



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA- UNB
FACULDADE DE CEILÂNDIA- FCE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LUIZA BONACH DAHER

**MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICAS DE ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE
PARTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

CEILÂNDIA - DISTRITO FEDERAL

2016

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB

FACULDADE DE CEILÂNDIA - FCE

CURSO DE ENFERMAGEM

LUIZA BONACH DAHER

**MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICAS DE ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE
PARTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem 2, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, Universidade de Brasília- Faculdade de Ceilândia.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª. Antônia de Jesus Angulo Tuesta

CEILÂNDIA - DISTRITO FEDERAL

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

DAHER, L.B.

Medidas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão integrativa./ Luíza Bonach Daher. Brasília, 2016.

Monografia (Graduação) – Universidade de Brasília.
Faculdade de Ceilândia. Curso de Enfermagem. 2016

Orientação: Antônia de Jesus Angulo Tuesta

I. DAHER, L.B. II. Medidas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão integrativa.

DAHER, L.B. Medidas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão integrativa. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade de Brasília- Faculdade de Ceilândia. Distrito Federal, 2016. 52 p.

Monografia apresentada à Faculdade de
Ceilândia da Universidade de Brasília
como requisito de obtenção do título de
enfermeiro.

Aprovado em: _____/_____/_____

Comissão Julgadora

Prof^ª. Dr^a Antônia de Jesus Angulo Tuesta
Instituição: Universidade de Brasília- Faculdade de Ceilândia
Presidente

Prof^ª. Ms. Juliana Machado Schardosim
Instituição: Universidade de Brasília- Faculdade de Ceilândia
Membro efetivo

Prof^ª. Dr^a Rejane Antonello Griboski
Instituição: Universidade de Brasília (UnB)
Membro efetivo

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, pelo dom da vida, por me abençoar, proteger e iluminar todos os dias, me dando forças para seguir essa caminhada com fé e amor.

Aos meus pais João Miguel Daher e Márcia Bonach Daher, base da minha vida, foram as pessoas mais presentes durante toda minha trajetória acadêmica, meu incentivo e amor incondicional. Obrigada por todo amor, carinho, dedicação e paciência! Amo vocês imensamente!

Ao meu irmão Guilherme Bonach Daher e minha cunhada Marianna Cutrim Uchida Daher, que desde o começo me incentivaram, passaram confiança e alegria, torceram por mim e acreditaram que eu era capaz.

À minha sobrinha Júlia Uchida Daher, que ilumina meus dias com sua alegria e inocência, sendo uma das minhas maiores inspirações.

À minha amada avó Ana de Luordes Magalhães Bonach, por ser o grande exemplo de mulher, a qual me inspiro todos os dias com sua humildade e carisma com o próximo.

Aos queridos familiares, em especial minha avó Edith da Costa Daher e meus tios Eliane Simões Daher, Lúcia Bonach, Luís Bonach, Maria Helena Moreira Bonach, Marta Bonach e Tannús Daher que nunca duvidaram do meu potencial e estavam sempre torcendo pelas minhas conquistas e sonhos, estando presentes em todos meus passos e realizações.

Aos meus amigos Gabryella Dias, Larissa Dias, Rian Pessoa e Thaís Damasceno, pela amizade, companheirismo e momentos compartilhados, tornando meus dias na Faculdade e fora dela em momentos prazerosos, sem vocês eu não conseguiria.

Aos meus amigos Eduarda Carneiro, Luna Christina, João Paulo, Silziane Vieira e Rhanyelle Pontes, pela amizade, atenção, companheirismo nos momentos difíceis, momentos de descontração e luta pelo tão sonhado diploma.

À minha orientadora Antônia de Jesus Angulo Tuesta por ter me orientado e dedicado sua atenção e tempo para realização desse trabalho.

Aos mestres que foram fonte de conhecimento e experiências, contribuindo com meu processo de formação, em especial à Ana Claudia Valladares, Josiane Maria, Juliana

Schardosim, Mani Funez, Marina Moratto, Márcia Magro e Michelle Ipolito, que me mostraram o caminho da Enfermagem, com toda atenção e dedicação.

À Nyedja Gennari, que desde o ensino infantil me acolheu com todo seu amor e carinho, se tornando um grande exemplo de vida e pessoa, minha eterna gratidão.

Aos pacientes que por tantas vezes depositaram em mim confiança, compartilharam suas angústias e inseguranças, sendo fundamentais para minha formação profissional, me tornando uma pessoa melhor a cada dia, enxergando a fragilidade da vida e também compartilhando momentos bons e inesquecíveis para o meu crescimento.

Aos profissionais que estiveram ao meu lado, sempre acolhendo com carinho nos campos de estágio, em especial Andréia, Cleide, Gisele, Janaína, Kenya, Larissa, Raquel, Selma, Rute e Tatiana, essenciais nesse último ano de graduação, onde já não tinha professor ao lado todos os dias, mas grandes profissionais dedicados que me estenderam as mãos e complementaram na prática o que era necessário para minha formação.

A todos, que direta ou indiretamente fizeram para desta trajetória, o meu muito obrigada!

DAHER, L.B. Medidas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão integrativa. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade de Brasília- Faculdade de Ceilândia. Distrito Federal, 2016. 52 p.

RESUMO

Introdução: A humanização da assistência obstétrica e neonatal vem como forma de promover acompanhamento de parto e puerpério adequados, onde os serviços de saúde devem organizar-se para garantir à mulher e ao recém-nascido o cuidado prestado, com qualidade e dignidade aos mesmos. A adoção de práticas humanizadas e seguras depende também da organização das rotinas, procedimentos realizados, estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não-intervencionistas. **Objetivos:** Analisar a produção científica brasileira sobre a implementação dos métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto pela equipe de enfermagem preconizadas pela Rede Cegonha. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa por meio do levantamento bibliográfico nas bases eletrônicas de dados da LILACS e Google Acadêmico. Na literatura levantada incluiu-se estudos publicados entre os anos de 2012 e 2016. **Resultados e Discussão:** Identificou-se que os profissionais reconheciam a importância da implementação dos métodos para amenizar a dor no parto. Para humanização do cuidado é necessário métodos e atitudes simples, que exigem doação e interesse profissional, além de mudanças da assistência e infraestrutura. **Conclusão:** Tais métodos conduzem para a condução de que valorizar a liberdade da mulher, oferecendo-lhe alternativas e métodos de conforto.

Descritores: Trabalho de parto, parto humanizado, dor no parto, enfermagem no Brasil, métodos não farmacológicos.

DAHER, L.B. Non-pharmacological methods for pain relief during labor: integrative review. Work Completion of course. University of Brasilia - School of Ceilândia. Distrito Federal, 2016. 52 p.

ABSTRACT

Introduction: The humanization of obstetric and neonatal care comes as a means of promoting adequate delivery and puerperal care, where health services must organize themselves to guarantee the care and quality of care provided to the woman and the newborn. The adoption of humanized and safe practices also depends on the organization of routines, procedures performed, physical structure, as well as the incorporation of welcoming and non-interventionist behaviors. **Objectives:** To analyze the scientific production on the implementation of non-pharmacological methods of pain relief in labor by the nursing team recommended by the Stork Network. **Methods:** This is an integrative review by means of the bibliographic survey in the electronic databases of LILACS and Google Scholar. The literature includes studies published between the years 2012 and 2016. **Results and Discussion:** It was identified that professionals recognized the importance of the implementation of methods to ameliorate pain at childbirth. Humanization of care requires simple methods and attitudes, which require donation and professional interest, as well as changes in care and infrastructure. **Conclusion:** These methods lead to the realization that valuing women's freedom, offering them alternatives and methods of comfort, is an important measure in the pathway in assisting the laboring woman in her labor.

Keywords: Labor, humanized delivery, labor pain, nursing in Brazil, non-pharmacological methods.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Relação de artigos selecionados segundo ano de publicação, título do artigo, autores, título do periódico e qualificação Capes. Brasil, 2012-2016.

Quadro 2- Relação dos artigos selecionados segundo tipo de estudo, participantes, local e nível do estudo.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Banho de aspersão

Figura 2. Banho de aspersão

Figura 3. Massagem na região lombar

Figura 4. Exercícios respiratórios

Figura 5. Técnicas de relaxamento

Figura 6. Técnicas de relaxamento

Figura 7. Movimentação e alternância de postura

Figura 8. Cavalinho

Figura 9. Bola de nascimento

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS- Biblioteca Virtual em Saúde

CONITEC- Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

CPN- Centro de Parto Normal

LILACS- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MNFs- Métodos não farmacológicos

MS- Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial da Saúde

PNH- Programa Nacional de Humanização

PHPN- Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

RC- Rede Cegonha

SUS- Sistema Único de Saúde

TP- Trabalho de Parto

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo Geral.....	15
2.2 Objetivos Específicos	15
3. REVISÃO DA LITERATURA	17
3.1 Política Nacional de Humanização.....	18
3.2 Métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto.....	22
3.2.1 Banho de aspersão	24
3.2.2 Massagem.....	25
3.2.3 Técnicas de respiração e relaxamento	26
3.2.4 Mobilidade materna.....	28
3.2.5 Cavalinho	28
3.2.6 Bola obstétrica.....	29
3.2.7 Musicoterapia	29
3.3 Perspectivas dos profissionais de saúde.....	30
4. MATERIAL E MÉTODOS.....	34
5.RESULTADOS.....	35
5.1 Características gerais dos estudos.....	35
5.2 Metodologia utilizada nos artigos publicados.....	37
5.3 Métodos não farmacológicos avaliados nos estudos.....	38
5.4 Elementos relacionados à organização de serviços que influenciam na implementação desses métodos.....	42
6. DISCUSSÃO	44
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
9.ANEXOS.....	51

1. INTRODUÇÃO

O parto é um processo natural e fisiológico, no qual uma mulher torna-se mãe. O trabalho de parto é considerado um momento especial e extremamente marcante na vida da mulher, que não deve, portanto, ser censurada pelo seu despreparo, visto que cada uma vivência esse momento de maneira distinta. Este processo envolve fatores biopsicossociais, além de culturais e sentimentais.

Historicamente a responsabilidade e assistência ao parto era exclusivamente praticada por parteiras e assim, o ato de parir e os acontecimentos na vida da mulher se sucediam em suas residências. A atuação médica era dificilmente solicitada, apenas em casos de extremo risco para a mãe e/ou bebê. Não existia o hábito de internação hospitalar para o parto, pois era considerada uma prática extrema e apavorante, e apenas acontecia caso a parteira não solucionasse a situação. Com o decorrer do tempo, e já na década de 40, houve a transição gradual do parto a domicílio para a institucionalização hospitalar, implantando-se o modelo médico à assistência obstétrica. Consequentemente, diminuiu-se o parto domiciliar e aumentou a realização dos partos hospitalares com intervenções invasivas (OLIVEIRA, 2014; CARALO et al, 2014).

