas exige da mulher um maior senso de controle sobre o seu corpo e a suas emoções, fatores que nem sempre estão presentes.

Segue-se a apresentação do resumo da análise do estudo de Santana et al. (2013) (cf. Quadro 10). Neste consta um ensaio clínico controlado, do tipo intervenção terapêutica, com 34 parturientes, admitidas no pré-parto para assistência ao processo de parto, que receberam a terapêutica banho de chuveiro, por 30 minutos. O grau de dor foi avaliado com o recurso à escala visual analógica (EVA).

Os autores verificaram que o banho de chuveiro é uma medida não farmacológica bastante favorável ao alívio da dor no trabalho de parto, sem efeitos adversos, de fácil aceitação pelas parturientes e com resultados satisfatórios. Para que o recurso seja aplicado com resultado desejado, é necessário que a temperatura da água esteja a rondar os 37 a 38° C, sendo importante que a mulher permaneça, no mínimo, 20 minutos no banho. Observaram uma redução significativa da intensidade da dor na fase ativa do trabalho de parto, após a aplicação da terapêutica do banho de chuveiro.

Quadro 10 – Resumo da análise do estudo de Santana et al. (2013)

Santana, L.C.; Gallo, R.B.S., Ferreira, C.H.J., Quinta, S.M., & Marcolin, A.C. (2013). Effect of shower bath on pain relief of parturients in active labor stage. *Revista Dor*;14(2), 111-113.

<b>Tipo de estudo/população</b>	Trata-se de um ensaio clínico controlado, do tipo intervenção terapêutica, com 34 parturientes, admitidas no pré-parto para assistência ao processo de parto, que receberam a terapêutica banho de chuveiro, por 30 minutos. Avaliou-se o grau de dor através da escala visual analógica (EVA). Foram incluídas mulheres primíparas, com feto único em posição cefálica, gravidez de baixo risco, a partir das 37 semanas de gestação, com idade média de 20 ( $\pm$ 4 anos), com dilatação cervical entre 4 e 5 cm, dinâmica uterina adequada para esta fase, trabalho de parto de início espontâneo, sem utilização de fármacos durante o período do estudo, membranas íntegras, sem fatores de risco associado e ausência de problemas cognitivos ou psiquiátricos. O critério de exclusão adotado foi a intolerância ao recurso não farmacológico.
<b>Intervenções</b>	Aplicação da terapêutica banho de chuveiro no alívio da dor do parto.
<b>Resultados/outcomes</b>	Pela EVA obteve-se um grau de 80 mm antes e 55 mm depois da terapêutica, havendo redução da dor das parturientes em trabalho de parto ativo, com dilatação cervical de 4 a 5 cm. O banho de chuveiro é uma medida não farmacológica bastante favorável ao alívio da dor no trabalho de parto, sem efeitos adversos, de fácil aceitação pelas parturientes e com resultados satisfatórios. Para que o recurso seja aplicado com resultado desejado, é imprescindível que a temperatura da água ronde os 37 a 38° C, sendo importante que a mulher permaneça, no mínimo, 20 minutos no banho.
<b>Conclusões</b>	Houve redução significativa da intensidade da dor pela EVA na fase ativa do trabalho de parto, após a aplicação da terapêutica do banho de chuveiro. O banho de chuveiro com temperatura aquecida é contraindicado para parturientes com hipotensão arterial, pois inicialmente a água quente promove vasodilatação periférica, levando ao aumento da pressão. Há a necessidade de mais pesquisas para evidenciar os efeitos da terapêutica do banho de chuveiro em fases mais avançadas do trabalho de parto e a sua associação com outras medidas não farmacológicas.

No Quadro 11 apresenta-se o resumo da análise do estudo de Barbieri et al. (2013), que consiste num estudo clínico experimental ou de intervenção, randomizado, tendo como amostra 15 parturientes de baixo risco obstétrico que aceitaram utilizar intervenções não farmacológicas para alívio da dor e questionadas sobre a percepção dolorosa, utilizando a aplicação da escala analógica visual.

Os autores objetivaram avaliar de forma isolada e combinada a utilização do banho quente de aspersão e exercícios perineais realizados com bola suíça durante o trabalho de parto e a percepção da dor.

Os seus resultados revelam que a utilização associada dos métodos não farmacológicos para alívio da dor, banho quente de aspersão e exercícios perineais com a bola suíça durante a fase de dilatação, está relacionada com a redução da dor da parturiente e promoção do conforto materno.

Quadro 11 – Resumo da análise do estudo de Barbieri et al. (2013)

Barbieri, M., Henrique, A.J., Chors, F.M., Maia, N.L., & Gabrielloni, M.C. (2013). Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(5), 478-484.

<b>Tipo de estudo/população</b>	Estudo clínico experimental ou de intervenção, randomizado. Foram recrutadas 15 parturientes de baixo risco obstétrico que aceitaram utilizar intervenções não farmacológicas para alívio da dor e de seguida serem questionadas sobre a percepção dolorosa, utilizando a aplicação da EVA. Objetivaram avaliar de forma isolada e combinada a utilização do banho quente de aspersão e exercícios perineais realizados com bola suíça durante o trabalho de parto e a percepção da dor.
<b>Intervenções</b>	Aplicação do banho quente de aspersão e exercícios perineais realizados com bola suíça no alívio da dor do parto.
<b>Resultados/outcomes</b>	A análise da descrição dos scores de dor informados pelas parturientes antes e após as intervenções indicam que houve diminuição significativa da dor entre os dois momentos (p-value=0,0026). Quando utilizada a intervenção isoladamente, os valores indicam que não houve diferença significativa no score de dor entre os momentos para a terapia de banho quente (p-value=0,1475). Porém, pode ser observado que entre as três intervenções, os valores de p são mais baixos quando estão relacionados com o uso do banho quente de forma isolada. Quando utilizada a intervenção exercício sentada sobre a bola suíça isoladamente os valores indicam que não houve diminuição significativa do score de dor entre os momentos para a terapia de exercício com bola (p-value=0,2733). Quando associadas as duas intervenções banho quente de aspersão sentada sobre a bola suíça os valores revelam que houve diminuição significativa do score de dor entre o antes e o após a terapia (p-value=0,0150).
<b>Conclusões</b>	Os resultados indicam que a utilização associada dos métodos não farmacológicos para alívio da dor, banho quente de aspersão e exercícios perineais com a bola suíça, durante a fase de dilatação, está relacionada com a redução da dor da parturiente e promoção do conforto materno.

## 2.1. RESULTADOS DA ANÁLISE DOS ESTUDOS

Neste capítulo procede-se à análise crítica dos resultados, tendo em conta que a avaliação crítica de uma revisão sistemática envolve dois processos: a análise da qualidade dos estudos e a análise estatística. No entanto, no presente estudo procedeu-se apenas à análise da qualidade dos estudos, tendo em conta a validade interna, a validade externa e o método estatístico usado em cada estudo e no conjunto, uma vez que o mesmo contém um estudo empírico II de natureza quantitativa, descritiva, com enfoque transversal. Dessa análise resultaram a primeira e a segunda partes dos resultados da presente revisão sistemática, ou seja, a descrição da qualidade metodológica.

Foram analisados quatro estudos que avaliaram diferentes métodos não farmacológicos e atenderam aos critérios de elegibilidade.

Evidenciou-se que a massagem, a aromaterapia, a hidroterapia, a técnica de relaxamento e respiração, são métodos eficazes para aliviar a dor no trabalho de parto, pois além de diminuir a percepção dolorosa, ainda reduzem os níveis de ansiedade e de stresse.

De entre estes estudos, o que se mostrou mais eficaz a hidroterapia, principalmente quando aplicada na primeira fase do trabalho de parto. Todavia, quando utilizada a



intervenção isoladamente, os valores mostraram que não houve diferença significativa no score de dor entre os momentos para a terapia de banho de imersão. Ou seja, de acordo com Barbieri et al. (2013), os métodos não farmacológicos são mais eficazes no alívio da dor no parto quando utilizados de forma associada, resultando na redução da dor da parturiente e na promoção do conforto materno. Além disso, estas intervenções têm como grande vantagem o facto de não interferem negativamente no tipo e na duração do trabalho de parto, mostrando-se seguras à prática clínica.

Os métodos não farmacológicos avaliados nos quatro estudos estão em conformidade com o estudo de Jones, et al. (2012), onde foram aplicados a massagem e a aromaterapia, seguidos do banho de imersão e de musicoterapia.

No estudo de Jones et al. (2012) foram incluídas múltiparas em quatro estudos, sendo dois com múltiparas e nulíparas, e dois com múltiparas; e primíparas, em três estudos. Houve ainda alguns que abrangeram todas as mulheres em trabalho de parto, inclusive partos de alto risco (Jones et al., 2012).

Ao invés, o estudo de Santana et al. (2013) incluiu mulheres primíparas com gravidez de baixo risco, com mais de 37 semanas de gestação, idade média de 20 ( $\pm$  4 anos), em trabalho de parto de início espontâneo; enquanto que Gayeski e Bruggemann (2010), consideraram mulheres em trabalho de parto espontâneo ou induzido, gravidez única ou múltipla, idade gestacional maior que 36 semanas completas, feto em apresentação cefálica, partos na primeira e segunda fase de trabalho e partos pré-termos.

O método mais usado para a mensuração da dor foi a Escala Analógica Visual (EVA), citada em dois dos estudos analisados.

Importa salientar que Barbieri et al. (2013) e Santana et al. (2013) referem que a dor assume uma importante função biológica, assinalando algum distúrbio no organismo, como tal a mesma repercute-se no bem-estar emocional materno e no desenvolvimento psicofisiológico do recém-nascido. De referir ainda que, quando prolongada, pode ter efeitos nocivos quer na parturiente, quer no recém-nascido, intensificando respostas do organismo ao stresse, alterações neuroendócrinas e metabólicas com consequências sobre a ventilação, circulação e equilíbrio acido-base. Deste modo, o recurso às medidas não farmacológicas para o alívio da dor no parto favorece não só a redução do stresse materno, como também um melhor bem-estar maternofetal.

Santana et al. (2013) salientam que quer a dor, quer a ansiedade provocam efeitos deletérios e elevam a secreção de catecolaminas e cortisol, o que, conseqüentemente,

resulta no aumento do débito cardíaco, da pressão arterial e da resistência vascular periférica.

