

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

CURSO DE ENFERMAGEM

**A PARTURIENTE E A DOR: UMA REFLEXÃO
SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

PATRICIA DELL'AGLIO FONSECA

PORTO ALEGRE, JULHO DE 2000

PATRICIA DELL'AGLIO FONSECA

**A PARTURIENTE E A DOR: UMA REFLEXÃO
SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

Trabalho de conclusão apresentado à
disciplina Estágio Curricular-ENF
99003, do curso de Enfermagem da
Escola de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande
do Sul.

Orientadora: Cláudia Junqueira Armellini

PORTO ALEGRE, JULHO DE 2000

BIBLIOTECA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PORTO ALEGRE

AGRADECIMENTOS

À professora orientadora Cláudia Junqueira Armellini pela cumplicidade, disponibilidade, confiança e segurança demonstrados durante as orientações deste trabalho,

À Márcia Simone de Araújo Machado, enfermeira da Unidade de Internação Obstétrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pela dedicação durante meu estágio curricular e apoio na realização deste trabalho,

Às pacientes que acompanhei durante os estágios, com as quais pude estabelecer uma relação de ajuda e refletir sobre como deveriam ser cuidadas.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	5
2	OBJETIVOS.....	7
3	METODOLOGIA	8
4	GESTAÇÃO.....	9
5	TRABALHO DE PARTO	18
5.1	Eventos fisiológicos e emocionais do trabalho de parto.....	18
5.2	Assistência ao trabalho de parto.....	21
5.3	Métodos de preparação para o parto.....	26
6	DOR E TRABALHO DE PARTO.....	33
6.1	Fisiologia da dor.....	33
6.2	Etiologia da dor durante o trabalho de parto.....	37
6.3	Fatores que influenciam a dor.....	39
6.4	Respostas comportamentais à dor durante o trabalho de parto.....	41
6.5	Benefícios do controle da dor durante o trabalho de parto.....	43

7	CUIDADOS DE ENFERMAGEM ÀS PARTURIENTES COM DOR.....	45
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
	BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	69
	ANEXOS.....	70

INTRODUÇÃO

Desde o início do curso de graduação em Enfermagem, a área materna sempre esteve entre uma das minhas preferências, o que foi confirmado após ter cursado a disciplina Enfermagem no Cuidado à Mulher. O interesse na realização do presente trabalho foi motivado pela minha experiência como aluna desta disciplina e, posteriormente, como monitora da mesma, durante um ano. Como monitora, junto a professora orientadora, acompanhei grupos de alunos em estágio teórico-prático no centro obstétrico. Durante essas duas experiências, tive a oportunidade de conhecer três centros obstétricos, pertencentes à hospitais escolas de Porto Alegre.

Durante minhas vivências dentro do centro obstétrico, verifiquei que a maioria das parturientes queixava-se de dor e que, poucas vezes, a equipe profissional¹

¹ Considero neste trabalho equipe profissional sendo composta pelos seguintes profissionais: equipe médica e equipe de enfermagem.

prestou algum cuidado para amenizar esta dor. Tal conduta me fez pensar que a dor durante o trabalho de parto é considerada pela equipe profissional como “natural”, “normal”, inerente ao processo de parturição, não havendo muito o que ser feito, pois “o trabalho de parto é assim”.

Durante os estágios, sempre observei que quando as acadêmicas de enfermagem permaneciam ao lado das parturientes orientando a evolução do trabalho de parto, ouvindo e apoiando-as, as queixas em relação à dor desapareciam gradativamente. Essas mulheres passavam a participar mais conscientemente do seu processo de trabalho de parto e do período de expulsão. Após ao nascimento, freqüentemente, agradeciam às alunas por “não as terem deixado sozinhas”. A companhia durante o trabalho de parto parece ser um dos fatores que influencia as parturientes na percepção sobre a intensidade da dor. Isso me mobilizou a aprofundar meu conhecimento sobre a etiologia da dor durante o trabalho de parto, os fatores que podem influenciar na percepção desta dor e que cuidados de enfermagem podem ser prestados às parturientes com dor.

Percebo que a dor, durante o trabalho de parto, existe de fato e acredito que essa dor dificulta a participação das mulheres durante o seu processo de parturição. Acredito que a enfermagem tem um papel importante no controle, na minimização e no alívio do processo doloroso das parturientes.

2 OBJETIVOS

Realizar uma revisão bibliográfica sobre os cuidados de enfermagem às mulheres com dor durante o trabalho de parto.

Realizar uma análise comparativa entre os dados obtidos na bibliografia e minha vivência acadêmica.

3 METODOLOGIA

O presente estudo resulta de uma revisão bibliográfica realizada em livros, revistas e publicações na área da saúde, em português, nos últimos 5 anos (1994-1999).

As publicações como livros e periódicos foram localizadas através do sistema SABI das bibliotecas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul , outras fontes, e utilização de algumas páginas da Internet.

De acordo com Inácio Filho (1995), os passos para a elaboração de um trabalho científico são: 1) determinação do tema, problema do trabalho; 2) levantamento bibliográfico referente ao tema; 3) leitura e documentação; 4) reflexão crítica; 5) construção lógica do trabalho 6) redação do texto (monografia).

4 GESTAÇÃO

A gravidez é uma etapa onde acontecem modificações tanto no corpo como na vida emocional das mulheres, como afirmam Maldonado, Dickstein e Nahoum (1997). Ao longo de toda a gestação, as mulheres vivenciam diversos sentimentos que podem sensibilizar, alegrar, assustar ou atemorizar. Tudo começa com a formação do ovo ao nível da trompa, resultado da união de um espermatozóide com um óvulo. Após essa fusão, óvulo – espermatozóide, o ovo inicia um processo de multiplicação celular e migração em direção ao útero onde irá se fixar para receber oxigenação e alimentação durante toda gestação.

Zimmerman et al. (1995) dizem que a gravidez é uma fase onde as emoções e os instintos são fortes e podem até modificar a personalidade das mulheres. Esses autores ressaltam que o entendimento sobre os aspectos psicológicos da gestação é

importante pois estão relacionados com a saúde materna, com o vínculo familiar, com o vínculo materno-filial e, também, com o bom desenvolvimento do feto.

Algumas mulheres, segundo Maldonado (1997), podem perceber que estão grávidas antes da confirmação clínica propriamente dita e outras só “descobrem” a gravidez no quarto ou quinto mês, talvez por não terem sintonia com o próprio corpo ou por não aceitarem e negarem as transformações decorrentes da gestação. Após a confirmação da gravidez, se estabelece o início da relação materno filial e toda família está, e deve estar, inserida nesse contexto. Para Largura (1998), a relação materno filial começa bem antes da gravidez e irá continuar por muito tempo após o parto.

As mulheres e seus companheiros, durante essa fase, vivem sentimentos ambíguos e diversos medos. Na medida em que o parto se aproxima, os medos se intensificam, especialmente em relação às fantasias de morte decorrentes da falta de informação a respeito dos acontecimentos que envolvem a gestação e o parto (Zimmerman et al, 1995).

Rodrigues (1999) reforça que as gestantes, além de realizar a preparação física e emocional na gravidez, devem ter a informação e o conhecimento teórico que

inclua informações sobre gestação, parto e aleitamento a fim de torná-las mais tranquilas sobre o que acontece com seu corpo.

As percepções sobre concepção, gravidez e parto são marcadas por diferenças culturais. Helman (1994) refere que a cultura reforça e delimita o que a sociedade entende como natureza da concepção e como eventos “normais” da gravidez e do parto. O autor ressalta que, nos últimos 50 anos, a obstetrícia moderna tem sido criticada pelas mulheres por enfatizar exageradamente os aspectos fisiológicos, deixando de lado os aspectos psicossociais da gravidez e do parto, transformando as mulheres grávidas em “pacientes”, passivos e dependentes.

Para Burroughs (1995), durante a gestação ocorrem muitas alterações fisiológicas que acarretam alguns distúrbios e desconfortos. As maiores alterações do organismo materno referem-se ao sistema endócrino e as modificações físicas do corpo das mulheres. A produção hormonal aumentada afeta todos os sistemas importantes do organismo materno.

Primeiramente, as mulheres começam a sentir maior necessidade de dormir. Soifer apud Maldonado (1997) interpreta esse fenômeno como uma regressão e identificação das mulheres com o feto. Maldonado (1997) comenta que, além da

hipersonia, a hiperemese gravídica, as oscilações de humor e o aumento da sensibilidade e irritabilidade são alterações iniciais da gestação.

Já no segundo trimestre, considerado pela autora como o mais estável do ponto de vista emocional, a movimentação fetal é o evento central desta fase. Através dela se instalam nas mães os sentimentos de personificação do feto. Os movimentos fetais também causam impacto no homem. A forma pela qual o casal aceita as mudanças, principalmente as modificações na estrutura corporal, está relacionada com as alterações na sexualidade. Algumas mulheres irão sentir-se mais retraídas e introjetadas à si mesmas, outras, aumentarão suas atividades e até mesmo o desejo sexual.