Com a institucionalização do parto, ocorreu a conseqüente medicalização através do modelo médico intervencionista, que passou a determinar os períodos de parturição, tirando da mulher o papel de protagonista, isto é, como capaz de conduzir o seu próprio parto. Essas práticas tornaram a assistência ao parto desumanizada, pois a mulher passou a não mais decidir sobre sua saúde e ações relacionadas ao seu próprio corpo (ROCHA, et al, 2010; SOUZA et al, 2013).

A alta taxa de morbimortalidade materna e perinatal e o número excessivo de cesarianas no país sobrecarregaram os sistemas social e financeiro. Diante dessas elevadas taxas, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1996, lançou um documento denominado “Boas práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento” que lista uma série de práticas que são úteis e devem ser estimuladas no trabalho de parto (TP) e nascimento (ROCHA, et al, 2010).

Visando promover assistência humanizada no ciclo gravídico-puerperal, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), por meio da Portaria/GM n.º 569 do Ministério da Saúde, em 1º de junho do ano de 2000 no Brasil (BRASIL, 2000).

Segundo a portaria, a humanização da assistência obstétrica e neonatal busca promover o adequado acompanhamento do parto e puerpério, e os serviços de saúde devem organizar-se para garantir o cuidado com dignidade a mulher e o recém-nascido. A adoção de práticas humanizadas e seguras implica a organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não-intervencionistas (BRASIL, 2000).

A maior finalidade do PHPN é de resgatar a assistência integral, com estímulos de uma enfermeira obstetra e profissionais qualificados durante o período gravídico e parturição para que seja tratado como um processo fisiológico e natural com o mínimo de intervenções possíveis.

A Rede Cegonha (RC), instituída pela Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Esta tem como princípios o respeito, a proteção e a realização de direitos humanos, respeito à diversidade cultural, étnica e racial, promoção da equidade, enfoque de gênero, participação e mobilização social e compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil (BRASIL, 2011).

Nessa inclusão do enfermeiro obstetra como profissional habilitado para a realização de parto normal sem distócia, entende-se que em sua atuação profissional seja capaz de desenvolver habilidades e competências com segurança técnica, compreender múltiplas e complexas dimensões que envolvam o processo de parir e que este processo deve ser visto como um evento social com grande influência cultural. Esse profissional deve ter uma formação ético-humanística e científica para prestar cuidados à parturiente, de forma segura, com uma postura diferenciada, menos tecnicista e mais humana, tendo como foco de seu trabalho o cuidado. (CAUS, et al, 2012).

O Relatório 179 da Diretriz de Atenção à Gestante, aprovada em 29 de março de 2016 aponta a epidemia de operações cesarianas, com aproximadamente 1,6 milhão de operações cesarianas realizadas a cada ano no Brasil. Nas últimas décadas, a taxa nacional de operações cesarianas tem aumentado progressivamente, e tornou-se o modo mais comum de nascimento no país. Em condições ideais, é uma cirurgia segura e com baixa frequência de complicações graves. Além disso, quando realizada em decorrência de razões médicas, pode ser efetiva na redução da mortalidade materna e perinatal. Entretanto, frequentemente

utiliza-se de forma desnecessária, sem razões médicas que possam justificar as altas taxas observadas no Brasil.

As recomendações atuais da OMS e do Ministério da Saúde (MS) brasileiro para o manejo do trabalho de parto incluem a oferta de líquidos; o estímulo à adoção de posições verticalizadas e à liberdade de movimentação, buscando aumentar o conforto materno e facilitar a progressão do trabalho de parto; e o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, tais como banho de aspersão ou imersão em água quente, massagens e outros.

Diante disso, o PHPN, do MS, tem como princípio, reorganizar a assistência, vinculando formalmente o pré-natal ao parto e puerpério, ampliando o acesso das mulheres e garantindo a qualidade com a realização de um conjunto mínimo de procedimentos invasivos. Desta forma, duas características são marcantes, sendo elas, o olhar para a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher, incorporada

Nesse cenário, os cuidados não-farmacológicos de alívio da dor são enfatizados pelo movimento de humanização do parto. Este movimento, que cresceu nos últimos anos, tem a finalidade de tornar o parto o mais natural possível, diminuindo as intervenções, cesarianas e administração de fármacos. Assim, utiliza-se os cuidados não-farmacológicos que são alternativas que podem ser empregadas para alívio da dor dispensando os anestésicos e analgésicos (SESCATO et al, 2008).

Diante dessa nova conjuntura na organização do serviço prestado, especificamente da assistência de enfermagem à mulher em trabalho de parto e no momento do parto, surgiu a seguinte questão norteadora: Qual a percepção da equipe de enfermagem inserida diretamente na assistência à mulher em trabalho de parto e parto com relação à sua atuação, bem como quais os MNFs mais utilizados?

2.OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a produção científica sobre a implementação dos métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto pela equipe de enfermagem preconizadas pela Rede Cegonha.

2.2 Objetivos Específicos

1. Identificar os métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto aplicados pela equipe de enfermagem.
2. Analisar as questões que favorecem e fragilizam a atuação da equipe de enfermagem para implementar os métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto
3. Assinalar as potencialidades dos profissionais de enfermagem em relação à implementação dos métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto no cotidiano do trabalho.

3. REVISÃO DA LITERATURA

O modelo de assistência ao parto, cada vez mais se tornou um evento institucionalizado e medicalizado, sendo abordado como um processo patológico. A interpretação conjunta destes indicadores nos revela que a oferta e a disponibilização de saberes bem como o maior acesso as tecnologias, aos insumos e equipamentos biomédicos, a maior presença de profissionais no cenário do nascimento nos expressam um modelo de assistência ao parto tecnocrático, centrado nos profissionais como protagonistas deste evento, onde se percebe que neste modelo as taxas de cesáreas são muito maiores e nos alertam para aumento na morbimortalidade materna. (BRASIL, 2014)

Sabe-se que o parto natural é o melhor para mãe e bebê, trazendo benefícios e menos riscos para os mesmos, segundo Ricci (2008), o processo de trabalho de parto envolve mais do que simplesmente dar à luz um recém-nascido, ocorrem inúmeras eventos fisiológicos e psicológicos que, por fim, resulta no nascimento de um bebê e na criação e/ou expansão familiar, e o evento parto e nascimento humano deve ser visto e entendido como realmente ele é, fisiológico e natural.

Neste contexto, percebe-se ainda, que boa parte dos avanços científicos e tecnológicos adotados pelas instituições acaba por não prevenir morbidades, mortalidades e complicações maternas na assistência ao parto, como afirma Sodré e Lacerda (2007), a contradição que se evidencia é que as complicações na assistência ao parto não diminuíram em virtude desta tecnologia, e muitas vezes, são causadas justamente em razão deste avanço, por meio da generalização das necessidades da parturiente e uso abusivo de técnicas e procedimentos sem uma real e necessária indicação.

Também na linha de pensamento de Pasche, Vilela e Martins (2010), essas práticas que muitas vezes acabam sendo usadas sem indicação clínica e sem evidências científicas que a respaldem, submetem as parturientes a serem enquadradas em normas e rotinas rígidas, as quais não respeitam o seu corpo e seu ritmo natural e fisiológico, fazendo com que esta mulher não seja realmente a protagonista deste evento, movimento que pode ser anunciado como iatrogenia cultural.

Humanizar o cuidado à mulher e sua família, na situação de trabalho de parto e parto, consiste em respeitar o tempo da mulher no processo de parturição, evitar intervenções desnecessárias impostas pelas rotinas hospitalares e reconhecer os aspectos culturais próprios da mulher. Para isso, faz-se necessário, ouvir o que as parturientes sentem, suas angústias e temores de tal maneira que o trabalho de parto possa ocorrer de forma mais

natural possível, permitindo que as práticas desnecessárias e que muitas vezes podem trazer repercussões negativas para o resto da vida de uma criança, sejam repensadas em adequação às expectativas de suas usuárias, que buscam, nesse momento delicado, uma esfera envolta de cuidado. (FRELLO; CARRARO, 2010)

Ainda segundo Frello e Carraro (2010), a equipe de enfermagem também pode promover o conforto e bem-estar através de métodos não farmacológicos de alívio para dor, massagem relaxante, uso de banho de aspersão ou imersão em água morna, óleos essenciais, aromaterapia, musicoterapia, liberdade de escolha da mulher sobre a posição de parir. Promovendo assim, um conforto físico e mental para a parturiente, auxiliando para um trabalho de parto mais rápido e positivo, respeitando a sua fisiologia e seu tempo, ou seja, humanizando a assistência ao parto e nascimento.

3.1 Política Nacional de Humanização

A humanização define-se como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), com o fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos, aumentando, então, o grau de corresponsabilidade na produção de saúde. Este estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva, no processo de gestão, denota a identificação das necessidades sociais de saúde (BRASIL, 2008).

Através da análise deste paradigma atual de assistência ao parto e nascimento, algumas providências começaram a serem tomadas nos últimos tempos para modificar este cenário, na busca da eliminação de técnicas e procedimentos desnecessários, bem como para a volta da mulher como protagonista de seu parto. Assim, pode-se citar o PHPN, o qual foi instituído pelo MS através da Portaria/GM nº 569, de 2000, onde o objetivo primordial deste programa é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de

modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos. (BRASIL, 2002)

Este programa originou-se como um grande desafio para as instituições que ainda não realizavam este atendimento adequadamente, ele faz repensar sobre práticas até então utilizadas por profissionais de saúde que não deveriam mais ser realizadas ou que estão sendo realizadas de forma incorreta.

Deve-se então, ter cuidado para não banalizar o que a asserção de uma Política Nacional de Humanização (PNH) traz ao campo da saúde, já que, em geral, as iniciativas se apresentam volúveis e associadas a atitudes humanitárias, de caráter filantrópico, voluntárias e reveladoras de bondade.

Tematizar a humanização da assistência abre, assim, questões fundamentais que podem orientar a construção das políticas em saúde. Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL - 2004, p.5)

Como uma política transversal, a humanização presume necessariamente que as fronteiras, muitas vezes rígidas, sejam ultrapassadas dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde. A PNH, em seu papel articulador, deve proporcionar a facilitação e a integração dos processos e das ações das demais áreas, criando o campo onde ela se dará. Entretanto, a PNH deve também assumir-se como núcleo de saber e de competências com ofertas especialmente voltadas para a implementação da humanização (FIALHO, 2008).