Foi consensual nos quatro estudos que as medidas não farmacológicas no alívio da dor do parto apresentam algumas limitações, mas que quando administradas de forma adequada, revelam vantagens, nomeadamente: maior relaxamento e colaboração das parturientes; decréscimo da necessidade de administração de analgésicos; protelação na execução de analgesia epidural; participação ativa da parturiente no período expulsivo; e, melhor participação familiar. Todas estas vantagens se traduzem numa maior satisfação e redução do stresse no momento do parto. (Barbieri et al., 2013; Gayeski & Brüggemann, 2010; Muñoz-Sellés et al., 2011; Santana et al., 2013).



## **ESTUDO EMPÍRICO II**

De seguida faz-se a descrição dos procedimentos metodológicos do estudo empírico II.

### **1. METODOLOGIA**

Cabe agora fazermos a descrição dos procedimentos metodológicos do estudo empírico II, tendo em conta a contextualização do problema em estudo, o que serve de enquadramento à formulação das questões de investigação, e à elaboração dos objetivos. Assim, neste capítulo, descrevemos o tipo de investigação, as variáveis em estudo, o tipo de amostragem, o instrumento de recolha de dados, bem como os procedimentos seguidos e, por fim, aludimos ao tratamento estatístico.

#### **1.1. MÉTODOS**

A dor do parto faz parte da própria natureza da mulher e, ao contrário de outras experiências dolorosas agudas e crónicas, não se associa a uma patologia, mas sim à experiência de gerar uma nova vida. Contudo, algumas mulheres consideram que é a pior dor sentida e, muitas vezes, superior ao que esperavam (Gayeski & Brüggemann, 2010).

Apesar de ser considerado um mecanismo fisiológico, o trabalho de parto é caracterizado por alterações mecânicas e hormonais que provocam contrações uterinas, resultando na dilatação do colo uterino e descida da apresentação fetal (Davim, Torres & Dantas, 2009).

De acordo com as mesmas autoras, no momento da dilatação, a dor equivale a uma sensação subjetiva, relatada como aguda, visceral e difusa. Já na fase da descida fetal, a dor é considerada somática, mais nítida e contínua, podendo ser intensificada pelo estado emocional da parturiente e por fatores ambientais.

Assim, uma tarefa importante é ajudar as mulheres a suportar a dor do parto, o que pode ser alcançado através do alívio da dor com medidas não farmacológicas, instrumentos

importantes e com comprovação científica, utilizadas durante o trabalho de parto (Ritter, 2012).

Na opinião de Gayeski e Brüggemann (2010), a dor do parto trata-se de uma dor resultante de complexas interações de natureza inibitória e excitatória e, apesar dos seus mecanismos serem análogos aos da dor aguda, existem fatores exclusivos do trabalho de parto de natureza neurofisiológica, obstétrica, psicológica e sociológica que interferem no seu limiar.

A manutenção do equilíbrio emocional durante o trabalho de parto é indispensável, porque, quando os níveis de adrenalina estão altos, o sistema nervoso simpático é imediatamente ativado, resultando no aumento dos níveis plasmáticos da hormona libertadora de corticotrofinas, da hormona adenocorticotrófica e de cortisol, o que demonstra que o stresse é um mecanismo biológico adaptativo e de defesa (Ritter, 2012).

Em conformidade com o apresentado, formulam-se as seguintes questões de investigação:

- i) Qual a prevalência do uso de medidas não farmacológicas no alívio da dor do trabalho de parto?
- ii) Quais são as variáveis sociodemográficas, variáveis contextuais da gravidez e variáveis contextuais do parto que interferem no recurso a medidas não farmacológicas no alívio da dor de parto?

Decorrente das questões formuladas, delineámos os seguintes objetivos do estudo:

- i) Verificar o uso de medidas não farmacológicas no alívio da dor do trabalho de parto;
- ii) Averiguar quais as variáveis sociodemográficas, variáveis contextuais da gravidez e variáveis contextuais do parto que interferem no recurso a medidas não farmacológicas no alívio da dor do parto.

Assim, com base nas questões de investigação, nos objetivos formulados e na revisão da literatura elaborou-se o seguinte esquema de investigação, que procura de uma forma pictográfica estabelecer as relações entre as variáveis em estudo (cf. Figura 2).

Figura 2 – Esquema de investigação



O estudo delineado para esta pesquisa é de natureza quantitativa, transversal, descritiva e retrospectiva. Descritivo na medida em que se procuram descrever as características das parturientes estudadas; correlacional ao pretender avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos, categorias ou variáveis, sem que se intervenha ativamente para as influenciar; e, retrospectivo, uma vez que a recolha de dados ocorreu relativamente a todo o ano de 2014.

Utilizámos a metodologia quantitativa por se fundamentar no método hipotético dedutivo e pelo qual os dados colhidos fornecem realidades objetivas no que respeita às variáveis em estudo, suscetíveis de serem conhecidas (Polit & Hungler, 2004). Por outro lado, procura garantir-se a precisão dos resultados, e evitar distorções de análise e de interpretação.

## 1.2. PARTICIPANTES

O presente estudo foi desenvolvido no Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar Cova da Beira. A seleção da amostra obedeceu aos seguintes critérios de inclusão:

mulheres que tenham tido um parto vaginal, com idades superiores a 18 anos e idade gestacional superior a 37 semanas. Optámos por uma amostra não probabilística por conveniência, num total de 382 mulheres, uma vez que os elementos da amostra foram selecionados em razão da sua presença num local, num dado momento. (Fortin, 2009)

### 1.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

#### Idade

Começando-se pela análise dos resultados relativos à idade das parturientes, verificamos que, para a globalidade da amostra, registamos uma idade mínima de 18 anos e uma máxima de 46 anos, com uma idade média de 30,95 anos ( $\pm 5,451$  anos). O teste de aderência à normalidade de Kolmogorod-Smirnov (K/S) apresenta distribuição normal, revelando curvas enviesadas à esquerda e leptocurticas e o coeficiente de variação indica uma dispersão baixa face à idade média encontrada (cf. Tabela 1).

Esta variável foi operacionalizada tendo por base o conceito de extremos da vida reprodutiva de Graça (2005) a qual se situa antes dos 18 anos e após os 35 anos de idade.

As variáveis foram operacionalizadas em grupos com idade inferior ou igual a 34 anos ( $\leq 34$  anos) e maiores ou iguais a 35 anos ( $\geq 35$  anos).

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade

	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	KS	p
<b>Idade</b>	382	18	46	30,95	5,451	17,61	-1,63	-0,87	0,070	0,000

#### Situação profissional

Reportando-se a Tabela 2 aos resultados da situação profissional das parturientes, a sua análise revela-nos que, para a totalidade da amostra, prevalecem as mulheres empregadas (74,1%), das quais 87,1% possuem idade igual ou superior aos 35 anos e 69,4% têm idade igual ou inferior aos 34 anos. Todavia, importa também salientar que 25,9% das mulheres estão em condição de desemprego, onde 30,6% correspondem às mulheres mais novas e 12,9% às mulheres com mais idade, com relevância estatística ( $X^2=12,169$ ;  $p=0,000$ ).

Tabela 2 – Situação profissional e idade

Idade	<= 34 anos		>= 35 anos		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	Nº (281)	% (73.6)	Nº (101)	% (26.4)	Nº (382)	% (100.0)	1	2		
<b>Situação profissional</b>										
Empregada	195	69,4	88	87,1	283	74,1	-3,5	3,5	12,169	0,000
Desempregada	86	30,6	13	12,9	99	25,9	3,5	-3,5		
Total	281	100,0	101	100,0	382	100,0				

### 1.3. PROCEDIMENTOS

Relativamente aos procedimentos formais e éticos para a colheita de dados, deve ter-se sempre em consideração a necessidade do consentimento institucional para a aplicação de um qualquer instrumento de colheita de dados. Por esse motivo, foi solicitada a autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Cova da Beira (cf. Anexo II) onde foi realizado o estudo. No referido pedido de autorização foi explanado o tema do mesmo e a sua finalidade, não descurando a garantia de disponibilidade dos resultados obtidos para o desenvolvimento de investigações futuras.

A colheita de dados foi realizada a partir da consulta de processos clínicos. O instrumento de recolha de dados (cf. Anexo III) utilizado teve como suporte o programa informático Microsoft Excel.

### 1.4. ANÁLISE DE DADOS

No que se refere ao tratamento estatístico, recorremos a métodos da estatística descritiva, cujos dados foram analisados com recurso ao programa SPSS 20.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 21.0 (2013) para *Windows*.

No que se refere à estatística descritiva, como medidas estatísticas, foram utilizadas frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central (média), medidas de dispersão (desvio padrão), bem como medidas de assimetria Skewness (SK) e achatamento curtose (K), de acordo com as variáveis em estudo.

De acordo com Pestana e Gageiro (2014), a medida de assimetria Skewness (SK) obtém-se através do quociente entre (SK) com o erro padrão (EP). Considerando  $p=0,05$ , se SK/EP variar entre -1,96 e +1,96, a distribuição é simétrica. Quando SK/EP é inferior a -1,962, a distribuição é assimétrica negativa ou enviesada à direita, aproximando-se as



medidas de tendência central do valor máximo da distribuição. Quando SK/EP é superior a +1,96, a distribuição é assimétrica positiva ou enviesada à esquerda. As medidas de achatamento ou curtose (K) também se alcançam através do quociente com o erro padrão (EP). Assim, considerando  $p=0,05$ , se K/EP oscilar entre -1,96 e +1,96 a distribuição é mesocúrtica. Quando K/EP é inferior a -1,96, a distribuição é platicúrtica e quando K/EP é superior a +1,96, a distribuição é leptocúrtica. Conforme o recomendado, os testes de normalidade de Kolmogorov-Sminorv, Skewness e Kurtosis foram aplicados a todas as variáveis de natureza quantitativa.

Nas análises estatísticas com valores dos coeficientes de variação, os quais permitem comparar a variabilidade de duas variáveis, utilizaram-se os seguintes graus de dispersão (Pestana & Gageiro, 2014):

- $CV \leq 15\%$  - Dispersão Fraca;
- $15\% < CV \leq 30\%$  - Dispersão Média;
- $CV > 30\%$  - Dispersão Elevada.

