

Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial

Non-pharmacological resources in labor: care protocol

Rubneide Barreto Silva Gallo¹
Licia Santos Santana¹
Alessandra Cristina Marcolin²
Cristine Homsy Jorge Ferreira³
Geraldo Duarte⁴
Silvana Maria Quintana⁵

Palavras-chave

Dor
Trabalho de parto
Parto humanizado

Keywords

Pain
Labor, Obstetric
Humanizing delivery

Resumo

As ações voltadas à humanização do parto e nascimento proporcionam reflexão sobre a assistência obstétrica adotada no passado, quando um menor número de intervenções era realizado. A literatura tem registrado avanços notáveis no conhecimento sobre os recursos não-farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto, proporcionando melhor evolução desta fase, que é um reflexo do maior conforto para a parturiente. O objetivo deste artigo foi propor um protocolo para utilização dos recursos não-farmacológicos para alívio da dor e auxílio na condução do trabalho de parto, com base em evidência científica obtida a partir de revisão da literatura. Foram realizadas buscas nas bases de dados Scielo, PubMed, PEDro, MedLine, Bireme e Biblioteca Cochrane, e 25 artigos randomizados, controlados e de revisão da literatura foram incluídos. Embasado na avaliação destes estudos, foi elaborado um protocolo assistencial para utilização dos recursos não-farmacológicos no trabalho de parto, ressaltando a importância da atuação interdisciplinar na promoção do parto humanizado.

Abstract

Actions directed to humanizing delivery and childbirth provide a reflection on the obstetric care adopted in the past, when a smaller number of interventions occurred in those moments. Literature has reported a remarkable progress on the knowledge of non-pharmacological resources in pain relief during labor, providing a better outcome of this phase, which is a reflection of a bigger comfort for the parturient. The aim of this paper was to propose a care protocol for the use of the various non-pharmacological resources available to relieve pain and to aid in the conduction of labor based on scientific evidences, obtained from a literature review. It was performed a search in the databases of SciELO, PubMed, PEDro, MedLine, Bireme, Cochrane, and 25 randomized, controlled and revision articles were included. Based on the evaluation of these studies, a care protocol was developed to use non-pharmacological resources in labor, emphasizing the importance of interdisciplinary work in the promotion of humanizing delivery.

¹ Fisioterapeuta e Aluna de Mestrado do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) – Ribeirão Preto (SP), Brasil

² Professora Doutora do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FMRP-USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil

³ Professora Doutora do Departamento de Fisioterapia da FMRP-USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil

⁴ Professor Titular do Departamento de Ginecologia e FMRP-USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil

⁵ Professora Doutora do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FMRP-USP e Diretora Geral do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto – MATER – Ribeirão Preto (SP), Brasil

Endereço para correspondência: Rubneide Barreto Silva Gallo – Rua Arnaldo Victaliano, 1.550 – Condomínio Nova Ribeirânia – Bloco A – apto. 42 – Bairro Iguatemi – CEP 14091-220 – Ribeirão Preto (SP), Brasil - E-mail: rubneidegallo@gmail.com

Introdução

A maternidade é percebida por algumas mulheres como o início de um novo ciclo, um marco diferencial que consagra de forma concreta a abrangência do papel feminino, embora a maioria das pacientes a associe com intensa dor e sofrimento. Apesar de fisiológico, o trabalho de parto é caracterizado por alterações mecânicas e hormonais que promovem contrações uterinas, resultando na dilatação do colo uterino e descida da apresentação fetal. Durante a fase de dilatação, a dor corresponde a uma sensação subjetiva, descrita como aguda, visceral e difusa. Enquanto que, na fase de descida fetal, a dor é somática, mais nítida e contínua, podendo ser intensificada pelo estado emocional da parturiente e por fatores ambientais. Atualmente, existe o reconhecimento de que a dor no trabalho de parto deve ser aliviada, pois pode acarretar prejuízos tanto para a mãe quanto para o feto^{1,2}(A).

A assistência obstétrica humanizada visa à promoção do respeito aos direitos da mulher e da criança, com condutas baseadas em evidência científica, garantindo o acesso da parturiente a recursos farmacológicos e não-farmacológicos para alívio de dor no trabalho de parto. A principal vantagem na utilização de recursos não-farmacológicos é o reforço da autonomia da parturiente, proporcionando sua participação ativa e de seu acompanhante durante o parto e nascimento, estando associados a poucas às contra-indicações ou aos efeitos colaterais¹⁻³(A). Neste contexto, as informações existentes na literatura científica demonstram que a fisioterapia aplicada à saúde da mulher, especialmente na Obstetrícia, utilizando os recursos não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto, como o suporte contínuo, mobilidade materna, deambulação, exercícios respiratórios, massoterapia, bola suíça, banho de imersão e de chuveiro, eletroestimulação nervosa transcutânea (ENT), técnicas de relaxamento, dentre outros, promovem benefícios tanto para a instituição quanto para a parturiente^{1,3-8}(A).

