

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
CURSO DE BACHARELADO E LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

MARIANA MACHADO PIMENTEL

**A UTILIZAÇÃO DAS TECNOLOGIAS NÃO INVASIVAS NO CUIDADO EM
OBSTETRICIA NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

NITERÓI

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
CURSO DE BACHARELADO E LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

MARIANA MACHADO PIMENTEL

**A UTILIZAÇÃO DAS TECNOLOGIAS NÃO INVASIVAS NO CUIDADO EM
OBSTETRICIA NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO:**

UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Monografia apresentada ao curso de graduação de Enfermagem, da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC), da Universidade Federal Fluminense (UFF) como parte dos requisitos necessários à obtenção de título de Enfermeiro e Licenciado em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde da Mulher.

Orientador: Prof. Dr. Valdecyr Herdy Alves

Co-Orientador: Prof. Dr. Diego Pereira Rodrigues.

NITERÓI

2016

P 644 Pimentel, Mariana Machado.

A utilização das tecnologias não invasivas no cuidado em obstetrícia na atenção ao parto e nascimento: uma revisão integrativa. / Mariana Machado Pimentel. – Niterói: [s.n.], 2016.

52 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal Fluminense, 2016.

Orientador: Prof. Valdecy Herdy Alves.

Co-Orientador: Prof. Diego Pereira Rodrigues.

1. Trabalho de parto. 2. Dor do parto. 3. Aromaterapia. 4. Enfermagem obstétrica. I. Título.

CDD 618.4

**A UTILIZAÇÃO DAS TECNOLOGIAS NÃO INVASIVAS NO CUIDADO EM
OBSTETRICIA NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

MARIANA MACHADO PIMENTEL

Monografia apresentada a Graduação de Enfermagem, da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC), da Universidade Federal Fluminense (UFF) como parte dos requisitos necessários à obtenção de título de Enfermeiro e Licenciado em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde da Mulher.

Aprovada em: 15 de dezembro de 2016

Banca Examinadora:

Prof. Dr. VALDECYR HERDY ALVES (Presidente)
Universidade Federal Fluminense (UFF)

Prof. Dr. Diego Pereira Rodrigues (1º examinador)
Centro Universitário Anhanguera de Niterói (UNIAN)

Prof^ª. Ms. Maria Bertilla L. R. Branco (2º examinador)
Universidade Federal Fluminense (UFF)

Prof. Dr. AUDREY VIDAL PEREIRA (1ª suplente)
Universidade Federal Fluminense (UFF)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as mulheres que reconhecem as dádivas e desafios, do ser mulher, que amam e compartilham do seu amor e seus saberes, com os seus frutos.

AGRADECIMENTOS

Finalizo a graduação com orgulho da realização de vários sonhos neste caminhar, agora fecho um ciclo bem amplo de minha existência quanto mulher, quanto esposa, mãe, filha, nora, cunhada, prima, amiga, dona de casa e profissional. Para iniciar um novo caminhar, com uma bagagem rica de aprendizados, amadurecimento de tantas vivências. Prosseguindo em construção, feliz pelas minhas escolhas, meus caminhos tortos e muitos de desafios.

Minha gratidão se estende a todos que estiveram em meu caminho neste percurso. Observadora e admiradora de peculiaridades, sigo apaixonada pelas pequenas coisas do dia a dia, que me trouxeram inspiração a cada dia. A voz do meu pai tão longa e pontual, sempre necessária; os mimos e puxões de orelha de minha madrastra; os cafés da minha mãe a me abraçar; os conselhos tão racionais e avivadores do meu irmão; as frases simples e suficientes para mudar todo um trajeto, do meu sogro; o sorriso e a boa vontade da minha sogra e sua intuição, que intuição; meu cunhado e suas idéias capazes de movimentar tantas coisas; minha prima e sua segurança insegura, sempre disposta a estar ali a me olhar e me ver de verdade, como a amo; minha amiga que a graduação me presenteou como o sol a iluminar minha casa que aquece minha alma e meus dias tristes. Meu filho a me fazer sorrir todos os dias de sua existência, meu marido Fábio a quem escolhi para estar de mãos dadas por toda esta jornada na Terra, que me movimenta e envolve intensamente todos os dias. Gratidão que aumenta a cada letra, neste momento a relembrar.

Agradeço afetosamente a todo o apoio e carinho do meu orientador Prof^a Dr. Valdecyr Herdy Alves e ao meu co-orientador Diego Rodrigues que cresço em admiração por sua persistência, seus saberes e amizade, por toda a paciência e disposição me ajudando a enxergar que eu conseguiria e que seria capaz de realizar este trabalho, obrigado por me inspirarem a continuar.