Portanto, Fialho (2008) também aponta que, como política, a humanização deve traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, e entre as diversas unidades e serviços de saúde. O planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, o confronto de ideias, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem convergir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não se pode ocultar.

No Brasil, há a convivência paradoxal de dois problemas graves. O primeiro destes são os sérios problemas de acesso aos serviços, com grandes áreas geográficas com déficits de leitos de maternidade, o que ocasiona uma distorção conhecida como "peregrinação por leito", durante o trabalho de parto, e com graves consequências sobre a saúde da mulher e do bebê (FIALHO, 2008). Essa peregrinação por leito produz aumento significativo de morte materna, que poderia ser evitada caso houvesse leitos assegurados para a realização atenção à parturiente. Diniz (2008) considera que este é o pólo "falta de assistência" do problema. O segundo entrave trata dos usos abusivos, intensivos e desnecessários de procedimentos como a indução de parto, a manobra de Kristeller, o fórceps de alívio, a episiotomia e a cesárea, que levam a maiores complicações, custos excessivos, maior consumo de materiais, mais dias de internação e de incapacidade para o puerpério. Para Diniz (2008), trata-se do pólo "uso abusivo dos recursos de assistência".

Em 1998, o MS no Brasil reconheceu de forma oficial a assistência ao parto nos hospitais conveniados com o SUS. Como marco revelador da nova política de atenção ao parto, o MS criou, em 1999, os Centros de Parto Normal (CPN), unidades que possibilitam a assistência aos partos de baixo risco fora dos hospitais, podendo ser realizado sem a presença de médicos, ficando enfermeiros obstetras responsáveis por todos os cuidados prestados às mulheres e bebês.

A RC lançada em março de 2011 e instituída pela portaria MS/GM nº 1.459/2011 é uma estratégia do Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde, de enfrentamento da mortalidade materna, da violência obstétrica e da baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento, desenvolvendo ações para ampliação e qualificação do acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2011).

A RC sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde os anos 90, com base no pioneirismo e na experiência de médicos, enfermeiros, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, ativistas e instituições de saúde, entre muitos outros (BRASIL, 2011).

O governo federal vem implementando a RC como forma de complementar o PHPN e, com isso, tem por objetivos:

I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao

desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;

II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e

III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011)

Esta rede tem como princípios: o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social; e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal é um esforço da Coordenação Geral de Saúde da Mulher do MS para a qualificação do modelo de nascer no Brasil. Este documento, em conjunto com Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana, visa orientar as mulheres brasileiras, os profissionais de saúde e os gestores, nos âmbitos público ou privado, sobre importantes questões relacionadas às vias de parto, suas indicações e condutas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis. Esta Diretriz foi elaborada por um grupo multidisciplinar, convidados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) do MS e o documento resultante obtido pelo grupo, foi apresentado à CONITEC em sua 42ª Reunião, onde a proposta da Diretriz do Parto Normal foi apreciada e posteriormente, em 2016 publicada (CONITEC, 2016)

Segundo a Diretriz, o nascimento no ambiente hospitalar se caracteriza pela adoção de várias tecnologias e procedimentos com o objetivo de torná-lo mais seguro para a mulher e seu filho ou filha. Se por um lado, o avanço da obstetrícia moderna contribuiu com a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais, por outro permitiu a concretização de um modelo que considera a gravidez, o parto e o nascimento como doenças e não como expressões de saúde, expondo as mulheres e recém-nascidos a altas taxas de intervenções, que deveriam ser utilizadas de forma parcimoniosa e apenas em situações de necessidade e não como rotina. Esse excesso de intervenções deixou de considerar os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo, esquecendo que a assistência ao nascimento se reveste de um caráter particular que vai além do processo de adoecer e morrer. Quando as mulheres procuram ajuda, além da preocupação sobre a sua saúde e a do seu filho ou filha, estão também em busca de uma compreensão mais ampla e abrangente da sua situação, pois para elas e suas famílias o momento da gravidez e do parto,

em particular, é único na vida e carregado de fortes emoções. A experiência vivida por eles neste momento pode deixar marcas indelévels, positivas ou negativas, para o resto das suas vidas.

3.2 Métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto

De acordo com o Relatório 211 da Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal da CONITEC, de 2016, os profissionais de saúde devem refletir como suas próprias crenças e valores influenciam em suas atitudes em lidar com a dor no parto, garantindo que seus cuidados apoiem a escolha da mulher. Estratégias e métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto devem ser implementados e sempre que possível ser oferecido às mulheres, proporcionando condições para o redesenho das unidades de assistência ao parto.

Vários métodos terapêuticos podem ser implementados para o alívio da dor durante o trabalho de parto. A mulher deve ter o seu lugar de protagonista do parto e o profissional de saúde deve auxiliá-la neste momento. O parto por si só, é um processo natural, no qual deve haver o mínimo de intervenções possíveis, visando uma atenção humanizada, envolvendo práticas e atitudes que visam à promoção do parto e nascimento saudáveis.

A dor não se relaciona somente com o processo fisiológico. Diversos elementos influenciam em sua percepção como medo, stress mental, tensão, fadiga, frio, fome, solidão, desamparo social e afetivo e a falta de conhecimento do que está ocorrendo (LARGURA, 2000).

As diretrizes do CONITEC (2016) trazem também, que a dor excessiva e insuportável pode estar relacionada a fatores culturais, emocionais, à insuficiência de apoio qualificado à mulher e às práticas assistenciais inadequadas. Para algumas parturientes, a dor pode requerer alguma forma de alívio e nas suas manifestações extremas pode resultar em trauma psicológico, portanto o objetivo do manejo da dor é dar apoio à mulher, aumentar seu limiar para as sensações dolorosas e contribuir para que o parto seja uma experiência positiva.

Essa diretriz traz recomendações em relação às estratégias e métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto, sendo elas: Sempre que possível deve ser oferecido à mulher a imersão em água para alívio da dor; os gestores nacionais e locais devem proporcionar condições para o redesenho das unidades de assistência ao parto visando a oferta da imersão em água para as mulheres no trabalho de parto; técnicas de massagem

que tenham sido ensinadas aos seus acompanhantes devem ser apoiadas e realizadas, bem como técnicas de relaxamento.

O Manual Maternidade Segura da OMS (1996) lista várias ações que devem ser incentivadas durante o período perinatal, entre elas, os cuidados não-farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto, como liberdade de adotar posturas e posições variadas, deambulação, respiração ritmada e ofegante, comandos verbais e relaxamento, pois estes auxiliam no desvio da atenção da dor, banhos de chuveiro e de imersão, toque e massagens. Estes cuidados não-farmacológicos devem ser explorados e inseridos durante a assistência durante o trabalho de parto, proporcionando à parturiente meios não intervencionistas, para que a dor seja minimizada, não necessitando utilizar analgésicos e anestésicos, auxiliando na progressão do trabalho de parto e proporcionando à parturiente a liberdade de adotar medidas que venham a lhe trazer momentos de relaxamento, visando a saúde e bem estar desta e do bebê, no que diz respeito à humanização. Sendo assim, a equipe de enfermagem tem um papel fundamental na realização desses cuidados, proporcionando à parturiente, alívio da dor e dando à mulher a oportunidade de ter uma boa vivência deste momento especial que é a chegada do filho (SILVA et al, 2006).

A implantação desses métodos vai depender muito do prestador de serviços e do modelo de atenção orientado para dar apoio à mulher, ao seu parceiro e à sua família durante as fases do trabalho de parto, parto, nascimento e no pós-parto. Segundo Sescato, et al (2008), a utilização dos cuidados não-farmacológicos de alívio da dor extrapola a iniciativa de movimentos humanistas, pois representa um ato de necessidade nos dias atuais a fim de promover a redução dos índices de intervenção no parto e o questionamento da atuação dos profissionais de saúde sobre a necessidade de intervenções.

Em vista disso, a investigação sobre a aplicação dos métodos não-farmacológicos de alívio da dor mostra-se importante, pois permite compreender como os profissionais de enfermagem utilizam esses métodos e qual a sua percepção sobre a efetividade dos mesmos (SESCATO, et al, 2008).

Promover o conforto, autonomia e satisfação das mulheres em trabalho de parto está entre os objetivos mais importantes dos provedores de cuidados. Várias práticas têm como objetivo, trazer a valorização do parto fisiológico, bem como à mulher ter autonomia e ser protagonista desse momento tão importante, fazendo, portanto, o uso adequado de determinadas tecnologias na assistência ao parto, bem como o emprego de práticas não medicamentosas no alívio da dor, propiciando a estas mulheres uma maior sensação de

controle no parto. A maternidade segura é um princípio básico dos direitos reprodutivos, assim como o direito da mulher de tomar suas decisões de maneira bem informada em relação a seu corpo, sua saúde, sexualidade e reprodução.

Um grande desafio para os profissionais envolvidos na assistência ao parto deve buscar minimizar o sofrimento das mães, tornando a vivência do trabalho de parto e parto em experiências de crescimento e realização para a mulher e família. Dias e Domingues (2005) acreditam numa abordagem estimuladora da participação ativa da mulher e do acompanhante, priorizando a presença constante do profissional junto da parturiente, e que, além de preconizar o suporte físico e emocional, utiliza novas técnicas que permitam o alívio da dor, como o estímulo à deambulação e à mudança de posição, a água usada para relaxamento, massagens, entre outros.

A assistência obstétrica humanizada visa à promoção do respeito aos direitos da mulher e da criança, com condutas baseadas em evidências científicas. A principal vantagem na utilização de recursos não-farmacológicos é o reforço da autonomia da parturiente, que vem a proporcionar sua participação de forma ativa, associados a poucas intervenções e efeitos colaterais (HODNETT, 2002).

Estudos com embasamento teórico, identificam que os métodos não farmacológicos comumente utilizados são: banho de aspersão, massagem, técnicas de respiração e relaxamento, mobilidade materna, cavalinho e bola obstétrica.

3.2.1 BANHO DE ASPERSÃO

A água aquecida induz a vasodilatação periférica e a redistribuição do fluxo sanguíneo promovendo relaxamento muscular. O mecanismo de alívio da dor permite a redução da liberação de catecolaminas e a elevação de endorfinas, reduzindo, portanto, a ansiedade e promovendo a satisfação da parturiente. A aplicação terapêutica desse recurso requer que a temperatura da água esteja em torno de 37° a 38°, sendo necessário que a parturiente permaneça no mínimo 20 minutos no banho, com a ducha sobre a região dolorosa, comumente localizada na região lombar ou abdome inferior (GALLO et al, 2011).