Apesar de o acesso das parturientes aos recursos não-farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto ser recomendado, a utilização destes na assistência obstétrica ainda não é rotina na grande maioria dos serviços, possivelmente pelo desconhecimento destes recursos e de seus possíveis benefícios tanto pelos profissionais de saúde como pela população. A utilização desses recursos no trabalho de parto busca resgatar o caráter fisiológico da parturição.

O objetivo deste artigo foi propor um protocolo para utilização dos recursos não-farmacológicos para alívio da dor e auxílio na condução do trabalho de parto, com base em evidência científica obtida a partir de revisão da literatura.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo de revisão da literatura realizado por meio de buscas nas bases de dados Scielo, *PubMed*, PEDro, *MedLine*, Cochrane e Bireme, no período de janeiro a maio de 2010, utilizando os seguintes descritores: dor, trabalho de parto e parto humanizado. Os critérios de seleção foram artigos publicados nos últimos dez anos, incluindo os ensaios clínicos randomizados e revisões que avaliaram os efeitos dos recursos não-farmacológicos no trabalho de parto. Foram identificados 40 artigos, mas apenas 25 foram incluídos, sendo 18 ensaios clínicos randomizados e controlados e 7 revisões. Apenas os artigos experimentais foram apresentados de forma descritiva, enquanto os de revisão foram utilizados como suporte para a discussão.

Resultados

Os ensaios clínicos incluídos investigaram os seguintes recursos não-farmacológicos: suporte contínuo (dois), banho de chuveiro (um), banho de imersão (dois), massagem (dois), ENT (dois), exercícios respiratórios (dois), técnicas de relaxamento (dois), deambulação (dois), mobilidade materna (dois), bola Suíça ou de nascimento (um). Os demais estudos foram de revisão da literatura (sete). A partir da análise destes estudos publicados em periódicos nacionais e internacionais, foi elaborado um protocolo assistencial exposto no Quadro 1.

Discussão

As ações voltadas à humanização do parto e nascimento proporcionam reflexão sobre a assistência obstétrica adotada no passado, quando um menor número de intervenções era realizado. A análise dos manuscritos selecionados nesta revisão indica que, apesar de haver necessidade de incremento das pesquisas relacionadas ao tema, existe respaldo científico para a utilização de recursos não-farmacológicos e, portanto, da fisioterapia neste contexto. A seguir, os aspectos científicos relacionados aos diferentes recursos e a viabilização de sua implementação na prática são discutidos.

Suporte contínuo

Inspirado na Rede de Humanização do Nascimento e visando à melhoria dos indicadores de saúde e do bem-estar materno e perinatal, o suporte contínuo surgiu como forma de encorajar a parturiente, oferecer conforto físico, suporte emocional, orientações e informações tanto para a mulher como para o acompanhante. Além destes benefícios, o suporte contínuo facilita a comunicação

Quadro 1 - Protocolo assistencial utilizando os recursos não-farmacológicos na fase ativa do trabalho de parto

Dilatação cervical	Recurso terapêutico	Tempo	Técnica
3-5 cm	Chuveiro	Mínimo 20 min	Jato de água morna na região lombossacral e/ou baixo ventre. Decúbito lateral esquerdo, quatro apoios, sentada, ortostática. Quatro eletrodos na região entre T10-L1 e S2-S4.
	*Mudanças de posturas	15 minutos (cada)	
	Deambulação ENT	Livre Mínimo 30 minutos	Deslizamento, amassamento e pressão entre T10-L1 e S2-S4.
	Massagem	Durante as contrações	
6-7 cm	Chuveiro	Mínimo 20 minutos	Idem anterior.
	Banho de imersão	Livre	
	Massagem	Durante as contrações 15 minutos (cada)	Idem anterior
	*Mudança de posturas Técnica respiratória	Durante e entre as contrações Intervalo entre as contrações	Respiração lenta e profunda. Relaxamento muscular progressivo, visualizações etc.
	Relaxamento		
Associação de recursos			
8-10 cm	Banho de imersão	Livre	
	*Mudança de posturas Técnica respiratória	15 minutos (cada)	Idem anterior
	Relaxamento	Durante e entre as contrações Intervalo entre as contrações	Idem anterior
	Associação de recursos		Idem anterior

*Estimular posturas verticais livres, podendo utilizar bola e banquetas.

entre a parturiente e o corpo clínico que presta assistência ao trabalho de parto e parto, e pode ser oferecido por pessoas com características distintas, como profissionais da área de saúde, doula, companheiro/familiar ou amiga da parturiente^{2,3(A)}.

