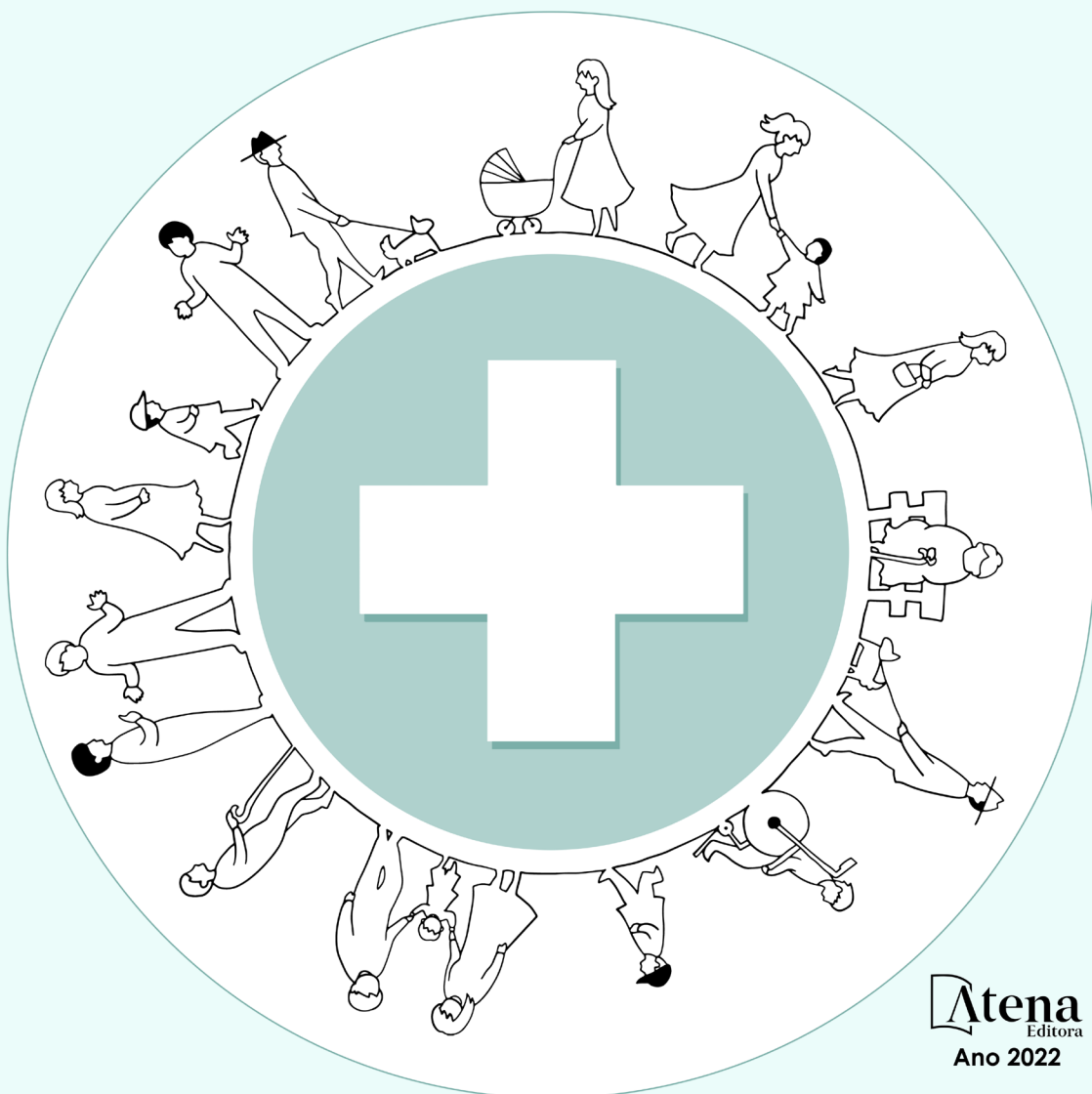


Benedito Rodrigues da Silva Neto  
(Organizador)

# SAÚDE COLETIVA:

Mudanças, necessidades e embates  
entre sociedade e estado





**Editora chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Editora executiva**

Natalia Oliveira

**Assistente editorial**

Flávia Roberta Barão

**Bibliotecária**

Janaina Ramos

**Projeto gráfico**

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

**Imagens da capa**

iStock

**Edição de arte**

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena

Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

**Conselho Editorial**

**Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão  
 Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
 Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
 Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco  
 Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras  
 Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
 Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco  
 Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
 Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará  
 Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí  
 Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
 Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe  
 Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás  
 Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
 Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará  
 Prof. Dr. Maurílio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte  
 Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
 Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
 Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

**Saúde coletiva: mudanças, necessidades e embates entre sociedade e estado**

**Diagramação:** Camila Alves de Cremo  
**Correção:** Maiara Ferreira  
**Indexação:** Amanda Kelly da Costa Veiga  
**Revisão:** Os autores  
**Organizador:** Benedito Rodrigues da Silva Neto

<b>Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)</b>	
S255	<p>Saúde coletiva: mudanças, necessidades e embates entre sociedade e estado / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.</p> <p>Formato: PDF  Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader  Modo de acesso: World Wide Web  Inclui bibliografia  ISBN 978-65-258-0820-8  DOI: <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.208221512">https://doi.org/10.22533/at.ed.208221512</a></p> <p>1. Saúde pública. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da (Organizador). II. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 362.1</p>
<b>Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166</b>	

**Atena Editora**  
Ponta Grossa – Paraná – Brasil  
Telefone: +55 (42) 3323-5493  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
contato@atenaeditora.com.br

## DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

## DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

Saúde coletiva é definida como uma área de conhecimento multidisciplinar construída pelas ciências biomédicas e pelas ciências sociais. Nesse sentido se propõe a pesquisar as origens e formas de reprodução social de algumas doenças, com o intuito de fornecer dados para planejamento e ações dos serviços de saúde competentes.

Se por um lado a saúde pública é correlacionada ao diagnóstico e tratamento das enfermidades, com acesso pela população em qualquer local do país, o que provê a assistência à saúde, na outra vertente temos a saúde coletiva que existe para pensar em novos conceitos e conjecturas futuras, exatamente por esse conceito observamos a formação do movimento sanitário na América Latina, e conseqüentemente a chamada reforma sanitária brasileira. Nesse âmbito, a necessidade de realizar reformas sanitárias no Brasil surge na década de 1970, moldando um conjunto de ideias, que vislumbravam mudanças na saúde do país coincidindo na qualidade de vida da população. Foram basicamente esse conjunto de propostas, na denominada reforma sanitária que originaram a universalidade do direito à saúde para a população, instituído na Constituição de 1988, formalizando o Sistema Único de Saúde vigente no país.