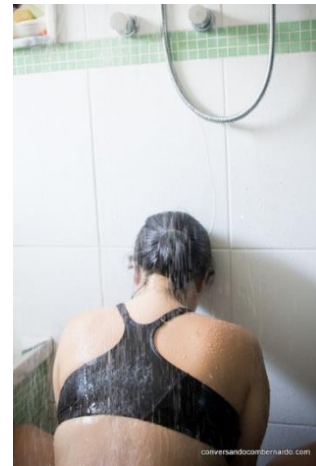


Figura 1e 2- Banho de aspersão

3.2.2 MASSAGEM

A massagem é um método de estimulação sensorial caracterizado pelo toque sistêmico e pela manipulação dos tecidos. No trabalho de parto, a massagem tem o potencial de promover alívio da dor, além de proporcionar contato físico com a parturiente, potencializando o efeito de relaxamento, diminuindo o estresse emocional e melhorando o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos. Pode ser aplicada em qualquer região que a parturiente relatar desconforto e pode também ser combinada com outras terapias. Dependendo da tolerância de cada parturiente, as técnicas de massagem podem ser alternadas durante os períodos de contração uterina, objetivando o alívio da dor, e o intervalo das contrações, com o intuito de proporcionar relaxamento (GALLO et al., 2011).

As técnicas podem variar de deslizamento superficial e profundo, amassamento, pinçamento, fricção ou pressão em pequenos círculos, desde que realizada de forma direcional razoavelmente firme e rítmica. Pode ser aplicada no abdômen, cabeça, sacro, ombro, pés, membros e dorso, ou seja, locais onde a parturiente estiver relatando desconforto. Comumente, aplica-se a massagem na região lombar durante as contrações uterinas e em outras regiões como panturrilhas e trapézios nos intervalos entre as contrações, por serem regiões que apresentam grande tensão muscular no trabalho de parto (GALLO et al., 2011).



Figura 3- Massagem na região lombar durante o trabalho de parto

3.2.3 TÉCNICAS DE RESPIRAÇÃO E RELAXAMENTO

A respiração diafragmática ou respiração profunda denomina-se assim porque expande o diafragma e leva o ar rico em oxigênio até o abdômen. Essa técnica facilita o aumento significativo da capacidade volumétrica dos pulmões em mais do dobro. A respiração diafragmática pode ser utilizada em todos os momentos de tensão e estresse. É o primeiro passo para restabelecer o equilíbrio e relaxamento, desconstruindo o mecanismo de luta ou fuga causado pela respiração torácica (PETROFF, 2012).

Almeida (2005) avaliou o efeito de técnicas de respiração e relaxamento sobre a dor e ansiedade na parturição, em uma pesquisa de campo experimental. Nessa pesquisa foi aplicada a Escala Analógica Visual para avaliar a intensidade da dor no início das fases latente, ativa e de transição, no momento em que a parturiente estava apresentando dor proveniente da contração uterina. Técnicas de respiração e relaxamento foram utilizadas. A técnica de respiração utilizada durante as contrações nas diferentes fases do trabalho de parto e no período expulsivo foi: na fase latente uso da respiração total, na fase ativa a respiração foi torácica lenta, e na fase de transição foi estimulada a respiração de pressão sem execução de força de pressão abdominal, no período expulsivo utilizaram a respiração de pressão com execução de força no momento dos puxos. A técnica de relaxamento inclui a soltura da musculatura corporal associada à respiração total, nos intervalos das contrações uterinas. As autoras concluíram que as técnicas utilizadas não reduziram a intensidade da dor, mas promoveram ao grupo que utilizou a técnica a manutenção de nível baixo de ansiedade por maior tempo da parturição.

Os exercícios de relaxamento permitem que as parturientes reconheçam as partes do seu corpo, evidenciando as diferenças entre relaxamento e contração, melhorando o tônus muscular e favorecendo a evolução do trabalho de parto. Utilizando a técnica de relaxamento

muscular progressivo, um estudo randomizado foi realizado com 61 mulheres submetidas à terapêutica, avaliando portanto o nível da dor antes e depois da terapêutica ser realizada e, nesse estudo, Santos et al (2002), concluiu que o relaxamento apresenta diretamente alívio da dor e redução da ansiedade.

A promoção de um bom relaxamento vai desde a adoção de posturas confortáveis até ambientes tranquilos, os quais permitam música ambiente, iluminação adequada e principalmente pensamentos direcionados, utilizando a imaginação para desmitificar o trauma da dor. Uma das técnicas mais utilizadas é o relaxamento muscular progressivo, no qual a parturiente realiza a contração de grupos musculares seguida de relaxamento, priorizando o intervalo das contrações uterinas. Existem outras formas de relaxamento como as massagens, a respiração com movimentos de inspiração e expiração suave, acompanhada por pessoas colaborativas escolhidas pelas parturientes para compartilhar esse momento (Figura 4) (GALLO et al, 2011).



Figura 4- Exercícios respiratórios utilizados durante o trabalho de parto



Figura 5 e 6- Técnica de relaxamento no trabalho de parto

3.2.4 MOBILIDADE MATERNA

Gallo et al (2011) avaliou que a mudança de postura durante o trabalho de parto tem se mostrado eficiente para aumentar a velocidade da dilatação cervical, promovendo alívio da dor durante as contrações e facilitando a descida fetal. As parturientes devem ser estimuladas e incentivadas a adotarem posturas alternadas, variando de sentada no leito, na cadeira e na banquetta para decúbito lateral, ajoelhada, agachada, quatro apoios, em pé com inclinação de tronco, dentre outras, sempre de acordo com as habilidades motoras de cada parturiente. A alternância contínua de posturas, priorizando as verticais (posições com tronco a favor da linha de gravidade) deve ser estimulada durante o trabalho de parto, porém, sob supervisão para melhor adequação postural.

A postura vertical e a movimentação podem diminuir a dor materna, facilitar a circulação materno-fetal e a descida do feto na pelve materna, melhorar as condições uterinas e diminuir o trauma perianal, motivo pelo qual a influência das mudanças de posição materna no parto vem sendo um tópico de interesse há muitas décadas em pesquisas (SILVA et al, 2011).



Figura 7- Movimentação, alternância de postura

3.2.5 CAVALINHO

O cavalinho consiste em um assento com apoio para os braços, o que favorece uma postura sentada com as costas inclinadas para frente e promove um balanço pélvico (SESCATO et al, 2008)

O uso do cavalinho e do banco obstétrico visa promover bem-estar à mulher, por ser mais confortável e promover relaxamento com o uso dessas respectivas práticas (SILVA, et al. 2015).



Figura 8- Cavalinho utilizado durante o trabalho de parto

3.2.6 BOLA OBSTÉTRICA

A bola de nascimento deve ser utilizado para facilitar a adoção de postura vertical pela parturiente, tornando o trabalho de parto mais tranquilo. Serve de suporte para outras técnicas como, por exemplo, a massagem e o banho de aspensão, como para a realização de alongamentos e exercícios ativos de circundução, anteversão e retroversão pélvica, dentre outros. A utilização da bola pela parturiente sem orientação e supervisão de um profissional de saúde pode provocar queda e não deve ser recomendada (GALLO et al., 2011).

A bola obstétrica consiste em uma bola de borracha inflável, usada em fisioterapia para exercícios de correção postural e no tratamento de problemas neurológicos. Permite que a mulher realize um discreto balanceio pélvico enquanto está sentada, movimento este que pode auxiliar na descida e rotação do feto. Além de proporcionar sensação de relaxamento a mulher adota uma postura vertical e ativa durante o trabalho de parto (LOBO et al., 2010).



Figura 9- Bola de nascimento utilizada durante o trabalho de parto

3.2.7 MUSICOTERAPIA

O uso da música, um procedimento de aplicação simples e de baixo custo, pode colaborar para a harmonização da dinâmica do trabalho de parto, individualizando e

humanizando a assistência (TABARRO et al., 2010). A musicoterapia, ciência organizada como tal no século XX, estuda os efeitos terapêuticos da música nos seres humanos. Bañol (1993), relacionou uma série de benefícios trazidos pela música, proporcionando, portanto, uma respiração mais lenta e profunda, aumento da resistência às excitações sensoriais, combate ao estresse, domínio de forças afetivas e auxílio no bom funcionamento da fisiologia.

3.3 Perspectivas dos profissionais de saúde

Para que o trabalho em equipe ocorra de uma maneira eficiente, Peduzzi (1998) aponta que não basta a eficiência técnica, mas precisa de boas relações interpessoais como amizade, respeito, união e envolvimento no grupo além da preocupação em conhecer, reconhecer e considerar o trabalho dos demais, seja ou não, da mesma área de atuação.

O processo de humanização pretende estender o diálogo com os profissionais de saúde, sobre a violência institucional, que ainda permeia a maioria das maternidades públicas do Brasil e chamar a atenção sobre as práticas abusivas e sem evidência científica, que são aplicadas durante o processo parturitivo à mulher sem a devida participação da mesma, o que tem posto em risco não só a sua integridade física, mas principalmente, trazendo danos muitas vezes irreversíveis à sua condição emocional (DINIZ, 2005).

Fica evidente na pesquisa realizada em duas maternidades públicas do Rio de Janeiro, quando perguntados sobre o trabalho em equipe, os sujeitos da pesquisa, de modo geral, expressam visões muito próximas, qualificando-o como fundamental e importante para a melhoria da assistência obstétrica. Condições como definição de papéis, atribuições e competências da equipe, complementaridade de funções e adequada capacitação e habilidades técnicas dos profissionais são fundamentais para uma boa assistência à saúde, onde os profissionais não trabalhem de forma isolada, valorizando e percebendo o valor do outro. O trabalho em equipe portanto gira em torno da integração e cooperação mútua, onde relações horizontais facilitam a comunicação, ocorrendo intercâmbio de experiências, conhecimentos e informações sobre as gestantes, respeito e confiança na capacidade técnica dos profissionais e disposição dos profissionais para realizar diversas tarefas (ANGULO-TUESTA, 2003).

O prestador de serviços no parto normal deve estar preparado para auxiliar e dar apoio a essa mulher, ao seu parceiro e sua família durante o TP e parto, no momento do nascimento e pós-parto. Essas iniciativas se devem ao reconhecimento da profissional

enfermeira que assiste a mulher com qualidade e forma humanizada através de cursos de especialização em enfermagem obstétrica e portarias ministeriais (RIESCO et al, 2002).