Recorreremos também ao Teste de qui quadrado ( $\chi^2$ ), que se constitui como teste de proporções, para o estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Quando há relação entre as variáveis devem usar-se os resíduos ajustados estandardizados para localizar as diferenças. Para Pestana e Gageiro (2014), o uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de  $\chi^2$ , porque os resíduos ajustados, na forma estandardizada, fornecem informações acerca das células que mais se afastam da independência entre as variáveis ou, por outras palavras, os valores elevados dos resíduos indicam uma relação de dependência entre as duas variáveis.

Foram utilizados os seguintes valores de significância:

- $p < 0.05$  \* - diferença estatística significativa
- $p < 0.01$  \*\* - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001$  \*\*\* - diferença estatística altamente significativa
- $p > 0.05$  n.s. - diferença estatística não significativa

Após estas considerações aos procedimentos de análise dos dados, segue-se, no capítulo seguinte, a apresentação e discussão dos resultados.

## 2. RESULTADOS

Neste capítulo fazemos a análise e interpretação dos resultados da análise descritiva, tendo em conta o esquema conceptual elaborado, procurando dar resposta ao problema de investigação.

### 2.1. ANÁLISE DESCRITIVA

A apresentação dos dados consiste no fornecimento de todos os resultados pertinentes, relativamente às questões de investigação formuladas.

É com base neste pressuposto que, neste subcapítulo procedemos à análise descritiva dos resultados, tendo em conta as variáveis contextuais da gravidez, variáveis contextuais do parto e as medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto, sendo os dados apresentados em quadros e comentados imediatamente antes da sua exposição.

#### 2.1.1. Variáveis contextuais da gravidez

##### Idade gestacional

A Tabela 3 indica-nos, em relação à idade gestacional das mulheres, para a totalidade da amostra, uma idade mínima gestacional de 37 semanas e uma máxima de 41 semanas, correspondendo a uma idade gestacional média de 39,20 semanas ( $\pm 1,082$  semanas). O teste de aderência à normalidade de Kolmogorod-Smirnov (K/S) apresenta distribuição normal, revelando curvas enviesadas à esquerda e leptocurticas. O coeficiente de variação revela uma dispersão baixa face à idade média gestacional encontrada (cf. Tabela 3)

Tabela 3 - Estatísticas relativas à idade gestacional

	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	KS	p
<b>Idade Gestacional</b>	382	37	41	39,20	1,082	3,58	-1,40	-2,21	0,176	0,000

Dando continuidade à análise dos resultados, no que diz respeito à idade gestacional em função da idade cronológica, apuramos que há um predomínio de mulheres com idade gestacional de 39 semanas (34,8%), das quais 33,8% têm idade igual ou inferior aos 34 anos e 37,6% possuem idade igual ou superior aos 35 anos.

Verificamos também, que em relação à idade gestacional, o segundo maior grupo (28,5%) é o das mulheres que têm 40 semanas de idade gestacional, seguido do grupo das 38 e 41 semanas, com 18,1% e 11,8%, respectivamente. As mulheres com idade gestacional de 37 semanas são as que, na globalidade da amostra, existem em menor número (6,8%).

Estas diferenças resultaram em relevância estatística ( $X^2=11,816$ ;  $p=0,019$ ) (cf. Tabela 4).

Tabela 4 – Idade gestacional e idade cronológica

Idade cronológica	<= 34 anos		>= 35 anos		Total		Residuais		$\chi^2$	p
	Nº (281)	% (73.6)	Nº (101)	% (26.4)	Nº (382)	% (100.0)	1	2		
<b>Idade gestacional</b>										
37 semanas	13	4,6	13	12,9	26	6,8	-2,8	2,8	11,816	0,019
38 semanas	55	19,6	14	13,9	69	18,1	1,3	-1,3		
39 semanas	95	33,8	38	37,6	133	34,8	-,7	,7		
40 semanas	80	28,5	29	28,7	109	28,5	,0	,0		
41 semanas	38	13,5	7	6,9	45	11,8	1,8	-1,8		
Total	281	100,0	101	100,0	382	100,0				

### Vigilância da Gravidez

No que concerne à vigilância durante a gravidez, apuramos que mais de metade da amostra foi vigiada (97,4%), independentemente da idade que possuem (97,8%  $\leq 34$  anos vs. 96,0%  $\geq 35$  anos) (cf. Tabela 5).

Tabela 5 – Vigilância durante a gravidez e idade

Idade	<= 34 anos		>= 35 anos		Total		Residuais		$\chi^2$	p
	Nº (279)	% (73.6)	Nº (100)	% (26.4)	Nº (379)	% (100.0)	1	2		
<b>Vigilância</b>										
Sim	273	97,8	96	96,0	369	97,4	1,0	-1,0	0,980	0,322
Não	6	2,2	4	4,0	10	2,6	-1,0	1,0		
Total	279	100,0	100	100,0	379	100,0				

### Patologias associadas à gravidez

Procurámos saber se as mulheres tinham alguma patologia associada à gravidez. Os resultados demonstram que a grande maioria (87,4%) não tinha qualquer patologia, fazendo parte deste grupo 90,0% das participantes mais novas e 80,2% das mais velhas. No entanto, verifica-se também que 12,6% das mulheres tinham patologia, resultando em relevância estatística ( $X^2=6,545$ ;  $p=0,011$ ) (cf. Tabela 6).

Tabela 6 – Patologias associadas à gravidez e idade

Idade	<= 34 anos		>= 35 anos		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	Nº (281)	% (73.6)	Nº (101)	% (26.4)	Nº (382)	% (100.0)	1	2		
<b>Patologias</b>										
Sim	28	10,0	20	19,8	48	12,6	-2,6	2,6	6,545	0,011
Não	253	90,0	81	80,2	334	87,4	2,6	-2,6		
Total	281	100,0	101	100,0	382	100,0				

### Idade cronológica e risco na gravidez

A análise dos resultados patentes na Tabela 7 indica-nos que as mulheres com gravidez de risco, na sua maioria, têm idade igual ou inferior os 34 anos (55,9%), registando-se, igualmente, que é neste grupo onde o valor percentual é mais elevado para as mulheres sem gravidez de risco (76,9%), com relevância estatística ( $X^2=11,249$ ;  $p=0,001$ ).

Tabela 7 – Risco na gravidez e idade cronológica

Risco na gravidez	Gravidez de risco		Gravidez sem risco		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	Nº (59)	% (15.6)	Nº (320)	% (84.4)	Nº (379)	% (100.0)	1	2		
<b>Idade cronológica</b>										
<= 34 anos	33	55,9	246	76,9	279	73,6	-3,4	3,4	11,249	0,001
>= 35 anos	26	44,1	74	23,1	100	26,4	3,4	-3,4		
Total	59	100,0	320	100,0	379	100,0				

### Idade gestacional e risco na gravidez

Quanto aos dados respeitantes à idade gestacional em função de uma gravidez de risco, conforme podemos observar na Tabela 8, prevalecem, no grupo de mulheres com gravidez de risco, as que têm 39 e 40 semanas de idade gestacional, com análogo percentual de 30,5%, seguindo-se as que possuem 38 semanas de idade gestacional. Em relação ao grupo de mulheres sem gravidez de risco, existe uma superioridade das que têm 39 semanas de idade gestacional (35,3%) e das que possuem 40 semanas (28,4%).

Tabela 8 – Risco na gravidez e idade gestacional

Risco na gravidez	Gravidez de risco		Gravidez sem risco		Total		Residuais		$\chi^2$	p
	Nº (59)	% (15.6)	Nº (320)	% (84.4)	Nº (379)	% (100.0)	1	2		
<b>Idade gestacional</b>										
37 semanas	3	5,1	23	7,2	26	6,9	-,6	,6	1,294	0,862
38 semanas	13	22,0	56	17,5	69	18,2	,8	-,8		
39 semanas	18	30,5	113	35,3	131	34,6	-,7	,7		
40 semanas	18	30,5	91	28,4	109	28,8	,3	-,3		
41 semanas	7	11,9	37	11,6	44	11,6	,1	-,1		
Total	59	100,0	320	100,0	379	100,0				

### 2.1.2. Variáveis contextuais do parto

#### Proveniência para o bloco de partos

Seguem-se os resultados relativos à proveniência das mulheres para o bloco de partos.

Ao fazermos uma análise dos dados apresentados na Tabela 9 constatamos que, na totalidade da amostra, prevalecem as mulheres cuja proveniência foi o serviço de urgência, com uma representatividade de 62,2%. Ao procedermos a uma análise por faixas etárias, aferimos que 64,0% das mulheres têm idade igual ou inferior aos 34 anos e 57,0% idade igual ou superior aos 35 anos.

As mulheres que cuja proveniência foi o internamento representam 37,8% da amostra, principalmente as que possuem mais idade (43,0% vs. 36,0%) (cf. Tabela 9).

Tabela 9 – Proveniência para o bloco de partos e idade

Idade	<= 34 anos		>= 35 anos		Total		Residuais		$\chi^2$	p
	Nº (278)	% (73.5)	Nº (100)	% (26.5)	Nº (378)	% (100.0)	1	2		
<b>Proveniência</b>										
Urgência	178	64,0	57	57,0	235	62,2	1,2	-1,2	1,545	0,214
Internamento	100	36,0	43	43,0	143	37,8	-1,2	1,2		
Total	278	100,0	100	100,0	378	100,0				

#### Rutura prematura de membranas

No que se refere à rutura prematura de membranas (RPM), verificamos que, na totalidade da amostra, mais de metade das mulheres teve RPM, das quais 69,9% têm idade igual ou inferior aos 34 anos e 76,5% situam-se na faixa etária igual ou superior aos 35 anos. Podemos ainda referir que 28,4% das mulheres tiveram uma rutura de

membranas artificial, correspondendo 30,1% às que possuem idade igual ou inferior aos 34 anos e 23,5% às que têm idade igual ou superior aos 35 anos (cf. Tabela 10).

Tabela 10 – Rotura prematura de membranas e idade

Idade	<= 34 anos		>= 35 anos		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	Nº (279)	% (74.0)	Nº (98)	% (26.0)	Nº (377)	% (100.0)	1	2		
<b>RPM</b>										
Espontânea	195	69,9	75	76,5	270	71,6	-1,3	1,3	1,572	0,210
Artificial	84	30,1	23	23,5	107	28,4	1,3	-1,3		
Total	279	100,0	98	100,0	377	100,0				

### Duração do período expulsivo

A análise dos resultados apresentados na Tabela 11 mostra-nos que, na totalidade da amostra, realçam-se as mulheres com um período expulsivo inferior a 30 minutos. Fazendo-se uma análise por grupos etários, 91,4% das puérperas têm idade igual ou inferior aos 34 anos e 89,7% idade igual ou superior aos 35 anos.