Tendo em vista a importância de todos esses conceitos que fazem parte da história da saúde brasileira apresentamos esta obra que envolve vários conceitos da saúde coletiva, tais como: atenção primária à saúde, alto risco, serviço de acompanhamento de paciente, prevenção de doenças, cuidados, epidemiologia, serviços de saúde, taxa de mortalidade dentre outros. A categorização de dados, e o estabelecimento de conceitos e padrões baseados em literatura bem fundamentada é muito importante, por isso destacamos a relevância do material com dados e informações recentes sobre saúde coletiva levantados ao longo do país.

Assim, a obra “Saúde coletiva: mudanças, necessidades e embates entre sociedade e estado” torna-se relevante não apenas por abordar esta área que compõe as bases da pesquisa em saúde no país, mas também pela divulgação científica, deste modo, destacamos também a estrutura da Atena Editora capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para publicação e acesso aos dados e pesquisas dentro desta nobre área da saúde.


Desejo a todos uma ótima leitura.

Benedito Rodrigues da Silva Neto




**CAPÍTULO 1 ..... 1****A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO PARTO HUMANIZADO E O USO DO BANQUINHO MEIA LUA: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Letícia Silva de Azevedo  
 Danielly da Costa Rocha  
 Jakline Silva de Azevedo  
 Jhully Sales Pena de Sousa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2082215121>

**CAPÍTULO 2 ..... 21****A SEGURANÇA PÚBLICA NA PREVENÇÃO E ABORDAGEM À VÍTIMAS DE TENTATIVA DE SUICÍDIO**

Orleilso Ximenes Muniz  
 Helyanthus Frank da Silva Borges  
 Alexandre Gama de Freitas  
 Jakson França Guimarães  
 Cristiano Braz Ferreira  
 Diógenes Martins Munhoz  
 Nayara de Alencar Dias  
 Raquel de Souza Praia  
 José Aluísio Ferreira Cruz  
 Eduardo Araújo dos Santos Neto  
 Midian Barbosa Azevedo  
 Fabrícia da Silva Cunha  
 Euler Esteves Ribeiro  
 Ciro Felix Oneti  
 Gabriela dos Santos Alves  
 Salomão Correa Praia  
 Inez Siqueira Santiago Neta

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2082215122>


**CAPÍTULO 3 .....29****CIÊNCIA COGNITIVA - CONFIGURAÇÃO DE CONSTRUTO EPISTEMOLÓGICO**

Adelcio Machado dos Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2082215123>

**CAPÍTULO 4 .....38****DIFICULDADES E RISCOS VIVENCIADOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**


Paulo Henrique dos Santos Martins  
 Davi da Silva Nascimento

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2082215124>

**CAPÍTULO 5 .....48****DOR DO PARTO: MÉTODOS DE ALÍVIO E SUAS REPERCUSSÕES NA SAÚDE MATERNO-FETAL**

Marina Mendes Coelho


Letícia Toss  
 Fabiane Bregalda Costa  
 Zenaide Paulo Silveira  
 Maria Margarete Paulo  
 Maicon Daniel Chassot  
 Claudia Carina Conceição dos Santos  
 Elizete Maria de Souza Bueno  
 Adriana Maria Alexandre Henriques

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2082215125>

**CAPÍTULO 6 ..... 61**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA FERRAMENTA NECESSÁRIA NO COMBATE AOS IMPACTOS DAS PARASIToses NA SAÚDE PÚBLICA**

Izadora Larissa Cei Lima  
 Gabriel Itaparica de Oliveira  
 Simone Tavares Valente  
 Thayse Kelly da Silva Martino  
 João Vitor Silva  
 Jefferson Cardoso Coutinho  
 Camila Lima das Chagas  
 Lucas Vinicius Oliveira De Souza  
 Karina Lima das chagas  
 Carmem Lucia Gomes de Araujo Souza  
 Vivaldo Rosa de Souza Junior  
 Irene André da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2082215126>

**CAPÍTULO 7 .....63**

**LA GESTIÓN POR PROCESOS: UN RETO PARA LOS SISTEMAS DE SALUD EN LATINOAMÉRICA**

Shirley Janeth Mora Solórzano  
 Edwin Hernán Alvarado Chicaíza  
 Zully Shirley Díaz Alay  
 Carmen Obdulia Lascano Espinoza  
 Jeffry John Pavajeau Hernández

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2082215127>

**CAPÍTULO 8 .....69**


**O DESAFIO DA ESPIRITUALIDADE NO ENSINO DA ENFERMAGEM**

Josué Barbosa Sousa  
 Rita Maria Heck  
 Bruna Rodrigues Bosse  
 Bruna Da Silva Cabral  
 Gabriel Moura Pereira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2082215128>


**CAPÍTULO 9 .....83****O TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E A UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO**

Erica Lima Costa de Menezes  
 Melisse Eich  
 Marta Inez Machado Verdi  
 Magda Duarte dos Anjos Scherer

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2082215129>

**CAPÍTULO 10.....96****PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO À SAÚDE DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM**

Cláudia Carina Conceição dos Santos  
 Elizete Maria de Souza Bueno  
 Adriana Maria Alexandre Henriques  
 Zenaide Paulo da Silveira  
 Maria Margarete Paulo  
 Letícia Toss  
 Ester Izabel Soster Prates  
 Telma da Silva Machado  
 Simone Thais Vizini  
 Elisa Justo Martins

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.20822151210>

**CAPÍTULO 11 ..... 105****PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AOS DISTÚRBIOS PSÍQUICOS MENORES EM FISIOTERAPEUTAS INTENSIVISTAS DE UMA GRANDE CIDADE DO ESTADO DA BAHIA**


Cleide Lucilla Carneiro Santos  
 Lorena Pacheco Cordeiro Lisboa  
 Núbia Samara Caribé de Aragão  
 Gabriella Bené Barbosa  
 Davi Félix Martins Júnior  
 Mônica de Andrade Nascimento  
 Carlito Lopes Nascimento Sobrinho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.20822151211>

**CAPÍTULO 12.....119****RELAÇÕES DO ADOECIMENTO MENTAL DE ALUNOS COM O ISOLAMENTO SOCIAL DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

Renata dos Santos Ribeiro Guzman  
 Paula Trugilho Lopes Trentini  
 Rafael Durant Pacheco  
 Fernanda Delorence  
 Josele da Rocha Monteiro  
 Édna Berçaco Hermínio Candido  
 Maxwell Ferreira Silva


Aparecida Dias de Macedo  
 Maycon Barbosa Arsénio  
 Leonardo Simões dos Santos  
 Bruna Adila Barros Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.20822151212>