A pesquisa Nacer no Brasil, coordenada pela Fiocruz, aponta que modelos de atenção ao parto e nascimento, que têm enfermeiras obstétricas e obstetritztes como líderes e responsáveis primários pela realização de partos normais, aumentam as chances de partos espontâneos e diminuem as intervenções desnecessárias, sem comprometer a saúde das mulheres e dos bebês. Este modelo de parto inclui as chamadas boas práticas obstétricas, como métodos não farmacológicos para alívio da dor, estímulo à movimentação, liberdade para se alimentar e posição verticalizada na hora de parir. Juntos, esses procedimentos tornam o parto mais confortável e menos doloroso.

Um trabalho de avaliação da satisfação do parto de mulheres que participaram da pesquisa Nacer no Brasil publicada no ano de 2014, verificou menores níveis de satisfação e maiores níveis de violência entre as mulheres que entraram em trabalho de parto. Todos os aspectos associados à relação do profissional com a gestante estiveram significativamente associados à satisfação, mostrando que as mulheres valorizam muito a forma como foram atendidas.

O conceito de humanização da assistência ao parto inclui aspectos relacionados à mudança na cultura hospitalar, com a organização da assistência voltada para as necessidades das mães e de suas famílias. Também são indispensáveis as modificações na estrutura física, transformando o espaço hospitalar em um ambiente mais acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadas da assistência (DINIZ et al, 2008).

É válido ressaltar que a humanização da assistência ao parto exige, principalmente, que a atuação do profissional respeite os aspectos de sua fisiologia, não intervenha de forma desnecessária, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e pós-parto, e ofereça o suporte emocional à mulher e à sua família. O que facilitará a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê (ROLIM et al, 2006).

Durante todo o processo, alguns aspectos são essenciais para a autonomia da mulher, como a elaboração de um plano de parto que seja respeitado pelos profissionais que a assistirem; direito a um acompanhante de sua escolha; informações claras sobre os procedimentos a que será submetida; e garantia de seus direitos, como cidadã, respeitados (DINIZ, 2008). Cabe destacar, como afirma Dias e Domingues (2005) que:

Embora haja evidências científicas suficientes para que se realizem modificações no modelo médico tradicional de

assistência ao parto, desmedicalizá-lo implica perda de poder. Abandonar rotinas que adequam o trabalho de parto (TP) ao modo de funcionamento do hospital e adotar outras que privilegiam o acompanhamento de sua fisiologia seria perder o controle do processo da parturição e modificar as referências do papel do médico neste contexto da assistência.

Tornquist (2003) entende por humanização do parto o conjunto de recomendações que a Organização Mundial de Saúde adotou: o incentivo ao parto vaginal; aleitamento materno; alojamento conjunto; à presença de acompanhante; à redução do excessivo intervencionismo tecnológico no progresso do parto; estímulo as técnicas mecânicas de alívio a dor (massagens, banhos, deambulação); uso cauteloso de indução intravenosa (ocitocina); analgesia; abolição da prática de enema e tricotomia, e faz crítica significativa à excessiva medicalização do parto, sendo apontado como um dos responsáveis pelas taxas de mortalidade materno-infantil em vários países.

Davim e Menezes (2001) mostram em seus estudos que,

A parturiente deve ser acompanhada por pessoal devidamente capacitado, para que as intervenções ocorram quando necessárias e não como rotinas, privilegiando o bem-estar da parturiente e do concepto, tentando não utilizar métodos invasivos. Esse modelo de assistência é mais afeito às enfermeiras que atuam dentro de uma visão mais humana e holística.

A humanização da assistência ao parto implica também, na atuação do profissional, que venha a respeitar os aspectos de sua fisiologia, não intervindo desnecessariamente, reconhecendo os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, oferecendo suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê. Outros aspectos se referem à autonomia da mulher durante todo o processo, com elaboração de um plano de parto que seja respeitado pelos profissionais que a assistirem, de ter um acompanhante de sua escolha e serem informadas sobre todos os procedimentos a que serão submetidas, além de ter os seus direitos de cidadania respeitados (DIAS e DOMINGUES, 2008).

Santos (2001) relata que a enfermeira obstétrica tem papel relevante no que tange à humanização durante o processo de nascimento, no entanto afirma a necessidade de incentivo às enfermeiras obstétricas e aos demais profissionais de saúde no cuidado humanizado à parturiente.

Humanizar é promover assistência de qualidade a parturiente através do alívio a dor, do conforto físico e emocional, da liberdade para escolher como deseja ter o bebê, dando-lhe suporte (material, pessoal e emocional) necessário para que mãe, bebê e acompanhante escolhido vivenciem todo processo de forma mais tranquila e feliz. Além disso, é estar/ser consciente de nossas atitudes como profissionais de saúde que estão ajudando a trazer uma nova vida ao mundo (FIALHO, 2008).

4. MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de revisão da literatura, com a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisa sobre um delimitado tema. Esta revisão permite o aprofundamento do conhecimento e a síntese de múltiplos estudos publicados por meio de levantamento bibliográfico (SOUZA et al, 2010).

O levantamento bibliográfico realizou-se nas bases eletrônicas de dados da LILACS, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google Acadêmico. Baseados nos descritores em ciências da saúde (DeCS) foram utilizados os seguintes descritores: trabalho de parto, parto humanizado, dor no parto, enfermagem no Brasil, métodos não farmacológicos. A busca usou o termo “AND”, primeiramente com todos os descritores e posteriormente de dois a dois descritores buscando ter resultados de busca mais satisfatórios.

Foram incluídos no levantamento, artigos publicados em português, decorrentes de estudos realizados no Brasil, no período de 2012 a 2016. Esse período considerou a implementação da Rede Cegonha em 2011.

O critério de seleção dos artigos foi o uso dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto, envolvendo a equipe de enfermagem e a percepção das parturientes em relação ao uso dos MNFs. O levantamento inicial identificou 857 artigos. A seleção foi realizada a partir da leitura do resumo dos artigos. Ao final, 16 artigos foram selecionados para análise.

Indicadores da produção científica assim como o tipo de estudo, os participantes, o local do estudo, e o nível de abrangência foram considerados para análise. Os indicadores da produção científica analisados foram: ano da publicação, título do artigo, número de autores, título do periódico, e qualificação da revista de acordo com o critério Qualis-Capes. Esse critério definido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pós-graduação (Capes) no Brasil é baseado nas informações fornecidas pelos programas da Área na plataforma Sucupira, ano a ano. Uma vez registrados, esse conjunto é classificado em estratos de qualidade, desde A1, o mais elevado, a A2, B1, B2, B3, B4, B5 e C, este com peso zero. O processo é repetido cada novo ano considerando as informações fornecidas pelos Programas para o respectivo ano.

5. RESULTADOS

5.1 Características gerais dos artigos

Dos 16 artigos analisados, dois foram publicados no ano de 2012, cinco em 2013, quatro em 2014 e cinco em 2015. Os artigos foram publicados em 14 periódicos nacionais e da área de enfermagem com exceção de um. Dois artigos foram publicados na Rev. Texto e Contexto e outros dois no periódico Esc. Anna Nery Rev. Enferm. Treze dos periódicos tinham classificação Qualis Capes: quatro, A2; quatro, B1; três B2 e dois B4. O número de autores variou entre dois e seis com uma média de três autores (Quadro 1).

Quadro 1. Relação de artigos selecionados segundo ano de publicação, título do artigo, autores, título do periódico e qualificação Capes. Brasil, 2012-2016.

N.	Ano de publicação	Título do artigo	Autores	Título do Periódico	Qualificação
01	2012	Parto e Nascimento: saberes e práticas humanizadas	Malheiros, PA; Alves, VH; Rangel, TSA; Vargens, OMC	Rev. Texto e Contexto.	A2
02	2012	Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico	Santos, RB; Ramos, KS	Rev. Bras. Enferm. REBEn	A2
03	2013	Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no Trabalho de Parto	Barbieri, M; Henrique, JH; Chors, FM; Maia, NL; Gabrielloni, MC;	Acta. Paul. Enferm	-
04	2013	Efeito do banho de chuveiro no alívio da dor em parturientes na fase ativa do trabalho de parto	Santana, LS; Gallo, RBS; Ferreira, CHJ; Quintana, SM; Marcolin, AC;	Rev. Dor	B2
05	2013	A enfermagem e o cuidado humanístico na parturição	Friego, J; Basso, RB; Erdtmann, BK; Marin, SM	Rev. Uningá Review	
06	2013	Implementação da Humanização da Assistência ao Parto Natural	Motta, SAMF; Feitosa, DS; Bezerra, STF; Dodt, RCM; Moura, DJM	Rev. Enferm.UFPE	B4
07	2013	Resultados Maternos e Neonatais da Assistência em Casa de Parto no Município do Rio de Janeiro	Pereira, ALF; Lima, TRL; Schroeter, MS; Gouveia, MSF; Nascimento, SD	Esc. Anna Nery Rev. Enferm	B1
08	2014	A experiência da enfermagem durante a assistência à gestante no parto humanizado	Fossa, AM; Lino, CM; Machado, RA; Rocha, MCP; Horibe, TM	Saúde Rev. Piracicaba	-

09	2014	As práticas utilizadas nos partos hospitalares assistidos por enfermeiras obstétricas	Reis, CSC; Souza, DOM; Progiante, JM; Vargens, OMC	Enf. Obstétrica. ABENFO	B1
10	2014	Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto	Osório, SMB; Júnior, LGS; Nicolau, AIO	Rev. Rene. UFC	B2
11	2014	Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção do grupo de puérperas	Wei, CY; Gualda, DMR; Junior, HPOS;	Rev. Texto e Contexto. Florianópolis	A2
12	2015	Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio	Reis, TR; Zamberlan, C; Quadros, JS; Grasel, JT; Moro, ASS	Rev. Gaúcha. Enferm	A2
13	2015	Métodos não farmacológicos no alívio da dor: equipe de enfermagem na assistência a parturiente em trabalho de parto e parto	Souza, ENS; Aguiar, MGG; Silva, BSM	Rev. Enferm	B1
14	2015	O papel do enfermeiro obstetra no processo de parturição	Corrêa, NF; Souza, RL; Dias, GSS; Boirollo, IVB; Bonfanti, MDP	Rev. Inova Saúde. Criciúma	B4
15	2015	Percepção da equipe de enfermagem quanto a dor da parturiente: perspectivas para o cuidado	Pieszak, GM; Terra, MG; Rodrigues, AP; Pimenta, LF; Neves, ET; Ebling, SBD	Rev. Rene. UFC	B2
16	2015	Práticas de enfermeiras para a promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal	Silva, ALS; Nascimento ER; Coelho, EAC	Esc. Anna Nery Rev. Enferm	B1

Fonte: própria

5.2. Metodologias utilizadas nos artigos publicados

De acordo com a revisão da metodologia, treze dos artigos científicos foram resultado de estudos com participantes de pesquisa, enquanto dois foram revisões da literatura e uma revisão sistemática. Foram incluídos artigos de revisão para que fosse possível realizar uma comparação dos estudos antes realizados e seus resultados, com estudos analisados. Com relação ao tipo de estudo, a maioria deles foi definido como descritivo exploratório quantitativo, onde o registro e análise foram realizadas a partir do uso de métodos e técnicas, apontando-se frequências e intensidade de técnicas utilizadas.