Ao realizar um estudo com 600 parturientes, Campbell, Lake e Backstrand demonstraram que o grupo que recebeu suporte por doula apresentou redução da duração do trabalho de parto, instalação da analgesia epidural com dilatação cervical avançada e índices de APGAR mais elevados^{9(A)}. Ainda com a finalidade de demonstrar os efeitos do suporte contínuo oferecido por doula, McGrath e Kennell realizaram um estudo randomizado e controlado com 686 nulíparas e observaram redução na taxa de cesarianas, do uso da analgesia e da duração do trabalho de parto, além de aumento da satisfação materna no grupo de estudo^{10(A)}.

A revisão sistemática conduzida por Hodnett et al., em 2008, incluiu 16 ensaios clínicos randomizados e controlados com 13.391 mulheres e demonstrou que o suporte contínuo intraparto reduz a duração do trabalho de parto, a probabilidade da parturiente de receber analgesia e relatar insatisfação com sua experiência. Os autores concluíram que todas as mulheres devem receber suporte contínuo durante todo o trabalho de parto e o parto^{3(A)}.

Para viabilizar o suporte contínuo, é essencial que os acompanhantes tenham acesso a atividades educativas para que os mesmos

possam, de fato, contribuir com a parturiente. O profissional ou acompanhante que presta o suporte contínuo deve estar apto a informar, promover alívio de tensão, facilitar a interação entre a parturiente/família e a equipe de saúde, contribuindo para a humanização do parto.

Recursos para alívio de dor no trabalho de parto

Com intuito de aliviar a dor no trabalho de parto, os recursos não-farmacológicos comumente utilizados são: o banho de chuveiro e/ou de imersão, massagem, ENT, exercícios respiratórios e técnica de relaxamento.

Banho de chuveiro

A água aquecida induz a vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo, promovendo relaxamento muscular. O mecanismo de alívio da dor por este método é a redução da liberação de catecolaminas e elevação das endorfinas, reduzindo a ansiedade e promovendo a satisfação da parturiente. Apesar da existência de poucos estudos utilizando o banho de chuveiro durante o trabalho de parto, este recurso parece exercer influência positiva sobre a dor^{1,11(A)}.

Em 2008, Davim et al. realizaram um ensaio clínico quantitativo, tipo intervenção terapêutica, incluindo 100 parturientes, com 8 a 9 cm de dilatação cervical, a fim de verificar o efeito do banho de chuveiro no alívio da dor durante o trabalho de parto.

As pacientes foram avaliadas antes e após cada intervenção por meio da escala visual analógica (EVA). O resultado encontrado foi que o banho de chuveiro é efetivo na redução da intensidade da dor na fase ativa da dilatação¹²(B).

A aplicação terapêutica desse recurso requer que a temperatura da água esteja em torno de 37 a 38°C, sendo necessário que a paciente permaneça no mínimo 20 minutos no banho, com a ducha sobre a região dolorosa, comumente localizada na região lombar ou abdome inferior.

Banho de imersão

No Brasil, a imersão ainda é um recurso pouco utilizado nas instituições hospitalares, devido à ausência de banheiras disponíveis para este fim, porém existem evidências científicas positivas sobre seus efeitos no alívio da dor e na evolução do trabalho de parto^{11,13,14}(A).

O estudo elaborado por Malarewicz et al. (2005) incluiu 205 parturientes primigestas a partir de 2 cm de dilatação, divididas em Grupo Controle (n=100) e Grupo Experimental (n=105). O objetivo foi avaliar a influência da imersão sobre o trabalho de parto e as variáveis utilizadas foram: tempo de duração do trabalho de parto, contrações uterinas e dilatação cervical antes e depois da imersão na água. Os resultados obtidos foram maior amplitude e frequência das contrações uterinas em um grau proporcional à dilatação cervical, resultando na menor duração do trabalho de parto no grupo de estudo quando comparado ao Grupo Controle¹³(A).

Em 2006, Silva e Oliveira realizaram um estudo randomizado, com o objetivo de identificar a influência do banho de imersão na duração do primeiro período do trabalho de parto e na frequência e duração das contrações uterinas. Foram incluídas 108 parturientes, das quais 54 no Grupo Controle e 54 no Grupo Experimental (que fizeram o banho de imersão). De acordo com os resultados obtidos, a duração das contrações foi estatisticamente menor no Grupo Experimental. Os autores concluíram que o banho de imersão é uma alternativa para o conforto da mulher durante o trabalho de parto, por oferecer alívio à dor da parturiente¹⁴(A).