**CAPÍTULO 13..... 132**

**SAÚDE COLETIVA – CONFIGURAÇÃO DE ÁREA EPISTEMOLÓGICA**


Adelcio Machado Santos  
 Anderson Antônio Mattos Martins

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.20822151213>

**CAPÍTULO 14..... 146**

**SÍNDROME METABÓLICA NA PEDIATRIA**


Vitória Del' Arco Cervo  
 Bruno Batista Berteli  
 Andrej Uriadenik Dobroski Bastos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.20822151214>

**CAPÍTULO 15..... 151**

**USO DE PROTEÇÃO CONTRA IST POR MULHERES QUE FAZEM SEXO COM MULHERES: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Clara Louise Araujo Reis  
 Maria Evangelina de Oliveira  
 Mariana Barbosa Vieira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.20822151215>

**SOBRE O ORGANIZADOR..... 162**

**ÍNDICE REMISSIVO..... 163**

# DOR DO PARTO: MÉTODOS DE ALÍVIO E SUAS REPERCUSSÕES NA SAÚDE MATERNO-FETAL

*Data de aceite: 01/12/2022*

**Marina Mendes Coelho**

**Letícia Toss**

**Fabiane Bregalda Costa**

**Zenaide Paulo Silveira**

**Maria Margarete Paulo**

**Macon Daniel Chassot**

**Claudia Carina Conceição dos Santos**

**Elizete Maria de Souza Bueno**

**Adriana Maria Alexandre Henriques**

um grande número de mulheres a considera insuportável. A dilatação do colo uterino apresenta-se como o principal componente da dor durante o trabalho de parto e soma-se a outros fatores como: a tração de anexos e peritônio, a contração e a distensão das fibras uterinas, a distensão do canal de parto, a pressão nas estruturas pélvicas, na uretra, na bexiga e sobre as raízes do plexo lombo-sacro.

Para que a dor não seja prejudicial à saúde materno-fetal, quando diagnosticado o trabalho de parto e as contrações regulares, ela pode e deve ser aliviada (BRASIL, 2001). Um dos objetivos do cuidado no processo de parturição é o manejo da dor e para tal existem dois métodos, os farmacológicos e os não farmacológicos, em que o primeiro destina-se ao alívio da sensação dolorosa por meios medicamentosos, enquanto o segundo visa principalmente a prevenção do sofrimento (SIMKIN; KLEIN, 2009).

Os métodos não farmacológicos de alívio da dor promovem em geral, mais calma e tranquilidade para as mulheres

## 1 | INTRODUÇÃO

A dor, segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP, 2011), caracteriza-se como uma experiência sensitiva emocional desagradável relacionada à lesão tecidual ou descrita em tais termos. Devido ao seu caráter subjetivo, é um sintoma de difícil avaliação, mas sabe-se que ela representa um importante sinal do início do trabalho de parto e que, devido à sua intensidade,

durante as etapas do trabalho de parto, além disso, possibilitam que o acompanhante participe desse momento colaborando na sua execução, como na massagem por exemplo, onde ele atua sozinho, sem a necessidade de profissionais ou equipamentos. O uso dessas técnicas favorece o vínculo da parturiente com o acompanhante e com a equipe cuidadora, o que facilita a evolução natural do parto repercutindo de maneira positiva para o binômio mãe-bebê.

O alívio da sensação dolorosa durante o trabalho de parto permite que a mulher participe ativamente desse momento, que ocorra aumento da auto-estima, que haja maior interação com o bebê logo nos primeiros minutos após o parto e ainda permite que a parturiente guarde lembranças positivas desse momento para melhor enfrentar futuros trabalhos de parto (WEISSHEIMER, 2005). O conhecimento das medidas atuais e efetivas de alívio da dor durante o trabalho de parto, farmacológicas ou não, possibilita que cada mulher receba atendimento qualificado e individual. Os profissionais da área da saúde, que trabalham no atendimento às mulheres em processo de parturição devem valorizar o entendimento sobre essas práticas, para que possam estimular o uso seguro dos métodos de alívio da dor e propiciar à mãe e ao bebê um momento tão saudável e tranquilo quanto possível.

## **2 | OBJETIVO**

Identificar métodos de alívio da dor utilizados durante o trabalho de parto e as repercussões na saúde materno-fetal.

## **3 | METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura. A busca dos estudos foi realizada utilizando o descritor “dor do parto” nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram selecionados artigos no idioma português e que abordavam a temática dos métodos de alívio da dor utilizados durante o trabalho de parto e suas repercussões à saúde materno-fetal.

## **4 | RESULTADOS**

A percepção da dor durante o trabalho de parto e as técnicas utilizadas para aliviá-la durante esse processo variam de acordo com a cultura e a geografia em que cada parturiente se encontra. Atualmente, os inúmeros métodos para o controle da dor durante o trabalho de parto, são seguros, eficazes e que podem ser utilizados individualmente ou associados (RICCI, 2008). Devemos oportunizar um parto com experiências positivas e

satisfatórias para as parturientes e suas famílias (WEISSHEIMER, 2005).

#### 4.1 Métodos farmacológicos e suas repercussões na saúde materno-fetal

Atualmente, vê-se que muitas mulheres não têm conhecimento sobre as adversidades dos métodos farmacológicos e, em algumas situações, submetem-se ao uso apenas por comodidade. Porém não se pode negar que a administração de alguns desses fármacos é benéfica durante o processo de parturição, em situações onde o trabalho de parto não progride devido à tensão que leva à dor, uma vez que esses medicamentos auxiliam no relaxamento, facilitando a dilatação do colo uterino.

Em relação à analgesia sistêmica, particularmente ao uso de opióides, Cunha (2010) considera a petidina, responsável pela sedação, como droga referência para analgesia no período de dilatação. O autor menciona esse fármaco como o mais utilizado por via intramuscular para o alívio da dor no trabalho de parto, mas faz alertas sobre sua efetividade e possibilidade de depressão respiratória no recém-nascido. Souza et al. (2010) referem-se à analgesia sistêmica como utilizável na existência de contraindicação para o bloqueio regional. Tratando-se dos bloqueios regionais, Souza et al. (2010) consideram que a analgesia seletiva constitui grande vantagem sobre a analgesia sistêmica. Classificam os bloqueios regionais em:

- Bloqueio do nervo pudendo (S2-S4) e anestesia infiltrativa: indicado para a realização de episiotomia. Essa técnica pode apresentar complicações como toxicidade sistêmica, hematomas e abscessos pela injeção venosa acidental de anestésico local.
- Bloqueio paracervical: promove efetiva analgesia no primeiro período do trabalho de parto e, entre as complicações associadas a essa técnica estão a depressão neonatal pela absorção de anestésico local, a punção da artéria uterina ou do couro cabeludo do bebê e a infecção.
- Analgesia espinhal: essas técnicas são amplamente utilizadas em obstetrícia. Minimizam os bloqueios motor e simpático, mantendo o tônus da musculatura abdominal, fundamental no período expulsivo.