A ansiedade que acompanha as futuras mães desde o início da gestação está aumentada com a chegada do terceiro trimestre e eleva-se ainda mais de acordo com a proximidade do parto. Segundo Maldonado (1997, p.49), “a ansiedade é especialmente aguda nos dias que antecedem a data prevista e tende a intensificar-se ainda mais quando a data prevista é ultrapassada.”

Zimmerman et al. (1995) dizem que as mulheres deparam-se nesta fase com dificuldades físicas. A barriga cresce rapidamente, acentuam-se os edemas e varizes

nas pernas, além de mamas grandes e doloridas. Essas dificuldades provocam modificações no ponto de equilíbrio das gestantes, fazendo com que elas tenham que se readaptar, alterando até mesmo seu modo de caminhar, sentar e realizar suas atividades cotidianas.

Com a chegada do último trimestre e a proximidade do nascimento, as inseguranças, medos e dúvidas em relação ao parto tornam-se questões centrais. Isso não quer dizer que durante os dois trimestres anteriores as gestantes não pensassem nisso, mas durante as outras fases existiam eventos concretos que “tomavam conta” do tempo e dos pensamentos das mulheres.

A proximidade do parto e os acontecimentos relacionados ao nascimento ocupam um lugar de destaque nas dúvidas das mulheres e de seus companheiros. Szejer e Stewart (1997) dizem que as mulheres pensam como será o parto e questionam como o bebê vai nascer.

Estes autores chamam os medos de “fobias do parto” e dizem que entre as fobias estão o medo da dor, medo da anestesia peridural, medo da cesariana, medo de não ser capaz de defrontar-se com esse obstáculo e superá-lo, entre outros. Para

Maldonado (1997) além do medo da dor as gestantes sentem medo de morrer no parto, de que aconteça algo com o bebê, que o bebê não seja normal, entre outros.

Szejer e Stewart (1997) afirmam que os medos estão relacionados à história pessoal de cada mulher, a maneira como sua mãe relatou seu nascimento, à essa gestação, à história do casal e à expectativa em relação a esse bebê. Para os autores, as fobias se expressam de maneira diferente, algumas mulheres não as desenvolvem na primeira gestação, desenvolvendo nas gestações posteriores. Torna-se necessário que as mulheres manifestem seus medos à equipe profissional, pois assim elas poderão ser informadas e conseqüentemente se sentirão mais tranquilas.

Pelloso, Carvalho e Higarashi (1999) analisam a relação entre a cesariana e a mortalidade materna, discutem a existência de uma predominância de cesarianas tanto no Sistema Único de Saúde (SUS) como em hospitais particulares, e nestes elevando-se ainda mais. As autoras comentam que as mulheres tendem a preferir a cesariana pelo medo da dor no trabalho de parto e parto normal, e também, por acreditarem que o parto normal irá destruir seus genitais, causando interferência nas relações sexuais.

A opção pela cesariana, serve como uma alternativa para livrar-se do medo da dor e do sofrimento, pois as mulheres acreditam que o parto normal é uma prova da qual elas devem sofrer para saírem vitoriosas (Guimarães, 1998).

É necessário informar as gestantes sobre os riscos que correm ao optar pela cesariana e, ao mesmo tempo, prepará-las para lidarem com seus medos e inseguranças frente ao parto normal, principalmente, no que se relaciona à dor durante o trabalho de parto.

Considero que uma das alternativas são os cursos de gestantes onde são abordados assuntos desde a fisiologia da gestação, parto e puerpério, cuidados pessoais e com o bebê, além de serem trabalhados os medos e as inseguranças das mulheres durante essas fases, incluindo a preparação para o trabalho de parto.

Ávila (1998, p.115) diz que “o trabalho dos sentimentos que as informações despertam é que atenderá às necessidades emocionais das pessoas grávidas e poderá gerar crescimento, redução da ansiedade e assimilação das informações recebidas.”

Durante meu estágio curricular realizado no período de março a maio deste ano em uma Unidade de Internação Obstétrica, onde além de puérperas há gestantes de alto risco internadas, tive a oportunidade de coordenar e participar de alguns grupos de gestantes. No decorrer dos cursos verifiquei que um dos assuntos mais polêmicos entre elas era a questão da dor no parto. Muitas referiam ter medo da dor, outras que já haviam passado pela experiência de um trabalho de parto, diziam que realmente doía, mas depois que o bebê nascia, elas esqueciam o que tinham passado. Após o término do grupo, todas relatavam que havia sido bom terem compartilhado e esclarecido suas dúvidas, tanto com o profissional como com outras gestantes, e sentiam-se “importantes” ao saber que alguém da equipe profissional preocupava-se com as suas inseguranças.

Burroughs (1995) ressalta que a gestação é um momento importante na vida das mulheres, dos companheiros e de suas famílias, é quando desafios são enfrentados para se redefinirem papéis, ultrapassando conflitos para serem assumidos os papéis de pais. Os ajustes físicos e emocionais da gestação e as exigências para se tornarem pais causam níveis variados de estresse e ansiedade.

Para a mesma autora, alguns fatores específicos contribuem para uma resposta psicológica frente à gestação, tanto positiva quanto negativa, entre eles as expectativas, o apoio de pessoas, o planejamento da gestação ou não, e a situação

financeira. Outro grande fator de influência no impacto psicológico da gestação é o nível de maturidade e preparo das mulheres para a maternidade.

5 TRABALHO DE PARTO

5.1 Eventos fisiológicos e emocionais do trabalho de parto

Costa, Vidal e Chaves (1997, p.144) definem o trabalho de parto como “um conjunto de fenômenos fisiológicos que ocorrem dentro de um período determinado de tempo, após a vigésima semana de gestação, e que tem como objetivo a expulsão dos produtos da concepção.” O conjunto de fenômenos fisiológicos é caracterizado por contrações da musculatura uterina que provocam progressivamente o apagamento, a dilatação da cérvix e a descida da apresentação fetal.

Segundo os autores citados, o parto divide-se em quatro períodos denominados “períodos clínicos do parto”. O primeiro período- dilatação- compreende desde o início das contrações regulares e modificações cervicais que incluem o apagamento da cérvix e sua dilatação completa (10 cm). O segundo período- expulsão-

compreende o tempo entre a dilatação completa até a expulsão do feto. O terceiro período – dequitação- é o período de tempo que inicia após a expulsão fetal e termina com a expulsão placentária. Já o quarto período – recuperação- inicia após a expulsão da placenta e termina uma hora após a saída da mesma.

De acordo com Stright e Harrison (1998), atualmente ainda não se sabe ao certo quais os fenômenos que desencadeiam o trabalho de parto. Acredita-se que a privação de progesterona, o aumento na produção de ocitocina, o controle endócrino fetal e a ativação da decídua uterina, sejam alguns dos fatores que o desencadeiam.

Maldonado (1997) refere que o parto pode ser visto como uma fase de crise onde diversas mudanças significativas na vida de toda a família começam a acontecer. Para a autora, prever como o casal vai se sentir no momento do parto é difícil, pois o comportamento das mulheres e dos companheiros durante o trabalho de parto é influenciado por diversos fatores que ela chama de “sinais prognósticos da qualidade do parto.” Para Ávila (1998), cada homem e cada mulher irá reagir, às vésperas do parto, de acordo com sua história pessoal, sua própria personalidade e sua forma de simbolizar o bebê e o parto. Maldonado (1997) confirma estes fatores e, ainda acrescenta a eles o contexto sociocultural e o nível de informação a respeito do processo de parto.

Durante as horas que dura o trabalho de parto, Szejer e Stewart (1997) afirmam que as mulheres vivem a aproximação da dor de maneiras diferentes entre si, pois a sensibilidade à dor varia de mulher para mulher, ao longo do trabalho de parto e de acordo com a preparação de cada uma para esse evento. Para as mulheres a dor simboliza o parto e ser capaz de suportá-la mostra que são capazes de dar a luz.

Largura (1998) afirma que a sociedade atual “foge da dor” utilizando todos os métodos e medicações existentes para essa fuga. As gestantes trazem em sua bagagem emocional as experiências de dor vividas desde que eram crianças, de uma forma geral, também tentam fugir da dor. Segundo vários autores como Gualda (1994), Szejer e Stewart (1997), Maldonado (1997), Raphael-Leff (1997) e Simões (1998) as mulheres “precisam” viver a dor para saberem que “foram capazes”, “foram vitoriosas” e ao mesmo tempo querem usar todas formas para eliminar a dor.

Para Burroughs (1995), as crenças culturais das mulheres sobre o parto podem influenciar suas maneiras de entendê-lo como um acontecimento importante e especial ou desgastante. O conceito que as mulheres possuem sobre sua autoconcepção e sobre o papel da mulher também podem afetar seus comportamentos durante o trabalho de parto. Cada mulher tem a sua forma de reagir aos acontecimentos do trabalho de parto. Segundo a autora, há mulheres que preferem não serem tocadas, outras pedem para ficarem sozinhas, algumas tornam-se negativas e até mesmo infelizes. Se as

parturientes tiveram experiência prévia ruim em relação ao parto elas, provavelmente, terão uma resposta negativa em relação ao trabalho de parto atual.