A revisão sistemática realizada por Cluett et al., em 2008, incluiu oito estudos e 2.939 mulheres com o objetivo de avaliar os efeitos da imersão em água durante o trabalho de parto e o parto nos resultados maternos, fetais e neonatais. A conclusão desta revisão é que existe evidência de que a imersão durante o período de dilatação reduz o uso de analgesia, a percepção de dor materna, sem apresentar resultados adversos na duração do trabalho de parto, em partos cirúrgicos e nos resultados neonatais¹¹(A).

Geralmente, a imersão da parturiente é realizada em uma banheira de fibra ou acrílico na instituição ou de laminado de PVC inflável portátil, protegida por material descartável. A água deve estar aquecida em torno de 37 a 38°C, sendo importante que a imersão seja realizada quando estiver definida a fase ativa do trabalho de parto e com dilatação cervical mais avançada em torno de 6 cm para não interferir na intensidade das contrações e duração desta fase¹⁴(A). Não foram encontrados estudos sobre a utilização da hidromassagem no trabalho de parto, o que pode futuramente ser investigado em pesquisas científicas.

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 de 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^{1,2,6}(A).

O estudo randomizado conduzido por Chang, Chen e Huang, com 60 primíparas em trabalho de parto, teve como objetivo avaliar o efeito da massagem durante as contrações uterinas em três fases da dilatação cervical: primeira (3 a 4 cm), segunda (5 a 7 cm) e terceira (8 a 10 cm). As parturientes foram divididas em Grupo Controle e Grupo de Massagem e as pacientes do primeiro grupo receberam apenas uma conversa casual por 30 minutos, durante cada fase da dilatação cervical. As mulheres do Grupo de Intervenção receberam massagem, efetuada inicialmente pelo pesquisador e, na sequência, pelo acompanhante. A forma reduzida do Questionário de Dor de McGill foi empregada como método de avaliação, indicando que a massagem pode reduzir efetivamente a intensidade da dor nas duas primeiras fases da dilatação avaliadas, não havendo diferenças significativas entre os grupos ao se considerar a terceira fase⁶(A).

A massagem pode ser aplicada em qualquer região que a parturiente relatar desconforto e pode também ser combinada com outras terapias. Com esse objetivo, Kimber et al.¹⁵ (2008) realizaram um estudo randomizado e controlado com 90 parturientes divididas em três grupos. As pacientes do Grupo de Intervenção receberam a massagem associada às técnicas de relaxamento, o Grupo Placebo combinou a musicoterapia com técnicas de relaxamento e as pacientes do Grupo Controle receberam cuidados habituais da maternidade. Para mensurar a dor, os pesquisadores utilizaram a EVA de dor e dois questionários, um pré-natal e outro pós-natal, utilizados para relatar respostas à intervenção, expectativas e satisfação da parturiente com o nascimento. Os autores concluíram que houve uma tendência de redução da dor

no Grupo de Intervenção, porém sem significância estatística, e sugeriram a necessidade de mais estudos a fim de definir melhor a dor como medida primária dos resultados¹⁵(A).

Apesar de a massoterapia praticamente não apresentar efeitos colaterais, suas diferentes técnicas devem ser aplicadas individualmente com base em uma avaliação fisioterapêutica prévia, pois algumas parturientes podem apresentar intolerância à massagem em determinadas regiões corporais ao longo do trabalho de parto. A depender da tolerância de cada parturiente, as técnicas podem ser alternadas durante os períodos de contração uterina objetivando o alívio de dor e no intervalo das contrações com o intuito de proporcionar relaxamento^{6,15}(A). 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 abdome, cabeça, sacro, ombros, pés, membros e dorso, ou seja, nos locais onde a parturiente relatar desconforto¹⁵(A). Comumente, aplica-se a massagem na região lombar durante as contrações uterinas⁶(A) 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.

ENT

A ENT é um método coadjuvante de analgesia de parto, caracterizado pela emissão de impulsos ou estímulos elétricos de baixa frequência, assimétricos, de correntes bifásicas por meio de eletrodos superficiais lisos aplicados sobre a região dolorosa, que tem como objetivo minimizar a dor na fase ativa do trabalho de parto, sem efeitos danosos à mãe ou ao feto^{1,4}(A).

Um ensaio clínico randomizado e controlado, realizado por Orange et al., estudou 22 parturientes: 11 no grupo que utilizou a ENT e 11 no Grupo Controle. As pacientes de ambos os grupos foram avaliadas pela EVA a cada 30 minutos, na fase ativa do trabalho de parto, até o momento em que as mesmas indicaram 6 nesta escala, ocasião em que a analgesia combinada (raquianestesia associada à peridural) foi efetuada nos dois grupos. A ENT foi ajustada com uma frequência de 90 Hz e duração de pulso de 90 ms. Não foram observados efeitos significativos em relação à duração do trabalho de parto e intensidade da dor; porém, no Grupo ENT, observou-se retardo na solicitação da analgesia combinada, demonstrando maior tolerância da parturiente à dor⁴(A).