Souza et al. (2010) consideram a raquianestesia com injeção única de anestésico local, como a técnica mais aceita para aplicação no período expulsivo e, em relação à analgesia peridural dizem que trata-se de uma técnica bastante difundida na condução do trabalho de parto, independente do grau de dilatação do colo uterino. Para os autores, a inserção do cateter no espaço peridural permite a realização de uma analgesia prolongada e limitada aos segmentos correspondentes à dor de cada estágio do trabalho de parto, evitando-se o relaxamento precoce do períneo, que poderia interferir com a rotação interna do feto e constituir-se fator de distócia. Assim, o grau de dilatação do colo uterino deveria ser critério para a administração de técnicas analgésicas e questão para o desenvolvimento de novas pesquisas, visto que, enquanto uns dizem que as técnicas só podem ser

administradas após quatro ou cinco centímetros de dilatação do colo do útero, outros, como Souza et al. (2010), dizem que as técnicas podem ser realizadas a qualquer momento.

O bloqueio combinado decorrente da união da raquianestesia com a analgesia peridural, segundo Souza et al. (2010) instala-se rapidamente proporcionando rápido alívio da dor, produz menor bloqueio motor e simpático e permite, em diversos casos, que a parturiente deambule.

Baraldi et al. (2007) ao pesquisarem o uso da analgesia peridural a partir de uma metanálise composta por 34 artigos científicos, detectaram que o período expulsivo do trabalho de parto foi prolongado após a administração da técnica. Os autores crêem que isso se justifica pelo fato de, no período expulsivo, a apresentação fetal ao pressionar o assoalho pélvico, estimula o reflexo de puxo e que o uso da analgesia pode diminuir essa sensibilidade, reduzindo este reflexo, aumentando assim o segundo período do trabalho de parto. Essa metanálise também aponta o aumento da utilização de ocitócitos nas parturientes que receberam a técnica peridural, entretanto, não houve alterações na contratilidade uterina após a realização da técnica peridural, mesmo após o uso da ocitocina exógena. Esse fato permite que os autores concluam que há aumento de práticas intervencionistas por parte dos profissionais de saúde ao conduzirem o trabalho de parto com o uso da analgesia peridural. O presente estudo considera que a realização da analgesia peridural pode realmente prolongar o trabalho de parto. Muitas mulheres que apresentam dilatação uterina com boa evolução recebem a analgesia e estagnam.

Sobre o feto e o recém-nascido, Baraldi et al. (2007) referem que foram encontrados elementos suficientes para afirmar que a analgesia peridural realizada durante o trabalho de parto é segura. Entretanto, sua realização próxima ao parto, deixou dúvidas acerca de provocar depressão respiratória no nascimento. Atualmente, percebe-se que as equipes envolvidas no processo de parturição preocupam-se bem mais com essa questão. Avaliam a evolução de cada mulher, considerando o número de gestações e de partos normais pelos quais ela já passou, pois esse fator pode interferir no tempo de duração do trabalho de parto. Multiparas tendem a parir mais rapidamente comparando-se às primíparas.

Para Cunha (2010), o uso da técnica peridural proporciona alívio da dor no trabalho de parto, entretanto, assim como para Baraldi et al. (2007), essa técnica pode retardar a evolução do trabalho de parto, além aumentar a incidência de parto vaginal operatório, possivelmente pela falta de vontade de “fazer força” expressa pelas parturientes expostas ao método. O autor aborda ainda, a associação entre raquianestesia e analgesia peridural e diz que o resultado é equivalente ao gerado pela analgesia peridural. Ressalta que a forma mais eficaz de diminuição da dor do parto, deve-se ao controle da dose de anestésico na técnica peridural lombar contínua pela própria paciente. Acredita-se que esse método reduza a necessidade de reposição analgésica, devido à continuidade da infusão de acordo com a necessidade da parturiente.

Na comparação entre anestesia combinada raquiperidural e analgesia contínua



peridural, Cortês et al. (2007) identificaram por intermédio da Escala Analógica Visual (VAS) que após cinco minutos de realização da técnica combinada houve significativo alívio da dor, ao contrário das parturientes que receberam analgesia peridural contínua nesse período de tempo, que continuaram a referir dor intensa. Os autores perceberam, também, que as pacientes deambularam sem dificuldades após a administração de ambos os métodos farmacológicos de alívio da dor, conseguiram urinar sem restrições e não sofreram bloqueio motor algum. Em relação ao feto, no grupo de mulheres que recebeu anestesia combinada, houve duas indicações de cesárea por bradicardia fetal sustentada e ambas ocorreram vinte minutos após a realização dessa técnica de alívio da dor. A etiologia da bradicardia fetal é incerta, mas parece estar relacionada com a rápida cessação da dor das contrações uterinas, o que reduz a concentração plasmática de beta-endorfinas e epinefrina, podendo resultar em hipertonia uterina e/ou espasmo arterial e conseqüente diminuição da oferta sanguínea uteroplacentária (SHNIDER; ABOUD; ARTAL, 1983; ALBRIGHT; FORSTER, 1997; SCULL; HEMMINGS; CARLI, 1998). Parece que a bradicardia fetal sustentada ocorre raramente, visto que a dosagem dos fármacos analgésicos é calculada cautelosamente para que efeitos adversos não ocorram.

No estudo desenvolvido por Souza, Silva e Maia Filho (2009), ao comparar ambas as técnicas analgésicas, foi constatado que no grupo de gestantes que recebeu analgesia combinada raquiperidural houve alívio da dor anteriormente ao grupo que recebeu a técnica peridural contínua, como também comprovado no estudo de Cortês et al. (2007). Em relação ao bloqueio motor, as parturientes que receberam analgesia peridural contínua tiveram menor dificuldade para mover-se no leito, acredita-se que pela menor quantidade de anestésico local utilizado. Foi detectado que a hipotensão apresentou-se mais frequentemente no grupo que recebeu analgesia peridural contínua, enquanto náuseas foram mais comuns naquelas que receberam analgesia combinada raquiperidural. Tratando-se do bebê, o estudo aponta que a maioria deles mostrou-se vigoroso, com índices de Apgar adequados de primeiro e quinto minuto.

Cortês et al. (2007) e Souza, Silva e Maia Filho (2009) consideram que apesar da técnica combinada raquiperidural proporcionar alívio da dor mais rapidamente, ambas são seguras e eficazes para a analgesia no trabalho de parto. Corroborando ao que dizem esses autores, Porto, Amorim e Souza (2010) afirmam que as analgesias peridural e combinada raquiperidural podem ser utilizadas para alívio da dor no trabalho de parto sem efeitos adversos sobre a mãe e o feto.