Tabela 11 – Duração do período expulsivo e idade

Idade	<= 34 anos		>= 35 anos		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	Nº (278)	% (74.1)	Nº (97)	% (25.9)	Nº (375)	% (100.0)	1	2		
<b>Duração do período expulsivo do parto</b>										
> 45 minutos	8	2,9	2	2,1	10	2,7	,4	-,4	0,899	0,638
30-45 minutos	16	5,8	8	8,2	24	6,4	-,9	,9		
< 30 minutos	254	91,4	87	89,7	341	90,9	,5	-,5		
Total	278	100,0	98	100,0	375	100,0				

### Tipo de parto

Quanto ao tipo de parto, os resultados indicam-nos que, na totalidade da amostra, prevalecem as mulheres com parto eutócico (80,4%), das quais 79,0% têm idade igual ou inferior aos 34 anos e 84,2% idade igual ou superior aos 35 anos. Verificamos, ainda, que 19,3% das mulheres tiveram um parto instrumentado, dos quais 15,4% com aplicação de ventosa e 3,9% com aplicação de fórceps (cf. Tabela 12).

Tabela 12 – Tipo de parto e idade

Idade	<= 34 anos		>= 35 anos		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	Nº (281)	% (73.6)	Nº (101)	% (26.4)	Nº (382)	% (100.0)	1	2		
<b>Tipo de parto</b>										
Eutócico	222	79,0	85	84,2	307	80,4	-1,1	1,1	2,153	0,541
Ventosa	45	16,0	14	13,9	59	15,4	,5	-,5		
Fórceps	13	4,6	2	2,0	15	3,9	1,2	-1,2		
Pélvico	1	0,4	-	-	1	0,3	,6	-,6		
Total	281	100,0	101	100,0	382	100,0				

### Idade gestacional e tipo de parto

Fazendo-se uma análise dos resultados referentes à idade gestacional e tipo de parto, podemos referir que, no grupo de mulheres com um parto eutócico, o percentual mais expressivo pertence às que têm 39 semanas (36,5%), seguindo-se as que possuem 40 semanas de idade gestacional (28,3%) e as que têm 38 semanas de idade gestacional (17,9%).

No grupo de mulheres com parto distócico, predominam as mulheres com idade gestacional de 40 semanas (29,3%), seguindo-se as que têm 39 semanas (28,0%) e 38 semanas (18,7%) (cf. Tabela 13).

Tabela 13 – Idade gestacional e tipo de parto

Tipo de parto	Eutócico		Distócico		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	Nº (307)	% (80.4)	Nº (75)	% (19.6)	Nº (382)	% (100.0)	1	2		
<b>Idade gestacional</b>										
37 semanas	21	6,8	5	6,7	26	6,8	,1	-,1	3,731	0,444
38 semanas	55	17,9	14	18,7	69	18,1	-,2	,2		
39 semanas	112	36,5	21	28,0	133	34,8	1,4	-1,4		
40 semanas	87	28,3	22	29,3	109	28,5	-,2	,2		
41 semanas	32	10,4	13	17,3	45	11,8	-1,7	1,7		
Total	307	100,0	75	100,0	382	100,0				

### Mobilidade

No que se refere à mobilidade, conforme os resultados apresentados na Tabela 14, constatamos que os valores globais da amostra indicam-nos que na grande maioria dos casos em análise (70,7%) não foi permitido às mulheres deambular e/ou mudar de posição, contrariamente aos 29,3% a quem lhes foi permitido essa mobilidade.

Uma leitura por grupos etários mostra que os percentuais mais elevados correspondem, em ambos os casos, às mulheres a quem não foi permitido essa liberdade de movimentos (73,8% ≤34 anos vs. 62,0% ≥35 anos). No caso das participantes que

deambularam e/ou mudaram de posição, 26,2% correspondem às mais novas e 38,0% às que possuem mais idade. Estas diferenças resultaram em relevância estatística ( $\chi^2=4,979$ ;  $p=0,026$ ).

Tabela 14 – Mobilidade e idade cronológica

Idade	<= 34 anos		>= 35 anos		Total		Residuais		$\chi^2$	p
	Nº (279)	% (73.6)	Nº (100)	% (26.4)	Nº (379)	% (100.0)	1	2		
<b>Mobilidade</b>										
Sim	73	26,2	38	38,0	111	29,3	-2,2	2,2	4,979	0,026
Não	206	73,8	62	62,0	268	70,7	2,2	-2,2		
Total	279	100,0	100	100,0	379	100,0				

### Admissão à sala de partos em período expulsivo

Em relação ao facto de as mulheres terem entrado na sala de partos em período expulsivo, referimos que os resultados indicam que quase a totalidade da amostra (94,7%). A análise dos dados por grupos etários mostra-nos percentuais expressivos quer para as mulheres mais novas (94,3%), quer para as com mais idade (96,0%) sem terem entrado na sala de partos em período expulsivo (cf. Tabela 15).

Tabela 15 – Admissão em período expulsivo e idade cronológica

Idade	<= 34 anos		>= 35 anos		Total		Residuais		$\chi^2$	p
	Nº (279)	% (73.6)	Nº (100)	% (26.4)	Nº (379)	% (100.0)	1	2		
<b>Período expulsivo</b>										
Sim	16	5,7	4	4,0	20	5,3	,7	-,7	0,443	0,506
Não	263	94,3	96	96,0	359	94,7	-,7	,7		
Total	279	100,0	100	100,0	379	100,0				

### Analgesia Epidural

No que se refere à utilização de analgesia epidural, apuramos que na maioria dos casos (75,5%) as parturientes não foram submetidas a esta analgesia, correspondendo 74,6% às mais novas e 78,0% às parturientes com mais idade.

Por outro lado, verificamos que em 24,5% houve a ocorrência de epidural, com prevalência nas mulheres com idade igual ou inferior aos 34 anos (25,4%) (cf. Tabela 16).



Tabela 16 – Analgesia epidural e idade cronológica

Idade	<= 34 anos		>= 35 anos		Total		Residuais		$\chi^2$	p
	Nº (279)	% (73.6)	Nº (100)	% (26.4)	Nº (379)	% (100.0)	1	2		
<b>Epidural</b>										
Sim	71	25,4	22	22,0	93	24,5	,7	-,7	0,473	0,492
Não	208	74,6	78	78,0	286	75,5	-,7	,7		
Total	279	100,0	100	100,0	379	100,0				

### Medidas não farmacológicas

Iniciando-se a análise dos resultados relativos às medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto, constatamos que, conforme os resultados apresentados na Tabela 17, na totalidade da amostra, prevalecem as mulheres a quem não se aplicaram medidas não farmacológicas no alívio da dor do parto (65,4%), enquanto que em 34,6% as mesmas foram aplicadas.

Tabela 17 – Medidas não farmacológicas e idade cronológica

Idade	<= 34 anos		>= 35 anos		Total		Residuais		$\chi^2$	p
	Nº (279)	% (73.6)	Nº (100)	% (26.4)	Nº (379)	% (100.0)	1	2		
<b>Medidas farmacológicas</b>										
Sim	97	34,8	34	34,0	131	34,6	,1	-,1	0,019	0,890
Não	192	65,2	66	66,0	248	65,4	-,1	,1		
Total	279	100,0	100	100,0	379	100,0				

### Medidas não farmacológicas usadas

Das mulheres em que foram aplicadas as medidas não farmacológicas no alívio da dor no parto, na maioria (86,3%), em termos de totalidade da amostra, ocorreram a respiração e o relaxamento, estando muito próximos os percentuais registados em ambos os grupos etários (85,6% ≤34 anos vs. 88,2% ≥35 anos). Salientamos que em 6,9% dos casos foi aplicada a hidroterapia e em 5,3% a hidroterapia associada a respiração e relaxamento. Em relação à técnica de massagem associada a respiração, e à hipnose as ocorrências foram reduzidas (cf. Tabela 18).

Tabela 18 – Tipo de medidas não farmacológicas e idade cronológica

Idade	<= 34 anos		>= 35 anos		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	Nº (97)	% (73.6)	Nº (34)	% (26.4)	Nº (131)	% (100.0)	1	2		
<b>Tipo de métodos não farmacológicos</b>										
Respiração e relaxamento	83	85,6	30	88,2	113	86,3	-,4	,4	0,812	0,937
Hidroterapia	7	7,2	4	5,9	9	6,9	,3	-,3		
Respiração, relaxamento e hidroterapia	5	5,2	2	5,9	7	5,3	-,2	,2		
Respiração e massagem	1	1,0	-	-	1	0,8	,6	-,6		
Hipnose	1	1,0	-	-	1	0,8				
Total	97	100,0	34	100,0	131	100,0				

### Medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e variáveis contextuais do parto

#### Medidas não farmacológicas e proveniência

Reportando-nos aos resultados do uso de medidas não farmacológicas em função da proveniência das parturientes para a sala de partos, apuramos que, na totalidade da amostra, o percentual mais elevado corresponde às que provieram do serviço de urgência obstétrica (62,2%), enquanto 37,8% provieram do internamento.

A análise específica do uso de medidas não farmacológicas no alívio da dor no parto em função da proveniência das parturientes para a sala de partos revela que 65,6% das que vieram do serviço de urgência tiveram intervenção com medidas não farmacológicas para o alívio da dor, enquanto que a 60,4% não lhes foram proporcionadas essas medidas.

No grupo de parturientes vindas do internamento, em 34,4% houve intervenção com medidas não farmacológicas para alívio da dor, contrariamente a 39,6% que não usufruíram destas medidas.

Tabela 19 – Medidas não farmacológicas e proveniência

Medidas não farmacológicas	Sim		Não		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	Nº (131)	% (34.8)	Nº (245)	% (65.2)	Nº (376)	% (100.0)	1	2		
<b>Proveniência</b>										
Urgência	86	65,6	148	60,4	234	62,2	1,0	-1,0	0,997	0,318
Internamento	45	34,4	97	39,6	142	37,8	-1,0	1,0		
Total	131	100,0	245	100,0	376	100,0				

### Medidas não farmacológicas e tipo de parto

A leitura dos resultados apresentados na Tabela 20 revela-nos que os valores globais apontam para um predomínio de parturientes com parto eutócico (80,5%), das quais em 80,9% houve intervenção com medidas não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto, enquanto em 80,2%, também com parto eutócico, não se recorreu às referidas medidas. Quanto às mulheres com parto distócico, apenas em 19,1% se recorreu aos métodos não farmacológicos de alívio da dor, não ocorrendo o mesmo em 19,8% das parturientes.