O estudo conduzido por Van der Spank et al. incluiu 59 pacientes que foram divididas em dois grupos, o Grupo Experimental com 24 participantes e o Grupo Controle com 35

parturientes. No Grupo Experimental (ENT), os eletrodos foram fixados nas regiões dos paravertebrais na altura de T10-L1 e S2-S4 com frequência de 80 Hz e largura de pulso 275 μ s. A aplicação da ENT iniciava quando começava a fase ativa do trabalho de parto, sendo finalizada quando a parturiente atingia dilatação total. As pacientes foram avaliadas nos intervalos das contrações por meio da EVA. Observou-se diferença significativa entre os grupos, demonstrando alívio de dor para o grupo de estudo, o qual relatou satisfação com o uso do recurso¹⁶(A).

Não existe um consenso na literatura sobre qual o melhor parâmetro a ser ajustado na ENT para alívio da dor no trabalho de parto, porém são frequentemente utilizadas frequências altas (80 a 100 Hz), menor duração de pulso (75 a 100 μ s) e intensidade conforme a sensibilidade da parturiente. Os eletrodos de 5,0 x 9,0 cm são fixados nas regiões paravertebrais, altura de T10-L1 e na região lombossacral entre S2 e S4^{4,16}(A).

Exercícios respiratórios

Os exercícios respiratórios no trabalho de parto têm a função de reduzir a sensação dolorosa, melhorar os níveis de saturação sanguínea materna de O₂, proporcionar relaxamento e diminuir a ansiedade^{1,5}(A). Com o objetivo de avaliar o efeito das técnicas de respiração e de relaxamento sobre a dor e a ansiedade na parturição, Almeida et al. realizaram um estudo randomizado e controlado abrangendo 36 parturientes. As 17 pacientes do Grupo Controle receberam os cuidados habituais da maternidade, enquanto que as 19 do Grupo Experimental receberam orientação e estímulo para realizarem técnicas de respiração e relaxamento. A dor e a ansiedade foram avaliadas por meio da EVA e dos inventários de ansiedade-traço e estado, respectivamente. Nesse mesmo estudo, os autores observaram que as técnicas utilizadas pelo Grupo Experimental não reduziram a intensidade da dor, mas promoveram por mais tempo a manutenção de um nível mais baixo de ansiedade durante a parturição⁵(A).

Ainda avaliando a efeito da técnica respiratória no alívio da dor durante o trabalho de parto, Böing, Sperandio e Moraes realizaram um estudo randomizado arrolando 40 primigestas, divididas em Grupo Controle e Experimental. O Grupo Experimental utilizou padrão respiratório diafragmático realizado de forma lenta e profunda, e por meio da escala de intensidade de dor, pulsoxímetro e questionário, observou-se que este grupo apresentou redução da intensidade dolorosa e aumento da saturação de oxigênio durante e no intervalo das contrações. Os autores concluíram que os exercícios respiratórios diminuem a sensação dolorosa durante o primeiro estágio do trabalho de parto, resultando em melhora dos níveis de saturação materna¹⁷(A).

Os exercícios respiratórios podem não ser suficientes na redução da sensação dolorosa durante o primeiro estágio do trabalho de parto, porém são eficazes na redução da ansiedade e na melhora dos níveis de saturação materna de oxigênio. Nesta fase, prioriza-se a respiração torácica lenta com inspiração e expiração profundas e longas em um ritmo natural, sendo realizada no momento das contrações uterinas. Importante ressaltar a importância de não iniciar precocemente a realização destes para evitar hiperventilação da parturiente^{5,18}(A).

Técnicas de relaxamento

Os exercícios de relaxamento têm como objetivo permitir que as parturientes reconheçam as partes do seu corpo, evidenciando as diferenças entre relaxamento e contração, melhorando o tônus muscular e, desta forma, favorecendo a evolução do trabalho de parto. Estudos demonstram que o relaxamento reduz o número de cesarianas e de partos vaginais assistidos, além de promover alívio da dor e redução da ansiedade^{1,2,5}(A). Utilizando a técnica de relaxamento muscular progressivo, Paula, Carvalho e Santos realizaram um estudo randomizado e controlado com 61 mulheres submetidas à cirurgia abdominal ou obstétrica. Por meio da EVA, foi avaliado o nível de dor antes e depois da terapêutica e, nesse estudo, todas as pacientes apresentaram alívio da dor¹⁸(A).