Agradeço com satisfação aos componentes da banca e convidados, Maria Bertilla e Audrey Vidal, profissionais que tenho grande admiração, por compartilharem seu conhecimento e contribuírem para meu enriquecimento pessoal e profissional.

RESUMO

Introdução: A assistência obstétrica deve estar embasada em saber científico, atualizações e direcionado para o poder de decisão da mulher, com esclarecimento de condutas, respeito a sua dignidade, autonomia e liberdade, como apresentado na Política de Humanização do Parto e Nascimento. A rigidez das normas e rotinas hospitalares, a medicalização, as intervenções por vezes desnecessárias, o isolamento da gestante de seus familiares, o desrespeito a sua autonomia e seus direitos, contribuem para aumentar os riscos maternos e perinatais. A pressão na prática obstétrica brasileira em provocar o nascimento de crianças, impressiona em uma conjuntura negativa, onde não há respeito a autonomia da mulher e sim o controle do tempo e imposição da dinâmica do trabalho de parto. Para garantir a qualidade da assistência, se faz necessário uma relação mais igualitária no processo de cuidar. As práticas de alívio a dor no processo de parto e nascimento se fundamentam na preservação do direito a autonomia, nos valores culturais e familiares. Tendo como objetivos gerais, as práticas não farmacológicas de alívio a dor no processo parturitivo e os seus benefícios. A utilização das tecnologias do cuidado permite o entendimento e participação da mulher e até mesmo de seu acompanhante de forma ativa. **Metodologia:** O presente estudo utilizará como método a Revisão Integrativa da Literatura, a qual tem como finalidade reunir e resumir o conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado. A busca ocorreu nas bases de dados multidisciplinares, Web of Science e Scopus, as bases especializadas PubMed e CINAHL as bases de dados com cobertura da América latina LILACS e SciELO via Web of Science. Os dados foram coletados em setembro de 2016. Foram estabelecidos os seguintes descritores (DeCS): Labor Obstetric, Labor Pain, massage, audioanalgesia, aromatherapy. As palavras-chaves: obstetric Ball, therapeutic bath, changes of position, breathing techniques, focus of attention, pain in labor. As estratégias de busca estabelecida serão baseadas em suas combinações nas línguas portuguesa, inglesa, espanhola. O recorte temporal foi dos últimos 5 anos, a partir de 2011. **Resultados:** A amostra final para análise foi constituída por 21 artigos onde foi utilizada a técnica de análise temática através desta, eles foram separados em sete categorias: 1) O uso de mais de duas tecnologias não farmacológicas no processo de parto e nascimento; 2) A aromaterapia isolada ou somada a mais uma tecnologia; 3) A aplicação de frio e ou calor isolada ou somada a mais uma tecnologia; 4) O uso da bola suíça/bola de parto isolada ou somada a mais uma tecnologia; 5) A massagem isolada ou somada a mais uma tecnologia; 6) A acupressão isolada ou somada a mais uma tecnologia; 7) A mobilidade da parturiente. **Conclusão:** Em toda abordagem que trouxe esta revisão integrativa, é possível perceber o quanto a temática é abrangente, oferece diversas possibilidades ao cuidado integral da mulher, são de baixo custo, podem ser usadas de maneira isolada ou combinados sem causar efeitos adversos, promovem diminuição da dor e ansiedade, bem como do tempo de trabalho de parto, mas ainda pouco utilizada no cenário obstétrico brasileiro.

Palavras-chave: obstetric Ball; therapeutic bath; changes of position; breathing techniques; focus of attention; pain in labor.

ABSTRACT

Introduction: Obstetric care should be based on scientific knowledge, updates and directed to the decision-making power of women, with clarification of conduct, respect for their dignity, autonomy and freedom, as presented in the Humanization Policy for Childbirth and Birth. The rigidity of hospital norms and routines, medicalization, sometimes unnecessary interventions, the isolation of pregnant women from their relatives, disrespect for their autonomy and their rights contribute to increase maternal and perinatal risks. The hurry in the Brazilian obstetric practice in provoking the birth of children impresses in a negative conjuncture, where there is no respect for the autonomy of the woman, but the control of time and imposition of the dynamics of labor. In order to guarantee the quality of care, a more egalitarian relationship is necessary in the caring process. The practices of pain relief in the process of birth and birth are based on the preservation of the right to autonomy, on cultural and family values. With general objectives, the non-pharmacological practices of pain relief in the parturitive process and their benefits. The use of care technologies allows the understanding and participation of the woman and even of her companion in an active way.