A chegada do parto, segundo Maldonado (1997), é por si um momento de crise, é irreversível e imprevisível.

Para Burroughs (1995), o período da parturição é curto se comparado com a duração da gravidez mas é, provavelmente, o momento mais difícil e, ao mesmo tempo, importante para as futuras mães, os bebês e suas famílias.

5.2 Assistência ao trabalho de parto

Atualmente, muito se escuta sobre a humanização do parto, mas pouco refletimos sobre nossas práticas e rotinas hospitalares. Para Largura (1998, p.8) “humanizar o parto é respeitar e criar condições para que todas as dimensões do ser humano sejam atendidas: espirituais, psicológicas, biológicas e sociais.”

Será que nos esforçamos para cuidar de nossas parturientes de maneira humanizada?

Maldonado (1997) refere que o modo como o parto for assistido repercute na maneira que as mulheres vivenciam este momento. O descontrole e o pânico podem ser conseqüências de uma “assistência precária, que não protege, não acolhe e até mesmo negligencia e maltrata a parturiente.” (Maldonado, 1997, p.70). As mulheres esperam apoio emocional e confiança de quem assiste ao parto (Raphael-Leff,1997).

Zampieri (1997) refere que a equipe de enfermagem, muitas vezes, trata as gestantes, parturientes e puérperas de forma desumana, chegando até mesmo a discriminá-las. Para ela, desumanização é fragmentar as pessoas em corpo, emoção, razão e intuição. Para a enfermagem atingir a humanização deve, primeiramente, desenvolver os próprios sentimentos, pois somente desta forma alguém pode de maneira sensível interagir com outra pessoa.

Segundo Espírito Santo e Berni (1997), a assistência de enfermagem no ciclo gravídico puerperal tem como objetivo atender as mulheres, seus companheiros e suas famílias de forma humanizada e individualizada.

A enfermeira tem um papel importante durante o trabalho de parto. Para Burroughs (1995), a maneira pela qual a enfermeira comunica-se com as gestantes em trabalho de parto, definirá o modo que estas se posicionarão frente as rotinas hospitalares e à evolução do trabalho de parto.

Muito importante torna-se o estabelecimento de uma relação de ajuda entre a enfermeira e as gestantes, para que desta forma elas possam assimilar e vivenciar positivamente essa fase, tornando o trabalho de parto uma experiência positiva para toda família.

De acordo com a OMS (1996) o objetivo da assistência ao trabalho de parto é manter a mãe e a criança saudáveis, realizando o mínimo de intervenções. Para isso, o prestador de serviço ou parteiro (pessoa que assiste ao parto, independente da formação acadêmica) deve ser capaz de:

- “Dar apoio à mulher, ao seu parceiro e à sua família durante o trabalho de parto, no momento do nascimento e no pós-parto.
- Observar a parturiente; monitorar o estado fetal e posteriormente o do recém nascido; avaliar os fatores de risco; detectar os problemas precocemente.
- Realizar intervenções, como amniotomia e episiotomia, se necessário; prestar os cuidados ao recém nascido após o nascimento.

- Encaminhar a parturiente a um nível de assistência mais complexo, caso haja complicações ou fatores de risco que justifiquem” (OMS, 1996,p.4).

Ainda refere que estudos controlados e randomizados mostraram que o apoio de uma única pessoa durante o trabalho de parto, como uma “doula”, uma parteira ou uma enfermeira, é de grande benefício. O apoio desta pessoa promove um trabalho de parto mais curto e um alívio da dor mais efetivo, usando-se uma menor quantidade de analgésicos e anestésicos, o que conseqüentemente proporciona uma melhor resposta do bebê ao nascimento.

Carvalho (2000) refere que o CIMS (“Coalition for Improving Maternity Services” / “Coalizão para a Melhora dos Serviços de Maternidade”), é uma rede de indivíduos e organizações americanas envolvidas no cuidado e no bem estar das mães, filhos e suas famílias. Tem como objetivo a promoção de um modelo de atenção centrado na saúde, que melhore o resultado do parto e reduza os custos. Para que a instituição que atende partos, sendo ela uma maternidade, um centro de nascimentos ou um serviços de parto domiciliar, seja reconhecida pelo CIMS como Respeitoso com a Mãe, é necessário que sejam cumpridos os 10 passos da “Iniciativa Para Um Parto Respeitoso com a Mulher”. Esta iniciativa alia-se a “Iniciativa do Hospital Amigo da Criança” e ao recente “Projeto de Maternidade Segura”, para uma melhora da qualidade da assistência perinatal. Entre os dez passos propostos, alguns estão relacionados ao trabalho de parto.

“ Oferece a todas as mães que dão à luz:

- a presença sem restrições durante o parto de acompanhante que ela eleja, incluindo pais, marido, filho, familiar ou amigo;

- acesso sem restrições ao apoio emocional e físico continuado de uma mulher capacitada, como uma doula ou profissional de apoio ao parto;

- acesso a atenção profissional de uma parteira.

Oferece uma atenção culturalmente apropriada; isto é uma assistência sensível e que não fira as crenças, valores e costumes específicos da etnia e religião da mulher.

Oferece a parturiente a liberdade de caminhar, mover-se e adotar posições que ela eleja durante a dilatação e período expulsivo (salvo quando haja uma restrição clínica para prevenir complicação), e desaconselha a posição de litotomia (supino, com as pernas elevadas).

Não empregar de forma rotineira práticas e procedimentos que não estejam respaldados por evidências científicas, o que inclui, porém não se limita aos seguintes:

- tricotomia dos pelos pubianos
- enemas
- perfusão endovenosas
- jejum
- rotura precoce de membranas
- monitorização eletrônica fetal

Educa os profissionais sobre métodos não farmacológicos de alívio da dor, e não recomenda o uso de analgésicos ou anestésicos se estes não requeridos especificamente para corrigir uma complicação” (Carvalho, 2000, p.4).

5.3 Métodos de preparação para o parto

A preparação para o parto, segundo Maldonado, Dickstein e Nahoum (1997), tem como principal efeito o alívio da ansiedade, a superação de dúvidas e medos, além do aumento da segurança e autoconfiança em relação ao parto e ao bebê.

Para Szejer e Stewart (1997), a preparação para o parto proporciona a vivência do processo de parto de forma ativa. Maldonado (1997) refere que o objetivo básico é a humanização deste momento, permitindo a participação com lucidez durante processo de nascimento, o que favorece a consolidação mais imediata do vínculo materno filial.

Vários são os métodos de preparação para o parto.

- *Cursos para gestantes*

Para Benzecry e Cerruti (1998), os cursos organizam-se em 5 a 7 aulas a partir do 5º ou 6º mês de gestação objetivando entre outros:

- procurar informar às gestantes sobre a evolução do trabalho de parto, desmitificando a idéia de sofrimento durante a parturição

- ensinar técnicas de relaxamento a serem utilizadas durante o trabalho de parto
- incentivar a execução das técnicas de relaxamento durante do trabalho de parto
- incentivar as gestante a confiarem na equipe profissional.

Nos cursos devem ser incluídos noções de anatomia e fisiologia da gestação, parto e puerpério, assim como aspectos relacionados à amamentação. É informado também sinais premonitórios de trabalho de parto e quando procurar o hospital. É incentivado que os companheiros participem dos cursos.

Para Burroughs (1995), as aulas de preparação para o parto incluem a participação das gestantes, seus companheiros e da enfermeira.

- *Ginástica para gestantes*

A ginástica é uma boa aliada das gestantes, garantindo assim o relaxamento e o domínio do tônus muscular. Pode ser realizada na água (hidroginástica), o que para Benzecry e Cerruti (1998) objetiva o fortalecimento do corpo, o alongamento e tonificação muscular, e a mobilização de articulações, compensando a má postura das gestantes que causa dores na coluna e articulações.

Carvalho e Rolim (1999) demonstraram que a prática de exercícios, em especial a musculação, é uma boa forma de condicionamento físico para as gestantes, proporcionando um trabalho de parto mais fácil e curto. Para os autores, na gestação de baixo risco, a prática de exercícios torna-se um hábito muito saudável para as mães sem oferecer risco ao feto.

Para Burroughs (1995) e Lawson (1998) a ginástica pode contribuir para a liberação de endorfinas, o que contribui para o alívio da dor e proporciona relaxamento.

Segundo recomendações do Hospital Santa Lúcia (2000), qualquer exercício que aumente a força muscular, principalmente dos músculos abdominais, ou diminua a resistência dos músculos pélvicos, contribui para reduzir o tempo e a dor durante o trabalho de parto. Os músculos abdominais, o peso do bebê e as contrações uterinas são forças que empurram o feto para baixo. Já o colo uterino e o diafragma pélvico (constituído predominantemente por músculos), são forças que resistem ao nascimento.