Durante a assistência pré-natal, Bastani et al. realizaram um estudo randomizado e controlado envolvendo 110 primíparas, com o objetivo de avaliar o efeito das técnicas de relaxamento sobre a ansiedade materna e os resultados perinatais. As gestantes foram distribuídas em dois grupos. O Grupo Estudo recebeu sessões educacionais de relaxamento por sete semanas e o Grupo Controle não recebeu qualquer treinamento especial. O nível de ansiedade foi avaliado antes e após a intervenção educacional, utilizando o inventário para ansiedade – *Trait Anxiety Inventory*. Não houve diferença nas taxas de nascimentos pré-termo, porém houve redução das taxas de cesariana e/ou partos vaginais assistidos e de recém-nascidos de baixo peso ao nascimento no Grupo de Estudo, além de redução da ansiedade durante a gestação neste grupo¹⁹(A).

A promoção de um bom relaxamento vai desde a adoção de posturas confortáveis à ambientes tranquilos, os quais permitam música ambiente, iluminação adequada e principalmente pensamentos direcionados, utilizando a imaginação para desmistificar o trauma da dor no trabalho de parto. 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 relaxamento do corpo; imersão em banheiras ou duchas aquecidas e até mesmo estar acompanhada por pessoas colaborativas escolhidas pela parturiente para compartilhar esse momento^{2,5,19}(A).

Recursos para condução do trabalho de parto

Os principais recursos utilizados para melhor condução do trabalho de parto são a deambulação e a mobilidade materna, incluindo recursos auxiliares como bola e banquetas. Alguns estudos também demonstraram a atuação destes recursos para o alívio da dor.

Deambulação

A deambulação é um recurso terapêutico utilizado para reduzir a duração do trabalho de parto, beneficiando-se do efeito favorável da gravidade e da mobilidade pélvica que atuam na coordenação miométrica e aumentam a velocidade da dilatação cervical e descida fetal. Alguns estudos demonstram que a deambulação aumenta a tolerância à dor no trabalho de parto^{2,7}(A).

Na França, em 2004, Frenea et al. estudaram o efeito da deambulação combinada com a infusão de baixas doses de anestésicos na analgesia peridural sobre a duração do trabalho de parto e a sensação dolorosa. Foram comparadas 30 parturientes que deambularam com 31, que permaneceram em decúbito. Não foram encontradas diferenças significativas na duração da fase ativa do trabalho de parto e nem nos escores da EVA; no entanto, o grupo que permaneceu deambulando solicitou menores doses de ocitocina e bupivacaína, concluindo-se que a deambulação traz vantagens para a evolução do trabalho de parto²⁰(A).

Já no Brasil, em 2007, Mamede et al. realizaram um estudo com 80 parturientes primigestas com o colo uterino dilatado de 3 a 5 cm, com o objetivo de avaliar o efeito da deambulação sobre a dor na fase ativa do trabalho de parto. A escala categórica numérica e o partograma foram utilizados como instrumento de avaliação. Os autores mostraram que, nas parturientes que deambulavam nas primeiras três horas do trabalho de parto, a velocidade de dilatação foi maior, porém também ocorreu aumento da dor²¹(A).

A revisão sistemática realizada por Lawrence et al., em 2009, incluiu 21 ensaios clínicos randomizados e controlados com o total de 3.706 mulheres. Os resultados encontrados foram redução da duração do trabalho de parto em torno de uma hora para as parturientes que deambularam ou adotaram posições verticais, não sendo observados efeitos negativos para a mãe e o recém-nascido. Os autores concluíram que as parturientes devem ser incentivadas a deambularem e adotarem posições mais confortáveis na primeira fase do trabalho de parto⁷(A).

Mobilidade materna

A mudança de postura materna durante o trabalho de parto tem se mostrado eficiente para aumentar a velocidade da dilatação cervical, promover o alívio da dor durante as contrações e facilitar a descida fetal. As parturientes são incentivadas a adotarem posturas alternadas, variando de sentada no leito, cadeira, banquetas, decúbito lateral, ajoelhada, agachada, quatro apoios, em pé com inclinação de tronco, dentre outras, sempre de acordo com as habilidades motoras de cada parturiente^{1,2,7}.

Em um estudo prospectivo randomizado, conduzido por Adachi et al., foi estudado o alívio da dor em 58 parturientes, sendo 39 primíparas e 19 múltiparas. As parturientes foram orientadas a alternar entre posição sentada e supina, a cada 15 minutos até 8 cm de dilatação. Os índices de dor medidos pela EVA foram significativamente menores na posição sentada do que na supina. Os autores concluíram que a posição sentada é uma postura eficaz no alívio da dor lombar durante a dilatação cervical de 6 a 8 cm²²(A).