Silva, Passini Junior e Amorim (2010) avaliou a ocorrência da febre materna após a utilização de técnicas analgésicas e constatou que a febre materna intraparto parece ter clara ligação com a técnica peridural e que a ligação com a técnica combinada raquiperidural ainda não está estabelecida. O estudo sugere que a analgesia peridural produz alterações na termorregulação materna e que a febre decorrente da analgesia de parto é de etiologia não infecciosa e não está associada a efeitos deletérios maternos e neonatais. Os

autores ressaltam que, quando a equipe envolvida está ciente desse desfecho, reduz-se a suspeita e a investigação de infecção materna e neonatal, o que pode evitar investigações desnecessárias e exames adicionais para pesquisa de infecção, além da prescrição de antibióticos, que aumentam custos e efeitos colaterais. Esse aumento de temperatura não está envolvido com o aumento da morbidade materno-neonatal.

Atualmente, existe um consenso de que, se algum método farmacológico for indicado para manejo da dor no trabalho de parto, a analgesia regional com peridural ou a técnica combinada raquiperidural devem ser empregadas, preferencialmente em relação ao uso de opióides sistêmicos ou de analgesia inalatória (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

É direito da mulher brasileira receber atenção durante o trabalho de parto que ofereça possibilidades de controle da dor quando e se necessário, fato esse garantido pelas Portarias do Ministério da Saúde no 2815, de 1998, e no 572, de 2000, as quais incluem a analgesia de parto na tabela de procedimentos obstétricos remunerados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BARALDI et al. 2007).

## **4.2 Métodos não farmacológicos e suas repercussões na saúde materno-fetal**

Com o advento do Programa de Humanização do Parto e do Nascimento, causa cada vez mais discutida e valorizada no Brasil, as práticas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto ganham posição de destaque. Apesar de a dor ter uma função biológica importante, necessita ser aliviada, pois a sua persistência e intensidade associam-se ao aumento do estresse materno produzindo efeitos prejudiciais à mulher e ao conceito (OCHIAI, 2000).

As técnicas não farmacológicas difundem-se por serem capazes de reduzir efeitos colaterais e por permitirem à mulher a sensação de controle durante todo o processo do parto. As práticas que têm esses objetivos contextualizam a valorização do parto fisiológico e do uso adequado das tecnologias na assistência ao parto e ao nascimento (SILVA et al., 2011). Promover a assistência humanizada à parturiente, garantindo o uso de técnicas não invasivas, que possuem potencial para evitar as analgesias farmacológicas e a ocorrência de procedimentos cirúrgicos, deve ser o principal objetivo dos profissionais atuantes nessa área.

Acredita-se que a deambulação é benéfica às mulheres em trabalho de parto por favorecer a sua evolução, entretanto, deve ser desestimulada se a sensação dolorosa ultrapassar os limites da parturiente, por poder prejudicar o processo. Há divergência entre autores em relação aos efeitos causados pela técnica da deambulação da parturiente. Para MAMEDE et al. (2007) quanto maior o trajeto percorrido pela mulher, maior a dor sentida. Por outro lado, segundo Porto, Amorim e Souza (2010) essa técnica não ocasiona efeitos nocivos à mulher. Além da deambulação, as posições verticais são estimuladas no primeiro estágio do trabalho de parto e, segundo os autores, não se associam ao aumento de intervenções médicas ou efeitos negativos para mães e seus filhos. Citam

ainda, que as posições verticais, juntamente com o suporte contínuo, por intermédio de um acompanhante de escolha da parturiente, associam-se à redução da dor e ao maior grau de satisfação da mulher.

Em relação ao suporte contínuo e à presença de um acompanhante de escolha da parturiente, algumas publicações abordam essa temática (DAVIM; TORRES, 2008; CUNHA, 2010; PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010). Nelas, todos os autores concordam que o suporte contínuo e a presença de um acompanhante são benéficos à mulher. Porto, Amorim e Souza (2010) ressaltam que se o acompanhante for de escolha da parturiente, os benefícios são ainda maiores e a mulher apresenta-se mais satisfeita.

Ressalta-se a importância das instituições na valorização e respeito à presença do acompanhante, pois estes, além de prestarem auxílio físico e emocional à parturiente, podem auxiliar a equipe na condução do trabalho de parto. Cunha (2010) considera que a participação de um acompanhante durante todo o processo é benéfica, mas infelizmente nem todas as instituições públicas dispõem de estruturas que permitam adotar essa conduta. A mulher é capaz de suportar o trabalho de parto sem a utilização de analgesias ou anestésias, pelo simples fato de estar acompanhada por alguém de sua confiança.

Davim e Torres (2008) abordaram a questão da permanência de um acompanhante junto à mulher durante o processo de parturição e afirmam que esse papel deve ser estimulado em virtude do suporte oferecido. Destacam que, quando a pessoa provedora desse suporte não é um membro da equipe de saúde, e sim alguém escolhido pela mulher, os benefícios são mais acentuados, o que corrobora com o estudo de Porto, Amorim e Souza (2010). O Ministério da Saúde recomenda a presença de um acompanhante junto à mulher. Este poderá estar ao seu lado desde o pré-natal, no decorrer do trabalho de parto e parto, vivenciando juntamente a ela a experiência do nascimento (BRASIL, 2003). Vale destacar que, segundo a Lei no 11.108 de 7 de abril de 2005 (BRASIL, 2005), os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e puerpério imediato e o acompanhante deve ser indicado pela parturiente.

Para Davim e Torres (2008) e Porto, Amorim e Souza (2010) a mudança de posicionamento durante o trabalho de parto favorece o bem-estar da mulher e alivia as dores. Nilsen, Sabatino e Lopes (2011) estudaram algumas posições que podem ser adotadas pelas mulheres durante o parto, sendo elas: posição semi-sentada, posição decúbito lateral esquerdo (DLE) e posição litotômica. Consideram que mulheres que pariram em litotomia referiram dor em menor intensidade àquelas que pariram em DLE, entretanto, ao final da avaliação da intensidade da dor, o estudo mostra que não houve diferenças associadas às posições do parto. Vale ressaltar que estes autores apontam que a posição DLE reduz o uso de episiotomia e de traumas perineais em comparação à posição semi-sentada, considerada vertical. O fato de a posição DLE reduzir o uso de episiotomia é questionável,

entretanto pode ser explicado a partir da hipótese do risco de trauma perineal ser menor, pois é provável que o período de distensão seja prolongado, o que permite que o períneo se distenda aos poucos e não se rompa.

Os autores Nilsen, Sabatino e Lopes (2011) citam ainda, que, a posição semi-sentada (posição verticalizada) não teve relevância no quesito dor em relação às outras posições. Entretanto, vê-se que mulheres após parirem em posições verticais, principalmente múltiparas, que passaram pelas técnicas “tradicionais” (posição litotômica), em partos anteriores, parecem apresentar muito mais satisfação em relação à posição vertical, fato este também apontado no estudo realizado por Porto, Amorim e Souza (2010).