- *Watsu*

Benzecry e Cerruti (1998) dizem que se obtêm um relaxamento físico e mental através da imersão do corpo numa piscina com água a 35°C e com movimentos ordenados. O objetivo é o alongamento, a flexibilização e massagens no corpo.

- *Sofrologia*

De acordo com Szejer e Stewart (1997), essa técnica vai desde o relaxamento simples até o estado de hipnose. Ensina-se as gestantes a atingirem o “estado sofrolimial” (estado psíquico entre o sono e o estado consciente). Fazem referência ao controle da dor de forma espetacular com esta técnica.

- *Ioga*

Szejer e Stewart (1997) referem que a ioga pode ajudar tanto na preparação física quanto na concentração psíquica. Isso dependerá do grau de controle físico e psíquico de cada mulher, pois quanto maior esse grau, melhores os benefícios durante o trabalho de parto.

Teixeira (2000) diz que a ioga visa evoluir a personalidade de forma integral, tornando-nos conscientes de nós mesmos, o que facilita o próprio controle e condução de nossas ações.

A mesma autora ainda refere que ioga é um importante método de preparação ao trabalho de parto, trabalha com a concentração e a meditação, tornando as contrações mais suportáveis, pois ajuda na liberação de endorfinas. Lawson (1998) confirma a liberação de endorfina com a prática de ioga.

- *Método Bradley*

Burroughs (1995) refere que este método utiliza-se de elementos de variáveis ambientais como a penumbra e o silêncio, tendo o marido ou companheiro um importante papel de apoio. No início do trabalho de parto, as parturientes são estimuladas a distraírem-se e se não estiverem caminhando, devem sentarem-se com as pernas cruzadas à frente. Ao deitar devem optar pela posição de Sims e durante as contrações, devem simular o sono fechando os olhos e mantendo os músculos relaxados respirando lenta e profundamente. Os companheiro devem tocar as gestantes, especialmente no abdômen durante as contrações.

- *Método Lamaze*

O método Lamaze focaliza-se na substituição das reações de dor (medo e perda de controle) por um comportamento mais positivo. Chamado de método psicofilático é baseado nas teorias de Pavlov (reflexo condicionado). Para Burroughs (1995) é um dos métodos mais populares de preparação. As gestantes são estimuladas a contraírem grupos específicos de músculos, relaxando simultaneamente outros, ao

mesmo tempo que focalizam um objeto (ponto focal) durante as contrações. São incentivados os exercícios respiratórios e a participação do companheiro.

As aulas são iniciadas entre a 12^a ou 13^a semana da gestação, onde são abordados assuntos desde a fisiologia do trabalho de parto e parto até aulas práticas que envolvem exercícios respiratórios e relaxamento.

Ao iniciar o trabalho de parto, se as gestantes não estiverem caminhando, são estimuladas a deitarem-se de lado com travesseiros entre as pernas. Nas contrações devem respirar profundamente focalizando a atenção num ponto focal, expirando profundamente. Quando essa respiração lenta não for mais eficiente, deve alternar iniciando com uma respiração lenta, passando para uma curta e no pico da contração retornar a respiração lenta.

O método Lamaze baseia-se na distração da parturiente sobre um ponto fixo, na estimulação cutânea, no relaxamento, na respiração, no conhecimento e na informação sobre o trabalho de parto.

- *Método Dick Read*

Esse método utiliza-se dos conceitos descobertos em 1930 por Read. Ele dizia que a síndrome medo-tensão-dor intensificavam o dor durante o trabalho de parto, devendo esta tríade ser desfeita. A dor aumenta quando as mulheres desconhecem o que está acontecendo.

Burroughs (1995) refere que este método inclui orientações sobre a fisiologia do trabalho de parto e exercícios para o períneo e abdômen, além de técnicas de relaxamento. Esta é obtida através da concentração em cada parte do corpo separadamente ao contrair e relaxar os músculos. Este método inclui medicação analgésica se necessário, mas as gestantes são alertadas a evitarem “auxílios artificiais”.

6 DOR E TRABALHO DE PARTO

6.1 Fisiologia da dor

Para Guyton e Hall (1997), a cada contração, as mulheres sentem uma dor considerável, causada principalmente pela hipóxia da musculatura uterina que é resultante da compressão dos vasos sanguíneos. Os receptores de dor são terminações nervosas livres, localizados sobre a pele e sobre outros tecidos. Os tecidos profundos, são fartamente supridos destas terminações nervosas. Os estímulos de dor são transmitidos a medula espinhal através de fibras delgadas que, ao entrarem na medula a partir das raízes dorsais espinhais, terminam sobre os neurônios nos cornos dorsais. Os sinais dolorosos seguem pelo feixe espinotalâmico, chegando algumas fibras ao cérebro e outras chegam ao tronco cerebral e tálamo, deste local seguem a áreas basais do cérebro ou para o córtex sensorial somático.

Os mesmos autores referem que substâncias como a bradicinina, a serotonina, a histamina, os íons potássio, os ácidos, a acetilcolina e as enzimas proteolíticas podem excitar as terminações nervosas. Já as prostaglandinas e as substâncias p (sic) são acentuantes da sensibilidade das terminações, não as excitando diretamente.

A isquemia tecidual e o espasmo muscular que ocorrem durante o trabalho de parto são caracterizados como causadores da dor, segundo Guyton e Hall (1997). Na medida em que o fluxo sanguíneo é bloqueado, no caso da isquemia, o tecido torna-se doloroso, provavelmente, pelo acúmulo do ácido láctico (decorrente do metabolismo anaeróbio) ou pela formação de bradicinina e enzimas proteolíticas em decorrência da lesão tecidual, estimulando as terminações nervosas de dor. Já o espasmo muscular causa a isquemia ao comprimir os vasos sanguíneos, aumentando a intensidade do metabolismo, tornando a isquemia ainda maior, criando condições para que as substâncias químicas indutoras da dor sejam liberadas.

Para Smeltzer e Bare (1998), a sensibilidade das terminações nervosas pode variar de pessoa a pessoa. Elas citam as endorfinas e encefalinas como substâncias que inibem a transmissão da dor. As endorfinas segundo Lawson (1998) agem como neuromodulador modificando a transmissão da informação de uma célula nervosa para outra nas sinapses.

Smeltzer e Bare (1998) dizem que a existência das endorfinas explica a teoria do controle do portão, pois há uma interação entre estímulo de dor e outras sensações, e o estímulo das fibras transmissoras de mensagens dolorosas. Essa interação impede ou diminui a transmissão dos impulsos através de um circuito (do portão), pois as células inibidoras localizadas no corno dorsal da medula espinhal possuem encefalina e esta inibe a transmissão dolorosa.

Para as mesmas autoras as encefalinas são substâncias produzidas pelo próprio organismo e são similares à morfina, ao serem liberadas ocorre o alívio da dor. A liberação destas substâncias explica a razão pela qual cada pessoa reage de maneira diferente ao mesmo estímulo doloroso. Algumas técnicas para o alívio da dor são eficazes por promoverem a liberação de endorfinas.

Burroughs (1995) diz que, quando uma pessoa sente dor, as células nervosas levam a mensagem de sensação de dor à medula, o portão abre-se e as células transmissoras enviam a mensagem de dor. Existe um mecanismo semelhante a um portão na transmissão de impulsos dolorosos ao cérebro, a intensidade da dor pode ser diminuída se este portão for fechado. Esta teoria explica como algumas técnicas não farmacológicas de alívio da dor durante o trabalho de parto se tornam eficazes. Por isso, alguns profissionais e em especial as enfermeiras podem se utilizar das mesmas para diminuir a percepção da dor nas parturientes.

Smeltzer e Bare (1998) dizem que a dor é uma experiência sensorial e emocional que causa desagrado e é resultado de uma agressão real ou em potencial ao tecido. Sendo a enfermeira o profissional que passa mais tempo ao lado do paciente, ela tem a oportunidade de ajudar a aliviar a dor. Para a enfermagem, a dor é “qualquer dor no corpo que o paciente diga que tem, existindo quando ele diz que dói” (Smeltzer e Bare, 1998, p.158).

Durante minha vivência acadêmica constatei que, muitas vezes, a equipe profissional não se posiciona deste modo frente a dor das parturientes. Alguns profissionais utilizam discursos como: “Que fiasco, não precisa gritar tanto!”, “Não pode estar doendo tanto assim!”, “Você só está com 5 centímetros de dilatação, imagina quando completá-la!”. A equipe rotula as parturientes como chatas e escandalosas por causa de seus gritos e gemidos. Às vezes, a equipe médica submete as mulheres a anestesia ou analgesia para que elas parem de gritar e, conseqüentemente, “parem de incomodar.” Se a dor existe quando as mulheres dizem, e dói quando elas dizem que dói, por que a equipe profissional age desta forma?

Szejer e Stewart (1997) referem que a dor expressa por gritos não é bem aceita pelas instituições, colocando as mulheres contemporâneas na obrigação de dominar a dor. Viver e expressar a dor pode parecer, à equipe profissional que assiste ao parto, um tipo de exibicionismo.