Tabela 20 – Medidas não farmacológicas e tipo de parto

Medidas não farmacológicas	Sim		Não		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	Nº (131)	% (34.6)	Nº (248)	% (65.4)	Nº (379)	% (100.0)	1	2		
<b>Tipo de parto</b>										
Eutócico	106	80,9	199	80,2	305	80,5	,2	-,2	0,025	0,875
Distócico	25	19,1	49	19,8	74	19,5	-,2	,2		
Total	131	100,0	248	100,0	379	100,0				

### Medidas não farmacológicas e mobilidade

Da análise dos resultados anunciados na Tabela 21, podemos inferir que, na globalidade da amostra, há um predomínio de parturientes a quem não lhes foi permitido deambular e/ou mudar de posição (70,7%), onde se incluem 72,5% das que houve intervenção com medidas não farmacológicas no alívio da dor do trabalho de parto, contrariamente a 69,8% onde as mesmas não foram aplicadas.

Em relação às parturientes com permissão para deambularem e/ou mudarem de posição, num total de 29,3%, o percentual mais elevado corresponde às que não foram sujeitas à intervenção com medidas não farmacológicas no alívio da dor do trabalho de parto, enquanto em 27,5% dos casos ocorreu essa intervenção.

Tabela 21 – Medidas não farmacológicas e mobilidade

Medidas não farmacológicas	Sim		Não		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	Nº (131)	% (34.8)	Nº (245)	% (65.2)	Nº (376)	% (100.0)	1	2		
<b>Mobilidade</b>										
Sim	36	27,5	74	30,2	110	29,3	-,6	,6	0,306	0,580
Não	95	72,5	171	69,8	266	70,7	-,6	,6		
Total	131	100,0	245	100,0	376	100,0				

### Medidas não farmacológicas e admissão a sala de partos em período expulsivo

Reportando-nos agora aos resultados referentes ao uso de medidas não farmacológicas no alívio da dor do trabalho de parto em função do período expulsivo, constatamos que a quase totalidade das parturientes (94,7%) não se encontrava nesse período aquando da sua entrada na sala de partos.

A análise dos dados demonstra que em 96,2% das parturientes que não estavam em período expulsivo houve intervenção com medidas não farmacológicas no alívio da dor do trabalho de parto, opostamente a 93,9%, onde as mesmas não ocorreram.

Tabela 22 - Medidas não farmacológicas e admissão em período expulsivo

Medidas não farmacológicas	Sim		Não		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	Nº (131)	% (34.8)	Nº (245)	% (65.2)	Nº (376)	% (100.0)	1	2		
<b>Período expulsivo</b>										
Sim	5	3,8	15	6,1	20	5,3	-,9	,9	0,901	0,343
Não	126	96,2	230	93,9	356	94,7	,9	-,9		
Total	131	100,0	245	100,0	376	100,0				

### Medidas não farmacológicas e analgesia epidural

Em relação ao recurso das medidas não farmacológicas no alívio da dor do trabalho de parto em função das parturientes terem recebido a analgesia epidural, conforme exposto na Tabela 23, observamos que em 78,4% dos casos não se utilizou a analgesia epidural, nem houve intervenção com medidas não farmacológicas, contrariamente a 69,5% das mulheres, que receberam analgesia epidural mas sem intervenção de medidas não farmacológicas para o alívio da dor do parto.

De salientar que em 24,7% das participantes foi utilizada a analgesia epidural, sendo que 30,5% receberam medidas não farmacológicas para alívio da dor, enquanto que em 21,6% das parturientes esta prática não ocorreu.

Tabela 23 – Medidas não farmacológicas e analgesia epidural

Medidas não farmacológicas	Sim		Não		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	Nº (131)	% (34.8)	Nº (245)	% (65.2)	Nº (376)	% (100.0)	1	2		
<b>Epidural</b>										
Sim	40	30,5	53	21,6	93	24,7	1,9	-1,9	3,633	0,057
Não	91	69,5	192	78,4	283	75,3	-1,9	1,9		
Total	131	100,0	245	100,0	376	100,0				

### Medidas não farmacológicas e número de gestações

Quanto aos resultados do uso de medidas não farmacológicas no alívio da dor do trabalho de parto em função do número de gestações, confirmamos que, pelos resultados apresentados na Tabela 24, 52,5% do total da amostra são primíparas, enquanto 47,5% são múltiparas.

No grupo de parturientes primíparas, sobressaem os 55,9% que não receberam medidas não farmacológicas para alívio da dor, ao invés de 46,2% das parturientes em quem foram aplicadas medidas não farmacológicas.

Em relação às múltiparas, em 53,8% aplicaram-se medidas não farmacológicas no alívio da dor do trabalho de parto, o que não se verificou em 44,1% das múltiparas.

Tabela 24 – Medidas não farmacológicas e número de gestações

Medidas não farmacológicas	Sim		Não		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	Nº (130)	% (34.7)	Nº (245)	% (65.3)	Nº (375)	% (100.0)	1	2		
<b>N.º de gestações</b>										
Primípara	60	46,2	137	55,9	197	52,5	-1,8	1,8	3,248	0,072
Múltipara	70	53,8	108	44,1	178	47,5	1,8	-1,8		
Total	130	100,0	245	100,0	375	100,0				

### 3. DISCUSSÃO

O presente capítulo contém a discussão metodológica e a discussão dos resultados, as quais são feitas tendo em conta as questões de investigação e os objetivos inicialmente delineados.

#### 3.1. DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Desde o início da conceptualização do estudo, que uma das preocupações consistiu em desenvolver um trabalho metodologicamente rigoroso. A metodologia usada foi a que pareceu ser a mais correta para facilitar e tornar possível a realização deste estudo. Os procedimentos metodológicos utilizados no presente estudo foram ao encontro dos objetivos traçados, estando igualmente concordantes com as características da amostra. No entanto, durante a elaboração desta investigação confrontámo-nos com algumas dificuldades metodológicas, que se passam a descrever.

Considera-se uma limitação metodológica o facto de não se ter uma amostra mais representativa, uma vez que o tipo de amostragem (não probabilística), impede que se faça a generalização dos resultados a outra população de puérperas. O presente estudo necessita, assim, de confirmação com a realização de outros estudos no mesmo âmbito, se possível, com amostras ainda mais alargadas.

O facto do presente estudo ser transversal, aponta para algumas vantagens e desvantagens metodológicas. Assim, considera-se vantajoso o facto de ser um estudo mais breve e metodologicamente menos complexo. Todavia, as desvantagens prendem-se com o aspeto da avaliação ficar centrada no momento da recolha de dados, não havendo um seguimento da problemática em estudo, o que poderia ser evitado através da aplicação de um estudo longitudinal. Outra das limitações dos estudos transversais refere-se ao facto de não explicarem a dinâmica das correlações identificadas. (Fortin, 2009).

Entende-se, por isso, que este estudo esteve condicionado a opções metodológicas, que não permitem a extrapolação dos resultados obtidos a outras amostras com as mesmas características, processo que só será exequível através da confirmação de outros estudos da mesma área, porém com amostras mais extensas.

Apesar das limitações apresentadas e algumas dificuldades inerentes, considera-se que as opções metodológicas foram as mais apropriadas ao tipo de estudo desenvolvido, o qual permitiu verificar se os métodos não farmacológicos usados no alívio da dor no trabalho de parto são mais eficazes quando comparados com a não utilização de nenhum método, placebo ou qualquer outro método.

### 3.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra deste estudo é constituída por 382 mulheres que pariram na Sala de Partos do Centro Hospitalar Cova da Beira. As mesmas têm uma idade mínima de 18 anos e uma máxima de 46 anos, ou seja, uma idade média de 30,95 anos ( $\pm 5,451$  anos).

Começando-se pelos resultados relativos às medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto, constatamos que, na totalidade da amostra, prevalecem as mulheres a quem não se aplicaram medidas não farmacológicas no alívio da dor do trabalho de parto (65,4%), enquanto que em 34,6% as mesmas foram aplicadas.

Apesar de a Organização Mundial de Saúde defender que os métodos não farmacológicos podem e devem ser utilizados, por serem seguros e pouco invasivos, as situações em que foram aplicadas medidas não farmacológicas (34,6%) são muito reduzidas; e, menores que as encontradas no estudo de Ritter (2012), onde em 68,2% das mulheres utilizou alguma medida não farmacológica para aliviar a dor durante o trabalho de parto.

O mesmo comprova um estudo experimental randomizado realizado por Barbieri et al. (2013), no estado de São Paulo no Brasil, com parturientes a quem foram realizadas medidas não farmacológicas para alívio da dor, e cujo objetivo era avaliar de forma isolada e combinada a utilização do banho quente de aspersão e exercícios perineais realizados com bola suíça, demonstrou que a utilização de intervenções não farmacológicas para alívio da dor durante o trabalho de parto, reduziu significativamente o score de dor referido pelas parturientes ( $p=0,0026$ ).

São muitas as medidas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto descritas em variadíssimos estudos, destacando-se entre elas o banho quente, os exercícios perineais com bola suíça, exercício de respiração e relaxamento, massagem, acupunctura, ENT, entre outras. Estas práticas são vistas pela maioria dos autores como vantajosas na promoção de um maior conforto para a parturiente, para além de permitirem à mesma uma maior liberdade de escolha.

Das mulheres em que foram aplicadas as medidas não farmacológicas no alívio da dor no parto, na maioria (86,3%), em termos de totalidade da amostra, ocorreram a respiração e o relaxamento. Salientamos que em 6,9% dos casos foi aplicada a hidroterapia e em 5,3% a hidroterapia associada a respiração e relaxamento.

Todavia, os resultados do presente estudo vão ao encontro das medidas utilizadas na maioria dos estudos, onde se destacam os exercícios de respiração, relaxamento, e a hidroterapia, por norma, associada às técnicas de respiração e relaxamento (Reberte & Hoga, 2005; Ricci, 2008; Ritter, 2012).