Para Porto, Amorim e Souza (2010) a hipnose reduz a necessidade de métodos farmacológicos e aumenta o grau de satisfação materna, a acupuntura associa-se à diminuição da dor e à redução do uso de ocitócitos, e a imersão em água em banheiras ou similares promove relaxamento e alívio da dor. Citam ainda, que métodos como a audioanalgesia, a aromaterapia, a massagem, o relaxamento, o biofeedback, e a Estimulação Elétrica Transcutânea (TENS) apresentam evidências limitadas sobre a redução da dor, devendo ser reservados a protocolos de pesquisa.

Para Cunha (2010) dentre a audioanalgesia, a pressão cutânea, a aromaterapia, a massagem, o relaxamento, a hipnoterapia e a acupuntura, apenas os dois últimos métodos citados apresentam evidências científicas de benefícios, entretanto as outras práticas não devem ser deixadas de lado, pois mesmo sem comprovações podem ter efeitos benéficos às mulheres.

Segundo Souza et al. (2010), as técnicas psicoprofiláticas, a hipnose, a acupuntura e a TENS auxiliam na analgesia, entretanto são insuficientes para bloquear toda a estimulação nociva do parto, quando utilizadas isoladamente. Toda a estimulação dolorosa, com certeza, não é cessada, entretanto a redução dela ocasionada pela utilização dos métodos não farmacológicos pode ser suficiente para deixar a mulher confortável às sensações do parto, não existindo a necessidade de complementá-las com o uso de fármacos.

Os exercícios respiratórios, o relaxamento muscular e a massagem lombossacral são estratégias estudadas por Davim e Torres (2008). Os autores concluíram que essas técnicas são efetivas na promoção do conforto físico, e que posturas variadas ao longo do trabalho de parto e a utilização de músicas, também minimizam o desconforto durante o processo.

Nunes e Vargens (2007) avaliaram o uso da crioterapia como estratégia no alívio da dor no trabalho de parto. Citam que o gelo age como anestésico loco-regional que envia, através da medula, estímulos ao cérebro obtendo respostas como relaxamento local (dormência) e geral (sono). Os autores observaram que o uso desse método não só proporcionou alívio da dor, mas também ajudou as parturientes a terem melhores condições de suportar as contrações uterinas durante o período de dilatação até o período expulsivo. Destacam ainda, que houve uma significativa diminuição da exaustão, do estresse, e que

a diminuição da ansiedade e a cooperação percebida durante o acompanhamento do trabalho de parto nas parturientes estudadas parecem ter sido diretamente estimuladas pela técnica referida. Os autores dizem que à medida que passava o tempo, com o gelo mantido na região lombar da mulher, instalava-se um estado de relaxamento físico e mental que algumas referiam vontade de dormir e outras solicitavam a permanência da cinta contendo o gelo. Não foram evidenciadas complicações em relação à mãe e ao feto pelo uso da crioterapia. Portanto, percebe-se que o uso do gelo traz vantagens às mulheres durante o trabalho e parto.

Publicações na área da obstetrícia abordam também técnicas psicoprofiláticas que auxiliam no alívio da dor no trabalho de parto e apontam em seus resultados repercussões positivas à mulher (RODRIGUES; SIQUEIRA, 2008; CUNHA, 2010; SOUZA et al., 2010). Entretanto, esses estudos apresentam poucas informações sobre as técnicas, quais foram utilizadas, qual a abordagem e qual a sua repercussão, apenas citam benefícios às parturientes, o que incita a necessidade de estudos. A aromaterapia também é citada por pesquisadores (CUNHA, 2010; PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010), porém estes não descrevem detalhadamente sua aplicação. Na prática, percebe-se que a sua utilização é incomum e pouco se sabe sobre ela, o que a torna carente de pesquisas.

A hipnose, a acupuntura e a Estimulação Elétrica Transcutânea (TENS) foram citadas por Cunha (2010), Porto, Amorim e Souza (2010) e Souza et al. (2010). Souza et al. (2010) referem que essas técnicas não possuem comprovação de efetividade, mas que devem ser utilizadas, pois não causam malefícios. Cunha (2010) e Porto, Amorim e Souza (2010) pouco falam sobre a TENS, apenas dizem que devem ser desenvolvidos protocolos sobre a utilização correta e que sua efetividade deve ser posta em estudo. Ambos concordam que a hipnose e a acupuntura proporcionam benefícios à mulher em trabalho de parto.

Estudos divergem em relação à utilização do relaxamento muscular e da massagem lombossacral. Para Davim e Torres (2008) essas técnicas proporcionam conforto físico à parturiente. Já para Porto, Amorim e Souza (2010) elas devem ser utilizadas, mas não existem estudos que indiquem sua efetividade. Deste modo, a realização de estudos sobre esses métodos é relevante para que o seu uso seja feito com respaldo científico.

A utilização das estratégias banho de chuveiro, crioterapia e bola suíça/bola obstétrica foram objetivo de estudo de Davim et al. (2008), Nunes e Vargens (2007) e Silva et al. (2011) respectivamente. Cada método foi objeto de estudo de um artigo e todos eles são considerados eficazes e benéficos à mulher em trabalho de parto, pois reduzem as dores e proporcionam conforto e relaxamento, dentre outros aspectos positivos. Percebe-se que os estudos apresentam repercussões dos métodos não farmacológicos sobre a saúde da mulher. Apenas SILVA et al. (2011) avalia a utilização da bola suíça no trabalho de parto, indicando sua repercussão na saúde do feto/recém-nascido.

Fator extremamente importante que merece atenção é o apoio emocional às parturientes. De acordo com Cunha (2010) esse deve começar nas consultas pré-natais,

por intermédio de esclarecimentos prestados à gestante sobre o seu trabalho de parto, sobre a dor nesse momento e o seu componente subjetivo, visando diminuir o medo da paciente pelo que está por vir. Um método em estudo, que valoriza a questão psicológica é a escuta. Rodrigues e Siqueira (2008) desenvolveram um estudo avaliando as dimensões de uma escuta responsiva em relação às dores e aos temores do parto. Verificaram, a partir das declarações das parturientes, que a “força” ou “energia positiva” recebida por doulas e obstetrias para encarar o trabalho de parto faz parte de um processo relacional onde a escuta não foi apenas valorizada, mas também sentida como processo de comunicação que gerou conseqüências positivas. Assim os autores têm a impressão que a presença de interlocutores com a característica de não só ouvir, mas também de criar empatia em relação à parturiente, produz atos capazes de reduzir o estresse gerado pelo momento, favorecendo a vivência dessas mulheres.