Treze dos estudos foram realizados com equipes de enfermagem e seis deles também incluíram a percepção das puérperas sobre os MNFs implementados. O número de participantes variou entre três e doze participantes, sendo avaliadas por meio de entrevistas, observações e percepções. Os locais de estudo, variaram entre: Centros de Parto Normal (CPN), Maternidades de Hospitais Públicos, Hospitais Universitários e Casa de Parto.

Quadro 2- Relação dos artigos selecionados segundo tipo de estudo, participantes, local e nível do estudo. Brasil, 2012-2016.

N.	Tipo de estudo	Participantes do estudo	Local do estudo	Nível do estudo
01	Descritivo-exploratório, quantitativo	Equipe de Enfermagem	Maternidade do Hospital Universitário do Município de Niterói	Municipal
02	Descritivo-exploratório, quantitativo	Equipe de Enfermagem	Hospital Público de Recife	Estadual
03	Clínico-experimental	Equipe de Enfermagem e Puérperas	Centro de Parto Normal Intra-Hospitalar de São Paulo	Estadual
04	Clínico	Equipe de Enfermagem e Puérperas	Centro de referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto	Municipal
05	Revisão da literatura	-	-	Nacional
06	Descritivo, quantitativo	Equipe de Enfermagem e puérperas	Hospital Secundário, municipal da Rede Pública de Fortaleza	Municipal
07	Descritivo, quantitativo	Equipe de Enfermagem	Casa de Parto no município do Rio de Janeiro	Municipal
08	Descritivo-exploratório	Equipe de Enfermagem	Maternidade de Hospital conveniado ao SUS em Piracicaba	Municipal
09	Descritivo, quantitativo	Equipe de Enfermagem	Maternidade Municipal do Rio de Janeiro	Municipal
10	Revisão Sistemática	-	-	Nacional
11	Descritivo-exploratório, qualitativo	Equipe de Enfermagem e Puérperas	Hospital Universitário de São Paulo	Estadual

12	Descritivo, quantitativo	Equipe de Enfermagem e Puérperas	Maternidade do interior do Rio Grande do Sul	Municipal
13	Revisão da Litteratura	-	-	Nacional
14	Descritivo, qualitativo	Equipe de Enfermagem	Maternidade de um Hospital da Região Sul de Santa Catarina	Municipal
15	Descritivo, quantitativo	Equipe de Enfermagem	Hospital de Ensino do interior do Rio Grande do Sul	Municipal
16	Descritivo-exploratório, qualitativo	Equipe de Enfermagem e Puérperas	Centro de Parto Normal da cidade de Salvador	Estadual

Fonte: própria

5.3 Métodos não farmacológicos avaliados nos estudos

A partir da leitura dos artigos, observa-se que todos avaliaram pelo menos um MNF. Dentre as práticas mais utilizadas para alívio da dor foram: deambulação e massagem lombar. Para promoção do relaxamento, os exercícios respiratórios e o banho de aspensão ou imersão foram os mais praticados. Já os movimentos pélvicos foram na prática mais utilizada para progressão fetal, bem como a mudança de posição e o uso da bola obstétrica.

As evidências encontradas quanto ao uso de MNFs para o alívio da dor no trabalho de parto foram expressas conforme cada método.

Deambulação

Dos 16 artigos selecionados, dez deles faziam referência ao incentivo à deambulação para as parturientes, principalmente durante a fase ativa do TP.

Três estudos revelaram por meio das perspectivas das enfermeiras entrevistadas que, a deambulação é bastante benéfica e contribuiu para o alívio da dor ao retirarem o foco de atenção da mulher na dor e possibilitou, por exemplo, sua ida ao chuveiro para banho, melhorando a progressão do parto.

Outro estudo constatou que mulheres que deambularam tiveram menor duração do TP devido à melhor contratilidade uterina, à necessidade diminuída de uso de ocitocina e analgesia, além de diminuir a necessidade de realização de parto vaginal com fórceps e episiotomias. Essa prática foi incentivada pela equipe, garantindo a liberdade para que as parturientes interrompessem quando desejassem.

Um dos estudos associou a deambulação com técnicas de massagem e banho morno, evidenciando que quando pelo menos duas dessas técnicas foram realizadas juntas, a progressão do TP foi mais rápida e menos estressante do que quando avaliadas separadamente.

Outro autor pontua em seu estudo que os efeitos da deambulação sobre a sensação dolorosa no TP em parturientes que conseguiram deambular um maior trajeto pontuaram um valor mais alto no escore de dor, mostrando que a posição vertical favorece uma maior intensidade das contrações uterinas e também encaixe da cabeça fetal na bacia materna.

Em estudo realizado com nulíparas em TP, avaliou o efeito da deambulação durante o TP, revelando que a deambulação estava associada a um menor índice de partos operatórios e uso menos frequente de analgesia.

Estudo sobre os efeitos da deambulação no TP mostrou que a quantidade deambulada, especialmente durante as três primeiras horas da fase ativa do trabalho de parto, está associada ao encurtamento do trabalho de parto e diminuição da ansiedade.

Outros dois autores mostraram que a liberdade de movimentação e deambulação no decorrer do TP foram formas de cuidado benéficas às parturientes e estas foram encorajadas, para que fosse proporcionado autonomia no seu processo parturitivo. Nestes, foi recomendado que o encorajamento à parturiente e o incentivo à movimentação fosse ofertado até que a mulher encontrasse um espaço físico e uma posição que melhor lhe confortasse.

Massagem

A massagem foi avaliada em oito estudos, sendo realizados por meio de entrevistas com a equipe de enfermagem e também pela percepção das parturientes. Em um deles, foi avaliado o uso de massagem e sua relação direta com a assistência prestada, sendo esse método implementado e tendo como resultado relaxamento e diminuição dolorosa no parto principalmente durante a primeira fase do TP.

Em outro estudo, foi encontrado que as técnicas de massagem tiveram influência significativa sobre a percepção dolorosa, uma vez que foi proporcionado apoio e segurança, diminuindo ansiedade, podendo ser realizado tanto pela equipe de enfermagem quanto pelos acompanhantes.

Dos estudos que utilizaram e aplicaram a massagem na assistência, três deles combinaram a massagem ao exercício respiratório com relaxamento muscular entre as contrações, proporcionando então o desvio da atenção, aceleração do TP e minimização da dor no processo parturitivo.

O relato de alguns profissionais e de puérperas, em dois estudos mostrou que este método não foi ofertado em 70,5% das parturientes por considerarem que essa prática exige tempo e disposição profissional.

A massagem se mostrou mais afetiva em três dos estudos, quando comparadas a outros métodos pela equipe de enfermagem que os implementaram e analisaram, por meio de relatos e percepções. Autores relataram que esse método reduziu as reações comportamentais, o estresse a ansiedade frente à dor, pois para muitas pessoas o contato pele a pele proporcionou conforto e sensação de relaxamento.

Banho

O banho de chuveiro foi avaliado em oito estudos. Em um deles, foi avaliado como o banho realizado a uma temperatura de 37°C, com posição escolhida pela parturiente e jato direcionado à região lombo sacra durante trinta minutos interferiu na intensidade da dor, medida pela Escala Analógica Visual de Dor (EAV) uma hora antes e uma hora após a intervenção, em um centro de parto normal. A análise da descrição dos scores de dor informados pelas parturientes antes e após as intervenções indicou que quando o banho foi realizado isoladamente, não houve diferença significativa entre os momentos para a terapia do banho quente, porém quando o banho foi realizado com outra intervenção, havia diminuição significativa entre os momentos antes e após a terapia.

Em outro estudo, realizado com equipe de enfermagem, demonstrou-se por meio da observação, que o uso do banho terapêutico foi uma modalidade efetiva na redução de intensidade da dor de parturientes na fase ativa do trabalho de parto, sendo eficaz ao tratamento, com ausência de efeitos adversos, que possui fácil aceitação por estas e com resultados satisfatórios. Foi evidenciado que o método quando realizado com temperaturas aquecidas promove a vasodilatação periférica, ocorrendo assim a redistribuição do fluxo sanguíneo, promovendo, relaxamento muscular e reduzindo a ansiedade.

No estudo realizado com mulheres internadas na maternidade, mostrou-se que o banho quente é uma boa opção para oferecer alívio da dor sem interferir na progressão do TP ou nas condições do neonato, sendo muito bem aceita pelas mulheres, das quais 90% solicitaram repetição da intervenção na sua fase ativa.

Explica-se em outro estudo que o calor proporcionado pelo banho quente, acentua a circulação sanguínea acalmando o estresse induzido pelas contrações, em contato com alguns tecidos, melhorando o metabolismo e a elasticidade, diminuindo o limiar de dor.

O banho de imersão foi avaliado em dois estudos. Nesses estudos demonstrou-se que o momento ideal para que as parturientes façam a imersão na banheira foi ao início da fase ativa do trabalho de parto e que sua utilização devia ser estimulada pelos profissionais de saúde para a promoção de um parto humanizado.

Evidenciou-se em um dos estudos que a imersão em água durante o TP reduz de forma significativa a taxa de analgesia epidural, e que imersão em água durante a primeira fase pode ser suporte para as mulheres com baixo risco de complicações.

Em outro estudo, o uso de técnicas de banho de imersão foi avaliado por meio de entrevistas com a equipe de enfermagem, constatando-se que esse método proporciona às mulheres diminuição da dor do parto e ansiedade.

Movimentos pélvicos e Posições verticalizadas

Seguindo recomendações da OMS, em cinco estudos foi avaliado a liberdade de posição e movimento durante o TP das parturientes.

Em dois deles, registraram por meio da observação e relatos de enfermeiros e puérperas que a movimentação materna conforme suas preferências, associada à posição ereta, favoreceu o TP. Considerou-se que houve influência direta sobre a contratilidade uterina, aumentando o fluxo sanguíneo para o bebê e diminuição da percepção da dor e o tempo do TP.