Ao compararmos o presente estudo com o de Oliveira (2007) nota-se a mudança quanto à frequência dos métodos não farmacológicos de alívio da dor utilizados, uma vez que o método mais utilizado era a bola de nascimento e o banho de aspersão, enquanto no presente estudo os métodos mais recorrentes foram a respiração, o relaxamento e a hidroterapia, ainda que em casos mais reduzidos. Os exercícios respiratórios podem não ser suficientes na redução da sensação dolorosa durante o primeiro período do trabalho de parto, porém são eficazes na redução da ansiedade. (Reberte & Hoga, 2005).

Esta ideia é ainda corroborada por Davim e Torres (2008), num ensaio clínico quantitativo do tipo intervenção terapêutica, que visava a avaliação da efetividade de estratégias não farmacológicas como exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. Os autores, apesar de constatarem que houve alívio da dor quando aplicadas estas medidas ( $p=0,000$ ), frisaram o facto de em muitos dos estudos encontrados, as técnicas de respiração e relaxamento não mostraram ser tão efetivas na redução da dor, mas sim na diminuição dos níveis de ansiedade.

É importante salientar que na maioria dos estudos o banho quente é o mais utilizado dos métodos não farmacológicos, associado a outro num mesmo momento ou isolado.

Um ensaio clínico controlado do tipo intervenção terapêutica, realizado por Santana et al. (2013), demonstrou que após intervenção com banho de chuveiro, a maioria das parturientes referiu uma diminuição da dor, quando comparada ao momento antes ( $p<0,01$ ). Estes autores demonstraram que a hidroterapia é uma medida não farmacológica bastante favorável ao alívio da dor no trabalho de parto, sendo eficaz no tratamento, sem efeitos adversos e de fácil aceitação pelas parturientes.

Um outro estudo realizado por Barbieri et al. (2013), permitiu concluir que a utilização de intervenções não farmacológicas para alívio da dor durante a fase ativa do trabalho de parto, como o banho de aspersão de forma isolada e o uso deste com a bola suíça de forma



combinada reduziu o score de dor referido pelas parturientes, promoveu o relaxamento e a diminuição da ansiedade ( $p= 0,1475$ ;  $p=0,2733$ ;  $p=0,0150$ , respetivamente).

A utilização do banho quente durante o trabalho de parto promove o relaxamento e diminui a dor e a ansiedade, para além de influenciar positivamente a evolução do trabalho de parto, pois atua no sistema cardiovascular, promovendo a vasodilatação periférica e a redistribuição do fluxo sanguíneo. (Barbieri et al., 2013; Santana et al., 2013).

No que se refere à mobilidade, constatámos que os valores globais da amostra indicam-nos que na grande maioria dos casos em análise (70,7%) não foi permitido às mulheres deambular e/ou mudar de posição, contrariamente aos 29,3% a quem lhes foi permitido essa mobilidade. No estudo de Ritter (2012) foi menor o percentual de mulheres a quem foi permitido deambular e/ou mudar de posição (7,5%).

A deambulação durante o trabalho de parto é uma técnica utilizada com o propósito, além de outros, aliviar a dor sentida durante este período, embora nenhum autor consiga explicar, com precisão, como se dá esta influência.

Num estudo prospetivo randomizado, conduzido por Adachi, Shimada e Usui (2009), cujo objetivo consistiu em determinar se a posição materna reduz a intensidade da dor do parto quando a dilatação cervical se encontra entre os 6-8 cm, 58 parturientes foram orientadas a alternar entre a posição sentada e deitada, em cada 15 minutos. Os autores verificaram que os índices de dor medidos pela EVA foram menores na posição sentada do que na supina, com diferença estatisticamente significativa. Assim, concluíram que a posição sentada é uma postura eficaz no alívio da dor lombar durante a dilatação cervical de 6 a 8 cm, o que corrobora e justifica o uso de posturas verticalizadas adotadas por algumas mulheres do presente estudo.

Quanto às medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e variáveis contextuais do parto, constatámos que, na totalidade da amostra, o percentual mais elevado corresponde às mulheres que provieram do serviço de urgência obstétrica (62,2%), enquanto 37,8% vieram do internamento. A análise específica do uso de medidas não farmacológicas no alívio da dor no parto em função da proveniência das parturientes para a sala de partos revela que 65,6% das que vieram do serviço de urgência tiveram intervenção com medidas não farmacológicas para o alívio da dor, enquanto em 60,4% não lhes foi proporcionada nenhuma dessas medidas. No grupo de parturientes vindas do internamento, em 34,4% houve intervenção com medidas não farmacológicas para alívio da dor, contrariamente a 39,6% que não usufruíram dessas medidas.

Confirmámos que há um predomínio de parturientes com parto eutócico (80,5%), das quais em 80,9% houve intervenção com medidas não farmacológicas para o alívio da

dor do parto. Quanto às mulheres com parto distócico, apenas em 19,1% se recorreu aos métodos não farmacológicos no alívio da dor. Um estudo randomizado avaliou a efetividade da aplicação de medidas não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto, tendo igualmente verificado um percentual elevado de mulheres com parto eutócico (65,7%) a quem foi aplicada a massagem nas três fases do trabalho de parto (Simkin & Bolding, 2011).

Reportando-nos aos resultados referentes ao uso de medidas não farmacológicas no alívio da dor do trabalho de parto em função do período expulsivo, constatamos que quase a totalidade das parturientes (94,7%) não se encontrava nesse período aquando da sua entrada na sala de partos. Os resultados demonstram que em 96,2% das parturientes que não estavam em período expulsivo houve intervenção com medidas não farmacológicas. Outro resultado refere-se ao facto de termos observado que em 24,7% das participantes foi utilizada a epidural, das quais em 30,5% se recorreu às medidas não farmacológicas. No grupo de parturientes primíparas, em 46,2% aplicaram-se medidas não farmacológicas, sendo esta situação análoga a 53,8% das mulheres múltíparas.

Estes resultados corroboram os apurados por Davim, Torres e Dantas (2009), os quais verificaram que, na sua amostra constituída por mulheres primíparas e múltíparas, a maioria a quem foram utilizadas medidas não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto não se encontrava em período expulsivo e poucas tinham sido submetidas ao método de analgesia epidural.

Os mesmos autores referem que os métodos não farmacológicos podem reduzir a percepção dolorosa da dor durante o trabalho de parto, sendo considerados como não invasivos. Estes podem ser aplicados de forma combinada ou isolados, e para além do alívio da dor, podem também reduzir a necessidade de utilização de métodos farmacológicos, promovendo uma melhor experiência vivenciada durante o trabalho de parto (Davim, Torres & Dantas, 2009).



## CONCLUSÃO

Recorreu-se a uma revisão crítica da literatura que procurou ser o mais atual possível, de modo a aprofundar e consolidar conhecimentos interligados com o tema.

Assim, verificámos que o parto representa a etapa final da concepção onde o ser gerado iniciará uma vida independente do organismo materno. Promover o conforto e a satisfação da mulher neste momento está entre as tarefas mais importantes dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, que devem valorizar o parto fisiológico e o uso adequado de tecnologias, dando primazia à assistência humanizada, que respeite a individualidade e autonomia de cada mulher.

A assistência a essas mulheres, durante o trabalho de parto, na maioria das vezes, abrange o suporte emocional e o contacto físico com a finalidade de diminuir o medo, a dor, o stresse e a ansiedade, estimulando positivamente a parturiente nesse momento ímpar, pois a dor do parto e a duração do trabalho de parto sofrem influências pessoais. Deste modo, o processo de humanização do trabalho de parto requer intervenções não farmacológicas.

Neste processo natural, devem ser oferecidos cuidados voltados para o equilíbrio dos fatores ambientais, visando proporcionar à mulher que conserve a sua energia para enfrentar a dor e a associação desta com acontecimentos agradáveis à passagem do trabalho de parto de forma menos agressiva e dolorosa. Assim, as intervenções não farmacológicas são opções que devem substituir, na medida do possível, os anestésicos e analgésicos durante o trabalho de parto e parto, o que ficou demonstrado através da análise dos quatro artigos, que se constituíram como *corpus* de análise no estudo empírico I. Estes estudos mostraram que os métodos não farmacológicos usados no alívio da dor no trabalho de parto são mais eficazes quando comparados com a não utilização de nenhum método, placebo ou qualquer outro método.

Os resultados do estudo empírico II revelaram que, numa amostra constituída por 382 mulheres, com uma idade média de 30,95 anos ( $\pm 5,451$  anos), em 34,6% dos casos foram aplicadas as medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto, sobressaindo a respiração e o relaxamento. Salientamos que em alguns casos, ainda que em menor número, foi aplicada a hidroterapia isolada ou associada à respiração e ao relaxamento, bem como a hipnose. Também concluímos que em alguns casos (29,3%) foi consentido às mulheres deambular e/ou mudar de posição. Em 65,6% dos casos de

mulheres provenientes do serviço de urgência para a sala de partos houve intervenção com medidas não farmacológicas para o alívio da dor, sendo em menor número as situações em que essas medidas foram aplicadas em parturientes advindas do internamento (34,4%). Verificámos um predomínio de parturientes com parto eutócico (80,9%) em que houve intervenção com medidas não farmacológicas para o alívio da dor do trabalho de parto, bem como em 19,1% das mulheres com parto distócico. Concluimos igualmente que houve intervenção com medidas não farmacológicas no alívio da dor do trabalho de parto em 96,2% das parturientes que não estavam em período expulsivo, em 30,5% com analgesia epidural; e que 46,2% eram primíparas e 53,8% múltiparas.

De acordo com os resultados apurados, importa referir que é essencial que os cuidados não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto sejam explorados, por serem mais seguros e acarretarem menos intervenções. Além disso, a dor pode ser aliviada utilizando-se apenas esses métodos de cuidado, retomando o significado fisiológico que o parto deve representar para a mãe e para o recém-nascido.

Espera-se que este estudo contribua para despertar ainda mais o interesse dos profissionais de saúde sobre a utilização e a efetividade dos métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto. Assim, para que se amplie o uso destes métodos, sugere-se a criação de protocolos assistenciais nos quais os enfermeiros avaliem a progressão do trabalho de parto de modo a poderem decidir sobre a utilização dos mesmos, bem como se avalie a sua efetividade quando os mesmos são aplicados. Desta feita, os profissionais de saúde que prestam assistência às mulheres durante o trabalho de parto e parto têm de ter acesso ao conhecimento acerca desses métodos e sobre os seus potenciais benefícios, a fim de os poderem aplicar com maior segurança, o que resultará indiscutivelmente numa maior humanização do parto, caminhando-se em direção a uma maternidade mais segura.