Sabe-se que a água tem poder relaxante. Frente a isso Davim et al. (2008) realizaram um estudo avaliando o banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor em parturientes e observaram que ela é efetiva no alívio da intensidade da dor de mulheres na fase ativa do período de dilatação e proporciona conforto a essas mulheres. Os autores ressaltam a necessidade de novas pesquisas clínicas que focalizem a utilização do banho de chuveiro, em busca da humanização do atendimento às parturientes, como também pela carência dessa temática na literatura. Assim, o banho de chuveiro terapêutico merece destaque por proporcionar momentos agradáveis às mulheres que o utilizam no processo de parturição.

Os primeiros registros do uso da bola suíça em obstetrícia surgiram na década de 1980, em uma maternidade da Alemanha onde era utilizada pelas obstetrias na assistência às parturientes para auxiliar na progressão do trabalho de parto. Essas obstetrias acreditavam que o método auxiliava na descida e na rotação da apresentação fetal (PEREZ, 2000). Silva et al. (2011) abordaram o uso da bola por enfermeiras obstétricas na assistência à mulher em trabalho de parto em serviços de atenção obstétrica que funcionam no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de São Paulo. Os resultados do estudo afirmam que a maioria das indicações para o uso da bola foi auxiliar na descida da apresentação fetal, promover o relaxamento e aliviar a dor. Já a contra-indicação foi à existência de alguma intercorrência obstétrica, como síndrome hipertensiva gestacional ou descolamento prematuro de placenta. Os efeitos do emprego da bola foram comparados às indicações, predominando então o auxílio na descida e encaixe da apresentação fetal, seguido por relaxamento, progressão do trabalho de parto, exercícios da região perineal e alívio da dor. Além disso, o auxílio na dilatação do colo uterino e os benefícios psicológicos foram efeitos observados. As mulheres ao utilizarem a bola suíça apresentam significativa evolução, não só referente ao trabalho de parto, mas passam a aceitar melhor a situação a qual estão expostas naquele momento, pois a dor intensa é amenizada e torna-se mais suportável.

Observamos assim, um leque de possibilidades de estratégias não farmacológicas de alívio da dor para mulheres no processo de parturição que, além de possibilitarem alívio da intensidade dolorosa, relaxamento físico e mental, conforto e estímulo ao vínculo com o seu acompanhante, exigem que a equipe de saúde tenha um preparo qualificado, pois eles intensificam a interação com a parturiente, o que pode proporcioná-la momentos maravilhosos. Entretanto, deve-se salientar que as repercussões das técnicas não farmacológicas na saúde do feto/recém-nascido, pouco aparecem nas publicações atuais; o enfoque maior é voltado à saúde da mulher. O presente estudo estimula a execução de pesquisas que abordem a saúde do feto/recém-nascido que fizeram uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O movimento Pró Humanização do Parto e do Nascimento no Brasil deu seus primeiros passos em meados dos anos 70 e na década de 1980 vários grupos passaram a oferecer assistência humanizada à gravidez e parto propondo mudanças nas práticas de assistência a mulher durante o processo de parturição. Os métodos de alívio da dor no trabalho de parto, tanto farmacológicos como não farmacológicos corroboram para esse movimento, visto que objetivam um parto sem a utilização de intervenções desnecessárias.

Entretanto, deve-se destacar que a utilização da analgesia farmacológica contribuiu para a realização de práticas invasivas, como punções lombares para a administração dos anestésicos. Por outro lado, esta prática retira a dor da mulher, permitindo que ela protagonize o seu trabalho de parto e parto. Nesta revisão, foram identificados vários métodos farmacológicos de alívio da dor no processo de parturição e suas repercussões na saúde materno-fetal. Destaca-se a analgesia sistêmica por fármacos opióides, a qual pode provocar depressão respiratória no recém-nascido e a analgesia peridural que permite à parturiente deambular durante o trabalho de parto, mas pode prolongar o período, possibilitando repercussões sobre ela e o bebê.

De uma maneira geral, verifica-se nos estudos que os métodos farmacológicos não apresentam malefícios à parturiente, porém abordam de forma sucinta as repercussões na saúde fetal, fato este que deve ser levado em consideração para a elaboração de novas pesquisas, visto que, no processo de parto e nascimento, mãe e filho são o destaque. Atualmente, muitas instituições têm-se inclinado às práticas não farmacológicas de manejo da dor no processo de parturição e são diversas as justificativas. Há comprovação de que essas técnicas realmente proporcionam efeitos benéficos não só à mulher, mas também ao conceito e cabe àqueles que se interessam pela área obstétrica e pela saúde materno-infantil investir nessas práticas e em seus estudos.

Entre as estratégias não farmacológicas, verificou-se que estas proporcionam diminuição da intensidade da sensação dolorosa, relaxamento muscular e conforto à

mulher, sugerindo uma boa repercussão sobre a dor da mulher. Por outro lado, pouco é pesquisado em relação à repercussão ao feto/recém-nascido. A dificuldade de se obter dados precisos acerca de ambos os métodos, os farmacológicos e os não farmacológicos, foi identificada em grande parte dos artigos revisados e a justificativa dada é que existem poucos estudos qualificados que abordem a temática. Frente a esses achados, considera-se essencial a elaboração de novos estudos multidisciplinares para que essas práticas sejam abordadas em múltiplos aspectos.

## REFERÊNCIAS

ALBRIGHT, G. A.; FORSTER, R. M. Does combined spinal-epidural analgesia with subarachnoid sufentanil increase the incidence of emergency cesarean delivery? *Reg Anesth*, v. 22, p. 400-405, 1997.

BARALDI, A. C. P.; ALMEIDA, A. M.; PANOBIANCO, M. S.; MAMEDE, F. V. O uso da analgesia peridural em obstetrícia: uma metanálise. *Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 64-71, 2007.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Do subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CORTÊS, C. A. F.; SANCHEZ, C. A.; OLIVEIRA, A. S.; SANCHEZ, M. S. Analgesia de parto: estudo comparativo entre anestesia combinada raquíperidural versus anestesia peridural contínua. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 57, n. 1, p. 39-45, jan./ fev., 2007.

CUNHA, A. A.; Analgesia e anestesia no trabalho de parto e parto. *Revista FEMINA*, v. 38, n. 11, p. 559-606, nov. 2010.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V. Avaliação do uso de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes. *Revista RENE*, Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 64-72, abr./ jun. 2008.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; DANTAS, J. C.; MELO, E. S. M.; PAIVA, C. P.; VIEIRA, D.; COSTA, I. K. F. Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica o alívio da dor de parturientes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 10, n. 3, p. 600-609, 2008.