Para investigar a influência da mobilidade da parturiente durante a fase ativa da dilatação cervical, Bio, Bittar e Zugaib realizaram um ensaio clínico randomizado e controlado com 100 primigestas, com até 4 cm de dilatação, divididas em Grupo Controle e Tratado. O Grupo Controle teve acompanhamento obstétrico sem a presença do fisioterapeuta e sua seleção foi feita retrospectivamente a partir dos registros de prontuário, obedecendo aos mesmos critérios de inclusão e exclusão. No Grupo Tratado, as parturientes foram acompanhadas pelo fisioterapeuta durante toda a fase ativa e orientadas a se manterem em posição vertical e em movimento, de acordo com a fase da dilatação cervical e a descida fetal no canal de parto. Os autores concluíram que a mobilidade adequada da parturiente influencia de maneira positiva o trabalho de parto com o aumento da tolerância à dor, evitando o uso de fármacos e reduzindo a duração da fase ativa da dilatação²³(A).

Uma revisão conduzida por Hunter et al., em 2008, avaliou o efeito da postura materna de quatro apoios durante a etapa final da gestação e no trabalho de parto de 2.794 mulheres com apresentação fetal em posição lateral ou posterior e comparou com grupo que não recebeu intervenção. Foi concluído que a postura de quatro apoios, durante dez minutos, duas vezes ao dia, a partir de 37 semanas de gestação, não deve ser recomendada como uma intervenção eficaz na correção da posição occipital posterior do feto. Entretanto, a mesma pode ser adotada se for cômoda para a mulher durante o trabalho de parto. Esta revisão concluiu ainda que o uso desta postura no trabalho de parto se associou a menor dor lombar, porém mais estudos são necessários²⁴(A).

A alternância contínua de posturas, priorizando as verticais (posições com o tronco a favor da linha da gravidade), deve ser estimulada durante o trabalho de parto, porém sob supervisão, para melhor adequação postural.

Bola suíça ou de nascimento

A bola Suíça é um recurso que deve ser utilizado com o objetivo de facilitar a adoção de postura vertical pela parturiente de forma confortável⁸(A). A fim de verificar se o uso da bola exerce alguma influência sobre a fase ativa do trabalho de parto, Lopes, Madeira e Coelho realizaram uma pesquisa com 40 primíparas com dilatação cervical até 5 cm, distribuídas em dois grupos. O Grupo Controle adotou condutas como decúbito lateral, deambulação e chuveiro, enquanto o Grupo de Intervenção acrescentou a estas condutas o uso da bola. Observou-se que não existiram diferenças significativas entre os grupos, visto que ambos utilizaram posições verticais durante a fase ativa do trabalho de parto. Esses resultados indicam que a bola Suíça constitui-se recurso auxiliar para adoção de postura vertical⁸(A).

Para muitos, a bola é um instrumento lúdico que distrai a parturiente, tornando o trabalho de parto mais tranquilo. Tanto serve de suporte para outras técnicas¹²(A) como, por exemplo, a massagem e o banho de chuveiro, como também 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.

A partir destas evidências, elaborou-se um protocolo assistencial com os diversos recursos não-farmacológicos disponíveis para utilização no trabalho de parto. O objetivo deste é facilitar o entendimento e estimular o uso dos mesmos pelos profissionais que atuam nesta área, ressaltando a importância da atuação da fisioterapia na promoção do parto humanizado, reduzindo a dor e facilitando a evolução do trabalho de parto.

Os recursos podem ser aplicados de forma isolada, combinada ou sequencial, dependendo das características e perfil de cada parturiente, do treinamento das equipes de saúde e da disponibilidade dos recursos nas maternidades. Faz-se necessário ressaltar a importância da avaliação fisioterapêutica prévia, individualizada e integrada, no início da fase ativa do trabalho de parto a fim de definir o melhor recurso a ser aplicado.

A fisioterapia na saúde da mulher se identifica com os principais preceitos de humanização da assistência obstétrica e objetiva amenizar a dor, protelar a utilização de recursos farmacológicos, melhorar o conforto físico, viabilizar a aquisição de posturas verticais e a diversificação postural, além de contribuir para interação entre a equipe de saúde, o acompanhante e a parturiente.

Conclusão

Apesar da necessidade de mais estudos científicos sobre o tema abordado, os estudos realizados e incluídos nesta revisão indicam que as parturientes devem ter acesso aos recursos não-farmacológicos para alívio da dor e progressão do trabalho de parto. Sendo assim, sugere-se a utilização do protocolo proposto com o intuito de demonstrar a efetividade desses métodos nos

diversos momentos do trabalho de parto, possibilitando a continuação de estudos sobre o tema.