A atitude do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia é importante na assistência à parturiente, tendo em vista que para além da abordagem empática se deve associar a utilização de medidas não farmacológicas adequadas, objetivando aliviar a dor tão presente nas parturientes, tendo em conta também as relações interpessoais na interação com a mulher.

## Referências Bibliográficas

- Adachi, K., Shimada, M., & Usui, A. (2003). The relationship between the parturient's and perceptions of labor pain intensity. *Nursing Research* 52(1), 47-51. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12552175>.
- Barbieri, M., Henrique, A.J., Chors, F.M., Maia, N.L., & Gabrielloni, M.C. (2013). Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(5), 478-484. Acedido em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002013000500012&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000500012&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S0103-21002013000500012.
- Bugalho, A., & Carneiro, A. V. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crônicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência. Acedido em <http://www.cembe.org/avc/pt/docs/NOC%20deAdes%C3%A3o%20a%20Patologias%20Cr%C3%B3nicas%20CEMBE%202004.pdf>
- Castro, A.A. & Guidugli, F. (2001). Planejamento da pesquisa clínica. In Castro, A. A. (Eds), *Projeto de Pesquisa de uma Revisão Sistemática*. São Paulo: AAC. Acedido em [http://www.decisaoclinica.com/planejamento/pdf/lv4\\_15\\_rsl.PDF](http://www.decisaoclinica.com/planejamento/pdf/lv4_15_rsl.PDF)
- Cyna A, Crowther C, Robinson J, Andrew M, Antoniou G, Baghurst P. (2013). Hypnosis Antenatal Training for Childbirth: a randomized controlled trial. *BJOG*, 120, 1248–1259. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23834406>
- Correia, D.S.D.M. (2009). *Deambulação no trabalho de parto*. (Dissertação de mestrado, Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus). Acedido em <http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/11480/1/Deambula%C3%A7%C3%A3o%20no%20Trabalho%20de%20Parto.PDF>.

- Da Silva, F.M., Oliveira, S.M.J.V., & Nobre, M.R.C. (2007). A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. *Midwifery*, 25, 286-294. Acedido em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613807000666>.
- Davim, R.M.B., Torres, G.V., & Dantas, J.C. (2009). Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(2), 438-445. Acedido em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000200025&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200025&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S0080-62342009000200025
- Davim, R.M.B., & Torres, G.V. (2008). Avaliação do uso de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes. *Revista RENE Fortaleza*, 9(2), 65-72. Acedido em
- Despacho nº 10 324/99 (1999, maio 26). *Diário da República*, 2(122), p. 7785. Acedido em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/legislacao/diagnostico-pre-natal/despacho-10-32599-2-serie-de-3-de-maio-dr-n-122-ii-serie-de-26-de-maio-pdf.aspx>.
- Fortin, M. F. (2009). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Gallo, R.B.S, Santana, L.S., Marcolin, A.C., Ferreira, C.H.J., Duarte, G. & Quintana, S.M. (2011). Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: Protocolo assistencial. *Femina*, 39(1), 41-48. Acedido em <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n1/a2404.pdf>
- Gayeski, M.E., & Brügemann, O.M. (2010). Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 19(4), 774-782. Acedido em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072010000400022&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400022&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S0104-07072010000400022
- Graça, L.M. (2005). *Medicina materno fetal*. (3ª Ed.). Lisboa-Porto: Lidel.
- Guidugli, F., Castro, A.A., & Atallah, A.N. (2000). Systematic reviews on leptospirosis. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 42(1), 47-49. Acedido em

- [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-46652000000100008&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-46652000000100008&lng=en&tlng=en). 10.1590/S0036-46652000000100008
- Higgins, J., & Green, S. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* V5.1.0. doi: 10.1002/9780470712184.
- Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., & Newburn, M. (2012). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database System Review*, 14(3). Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22419342>.
- Kimber, L., McNabb, M., McCourt, C., Haines, A., & Brocklehurst, P. (2008). Massage or music for pain relief in labour: a pilot randomized placebo controlled trial. *European Journal of Pain*, 12(4), 961-969. Acedido em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1090380108000128/pdf?md5=a2ac13ac2e2bc1ea2537402cc47740ea&pid=1-s2.0-S1090380108000128-main.pdf>
- Lee, S. L., Liu, S. Y., Lu, Y. Y., & Gau, M. L. (2013). Efficacy of warm showers on labor pain and birth experiences during the first labor stage. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 42(1), 19-28. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23167574>.
- Melzack, R., Kinch, R., Dobkin, P., Lebrun, M., & Taenzer, P. (2010). Severity of labour pain: influence of physical as well as psychologic variables. *Canadian Medical Association Journal*, 130(1), 579-584. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1862184/>
- Metzger, C., & Muller, A., Schwetta, M., & Walter, C. (2002) Avaliação da Dor. In Monteiro, R.N.M. (2010). *Metodologias de meta-análise aplicadas nas ciências da saúde*. (Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Departamento de Matemática). Acedido em <https://ubithesis.ubi.pt/bitstream/10400.6/1849/1/Meta-An%C3%A1lise.pdf>
- Monteiro, N.M.M (2010). *Metodologias de meta-análise aplicadas nas ciências da saúde*. (Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior). Acedido em <https://ubithesis.ubi.pt/bitstream/10400.6/1849/1/Meta-An%C3%A1lise.pdf>



Muller, A. (2002). *Cuidados de Enfermagem e Dor* (pp. 115, 159-180). Loures: Lusociência.

Muller, A. (2002). Terapêuticas do Domínio Psicológico. In Muller, A., *Cuidados de Enfermagem e Dor* (pp.141-143). Loures: Lusociência.

Muller, A., & Schwetta, M. (2002). Fisiologia Fisiopatologia da dor. In Metzger et al., *Cuidados de enfermagem e dor, modalidades de tratamento, psicologia do doente*. (pp. 2-28) Loures: Lusociência.

Muñoz-Sellés, E., Vallès-Segalés, A., & Goberna-Tricas, J. (2013). Use of alternative and complementary therapies in labor and delivery care: a cross-sectional study of midwives' training in Catalan hospitals accredited as centers for normal birth. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 13(318). doi:10.1186/1472-6882-13-318

Nilsen, E., Sabatino, H., & Lopes, M.H.B.M. (2011). Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 557-565. Acedido em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300002&lng=en&tlng=pt)

Nunes, A.I.V., & Ramos, R.M.R. (2010). Controlo da dor. *Mundo Médico*, 6(36), 50-53.

Oliveira e Silva, D.A., Ramos, M. G., Jordão, V.R.V., Silva, R.A.R., Carvalho, J.B.L., & Costa, M.M.N. (2013). Uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto normal: Revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da UEFP*, 7, 4161-4170. Acedido em [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2582/pdf\\_2608](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2582/pdf_2608)

Oliveira, L. L. (2007). *O uso de métodos não farmacológicos no trabalho de parto: as ações das enfermeiras*. (Relatório Final, Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Acedido em <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/115166/000605585.pdf?sequence=1>

- Pedroso, R. A., & Celich, K.L.S. (2006). Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 15(2), 270-276. Acedido em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000200011&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200011&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S0104-07072006000200011
- Pereira, A.L., & Bachion, M.M. (2006). Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 27(4), 491-498. Acedido em <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4633/2548>
- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2014). *Análise categórica, árvores de decisão e análise de conteúdo em ciências sociais e da saúde com o SPSS*. Lisboa: Edições Lidel.
- Polit, D. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. São Paulo: Artmed Editora.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde (2003). Circular Normativa nº 9 DGCG: A dor como 5º sinal vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor. Lisboa: DGE. Acedido em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde (2001). *Plano nacional de luta contra a dor*. Lisboa: DGE. Acedido em [http://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo\\_da\\_dor/Plano\\_Nacional\\_de\\_Luta\\_Contra\\_a\\_Dor.pdf](http://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Plano_Nacional_de_Luta_Contra_a_Dor.pdf)
- Portugal, Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática*. Acedido em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Portugal, Ordem dos Enfermeiros (2013). *Projeto "Maternidade com Qualidade"*. Acedido em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR\\_Medidasnaofarmacologicas\\_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf).
- Reberte, L.M., & Hoga, L.A.K. (2005). O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 14(2), 186-192.

Acedido em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072005000200005&lng=en&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000200005&lng=en&lng=pt). 10.1590/S0104-07072005000200005

Ribeiro, A.L., & Cardoso, A. (2007). A dor: um foco da prática dos enfermeiros. *Dor*, 15(1), 6-15. Acedido em [http://www.aped-dor.org/images/revista\\_dor/pdf/2007/n1.pdf](http://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2007/n1.pdf)

Ricci, S. S. (2008). *Enfermagem maternoneonatal e saúde da mulher*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Ritter, K.M. (2012). *Manejo não farmacológico da dor em mulheres durante o trabalho de parto em um hospital escola*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Acedido em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/69750/000872981.pdf?sequence=1>

Sampaio, R.F., & Mancini, M.C. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 11(1), 83-89. Acedido em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-35552007000100013&lng=en&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552007000100013&lng=en&lng=pt). 10.1590/S1413-35552007000100013

Santana, L.S., Gallo, R.B.S., Ferreira, C.H.J., Quintana, S.M., & Marcolin, A.C. (2013). Effect of shower bath on pain relief of parturients in active labor stage. *Revista Dor*, 14(2), 111-113. Acedido em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-00132013000200007&lng=en&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132013000200007&lng=en&lng=en). 10.1590/S1806-00132013000200007.