IASP - ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL PARA O ESTUDO DA DOR. Definição de dor. Disponível em: <[http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain\\_Defi...isplay.cfm&ContentID=178#Pain](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Defi...isplay.cfm&ContentID=178#Pain)>

MAMEDE, V. P.; ALMEIDA, A. M.; SOUZA, L.; MAMEDE, M. V. A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 15, n. 6, nov./ dez. 2007.



- NILSEN, E.; SABATINO, H.; LOPES, M. H. B. M. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), v. 45, n. 3, p. 557-565, 2011.
- NUNES, S.; VARGENS, O. M. C. A crioterapia como estratégia para alívio da dor no trabalho de parto: um estudo exploratório. Revista de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p.337-342, 2007.
- PEREZ, P. Birth balls: use of a physical therapy balls in maternity care. Vermont: Cutting Edge Press, 2000.
- PORTO, A. M. F.; AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidência. Revista FEMINA, v. 38, n. 10, p. 527-537, out. 2010.
- RICCI, S. S. Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher. Rio de Janeiro : Editora Guanabara Koogan, 2008.
- RODRIGUES, A. V.; SIQUEIRA, A. A. F. Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, v. 8, n. 2, p. 179-186, Recife, abr./ jun. 2008
- SCULL, T. J.; HEMMINGS, G. T.; CARLI, F. Epidural analgesia in early labor blocks the stress response but uterine contractions remain unchanged. Can J Anaesth, v.45, p. 626-630, 1998.
- SHNIDER, S. M.; ABOUD, T. K.; ARTAL, R. Maternal catecholamines decrease during labor and after lumbar epidural anesthesia. Am J. Obstet Gynecol, v. 147, p13-15, 1983.
- SILVA, F. A. O. L. F.; PASSINI JÚNIOR, R.; AMORIM, M. M. R. Analgesia de parto e febre materna: revisão baseada em evidências. Revista FEMINA, v. 38, n. 12, p.661-665, dez. 2010.
- SILVA, L. M.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; SILVA, F. M. B.; ALVARENGA, M. B. Uso da bola suíça no trabalho de parto. Acta Paulista de Enfermagem, v. 24, n. 5, p. 656-662, 2011.
- SIMKIN, P.; KLEIN, M. C. Nonpharmacological approaches to management of labor pain. Uptodate, jan. 2009.
- SOUZA, G. N.; FERREIRA, D. Q.; CAMANO, L.; MORAES FILHO, O. B. Analgesia e anestesia durante o trabalho de parto. Revista FEMINA, v. 38, n. 12, p. 655-659, dez. 2010.
- SOUZA, M. A.; SILVA, J. L. P.; MAIA FILHO, N. L. Bloqueio combinado raquiperidural versus bloqueio peridural contínuo para analgesia de parto em primigestas: resultados maternos e perinatais. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 31, n. 10, p. 485-491, 2009.
- WEISSHEIMER, A. M. O manejo da dor em obstetrícia. In: de OLIVEIRA, D. L. (org.). Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula. Porto Alegre: Editora da UFRGS, p. 341-55, 2005.

**A**

Abordador técnico 22, 23  
 Administración 63, 64, 67  
 Assistência Pré-Hospitalar 38  
 Atención de salud 63, 64

**B**

Banquinho meia-lua 1, 2, 3, 4, 14, 15, 16, 17, 18

**C**

Ciência cognitiva 29, 30, 31, 32, 36  
 Ciências Humanas e Sociais 133, 134, 139  
 Covid-19 24, 25, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 139, 144  
 Cuidado de enfermagem 7, 69, 72

**D**

Doenças parasitárias 62

**E**

Educação 11, 17, 22, 26, 29, 61, 62, 69, 70, 72, 77, 79, 80, 81, 100, 105, 120, 122, 127, 130, 132, 139, 142, 144, 145, 156, 162  
 Educação em Enfermagem 69, 72  
 Educação em saúde 11, 61, 62, 70, 142, 156  
 Enfermagem do trabalho 96, 98, 100, 103  
 Enfermeiro 1, 2, 4, 7, 9, 10, 12, 13, 17, 18, 45, 46, 47, 71, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 103, 104, 142, 143  
 Enfermeiro obstetra 1, 2, 10, 12, 13, 17  
 Estatuto epistemológico 29  
 Evaluación de procesos 63, 64

**F**

Fisioterapeutas 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117

**I**

Infecções sexuais transmissíveis 151, 152, 154  
 Integralidade 11, 70, 73, 79, 87, 92, 94, 133  
 Interdisciplinaridade 29, 94, 133, 134, 140, 145

**M**

Mulher bissexual 151, 154

Mulher lésbica 151, 154, 158

**O**

Obesidade 101, 141, 146, 148, 152

**P**

Pandemia 24, 25, 26, 119, 120, 121, 122, 125, 127, 128, 129, 130, 131

Parto 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 148

Parto humanizado 1, 2, 4, 12, 13, 17, 18, 19

Políticas educacionais 120

Prevalência 23, 42, 43, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 129, 148

Prevenção 21, 22, 23, 24, 25, 26, 38, 43, 45, 48, 62, 96, 98, 99, 100, 101, 104, 127, 128, 138, 139, 154, 155, 156, 157, 158, 159

**R**

Resultados 4, 5, 15, 18, 22, 24, 27, 32, 38, 41, 42, 43, 44, 49, 56, 57, 60, 62, 63, 64, 68, 74, 77, 96, 99, 101, 102, 106, 109, 114, 115, 129, 132, 135, 137, 138, 142, 143, 147, 151, 155, 157

Riscos ocupacionais 38, 42, 44, 46, 99, 101

**S**

Saúde coletiva 18, 93, 94, 105, 130, 132, 133, 134, 135, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 159

Saúde da criança 146

Saúde do trabalhador 46, 96, 97, 98, 100, 101, 103, 104, 106, 107, 141

Saúde mental 22, 25, 26, 27, 44, 69, 75, 80, 102, 106, 115, 116, 117, 120, 121, 122, 125, 127, 128, 129, 130, 131, 152

Saúde pública 23, 26, 46, 47, 61, 62, 103, 104, 107, 114, 117, 120, 121, 123, 125, 126, 127, 130, 131, 133, 134, 138, 139, 141, 143, 144, 145, 160

Segurança pública 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28

Servicios de salud 63, 64, 66, 68

Serviços médicos de emergência 38

Síndrome metabólica 146, 147, 148, 149, 150

Sofrimento mental 106, 107, 113, 115

Suicídio 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 102, 152, 160

**T**



Terapias complementares 96, 100

**U**

Unidade de terapia intensiva 106, 108, 113, 116, 117





# SAÚDE COLETIVA:

Mudanças, necessidades e embates  
entre sociedade e estado

-  [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)
-  [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)

# SAÚDE COLETIVA:

Mudanças, necessidades e embates  
entre sociedade e estado

-  [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)
-  [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)