Methodology: The present study will use as a method the Integrative Review of Literature, whose purpose is to gather and summarize the scientific knowledge already produced on the subject researched. The search was carried out in the multidisciplinary databases, Web of Science and Scopus, the specialized databases PubMed and CINAHL, the Latin American databases LATLIS and SciELO via Web of Science. Data were collected in September 2016. They The following descriptors (DeCS) were established: Labor Obstetric, Labor Pain, massage, audioanalgesia, aromatherapy. Keywords: obstetric ball, therapeutic bath, changes of position, breathing techniques, focus of attention, pain in labor. The established search strategies will be based on their combinations in the Portuguese, English, and Spanish languages. The temporal cut was the last 5 years, as of 2011

Results: The final sample for analysis consisted of 21 articles where the thematic analysis technique was used through this, they were separated into seven categories: 1) The use of more than two non-pharmacological technologies in the process of childbirth and birth; 2) Aromatherapy alone or added to another technology; 3) The application of cold and or isolated heat or added to another technology; 4) The use of the Swiss ball / birthing ball alone or added to another technology; 5) Massage alone or added to another technology; 6) Acupressure isolated or added to another technology; 7) The mobility of the parturient.

Conclusion: In every approach that brought this integrative review, it is possible to perceive the wide scope of the theme, offer several possibilities for the integral care of women, are low cost, can be used alone or combined without causing adverse effects, promote decrease of pain and anxiety, as well as labor time, but still little used in the Brazilian obstetric scenario.

Keywords: Obstetric Ball; Therapeutic bath; Changes of position; Breathing techniques; Focus of attention; Pain in labor.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABENFO	ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS
CAPES	COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR
CINAHL	CUMULATIVE INDEX TO NURSING AND ALLIED HEALTH LITERATURE
COFEN	CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM
DeCS	DESCRITORES DO VOCABULÁRIO CONTROLADO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE
EAAAC	ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
LILACS	LITERATURA LATINO AMERICANA E DO CARIBE EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
ONU	ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS
PAISC	PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA
PAISM	PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER
PHPN	PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO
PNAISM	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER
PNH	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO
PNSMI	PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL
SciELO	SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ONLINE
UFF	UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

LISTA DE QUADROS, TABELAS E IMAGENS

QUADRO 1 – Bases de dados, estratégias de busca e resultado de artigos encontrados.....	28.
QUADRO 2 – Processo de seleção.....	30
IMAGEM 1 – Fluxograma do processo de seleção da amostra.....	31
QUADRO 3 – Categorias e números de identificação.....	32
QUADRO 4 – Instrumento de coleta de dados 1: Apresentação da síntese dos artigos incluídos na Revisão Integrativa: Identificação do estudo, autores, fontes de informação, periódicos e ano.....	35
QUADRO 5 – Instrumento de coleta de dados 2: Apresentação da síntese dos artigos incluídos na Revisão Integrativa: objetivos, métodos, amostra estudada, principais resultados e categorias.....	37

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	12
1.1 PROBLEMATIZAÇÃO.....	14
1.2 QUESTÕES NORTEADORAS.....	16
1.3 OBJETIVOS.....	16
1.4 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA.....	16
1.5 CONTRIBUIÇÃO DO ESTUDO.....	17
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	18
2.1 O MODELO INTERVENCIÓNISTA E MEDICALIZADO NA TRANSPOSIÇÃO DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA	18
2.2 O MODELO DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICO CONTEMPORÂNEO.....	20
2.3 AS TECNOLOGIAS NÃO INVASIVAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICAS NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO E SEUS BENEFÍCIOS.....	23
3. METODOLOGIA.....	27
3.1 ETAPA 1: IDENTIFICAÇÃO DO TEMA E SELEÇÃO DA HIPÓTESE OU QUESTÃO DE PESQUISA PARA A ELABORAÇÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA.....	27
3.2 ETAPA 2: ESTABELECIMENTO DE CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE ESTUDOS/ AMOSTRAGEM OU BUSCA NA LITERATURA.....	27
3.3 ETAPA 3: DEFINIÇÃO DAS INFORMAÇÕES A SEREM EXTRAÍDAS DOS ESTUDOS SELECIONADOS/ CATEGORIZAÇÃO DOS ESTUDOS.....	32
3.4 ETAPA 4: AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA.....	32
3.5 ETAPA 5: INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	33
3.6 ETAPA 6: APRESENTAÇÃO DA REVISÃO/SÍNTESE DO CONHECIMENTO.....	33
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	34
4.1 O USO DE MAIS DE DUAS TECNOLOGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO.....	42
4.2 A AROMATERAPIA ISOLADA OU SOMADA A MAIS UMA TECNOLOGIA.....	44
4.3 A APLICAÇÃO DE FRIO E/OU CALOR ISOLADA OU SOMADA A MAIS UMA TECNOLOGIA	46