A atuação da fisioterapia no trabalho de parto ainda é uma prática pouco estabelecida nas maternidades públicas, espera-se que, com a comprovação dos benefícios dos recursos não-farmacológicos neste momento, os gestores e profissionais de saúde validem a importância da assistência interdisciplinar no ciclo gravídico-puerperal.

Leituras suplementares

1. Simkin P, Bolding A. Update on Nonpharmacologic Approaches to Relieve Labor Pain and Prevent Suffering. *J Midwifery Womens Health*. 2004;49(6):489-504.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
3. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. In: *La Biblioteca Cochrane Plus*; 2008, Número 2.
4. Orange FA, Amorim MMR, Lima L. Uso da eletroestimulação transcutânea para alívio da dor durante o trabalho de parto em uma maternidade-escola: ensaio clínico controlado. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2003;25(1):45-52.
5. Almeida NAM, Sousa JT, Bachion MM, Silveira NA. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. *Rev Lat Am Enferm*. 2005;13(1):52-8.
6. Chang MY, Chen CH, Huang KF. A Comparison of Massage Effects on Labor Pain Using the McGill Pain Questionnaire. *J Nurs Res*. 2006;14(3):190-7.
7. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. In: *The Cochrane Library*; 2009, Número 2.
8. Lopes TC, Madeira LM, Coelho S. O uso da bola do nascimento na promoção da posição vertical em primíparas durante o trabalho de parto. *Rev Min Enferm*. 2003;7(2):134-9.
9. Campbell DA, Lake MF, Backstrand J. A Randomized Control Trial of Continuous Support in Labor by a Lay Doula. *J Obstet Gynecol Neonat Nurs*. 2006;35(4):456-64.
10. McGrath SK, Kennell J. A Randomized Controlled Trial of Continuous Labor Support for Middle-Class Couples: Effect on Cesarean Delivery Rates. *Birth*. 2008;35(2):92-7.
11. Cluett ER, Nikodem VC, Mccandlish RE, Burns EE. Inmersión en agua para el embarazo, trabajo de parto y parto. *Biblioteca Cochrane Plus*; 2008, Número 2.
12. Davim RMB, Torres GV, Dantas JC, Melo ES, Paiva CP, Vieira D, et al. Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor em parturientes. *Rev Eletr Enferm*. 2008;10(3):600-9.
13. Malarewicz A, Wydrzynski G, Szymkiewicz J, Adamczyk-Gruszka O. The influence of water immersion on the course of first stage of parturition in primiparous women. *Med Wieku Rozwoj*. 2005;9(4):773-80.
14. Silva FMB, Oliveira SMJV. O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(1):57-63.
15. Kimber L, Nabb M, Court C, Haines A, Brocklehurst P. Massage or music for pain relief in labour: A pilot randomized placebo controlled trial. *Eur J Pain*. 2008;12(8):961-9.
16. Van Der Spank JT, Cambier DC, De Paepe HMC, Danneels LAG, Witvrouw EE, Beerens L. Pain relief in labour by transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS). *Arch Gynecol Obstet*. 2000;264(5):131-6.
17. Böing L, Sperandio FF, Moraes GM. Uso de técnica respiratória para analgesia no parto. *Femina*. 2007;35(1):41-6.
18. Paula APD, Carvalho CC, Santos CB. The use of the "progressive muscle relaxation" technique for pain relief in gynecology and obstetrics. *Rev Lat Am Enferm*. 2002;10(5):654-9.
19. Bastani F, Hidarnia A, Montgomer YKS, Aguilar-Vafaei ME, Kazemnejad A. Does relaxation education in anxious primigravid Iranian women influence adverse pregnancy outcomes?: a randomized controlled trial. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2006;20(2):138-46.
20. Frenea S, Chirossel C, Rodriguez R, Baguet JP, Racinet C, Payen JF. The effects of prolonged ambulation on labor with epidural analgesia. *Anesth Analg*. 2004;98(1):224-9.
21. Mamede FV, Almeida AM, Souza L, Mamede MV. A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação. *Rev Lat Am Enferm*. 2007;15(6):1157-62.
22. Adachi K, Shimada M, Usui A. The relationship between the parturient's and perceptions of labor pain intensity. *Nurs Res*. 2003;52(1):47-51.
23. Bio E, Bittar RE, Zugaib M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006;28(11):671-9.
24. Hunter S, Hofmeyr GJ, Kulier R. Postura de manos/rodillas en la última etapa del embarazo o trabajo de parto para posición fetal inadecuada (lateral o posterior). In: *La Biblioteca Cochrane Plus*; 2008, Número 2.