6.2 Etiologia da dor no trabalho de parto

As gestantes não conseguem se sentir “livres” da dor no parto, elas culturalmente aprendem que a dor e o sofrimento são inerentes e inevitáveis para se chegar à maternidade (Ávila, 1998).

No estudo de Gualda (1994), a dor durante o trabalho de parto é permeada pela natureza, sendo considerada como um componente essencial e natural da maternidade. Algumas mulheres manifestam o desejo de a experimentar-la para sentirem-se capazes de suportá-la.

Ávila (1998) afirma que, atualmente, a dor e a tensão durante o trabalho de parto tem como provável causa a maneira pela qual se assiste e atende a esse trabalho de parto. E afirma que “a dor no parto é originada e intensificada, muitas vezes, pelo maltrato dispensado às pessoas grávidas pelos profissionais e instituições de saúde” (Ávila, 1998, p.113).

Segundo Conclin (1994), no trabalho de parto, a dor é provocada por contrações uterinas, dilatação da cérvix e distensão do períneo. As fibras aferentes que transmitem os impulsos sensitivos ao útero chegam à medula nos segmentos 10º, 11º e 12º torácicos e 1º lombar (T10 a L1). A dor originada no períneo chega em primeiro lugar ao nervo pudendo, pelas fibras nervosas aferentes, através do 2º, 3º e 4º segmentos sacros (S2 a S4). As fibras nervosas uterinas e perineais fazem conexão sináptica no corno dorsal da coluna com as células pertencentes a axônios formadores dos tratos espinotalâmicos.

Segundo o mesmo autor, no início do estágio de dilatação, a dor tem principalmente origem uterina. Para Burroughs (1995), a dor no primeiro período da dilatação deve-se a: dilatação e distensão da cérvix, contrações uterinas, hipóxia uterina, stress e baixo limiar de tolerância à dor. Já no segundo período, para a autora, a dor é devida a todos os fatores relacionados ao primeiro período associados à distensão do períneo, tamanho do feto (feto grande), posição do feto, pelve no limite ou pequena.

6.3 Fatores que influenciam a dor

A dor, segundo Smeltzer e Bare (1998), não é somente uma manifestação neurofisiológica, ela pode ser influenciada por outros fatores sendo um deles a cultura.

De acordo com as autoras a cultura tem quatro características:

- “É aprendida desde o nascimento, através da linguagem e da socialização
- É compartilhada por todos os membros do mesmo grupo cultural
- É influenciada por condições específicas relativas ao ambiente e a fatores técnicos e disponibilidade de recursos
- É dinâmica e muda constantemente” (Smeltzer e Bare, 1998, p. 116).

Para Helman (1994), o comportamento frente à dor é influenciado por fatores sociais, culturais e psicológicos. A cultura pode ter grande influência na maneira como se percebe, se reage e se comunica a dor (em si próprio ou em outras pessoas).

Segundo o autor, a dor é privada, ou seja, para sabermos se uma pessoa tem dor dependemos de uma demonstração verbal ou não desta dor. Quando essa demonstração acontece, a dor privada transforma-se em dor pública. A dor pública seria

o que entendemos por comportamento de dor. Parte da decisão de tornar ou não a dor privada em dor pública está relacionada com a interpretação individual que temos sobre o significado da dor. Se a dor for considerada como “normal”, ela terá pouca chance de ser demonstrada a outras pessoas; o autor considera a dismenorréia como um exemplo de dor “normal”.

Burroughs (1995) recomenda às enfermeiras para que estejam atentas à identificação dos fatores sociais, culturais e psicológicos que influenciam o comportamento frente à dor durante o trabalho de parto. A partir da identificação dos fatores, as enfermeiras devem estar aptas para utilizarem as estratégias não farmacológicas de controle da dor.

Carpenito (1997) refere que cada pessoa expressa a dor conforme sua maneira, para isso utiliza diferentes técnicas de adaptação sociocultural. A autora refere alguns fatores pessoais e sociais que influenciam na tolerância a dor. Os fatores pessoais relacionam-se ao conhecimento e significado da dor e sua causa, capacidade de controle da dor, nível de energia e nível de estresse. Já os fatores sociais/ambientais relacionam-se a interação com outras pessoas, reações de outras pessoas (família, amigos) e estressores.

6.4 Respostas comportamentais à dor durante o trabalho de parto

As respostas à dor podem acontecer de diversas formas por serem influenciadas por fatores sociais, culturais e psicológicos como já mencionado anteriormente. Smeltzer e Bare (1998) descrevem a resposta a dor através de declarações verbais, expressões vocais e faciais, movimentos corporais, contatos físicos com outras pessoas e respostas alteradas com o ambiente. A pessoa com dor pode chegar à fadiga e exaustão de tanto gemer ou chorar.

Segundo as autoras, a resposta à dor pode ser influenciada também pela, ansiedade, idade, pela experiência prévia e expectativa de alívio à dor. Por isso, esses fatores podem ser responsáveis pelo aumento ou diminuição da percepção da dor.

Para Burroughs (1995), como a dor não pode ser vista, torna-se difícil avaliar se uma pessoa tem dor, a intensidade da dor e o grau de resposta a essa dor. Além disso, as diferenças entre sensações de dor, desconforto e desagrado são marcadas por características subjetivas, o que dificulta ainda mais sua avaliação. Em geral, os trabalhos de parto são acompanhados de algum grau de dor e desconforto, variando de acordo com a pessoa, o tipo de trabalho de parto, o tamanho e a posição do feto.

“O comportamento da mulher em relação à sensação de dor varia: ela pode contrair as faces, chorar, gemer, tensionar os músculos ou ficar histérica (...) o fato de algumas mulheres não demonstrarem reações à dor, não significa que elas não estejam sentindo algum desconforto. O medo da dor é muito óbvio em algumas mulheres, e não tão óbvio em outras”(Burroughs, 1995, p.174).

Maldonado (1997) acrescenta que, às vezes, as mulheres estão tão apavoradas que nem ao menos conseguem expressar seus sentimentos.

Torna-se de grande importância à enfermeira estar atenta às comunicações verbais e não verbais das parturientes. Mulheres que não falem, chorem ou gritem podem estar sentindo um desconforto tão grande que não consigam comunicar-se, além de que outros fatores podem estar contribuindo para elas não expressarem sua dor.

Há mulheres que sentem medo e vergonha ao expressar sua dor. Durante minha vivência acadêmica, pude ver algumas delas desculpando-se após o nascimento por “terem feito fiasco”. Ávila (1998) diz que o medo de “dar vexame”, gritar, chorar e descontrolar-se no trabalho de parto é um fator de preocupação entre as mulheres.

Raphael-Leff (1997) diz que as mulheres em trabalho de parto, além das expressões verbais, expressam inúmeras mensagens não verbais, e captam vibrações de apoio, aceitação ou desaprovação das pessoas que estão ao seu redor.

6.5 Benefícios do controle da dor durante o trabalho de parto

Stright e Harrison (1998) referem que a dor durante o trabalho de parto pode desencadear uma série de respostas fisiológicas como o aumento da pressão arterial, do pulso, da respiração, do diâmetro pupilar, da tensão e da atividade muscular. A dor está intimamente relacionada a uma experiência subjetiva de sensações físicas.


Burroughs (1995) refere que o controle ou diminuição da dor pode ajudar as mulheres e seus companheiros a participarem de forma mais ativa do nascimento dos bebês, proporcionando um vínculo positivo com essas crianças e um sentimento de recompensa às mães por terem dado à luz. Outro benefício, seria a diminuição da chance das mães projetarem sobre os bebês ou sobre seus companheiros, o sofrimento durante o trabalho de parto, o que prejudicaria a boa interação destas famílias.

Do ponto de vista fisiológico, para a autora, o controle da dor ameniza o cansaço durante o trabalho de parto, proporcionando às mulheres mais energia para participarem ativamente do processo, tendo maior consciência do que está acontecendo, e aos bebês uma melhor resposta ao nascerem.

O objetivo de controlar a dor durante o trabalho de parto, segundo Niswander e Evans (1994), é proporcionar às parturientes a possibilidade de dar à luz tão plenamente quanto elas desejam, evitando, ao mesmo tempo, um comprometimento fetal importante.

7 CUIDADOS DE ENFERMAGEM ÀS PARTURIENTES COM DOR

O ato de cuidar e ser cuidado é inerente à vida dos homens. Desde que nascemos temos a necessidade de sermos cuidados por alguém, surgindo mais tarde a necessidade de cuidarmos de alguém. As crianças, quando começam a brincar, aprendem a cuidar dos brinquedos, muitas vezes imitando o que entendem por cuidado ou até mesmo imitando o cuidado que recebem dos pais. Acredito que desde a infância o respeito e a liberdade de escolha devam ser ensinados, para que no futuro as crianças tornem-se bons cuidadores.