Em outro estudo, os movimentos pélvicos foram realizados em 42,1% das mulheres com o objetivo de avaliar a efetividade e os possíveis benefícios das práticas obstétricas, comprovando-se assim que a prática auxilia na diminuição do estresse e ansiedade maternos, além da diminuição da dor.

No estudo realizado em Fortaleza, a utilização do método foi incentivada pelos profissionais para que as parturientes realizassem mudanças posturais, obtendo-se como resposta a diminuição da dor materna, melhor circulação materno-fetal e descida do feto na pelve materna.

Em um dos estudos, as parturientes permaneceram em repouso no leito e não receberam orientações sobre os benefícios da movimentação e da adoção de posturas verticalizadas para progressão do TP.

Bola obstétrica

O uso da bola obstétrica no trabalho de parto foi analisado em seis estudos. Em estudo realizado em um centro de parto normal, para avaliar o comportamento da dor, foi

realizada análise da descrição dos scores de dor, onde mostrou-se que a intervenção exercício sentada sobre a bola, realizada isoladamente não diminuiu de forma significativa o score, mas quando esta era associada ao banho quente, os valores encontrados foram bastante significativos para a diminuição da dor.

Em outro estudo demonstrou-se por meio de relatos da equipe de enfermagem que o uso da bola possibilitou a participação ativa das mulheres no processo parturitivo, facilitando a adoção de posturas verticalizadas, provocando diminuição da dor materna além da descida do bebê para a pelve, proporcionando auxílio na descida e encaixe da apresentação fetal. O autor mostrou pelas falas da equipe, que uma das dificuldades enfrentadas para implementar o uso dessa prática no local do estudo foi a necessidade de número adequado de bolas, além do quantitativo de profissional suficiente, já que a utilização da bola pela parturiente requer orientação e supervisão de um profissional de saúde.

Outros quatro estudos, colocaram que a pouca expressividade da indicação do uso de bolas obstétricas pode estar relacionada ao fato de ser uma técnica relativamente recente, ou ainda pela falta de preparo e conhecimento dos profissionais para sua utilização.

Exercícios Respiratórios

Os exercícios respiratórios foram avaliados em quatro estudos. Os autores apontaram como benefícios o auxílio no relaxamento, proporcionando ansiedade e nível de estresse diminuído, sendo estes avaliados pela equipe multidisciplinar e relato de puérperas, que referiram ter aumentado a sensação de conforto após a realização dos exercícios.

Aromaterapia

A eficácia da aromaterapia foi avaliada por um estudo. A equipe ao empregar a intervenção colocou cinco tipos de óleos essenciais para que as pacientes pudessem escolher um deles: camomila romana, clary sálvia, incenso, lavanda e tangerina. Esse estudo notou pelo relato das parturientes que a ansiedade e o medo foram menores para 86% das mulheres que receberam a intervenção.

Musicoterapia

A musicoterapia foi abordada apenas em um estudo. Apesar de pouco citado, o estudo ressaltou que a música age como uma forma de distração e relaxamento no TP e mostrou que pacientes do grupo de música expressaram a necessidade de algum outro método de alívio da dor após as intervenções.

Cavalinho

A implementação do método cavalinho foi abordado em apenas um dos estudos. Nele, mostrou-se que o uso foi praticado com maior frequência quando comparado à bola obstétrica e exercícios respiratórios. Foi observado que em razão do método não requerer supervisão dos profissionais, somente orientação, foi mais utilizado que a bola obstétrica.

5.4 Elementos relacionados à organização de serviços que influenciam na implementação desses métodos

Um dos estudos apontou que a implementação do cuidado humanizado enfrenta obstáculos como falta de conhecimento, orientação e preparo por parte das pacientes e acompanhantes e que o vínculo estabelecido entre profissional-paciente, informações passadas da forma correta, estrutura e preparo da equipe são fundamentais para uma boa assistência.

Os resultados de dois estudos indicaram o conhecimento da equipe de enfermagem em relação ao Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento (PNHPN). Os mesmos atuam na maternidade buscando orientar, estimular e apoiar as mulheres no parto normal e humanizado, fazendo a diferença ao considerar e respeitar os sentimentos, preferências e valores culturais das mulheres atendidas. Foi destacado na análise, que os acompanhantes poderiam participar de forma mais ativa no nascimento do recém-nascido se as orientações fornecidas à gestante durante o pré-natal forem também compartilhadas com seus companheiros.

Foi verificado também, que o excesso de atividades burocráticas voltadas para o controle de material, gerenciamento do pessoal de enfermagem, registros e relatórios escritos de forma não sistematizada, caracteriza a execução de tarefas rotineiras, prejudicando assim a assistência que deveria ser prestada às parturientes.

Nove estudos apontaram que ainda há muitas dificuldades para a implementação da assistência humanizada às mulheres em processo parturitivo, estas dificuldades estão bastante relacionadas com a necessidade dos profissionais se capacitarem, bem como a disponibilidade de recursos tecnológicos e infraestrutura adequada influenciam na implementação. Nas pesquisas, muitas das recomendações da OMS foram realizadas nas instituições, no entanto, as limitações enfrentadas impossibilitaram a realização das práticas humanizadas em todos os locais de pesquisa, bem como sua implementação.

6. DISCUSSÃO

Por humanização da assistência compreende-se, prioritariamente, o respeito ao tempo de cada mulher no processo de parturição, evitando intervenções desnecessárias impostas pela rotina hospitalar e reconhecimento do aspecto cultural próprios da mulher (MOREIRA, et al .2009)

Os resultados indicam que os profissionais de enfermagem se preocupavam em atender as necessidades das parturientes bem como a implementação dos métodos para alívio da dor. A assistência prestada à mulher, referida pelas entrevistadas, as sensibilizaram de modo a preocuparem em ampará-las e auxiliá-las durante o TP e parto.

Foi constatado que os profissionais valorizavam ações de humanização que vem ao encontro da proposta criada pela Rede de Humanização do Parto e Nascimento que traz cinco principais objetivos dentre os quais estão o incentivo à autonomia das mulheres e poder de decisão sobre seus corpos e parto (MOUTA, et al. 2009)

Quanto ao local onde se desenvolveram esses estudos, nas maternidades e centros de parto normal evidencia-se em maior proporção como contribuidoras para uso e incentivo dos MNFs.

Entende-se que a utilização de terapias complementares pela enfermagem é fundamental para estabelecer autonomia profissional. Contudo o conhecimento e divulgação desses métodos são a base para dinamizar o seu caráter científico e contribuir para o planejamento de pesquisas clínicas. Portanto, as terapias alternativas são excelentes para a redução de intervenções medicamentosas, sendo estas em sua maioria, de simples aplicabilidade e possibilitam a participação ativa do acompanhante durante o trabalho de parto e parto. Os MNFs de alívio da dor durante TP e parto além de estarem altamente envolvidos com as políticas de humanização do processo de nascimento, possibilitam às mulheres a redução do medo, a autoconfiança e satisfação. (CULLUM, 2010; SILVA, 2011).

De acordo com a política proposta pelo Ministério da Saúde, a adequação física à rede hospitalar, para que a gestante possa ter um acompanhante durante o TP e para implementação dos métodos não farmacológicos, faz-se necessária. São imprescindíveis investimentos por parte da instituição para que a qualidade e a humanização na assistência ao parto sejam modificadas (BRASIL, 2001)

É possível observar nos estudos analisados que o apoio promovido pelos enfermeiros proporciona sentimentos positivos na gestante durante a assistência ao parto,

tornando-as mais seguras e colaborativas, além de se tornarem uma fonte segura de apoio emocional e auxílio nas medidas de conforto, quando os MNFs são implementados no TP.

É necessário, portanto que os profissionais se aproximem dos acompanhantes para orientá-los, recomendando sua participação no processo de nascimento. Essa atuação, tanto no atendimento à parturiente quanto informações passadas ao acompanhante, deve contemplar os valores humanísticos, propiciando o desenvolvimento de potencialidades humanas, autonomia do cuidado e transformação pessoal e social de todos envolvidos na assistência.

De acordo com Sartori et al. (2011) o movimento de humanização da assistência ao parto a nível mundial pode ter influenciado a busca por medidas não farmacológicas, pois promove alívio da dor durante o trabalho de parto e está intimamente ligado com a garantia de segurança a parturiente na vivência do processo doloroso e conseqüentemente, em um parto mais saudável.

O medo ocorre por falta de informação e o estímulo a participação e autonomia da mulher torna o parto gratificante e menos doloroso. O atendimento e o relacionamento interpessoal com os profissionais influenciam na liberdade de expressão do instinto da parturiente. Assim, a atenção integral e individualizada, em conjunto com a percepção dos fatores emocionais, culturais e psicológicos tem especial influência na humanização do parto (LOPES et al, 2009)

A importância dos recursos tecnológicos quanto o uso destas ferramentas ficou reconhecido nos estudos como necessário e adequadamente aplicado. Os profissionais devem necessariamente deter o chamado conhecimento científico para embasar suas práticas, e a atualização desse conhecimento deve ser permanente, uma vez que os avanços científicos evoluem rapidamente e promovem modificações constantes.

Assim, é possível afirmar que a humanização do cuidado é implementada por métodos e atitudes simples, que exigem doação e interesse do profissional, infraestrutura adequada e adaptada para implementação da assistência obstétrica adequada.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou momentos da evolução da história do parto desde a fase domiciliar até a sua institucionalização, onde o mesmo foi deixando de ser um evento fisiológico e a mulher foi perdendo sua autonomia, tendo no parto cada vez mais intervenções e medicações durante o TP e parto.

Diante das mudanças que surgiram com o passar do tempo, movimentos em prol da humanização do parto começaram a ser instituídas em busca do resgate da autonomia e satisfação da mulher, além da mudança no cenário de parto.

Com a intenção da assistência humanizada ser efetivada é preciso construir uma nova cultura de humanização. A construção dessa nova cultura envolve a participação do sistema de saúde por meio dos profissionais e gestores, durante o processo de discussão, elaboração, implementação e análise de ações.

Frente a esse contexto, este estudo identificou nas análises de pesquisas realizadas que a equipe de enfermagem percebia a situação de dor no parto e apresentava medidas de conforto para que fossem amenizadas. Além disso, identificou-se a valorização das orientações, informações e comunicação efetiva entre os profissionais e a mulher em TP.

Outros achados permitiram reforçar os fatores que estão relacionados à dor no parto, que podem se intensificar principalmente quanto associados às questões emocionais. Esses fatores se referem à insegurança e à ausência de um acompanhante e do amparo que o profissional vem a oferecer, onde o desfecho do TP pode vir a tornar-se mais doloroso e solitário.