4.4 O USO DA BOLA SUÍÇA/BOLA DE PARTO ISOLADA OU SOMADA A MAIS UMA TECNOLOGIA.....	47
4.5 A MASSAGEM ISOLADA OU SOMADA A MAIS UMA TECNOLOGIA.....	48
4.6 A ACUPRESSÃO ISOLADA OU SOMADA A MAIS DE UMA TECNOLOGIA.....	50
4.7 A MOBILIDADE DA PARTURIENTE.....	51
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
6. REFERÊNCIAS	54

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O objeto de estudo no presente trabalho, a utilização das tecnologias não invasivas no cuidado em obstetrícia de alívio a dor no contexto do parto e nascimento.

O interesse pela área obstétrica, que surge ao ser mãe e vivenciar todas as etapas que transpassam a gestação, as horas em trabalho de parto e o nascimento por vias normais, que são momentos únicos e eternizados na memória emotiva e corporal, a passagem nas disciplinas de Enfermagem Materno-Infantil que teve seu início na Maternidade Alzira Reis Vieira, localizada no município de Niterói, quando nos foram ofertados conhecimentos teóricos e práticos sobre temas pertinentes a minha inquietação acadêmica, relativa à mulher, a influência do núcleo de docentes da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC), Universidade Federal Fluminense (UFF).

Assim este contato com parturientes foi sendo intensificado com o trabalho voluntário pelo (PET mais saúde), a lucidez da importância de um acompanhante com conhecimento profissional que leve confiança, empatia, diálogo, empoderamento e acolhimento. E possa intervir com métodos não farmacológicos para amenizar a intensidade dos incômodos do trabalho de parto para parturiente. A vivência de que cada nascimento se torna único, seja este de uma gestante primípara ou multípara. E a possibilidade de auxiliar este momento, minimizando e/ou excluindo danos físicos e psicológicos, que vem marcando historicamente a parturição no modelo hospitalocêntrico. Surgem assim, diversas inquietações e pensamentos acerca de uma assistência humanizada no parto e nascimento, amparada no respeito aos direitos de escolha da mulher.

Ainda, fortalecendo os pensamentos e as inquietudes foram oportunas participar como monitora, expositora e ouvinte da Ecos da Conferência- Normal é Natural, quando houve o direcionamento de reflexões com embasamento em palestras e oficinas ministradas por excelentes profissionais, em destaque as midwives¹. E mais atualmente na monitoria da disciplina de Enfermagem na Saúde da Mulher II, revisando e aprendendo conteúdos, tendo contato com doutores de longa e rica experiência, possibilitando aos discentes a amplitude de seus conhecimentos.

Neste caminhar, houve a oportunidade de estar inserida no Grupo de Pesquisa - Maternidade: Saúde da Mulher e da Criança, na Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, vinculado à Universidade Federal Fluminense. Fato que traz estímulo e motivação para

¹Uma parteira que oferece cuidado durante a gestação e parto normal.

obter maior embasamento teórico e científico relacionado as práticas humanizadas a mulher gestante. A oportunidade de compartilhar relatos e experiências com os integrantes deste grupo revelou-se enriquecedora e esclarecedora frente aos meus questionamentos a respeito da temática ora enfocada.

Desta maneira, sentir-me estimulada a estar mais próxima das mulheres, de sua relação com o corpo, com a sexualidade, com a maternidade e seus adventos, de minimizar a solidão por vezes velada do puerpério, no processo de aleitamento materno. Investí e consolidei a formação em Doula (Mulheres Empoderadas-Revelando Doulas, SP), em 2015 com o propósito de ensinar esses questionamentos para a valorização da maternidade.

A assistência obstétrica deve ser direcionada para o poder de decisão da mulher, com esclarecimentos das condutas obstétricas e respeito à sua dignidade, com a autonomia e liberdade da parturiente, como apresentado na Política de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN). A rigidez das normas e rotinas hospitalares, a medicalização, as intervenções por vezes desnecessárias, o isolamento da gestante de seus familiares, o desrespeito a sua autonomia e seus direitos, contribuem para aumentar os riscos maternos e perinatais, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004). Sendo recomendados pela Organização Mundial de Saúde (1996) práticas e cuidados através de evidências científicas.