 Leininger apud Waldow (1995) identificou diferenças nos modos que as pessoas se expressam e comportam-se frente ao cuidar/cuidado. Por isso, sua teoria é baseada num modelo transcultural de enfermagem. O cuidar, para a autora, é a essência

e a ciência da enfermagem, desta forma a ciência do cuidar não pode manter-se afastada e indiferente aos sentimentos humanos.

Para Waldow (1995) torna-se necessário a utilização de uma abordagem humanística e comportamental, pois o cuidar/cuidado integra tanto ciências biofísicas como comportamentais.

Leininger apud Waldow (1998) encontrou diversos constructos do cuidar/cuidado. Entre eles estão o aceitar, o assistir, a autenticidade, o envolvimento, o estar presente, o confortar, o preocupar-se, o ter consideração e compaixão, o fazer, o tocar, o amar, o proteger, o respeitar e o compreender como integrantes e necessários para se estabelecer uma relação de cuidar/ cuidado.

Waldow (1998) refere que o paciente reage em resposta ao cuidar de várias formas. Existem pessoas que podem agradecer pelo cuidado recebido como se esse fosse um favor e não um direito seu. Outras, podem não responder ou não tornar-se receptivas ao cuidado, por existirem outros fatores mais importantes para elas no momento, o que não significa que não percebam a diferença entre ser ou não cuidado.

A autora refere que para o cuidado acontecer na sua plenitude, a cuidadora deve, entre outras coisas, mostrar conhecimento técnico e conhecimento sobre informações transmitidas ao paciente e sua família, demonstrar interesse e consideração, bem como respeito e sensibilidade. Essa demonstração deve acontecer através de suas palavras, gestos, tom de voz e toques. Para ela “essa é a verdadeira expressão da arte da ciência do cuidado: a conjugação do conhecimento, das habilidades manuais, da intuição, da experiência e da expressão de sensibilidade” (Waldow, 1998, p.144).

Para Benzecry e Cerruti (1998), os profissionais da área obstétrica vêm se tornando mais atuantes em relação à dor durante o trabalho de parto, objetivando no mínimo amenizá-la. Para os autores o ciclo gravídico puerperal está intimamente relacionado com os fenômenos psíquicos e somáticos. Como a dor é extremamente vinculada a esses processos, diversos métodos de preparação para o parto foram criados. Desde final do século XIX a hipnose é utilizada, sendo este o mais antigo método de preparação para o parto. Em 1893 Read, foi o primeiro a comentar sobre as vantagens da associação entre preparação psíquica e física para o parto. Vários seguidores de sua teoria surgiram com o mesmo embasamento filosófico, mas com denominações diferentes: Velvovski e Nikolaiev - “Preparação psicofilática”; Lamaze - “Parto sem dor pelo método psicofilático”; Passos - “Parto humanizado”; Salles e Barros - “Preparo ginecopsíquico”; Souza - “Método psicoeducacional da analgesia do parto”; Notter - “Parto suportável”; Piageaud - “Psicofilaxia com parto dirigido”; Schwarcs - “Parto condicionado”; Rimbach - “Preparação psicológica do parto”; “Preparação

psicofísica para o parto”- adotada por Piageaud, Carcer, Bacialli e outros. Em 1974, Leboyer trouxe o “Nascimento sem violência” e em 1979, Paciornik revitaliza o “parto de cócoras”.

Em todos os métodos citados, a enfermeira pode se fazer presente cuidando das gestantes desde as orientações durante os cursos de preparação para o parto até as orientações e acompanhamento de parturientes no centro obstétrico.

Existem atitudes que toda equipe profissional pode adotar para tornar o trabalho de parto mais humanizado, diminuindo a tensão e a dor. Cada membro da equipe profissional deve ser responsável pelo cuidado que oferece. E este deve ser baseado nas necessidades das mães e de seus filhos, e não nas necessidades do profissional.

Largura (1998), ressalta que a atitude profissional de “estar ao lado” contribui evitando complicações e amenizando os sentimentos de solidão que um ambiente estranho pode causar nas parturientes. Vários fatores contribuem para o aumento da percepção da dor, o sentimento de solidão é um deles, além do medo, do estresse, da tensão, da fome, do desamparo e da ignorância em relação ao que está acontecendo. O início das contrações dolorosas juntamente com os fatores descritos

podem, também, influenciar no aumento da percepção de dor. A autora ainda afirma que a maneira como se desenvolve o trabalho de parto está intimamente relacionada com o modo pelo qual a dor é vivenciada pelas mulheres.

Segundo Espírito Santo e Berni (1997) se os maridos estiverem acompanhando as mulheres, a enfermeira deve encorajá-los a participarem ativamente do processo, apoiando e ajudando-as.

Stright e Harrison (1998) referem que os cuidados de enfermagem devem dar suporte às mulheres durante o trabalho de parto. Cabe à enfermagem alguns cuidados às mulheres com dor no momento da parturição como, colaborar com elas e com a equipe profissional na escolha do método mais efetivo para o controle da dor; avaliar continuamente a resposta materna e fetal frente a evolução do trabalho e parto e avaliar a utilização do método de controle da dor. Os métodos de preparo para o parto podem ajudar as pacientes a relaxarem e com isso controlar a dor, permitindo assim, que elas participem de forma ativa de seus processos de parturição, vivenciando positivamente o nascimento de seus filhos.

As parturientes devem sentir-se à vontade para emitirem sons, chorarem ou gemerem, se elas desejarem. Largura (1998) afirma que esse ato pode ser um canal de

expressão. A emissão de sons é uma das ações que podem auxiliar o corpo na produção de endorfinas, em especial se for associada a penumbra, silêncio e cochichos. A autora refere que as mulheres devem ser estimuladas para repousarem entre as contrações, cada intervalo deve servir como um momento de regeneração.

Segundo a OMS (1996), Largura (1998), Ávila (1998), Burch e Sachs (1999), Rodrigues (1999), as parturientes devem ter a liberdade e serem estimuladas para que se movimentem, andem, ou embalem-se. Deve-se permitir que elas assumam a posição que mais lhe proporcione conforto. Rezende (1998) complementa essa afirmação dizendo que as mulheres ao deambularem necessitam menos analgesia e ocitócitos.

Para Burroughs (1995), OMS (1996), Espírito Santo e Berni (1997), Ávila (1998) e Stright e Harrison (1998) é importante orientar as mulheres sobre a evolução do trabalho de parto e procedimentos a serem realizados. Vários métodos podem ser ensinados pelas enfermeiras para o alívio da dor por estratégias não farmacológicas. Além disso, a enfermeira deve manter os familiares informados sobre as condições da parturiente e evolução do trabalho de parto.

Burroughs (1995), OMS (1996), Espírito Santo e Berni (1997), Osava (1997), Largura (1998), Rodrigues (1999) e Ávila (1998) referem que o apoio pode ser oferecido por qualquer familiar ou pela enfermeira, priorizando dar atenção às gestantes. A enfermeira deve permanecer reforçando atitudes positivas e cooperativas das parturientes, tentando modificar comportamentos indesejáveis, transmitindo segurança às mulheres.

Durante minha experiência acadêmica verifiquei que somente um centro obstétrico permitia a permanência dos companheiros na sala de pré-parto e, às vezes, na sala de parto. Por que as rotinas hospitalares e imposições da equipe profissional são tão rígidas? Como será possível os familiares apoiarem as parturientes se não é permitida sua permanência junto às mesmas?

Rezende (1998) diz que a bexiga cheia pode ser um fator que aumente a dor das parturientes durante as contrações. Espírito Santo e Berni (1997) referem que a manutenção da bexiga vazia proporciona conforto às parturientes e auxilia na evolução do trabalho de parto. Stright e Harrison (1998) referem que as parturientes devem ser estimuladas a urinare a cada uma a duas horas.

Os benefícios dos exercícios respiratórios para o relaxamento e o alívio da dor durante o trabalho de parto são citados por vários autores como Burroughs (1995), OMS (1996), Stright e Harrison (1998), Benzecry e Cerruti (1998), Ávila (1998), Burch e Sachs (1999) e Rodrigues (1999). A produção de endorfinas, segundo Lawson (1998), aumenta ao praticarmos atividades que proporcionem o relaxamento.

Burroughs (1995) refere que a enfermeira deve reforçar junto às pacientes e seus familiares as técnicas para o relaxamento e controle da dor aprendidas durante os cursos de preparação para o parto. Se o curso não foi realizado pelas pacientes, cabe à ela ensinar as técnicas de relaxamento e exercícios respiratórios.

A autora refere que a orientação sobre a respiração durante o trabalho de parto modifica-se. No início do trabalho de parto, fase latente (1 a 3 cm de dilatação), as mulheres devem usar a respiração torácica lenta, do início até o fim da contração fazendo uma respiração abdominal (oxigenadora). A enfermeira deve orientar para que as gestantes permaneçam em decúbito lateral esquerdo, se desejarem deitar-se, pois é a melhor posição para elas e para a oxigenação fetal. Na fase ativa (4 a 7 cm de dilatação) deve ser usada a respiração torácica curta. Do início ao fim da contração devem permanecer usando uma respiração abdominal. Na fase de transição (8 a 10 cm de dilatação) a respiração costal superior (ofegante- tipo cachorrinho) pode ajudar durante as contrações. Na fase de expulsão, as mulheres usam a respiração ofegante e sopro

modificada. A enfermeira deve ajudá-las a ficarem com a cabeça e os ombros inclinados para a frente estimulando a sensação de empurrar.