Os profissionais de saúde ainda enfrentam um grande desafio em relação à humanização da assistência obstétrica, pois alguns profissionais referem-se ao processo de parturição como um sofrimento e não como um processo fisiológico que pode ser conduzido pela parturiente.

Assim, fazem-se necessários a reflexão e redirecionamento das boas práticas no atendimento às mulheres e sugere-se que tais práticas estejam subsidiadas nas evidências científicas, pois a condução de um TP vai além da sensibilidade e o profissional precisa estar empoderado do seu papel no processo de parturição. Com isso, acreditamos este ser um caminho importante para que o profissional de saúde se torne um facilitador do processo parturitivo, respeitando a fisiologia, o princípio da não intervenção desnecessária e o respeito à autonomia feminina.

8. REFERÊNCIAS

ALMEIDA N.A.M. et al. **Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição.** Rev Latino Americana de Enfermagem. 2005.

ANGULO-TUESTA, A.A. et al. **Saberes e prática de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto.** Cad Saúde Pública 2003.

BAÑOL F.S. **Biomúsica.** São Paulo: Ícone; 1993.

BARBIERI, M et al. **Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no Trabalho de Parto.** Acta. Paul. Enferm. 2013.

BRASIL. **Decreto nº 94.406/87 regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986,** que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 08 de junho de 1987.

BRASIL. **Ministério da Saúde. HumanizaSUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília, DF, 2004.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.** Brasília: Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília, DF, 2001.

BRASIL. **Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.** 2011.

BRASIL. **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência humanizada à mulher.** FEBRASCO/ABENFO. Brasília. 2001

BRASIL. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Cadernos de Atenção Básica, nº32. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília: Ministério da Saúde. 2001.

BRASIL. **Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.** Brasília: Ministério da saúde, 2000.

CONITEC. **Relatório 179 - Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana.** SAS/MS Nº 306/2016.

CULLUM, N. et al. **Enfermagem baseada em evidências: uma introdução.** Porto Alegre: Artmed; 2010.

CARALO, I.L.C.M. **A participação do enfermeiro no parto humanizado: uma revisão bibliográfica.** Brasília, DF, 2014.

CORRÊA, NF et al. **O papel do enfermeiro obstetra no processo de parturição.** Rev. Inova Saúde. Criciúma. 2015

DAVIM, R. M. B. et al. **Assistência à parturiente por enfermeiras obstetras no Projeto Midwifery: um relato de experiência.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2002.

DAVIM, R. M. B. et al. **Assistência ao parto normal no domicílio.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 9, n. 6, p. 62-68, 2001.

DIAS, M.A.B. et al. **Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto.** Ciênc. Saúde coletiva vol.10 no.3 Rio de Janeiro July/Sept. 2008.

DINIZ C.S.G. et al. **Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa Nascer no Brasil.** Cad Saúde Pública 2014.

DINIZ, C. S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto.** Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Medicina. São Paulo, 2001.

DINIZ, C. S. G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento.** Saúde Coletiva 2005.

FIALHO, T.C. **O papel do enfermeiro no parto humanizado.** Evata; Favap. 2008

FRIGO, J. et al. **A enfermagem e o cuidado humanístico na parturição.** Rev. Uningá Review. 2013

FOSSA, AM et al. **A experiência da enfermagem durante a assistência à gestante no parto humanizado.** Saúde Rev. Piracicaba. 2014

FRELLO, A.T. et al. **Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto.** Revista Eletrônica de Enfermagem. Goiânia, v. 12, n. 4, p. 660-8, dez. 2010.

GALLO, R.B.S. et al. **Recursos não farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial.** Revista Femina, Ribeirão Preto, v.39, n.1, p.41-48, jan. 2011.

HODNETT E.D. **Dor e satisfação das mulheres com a experiência do parto: uma revisão sistemática.** Am J Obstet Gynecol. 2002.

HODNETT, E.D. et al. **Apoio contínuo para as mulheres durante o parto.** Cochrane Database Syst Rev. 2011.

LARGURA, M. A. **Assistência ao parto no Brasil.** 2ª ed. São Paulo. 2000.

LOBO, S.F. et al. **Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal Peri hospitalar na cidade de São Paulo.** Brasil. Ver. Esc. Enfer. USP. v.44, n.3, p.812-818, 2010.

LOPES, C. et al. **Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento do seu filho.** Cogitare Enfermagem, América do Norte. 2009.

- MALHEIROS, PA et al. **Parto e Nascimento: saberes e práticas humanizadas**. Rev. Texto e Contexto. 2012.
- MOREIRA, K.A.P. et al. **O significado do cuidado ao parto na voz de quem cuida: uma perspectiva à luz da humanização**. Cogitare Enferm. 2009
- MOUTA, R.J.O. et al. **Estratégias de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para implementação de um modelo humanizado de assistência ao parto**. Rev Texto Contexto Enferm. 2009
- MOTTA, SAMF et al. **Implementação da Humanização da Assistência ao Parto Natural**. Rev. Enferm.UFPE. 2013
- MS/SVS/DASIS - Dados de 2012. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos ou 2013 SINASC e SIP/ANS**. 2013.
- OLIVEIRA, A.D.D et al. **Sentimentos e opiniões de mulheres que vivenciaram a experiência do parto humanizado no Hospital Santa Lucinda**. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, 2014.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE. **Assistência ao parto normal; um guia prático . Saúde materna e neonatal / Maternidade Segura Unidade. Família e Saúde Reprodutiva**. Genebra; World Health Organization. 1996.
- OSÓRIO, SMB et al. **Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto**. Rev. Rene. UFC. 2014
- PASCHE, D. F. et al. **Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado**. Revista Tempus Actas Saúde Coletiva, Brasília, v. 4, n. 4, 2010.
- PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP; 1998.
- Pereira, ALF et al. **Resultados Maternos e Neonatais da Assistência em Casa de Parto no Município do Rio de Janeiro**. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2013
- PETROFF, T. **Terapia cognitivo comportamental**. 2012.
- PIESZAK, GM et al. **Percepção da equipe de enfermagem quanto a dor da parturiente: perspectivas para o cuidado**. Rev. Rene. UFC. 2015
- PIMENTEL J. **O inquérito "Nascer" e a situação dos partos no Brasil**. Rio de Janeiro: Portal DSS Brasil; 2015
- REIS, CSC et al. **As práticas utilizadas nos partos hospitalares assistidos por enfermeiras obstétricas**. Enf. Obstétrica. ABENFO. 2014
- REIS, TR et al. **Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. Rev. Gaucha. Enferm. 2015
- RICCI, S.S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008

RIESCO, M. L. G. et al. **Elementos constitutivos da formação e inserção de profissionais não-médicos na assistência ao parto.** Cadernos de Saúde Pública, 2002.

ROCHA, J.Á. et al. **Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para o parto normal.** FEMINA. 2010.

ROLIM, K. M. C. et al. **O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n.1, 2006.

SANTANA, LS et al. **Efeito do banho de chuveiro no alívio da dor em parturientes na fase ativa do trabalho de parto.** Rev. Dor. 2013.

SANTOS, RB et al. **Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico.** Rev. Bras. Enferm. REBEn. 2012.

SANTOS, B. A. **A percepção da Parturiente frente ao parto realizado pela enfermeira obstétrica.** Curitiba: UFPR, 2001.

SANTOS, M. L. **Humanização da assistência ao parto e nascimento: Um modelo teórico.** Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2002.

SESCATO, A. et al. **Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem.** Cogitare Enfermagem, América do Norte, v.13, n 4, p.585-590, out/dez. 2008.

SILVA, A.L.S. et al. **Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal.** Esc. Anna Nery vol. 19 nº.3 Rio de Janeiro July./Sept. 2015.

SILVA, F.M. et al. **O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto.** Rev Esc Enferm USP. 2006

SILVA, ALS et al. **Práticas de enfermeiras para a promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal.** Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2015

SILVA, L.M. et al. **Uso da bola de nascimento no trabalho de parto.** Acta paul. Enferm. São Paulo, v.24, n.5, 2011.

SODRÉ, T.M. et al. **O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.41, n.1, p.82-9, 2007.

SOUZA, M.T. et al. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** Einstein, São Paulo, 2010.

SOUZA, ENS et al. **Métodos não farmacológicos no alívio da dor: equipe de enfermagem na assistência a parturiente em trabalho de parto e parto.** Rev. Enferm. 2015

SOUZA, T.G. et al. **A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto.** Rev Gaucha Enferm. 2013

TABARRO, S.T. et al. **Efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido.** 2010

TORNQUIST, C. S. **Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil.** Caderno de Saúde Pública, v. 19, supl. 2, p. 419-427, 2003.

WEI, CY et al. **Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção do grupo de puérperas.** Rev. Texto e Contexto. Florianópolis. 2014

9. ANEXOS

IMAGEM 1- Banho de aspersão. Disponível em: <http://saudedamulheregestacao.blogspot.com.br/2014/11>. Acesso em 26 novembro de 2015.

IMAGEM 2- Banho de aspersão. Disponível em: <https://conversandocombernardo.wordpress.com/tag/trabalho-de-parto/>. Acesso em 26 novembro de 2015.

IMAGEM 3- Massagem na região lombar durante o trabalho de parto. Disponível em: <http://patosonline.com/post.php?codigo=44054>. Acesso em 26 novembro de 2015.

IMAGEM 4- Exercícios respiratórios utilizados durante o trabalho de parto. Disponível em:

IMAGEM 5- Técnica de relaxamento no trabalho de parto. Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/ciencia/ultimas-noticias/redacao/2010/10/21/relaxamento-e-a-chave-para-um-parto-tranquilo-e-com-menos-dor.htm> Acesso em 26 novembro de 2015

IMAGEM 6- Técnica de relaxamento no trabalho de parto. Disponível em: Exposição Fotográfica Gesto Natural de Débora Amorin. Galeria Olho de Águia. 23 agosto de 2015 à 19 setembro de 2015.

IMAGEM 7- Movimentação, alternância de postura. Disponível em: <http://www.maeganso.com.br/2015/06/exercicios-facilitadores-para-o-parto.html>. Acesso 26 novembro de 2015.

IMAGEM 8- Cavalinho utilizado durante o trabalho de parto. Disponível em: http://doulaamiga.blogspot.com.br/2013_07_01_archive.html Acesso em 26 novembro 2015

IMAGEM 9- Bola de nascimento utilizada durante o trabalho de parto. Disponível em: <https://conversandocombernardo.wordpress.com/tag/trabalho-de-parto/>. Acesso em 26 novembro 2015