Sartori, A.L., Vieira, F., Almeida, N.A.M., Bezerra, A.L.Q. & Martins, C.A. (2011). Estratégias no farmacológicas para aliviar el dolor durante el proceso del parto. *Enfermaria Global*, 21, 1-9. Acedido em <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/116001/109961>

Sescato, A.C., Souza, S.R.R.K., & Wall, M.L. (2008). Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 13(4), 585-590. Acedido em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/13120/8879>

Silva. E.F., Strapasson, M.R., & Fischer, A.C.S. (2011). Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto e parto. *Revista da Escola de Enfermagem*

- da UFSM, 1(2), 261-271. Acedido em <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2526>.
- Silva, L.M., Oliveira, S.M.J.V., Silva, F.M.B., & Alvarenga, M.B. (2011). Uso da bola suíça no trabalho de parto. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(5), 656-662. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/10v24n5.pdf>
- Silva, L.B. (2007). Posições maternas no trabalho de parto e parto. *Femina*, 35(2), 102-106. Acedido em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=471276&indexSearch=ID>.
- Simkin, P., & Bolding, A. (2011). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(6), 489-504. Acedido em <http://www.medscape.com/viewarticle/494120>
- Sousa, M.F.C.O. (2009). *O enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor: Informação/aplicação*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra). Acedido em [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/14925/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_mestrado\\_F%C3%A1tima%20Sousa.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/14925/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_mestrado_F%C3%A1tima%20Sousa.pdf)



**Anexos**



## Anexo I

### Resultado da aplicação da avaliação crítica de uma revisão sistemática da literatura

Muñoz-Sellés, E., Vallès-Segalés, A., & Goberna-Tricas, J. (2013). Use of alternative and complementary therapies in labor and delivery care: a cross-sectional study of midwives' training in Catalan hospitals accredited as centers for normal birth. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 13(318) doi:10.1186/1472-6882-13-318

<b>Validade dos resultados</b>	Sim	?	Não	N/A
<b>A revisão aborda de forma explícita uma questão clínica sensível?</b>	2			
<b>A pesquisa dos estudos relevantes foi detalhada e exaustiva?</b>			0	
<b>Os estudos primários têm elevada qualidade metodológica?</b>	2			
<b>A interpretação dos estudos é reprodutível?</b>	2			
<b>Importância dos resultados</b>	Sim	?	Não	N/A
<b>Os resultados foram semelhantes entre os estudos?</b>			0	
<b>Quais são os resultados gerais dos estudos?</b>	2			
<b>Quão precisos são os resultados?</b>	2			
<b>Aplicabilidade dos resultados</b>	Sim	?	Não	N/A
<b>Qual é a melhor forma de interpretar os resultados para aplicá-los na prática clínica?</b>	2			
<b>Foram considerados todos os outcomes clinicamente importantes?</b>	2			
<b>Os benefícios do tratamento sobrepõem-se aos potenciais riscos e custos da sua implementação?</b>	2			
<b>Total=</b>				<b>90% pontos</b>

Cada questão é classificada em 4 hipótese:

- resposta afirmativa = sim (codificada com 2)
- pouco claro/possivelmente (codificada com 1)
- resposta negativa = não (codificada com 0)  
não aplicável



---

Gayeski, M.E., & Brüggemann, O.M. (2010). Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis; 19(4), 774-782.

---

<b>Validade dos resultados</b>	Sim	?	Não	N/A
<b>A revisão aborda de forma explícita uma questão clínica sensível?</b>	2			
<b>A pesquisa dos estudos relevantes foi detalhada e exaustiva?</b>			0	
<b>Os estudos primários têm elevada qualidade metodológica?</b>	2			
<b>A interpretação dos estudos é reprodutível?</b>	2			
<b>Importância dos resultados</b>	Sim	?	Não	N/A
<b>Os resultados foram semelhantes entre os estudos?</b>			0	
<b>Quais são os resultados gerais dos estudos?</b>	2			
<b>Quão precisos são os resultados?</b>	2			
<b>Aplicabilidade dos resultados</b>	Sim	?	Não	N/A
<b>Qual é a melhor forma de interpretar os resultados para aplicá-los na prática clínica?</b>	2			
<b>Foram considerados todos os outcomes clinicamente importantes?</b>	2			
<b>Os benefícios do tratamento sobrepõem-se aos potenciais riscos e custos da sua implementação?</b>	2			
	<b>Total=</b>	90% pontos		

---

Cada questão é classificada em 4 hipótese:

- resposta afirmativa = sim (codificada com 2)
- pouco claro/possivelmente (codificada com 1)
- resposta negativa = não (codificada com 0)
- não aplicável

---

Santana, L.C.; Gallo, R.B.S., Ferreira, C.H.J., Quinta, S.M., & Marcolin, A.C. (2013). Effect of shower bath on pain relief of parturients in active labor stage. *Revista Dor*;14(2), 111-113.

---

<b>Validade dos resultados</b>	Sim	?	Não	N/A
<b>A revisão aborda de forma explícita uma questão clínica sensível?</b>	2			
<b>A pesquisa dos estudos relevantes foi detalhada e exaustiva?</b>	2			
<b>Os estudos primários têm elevada qualidade metodológica?</b>	2			
<b>A interpretação dos estudos é reprodutível?</b>	2			
<b>Importância dos resultados</b>	Sim	?	Não	N/A
<b>Os resultados foram semelhantes entre os estudos?</b>			0	
<b>Quais são os resultados gerais dos estudos?</b>	2			
<b>Quão precisos são os resultados?</b>	2			
<b>Aplicabilidade dos resultados</b>	Sim	?	Não	N/A
<b>Qual é a melhor forma de interpretar os resultados para aplicá-los na prática clínica?</b>	2			
<b>Foram considerados todos os outcomes clinicamente importantes?</b>	2			
<b>Os benefícios do tratamento sobrepõem-se aos potenciais riscos e custos da sua implementação?</b>	2			
	<b>Total=</b>	95%	pontos	

---

Cada questão é classificada em 4 hipótese:

- resposta afirmativa = sim (codificada com 2)
- pouco claro/possivelmente (codificada com 1)
- resposta negativa = não (codificada com 0)
- não aplicável

Barbieri, M., Henrique, A.J., Chors, F.M., Maia, N.L., & Gabrielloni, M.C. (2013). Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(5), 478-484.

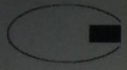
<b>Validade dos resultados</b>	Sim	?	Não	N/A
<b>A revisão aborda de forma explícita uma questão clínica sensível?</b>	2			
<b>A pesquisa dos estudos relevantes foi detalhada e exaustiva?</b>			0	
<b>Os estudos primários têm elevada qualidade metodológica?</b>	2			
<b>A interpretação dos estudos é reprodutível?</b>	2			
<b>Importância dos resultados</b>	Sim	?	Não	N/A
<b>Os resultados foram semelhantes entre os estudos?</b>	2			
<b>Quais são os resultados gerais dos estudos?</b>	2			
<b>Quão precisos são os resultados?</b>	2			
<b>Aplicabilidade dos resultados</b>	Sim	?	Não	N/A
<b>Qual é a melhor forma de interpretar os resultados para aplicá-los na prática clínica?</b>	2			
<b>Foram considerados todos os outcomes clinicamente importantes?</b>	2			
<b>Os benefícios do tratamento sobrepõem-se aos potenciais riscos e custos da sua implementação?</b>	2			
<b>Total=</b>		95% pontos		

Cada questão é classificada em 4 hipótese:

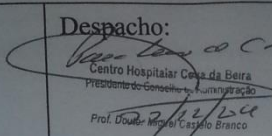
- resposta afirmativa = sim (codificada com 2)
- pouco claro/possivelmente (codificada com 1)
- resposta negativa = não (codificada com 0)
- não aplicável

## Anexo II

### Pedido de Autorização ao Presidente do Conselho de Administração Presidente do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.

 Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.

*Recibido*  
*2014.12.15*  
*[Signature]*

Parecer:	Despacho:  Centro Hospitalar Cova da Beira Presidente do Conselho de Administração Prof. Doutor Miguel Castelo Branco
<b>ASSUNTO:</b> Projecto de Investigação nº 108/2014 - "Medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto".	
<b>PARA:</b> Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração.	N.º 115/GII
<b>DE:</b> Gabinete de Investigação e Inovação.	Data 19/12/2014

Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Ana Rita Proença Gomes Prata, aluna de Mestrado de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu, para a realização de um estudo subordinado ao tema "Medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto", a realizar no Departamento de Saúde da Criança e da Mulher - Serviço de Obstetrícia e Ginecologia deste Centro Hospitalar.

Envio ainda o parecer n.º75/2014 emitido pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar Cova da Beira.

Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Procedimentos do Centro de Investigação Clínica.

Com os melhores cumprimentos, *permanis*

?  
O Gabinete de Investigação e Inovação

*Fox Lacerito*  
(Dr.ª Rosa Saraiva)

ENVIADO A  
G. Investigação e Inovação  
06 JAN. 2015

Centro Hospitalar Cova da Beira
Presença em reunião do C.A.
Em: <i>2014.12.15</i>
Despacho: <i>[Signature]</i>
Presidente do C.A. Prof. Doutor Miguel Castelo Branco
Vogal do C.A. Prof.ª Dra. Amélia Almeida
Vogal do C.A. Técnica Superior Grminda Susana
Directora Clínica Dra. Rosa Maria Ballesteros
Enfermeiro Director Enf.ª António João Rodrigues



## Anexo III

### Instrumento de recolha de dados

#### Dados Sociodemográficos:

Idade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

#### Dados obstétricos:

Idade gestacional: \_\_\_\_\_

Gesta \_\_\_\_ Para \_\_\_\_

Vigilância: Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

Nº consultas: \_\_\_\_\_

Patologia: Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

Risco: Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

#### Dados do RN:

Peso: \_\_\_\_\_

Apgar 1º minuto: \_\_\_\_\_ 5º minuto: \_\_\_\_\_ 10º minuto: \_\_\_\_\_

#### Dados do Parto:

Data \_\_\_\_\_

Tipo de parto:

Eutócico \_\_\_\_

Ventosa \_\_\_\_

Forceps \_\_\_\_

Pélvico \_\_\_\_

RPM: Espontânea \_\_\_\_ Artificial \_\_\_\_

Duração do período expulsivo:

Menos de 30 minutos \_\_\_\_

30 - 45 minutos \_\_\_\_

Mais que 45 minutos \_\_\_\_

Analgesia epidural: Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

#### EPISIOTOMIA

Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

Informada parturiente previamente: Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

Períneo íntegro: Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Lacerações: Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Sutura perineal: Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Hemorragia: Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Dor perineal: Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Medidas não farmacológicas de promoção de integridade do períneo:

Massagem Pré-Natal: \_\_\_ Aplicação de calor no períneo: \_\_\_

### **AMAMENTAÇÃO NA PRIMERA HORA DE VIDA**

Sim \_\_\_ Não \_\_\_

### **CONTACTO PELE A PELE**

Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Recém-Nascido despido sobre o peito/abdómen da mãe:

< 1h \_\_\_ 1h \_\_\_ > 1h \_\_\_

### **MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS DE ALÍVIO DA DOR NO TP/PARTO**

Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Medida utilizada: \_\_\_\_\_

Permitida mobilidade durante o Trabalho de Parto: Sim \_\_\_ Não \_\_\_