Benzecry e Cerruti (1998) referem que na fase de transição deve-se utilizar a respiração abdominal pois a respiração ofegante traz diversos insucessos. Já no período expulsivo após a inspiração profunda, as mulheres devem prender o ar fazendo um esforço expulsivo. Lawson (1998) refere que a respiração profunda ajuda na liberação de endorfinas.

Observa-se, então que há uma diversidade de orientações quanto ao tipo de respiração a ser utilizada pelas mulheres em trabalho de parto. Cabe a enfermeira avaliar o tipo de exercício respiratório que cada parturiente sente-se mais confortável, permitindo que a mesma opte pelo que mais lhe proporcione conforto.

Burroughs (1995) refere que uma massagem tipo effleurage, que são movimentos circulares com ambas as mãos, pode ser feita para o alívio da dor durante a contração sobre o abdômen das mulheres. Essa massagem está indicada na fase ativa do trabalho de parto, podendo ser realizada pela enfermeira ou pelo companheiro. Na fase de transição, a pressão tipo effleurage na região sacrococcigeana pode ajudar. Outros autores como Waldow (1998), OMS (1996), Osava (1997), Largura (1998), Burch e

Sachs (1999) e Rodrigues (1999) referem-se às massagens e aos toques como alívio da dor. Lawson (1997) e Largura (1998) referem que a massagem pode auxiliar o organismo a produzir endorfinas.

A OMS (1996), Osava (1997), Largura (1998), Burch e Sachs (1999) e Rodrigues (1999), referem que banhos de chuveiro ou imersão podem contribuir para o alívio da dor durante a parturição, promovendo bem estar e relaxamento às mulheres. O contato com a água, para Largura (1988) e Burroughs (1995), pode ajudar na liberação de endorfinas.

A hipnose, segundo a OMS (1996), Szejer e Stewart (1997) e Stright e Harrison (1998), pode ser aplicada ao alívio da dor durante o trabalho de parto. Benzecry e Cerruti (1998) referem que a capacidade de se atingir o estado hipnótico depende de características pessoais e da habilidade do hipnotizador, mas mesmo sem alcançar a hipnose profunda, há uma redução do tempo que dura a dilatação e a expulsão e uma menor necessidade de sedativos. Referem que obtém-se melhores resultados quando toda equipe profissional, em especial a enfermagem, está adequadamente preparada para atender pacientes hipnotizadas e quando o ambiente é tranquilo e silencioso.

A música de acordo com a OMS (1996) e Burch e Sachs (1999) também pode ser utilizada para o alívio da dor das parturientes. Lawson (1998) e Dobbro e Silva (1999), referem que a música pode contribuir para a liberação de endorfinas.

Segundo a OMS (1996) e Burch e Sachs (1999), o uso de calor e frio, acupuntura e aromaterapia pode contribuir para aliviar o desconforto das parturientes. Lawson (1998) refere que a aromaterapia também pode ser um método que contribua para a liberação de endorfinas, o uso de ervas também é citado por eles. Rodrigues (1999) complementa dizendo que os banhos podem ser realizados em associação com ervas como o capim-santo ou erva-cidreira para mulheres ansiosas, e eucalipto e alecrim para as mulheres que estão abatidas e cansadas.

Existe um método recente para o alívio da dor denominado estimulação nervosa transcutânea (TEEN), citado pela OMS (1996) e por Burch e Sachs (1999). Trata-se de um aparelho que permite a passagem de uma pequena corrente elétrica sobre os eletrodos colocados na pele nos locais de dor. A estimulação poderia bloquear os impulsos de dor e auxiliar na liberação de endorfinas. Outra teoria diz que a estimulação fecha a conexão entre a fonte dolorosa e o receptor de dor no cérebro. O método ainda não tem eficácia comprovada.

Manter um pensamento positivo, segundo Sabino (1999) e Rodrigues (1999), pode ajudar as mulheres com dor durante o trabalho de parto a manterem-se tranquilas e relaxadas. Lawson (1998) refere que a atitude de pensar positivamente e de ter boas lembranças pode contribuir na liberação de endorfinas.

O exercício de visualização durante a contração, segundo Burch e Sachs (1999), pode ajudar a manter a atenção desviada da dor ao manter-se focalizada num objeto escolhido, podendo ser associado à respiração profunda. O método Lamaze utiliza-se deste exercício (Burroughs, 1995).

Em minhas vivências acadêmicas quase sempre observei atitudes antagônicas às sugeridas acima. As parturientes chegam ao hospital, onde normalmente são separadas de suas famílias e de seus companheiros, pois na maioria deles não é permitida a permanência de acompanhantes, são submetidas a procedimentos de rotina sem que ninguém (nem mesmo a enfermeira) lhes expliquem para que servem. Em alguns centros obstétricos as mulheres permanecem, durante o trabalho de parto, deitadas em uma cama ou maca, pois a equipe profissional, em alguns casos a equipe médica, não permite que elas deambulem. Na maioria das vezes, não há justificativa clínica para essa conduta. As parturientes permanecem, às vezes 12, 18 horas deitadas, sozinhas, sem o apoio da equipe profissional, com dor. Algumas delas, às vezes, ficam descontroladas por causa da dor. Presenciei algumas vezes, parturientes gritando

mandadas “ficar quieta”, “não fazer fiasco”, e não recebendo nenhuma orientação sobre o que estava acontecendo.

No cuidar deficiente da equipe profissional, segundo Simões (1998), as parturientes deparam-se com a impessoalidade no cuidado recebido por estes profissionais, compreendendo esta vivência como angustiante e temerosa. Percebem que o atendimento volta-se às necessidades biológicas, tornando o processo mecanicista e impessoal.

Nesse cuidado deficiente prestado pela equipe profissional há uma ausência de compreensão dos profissionais. A autora ainda refere que as mulheres enquanto cuidadas desejam “uma assistência que seja voltada para o cuidar propriamente dito, aquele que, em seu agir, possibilita ao outro assumir sua vivência de modo ameno e confortável, levando em consideração seu próprio querer e esteja atenta para sua subjetividade enquanto ser aí” (Simões, 1998,p.87).

As gestantes durante o trabalho de parto, ao invés de vivenciarem um momento de felicidade, acabam por experienciar um sofrimento, pelo maltrato recebido durante o atendimento (Nascimento, Santos e Souza ,1997).

Veiga e Crosseti (1995) referem que uma pessoa não perde seus direitos e sua dignidade porque está necessitando de cuidados. Para elas a base profissional da enfermagem é acreditar no valor de cada pessoa através do respeito ao cuidá-la. Torna-se necessário ao cuidado, o estabelecimento de uma interação baseada no sentimento de confiança entre a enfermeira e o paciente.

Segundo Machado (1998), todos os profissionais que atendem mulheres em trabalho de parto devem lembrar-se que Read, criador do “parto sem dor”, dizia que se a mulher estiver contraída, o colo do útero também estará contraído. Essa relação prejudica a evolução do trabalho de parto.

Para Gualda (1994), existe um descaso dos profissionais ao desconsiderar os elementos psicosócio culturais do processo reprodutivo.

Teixeira (2000) refere que mulheres bem preparadas e que lhes seja oferecida a possibilidade de ter um trabalho de parto bem assistido, conseguirão uma diminuição da dor e desconforto de até 75%, sem a utilização de qualquer medicação analgésica ou anestésica.

Por isso, é necessário que os membros da equipe profissional entendam a dor manifestada pelas mulheres apoiando e entendendo seus sentimentos, proporcionando todas as maneiras possíveis para minimizar essa dor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar este trabalho, percebo o quanto este tema é inquietante e, muitas vezes, causador de revolta frente às condutas tomadas em relação às parturientes com dor. Na medida em que aprofundava meus conhecimentos sobre o assunto, mais questionamentos surgiam sobre a razão pela qual a equipe profissional mostra-se tão distante e pouco interessada no alívio da dor das parturientes.

Essa revisão bibliográfica serviu para ampliar minha sensibilidade e meu conhecimento teórico sobre o tema estudado. Possibilitou-me através da leitura, fundamentar questões que me deixavam ansiosa no momento dos estágios práticos pois, muitas vezes, sentia que poderia ajudar de forma mais concreta as mulheres com dor e não sabia de que maneira. Como profissional, certamente, terei outra postura de cuidadora frente às parturientes. Levarei em consideração os fatores que aumentam a percepção da dor e o que, culturalmente, as mulheres fazem para amenizá-la, aceitando e

compreendendo as individualidades e permitindo que cada uma escolha o que for melhor para si própria.

Ao pensar na existência de tantas técnicas não farmacológicas ao controle da dor (o que significa não necessitar de prescrição de outro profissional para poder ser realizado), percebo que a enfermeira também considera a dor durante o trabalho de parto como “natural”, “normal”, inerente ao processo de parturição, não havendo o que ser feito.

Talvez a enfermeira não possa realizar alguns cuidados pela rigidez das rotinas hospitalares ou pela própria imposição do poder de outros profissionais. Esses podem ser fatores dificultantes de uma modificação comportamental. Na medida que não é permitido às parturientes assumirem a posição desejada durante o trabalho de parto como deambular, ir ao banheiro, sentar, como seria possível serem realizados outros cuidados se são violados os próprios direitos das pacientes?

Verifico que os diversos membros da equipe profissional podem assumir as mesmas condutas em relação ao alívio da dor durante o trabalho de parto, e estas podem ser cuidados de enfermagem. Na realidade estes cuidados não são executados pela enfermeira e nem por outro profissional. Se os membros da equipe profissional se

unirem, com o objetivo de um cuidado mais humano, aos poucos, através do convívio e da reflexão de algumas posturas, mais pessoas irão se propor ao mesmo comportamento.

Devemos repensar a prática dos cuidados às pacientes obstétricas, modificando mesmo que de maneira lenta e gradual nossas ações. Com isso, possivelmente a enfermagem tornar-se-á um agente multiplicador de cuidados para o alívio da dor das parturientes e, conseqüentemente, isso acarretará na melhoria dos cuidados prestados a estas mulheres.

Desta forma, penso que este trabalho possa contribuir para estimular algumas reflexões referentes ao cuidado prestado às parturientes com dor, divulgando algumas formas de cuidado a essas mulheres, conseqüentemente melhorando a assistência prestada. Na medida em que a dor é prejudicial ao vínculo mãe – recém nascido- pai, devemos nos sensibilizar e entender a importância de uma modificação do nosso comportamento cuidador e, possivelmente através dele, modificar algumas rotinas e filosofias institucionais.

Apoiando, compreendendo e auxiliando as mulheres em trabalho de parto, permitindo que elas optem pelo cuidado que desejarem, estaremos promovendo a participação no processo de parturição de forma mais consciente. Certamente nossas

posturas irão contribuir tornando o trabalho de parto um momento de felicidade e não de sofrimento. Isso será recompensador às mulheres e aos bebês, visto que este momento é de vital importância para o desenvolvimento do vínculo entre a tríade mãe – recém nascido – pai. A partir disso, estaremos compartilhando e tornando o parto um momento mais humano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁVILA, A.A. **Socorro doutor!** Atrás da barriga tem gente. São Paulo: Atheneu, 1998.

BENZECRY, R. & CERRUTI, F. A preparação psicossomática para o parto. In: REZENDE, J. D. et al. **Obstetrícia**. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998, p.277-285.

BURCH, E; SACHS, J. **Saúde natural para mulheres grávidas**. São Paulo: Madras, 1999.

BURROUGHS, A. **Uma introdução à enfermagem materna**.6.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CARPENITO, L. J. **Diagnósticos de Enfermagem**: aplicação à prática clínica. 6.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

CARVALHO, G.M; ROLIM, C.A. A musculação como condicionamento físico para gestantes. **Revista Nursing**, São Paulo, n.16, p. 16- 20, set.1999.

CARVALHO, M.R. (Tradutor) **Iniciativa para um parto respeitoso com a mulher**. Disponível por www em <http://aleitamento.med.br>, 6 jun, 2000, 13:32.

- CONCLIN, K. A. Analgesia e anestesia obstétrica. In: HACKER, N.F.; MOORE, J.G. (orgs) et al. **Fundamentos de ginecologia e obstetrícia**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, p. 96-104.
- COSTA, S.H.M.; VIDAL, A.M.C.; CHAVES, M.T.P. Assistência ao trabalho de parto normal. In: FREITAS, F.(org) et al. **Rotinas em obstetrícia**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p.144-156.
- DOBBRO, E.R.L.; SILVA, M.J.P. Música na fibromialgia: a percepção da audição musical erudita. **Revista Nursing**, São Paulo, n.19, p.14-21, dez.1999.
- ESPÍRITO SANTO, L.C.E; BERNI, N.I.O. Assistência de enfermagem em obstetrícia. In: FREITAS (org) et al. **Rotinas em obstetrícia**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p.127-138.
- GUALDA, D.M.R. Os vazios da assistência obstétrica: Reflexões sobre o parto a partir de um estudo etnográfico. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.28, n.3, p. 332-6, dez.1994.
- GUIMARÃES, C.B. Nascer feliz. **Jornal O exotérico**, Porto Alegre, n.30, p.3, nov. 1998.
- GUYTON, A.C; HALL, J.E. **Tratado de fisiologia médica**. 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
- HELMAN, C. G. **Cultura saúde e doença**.2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- HOSPITAL SANTA LÚCIA. **Exercícios para grávidas**: informações e atividades recomendadas. Disponível por [www](http://www.santalucia.com.br/maternidade/exercicios.htm) em <http://santalucia.com.br/maternidade/exercicios.htm>, 6 jun, 2000, 14:00.
- INÁCIO FILHO, G. **A monografia na universidade**. Campinas: Papyrus, 1995.
- LARGURA, M. **A assistência ao parto no Brasil**. São Paulo: [s.n.], 1998.

- LAWSON, J. **Endorfinas: a droga da felicidade**. Blumenau: Eko, 1998.
- MACHADO, E.G.C. **Gestação, parto e maternidade: uma visão holística**. 2.ed. Belo Horizonte: Aurora, 1998.
- MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 14.ed. São Paulo: Saraiva, 1997.
- MALDONADO, M.T.; DICKSTEIN, J.; NAHOUM, J.C. **Nós estamos grávidos**. 10.ed. São Paulo: Saraiva, 1997.
- NASCIMENTO, M.G.P; SANTOS, O.M.B; SOUZA, M.L. Vivenciando o processo do nascimento. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v.6, n.1, p.157-167, jan/abr. 1997.
- NISWANDER, K.R.; EVANS, A.T. **Manual de obstetrícia: diagnóstico e tratamento**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994.
- OMS. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: 1996.
- OSAVA, R.H. **Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não médico**. São Paulo: USP, 1997. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1997.
- PELLOSO, S.M; CARVALHO, M.D.B; HIGARASHI, I.H. Cesárea e mortalidade materna. **Revista Nursing**, São Paulo, n.17, p.22-25, out.1999.
- RAPHAEL-LEFF, J. **Gravidez: a história interior**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- REZENDE, J. O parto estudo clínico e assistência. In: REZENDE, J. D. et al. **Obstetrícia**. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998, p.326-348.
- RODRIGUES, L.P.F. **Lobas e grávidas: guia prático de preparação para o parto da mulher selvagem**. São Paulo: Agora, 1999.

- SABINO, A. **Gestação à luz do afeto**. 3.ed. Sobradinho: Edicel, 1999.
- SIMÕES, S.M.F. **O ser parturiente**: um enfoque vivencial. Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense, 1998.
- SMELTZER, S.C; BARE,B.G. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- STRIGHT, B.R; HARRISON, L.O. **Enfermagem materna e neonatal**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- SZEJER, M.; STEWART, R. **Nove meses na vida da mulher**: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- TEIXEIRA, M.L.S. **Parto natural**. Disponível por www em <http://institutoaurora.com.br/parto>, 21 abril, 2000, 16:37.
- TEIXEIRA, M.L.S. **Yoga para gestantes**. Disponível por www em <http://institutoaurora.com.br/gestantes>, 14 jun, 2000, 16:00.
- VEIGA, D.A; CROSSETTI, M.G.O. **Manual de técnicas de enfermagem**. 6.ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1995.
- WALDOW, V.R. Cuidar cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In: WALDOW, V.R; LOPES, M.J.M; MEYER, D.E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p.7-62.
- WALDOW, V.R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.
- ZAMPIERI, M.F.M. Mulheres cuidando de mulheres: em busca de uma enfermagem mais humanizada. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v.6, n.1, p. 276-292, jan/abr.1997.

ZIMMERMANN, A.W. et al. Aspectos psicológicos da gravidez, parto e puerpério. In: BUCHIABQUI, J.A. (org) et al. **Promovendo a saúde da mulher**. Porto Alegre: Editora da Universidade/ UFRGS, 1995, p.53-64.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

FURASTÉ, P.A. Normas técnicas para o trabalho científico. 5 ed. Porto Alegre: [s.n], 1997.

Manual de normalização de trabalhos técnicos científicos e culturais, Niterói, setembro, 1989.

TONELOTTO, A,L; GEISS, L.B. Sugestões para organização de referências bibliográficas. Porto Alegre: [s.n.], 1995.

ANEXO

APROVAÇÃO PRELIMINAR

Cláudia Armellini
.....
professora orientadora Cláudia Junqueira Armellini
01/07/2000