Apesar de avanços, a assistência obstétrica brasileira está respaldada no modelo biomédico, onde os profissionais de saúde são os que deliberam o processo assistencial; desconsiderando que o parto é uma função fisiológica e natural do organismo e que deve acontecer de maneira espontânea e natural no final da gravidez (BALASKAS, 1993; MACEDO et al,2008). As parturientes, mulheres protagonistas se tornam espectadoras assistentes. Sendo possível afirmar, segundo Boareto et al (2003) e Progiant et al (2009) que a prática obstétrica difundida e usualmente aplicada nas maternidades brasileiras, tem valorizado mais as condutas de intervenção, tanto por parte dos profissionais, como por parte das parturientes.

Assim, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, lançada pelo Ministério da Saúde (2000), agrega forças contra a medicalização abusiva e danosa no processo de parto e nascimento objetivando priorizar a qualidade da interação da mulher, ao serviço e profissional de saúde. Temática abordada cada vez mais nos meios acadêmicos da saúde, em campo prático e em pesquisas científicas, objeto de estudo dos profissionais que visam se atualizar e oferecer uma assistência e cuidado adequados a um momento tão particular, querido em grande maioria e também temido. Segundo a pesquisa nacional, Nascer no Brasil (2014), a pressão na prática obstétrica brasileira em provocar o nascimento de

crianças impressiona em uma conjuntura negativa, onde não há respeito a autonomia da mulher e sim o controle do tempo e imposição da dinâmica do trabalho de parto.

É preciso considerar a humanização do cuidado obstétrico necessário para a garantia de uma assistência de qualidade, de respeito, garantindo uma relação igualitária para o processo de cuidar.

1.1 Problematização

O nascimento historicamente é um evento natural, ainda que nos diversos contextos sociais possua regras para acontecer, como seu local de ocorrência, quem atende a parturiente, comportamentos a serem adotados durante o trabalho de parto e parto. Este representa um fenômeno sociocultural, pois redefine a identidade da mulher, afeta suas relações por estar agregando os valores, crenças, cuidados e de significados do ser mulher e ser mãe.

A assistência obstétrica entre os séculos XVI e XIX era atribuída às parteiras e comadres, o acesso ao quarto da parturiente era oculto, sendo proibida de cunho moral, a entrada do homem em seus aposentos. Se utilizavam de rezas, talismãs, ervas, compressas, intuições, práticas em geral auxiliadas por mulheres mais velhas, para alívio das dores de parto. No entanto, desde o final do século XIV médicos e teólogos questionavam as práticas das mulheres quanto ao uso de poções e seus cuidados ao longo da gravidez, parto e puerpério (GUALDA, 1998). Remetendo-nos ao atual modelo tecnocrático de atenção que segundo os atores Agência Nacional de Saúde Suplementar, (2008); Basile et al. (2007); Busanello (2011), o processo de parturição deve ocorrer no ambiente hospitalar, ser controlado pelo profissional de saúde com o emprego de procedimentos considerados invasivos ou de condutas intervencionistas, por vezes dolorosas que não devem ser recusadas pela paciente. O que tem como consequentes elevadas taxas de cesarianas, utilização de medicações e procedimentos para acelerar ou controlar o processo natural de parto e nascimento (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2008; DINIZ, 2009).

Assim, as práticas de alívio a dor no processo de parto e nascimento, é fundamentada nas práticas que preservam o respeito à autonomia, os valores culturais e familiares, no paradigma humanista centrado na mulher, na medicina baseada em evidências e no respeito aos direitos das usuárias dos sistemas de saúde, constitui o modelo de atenção preconizado atualmente em substituição ao paradigma hegemônico, focado nas intervenções médicas e no uso abusivo de tecnologias pesadas (DAVIS- FLOYD, 1994).

É importante ressaltar os sentimentos da dor, compreender sua fisiologia, que não é a mesma durante todo trabalho de parto, ela envolve fatores emocionais, sensoriais, ambientais e existenciais. (LOWE, 2002). É um processo complexo envolvendo interações de mecanismos centrais, periféricos e intercâmbio contínuo de informações por vias ascendentes e descendentes de nociceptores. Assim, a introdução da tecnologia médica para alívio a dor e aumento da segurança no processo de parturição foram marcos na medicalização do parto e nascimento. Segundo Dias e Deslandes (2006), no modelo hegemônico de atenção vivenciado por inúmeras mulheres, os profissionais não se identificam ou chamam estas pelos seus nomes, fazendo avaliações temporais, dando a sensação de abandono. Algumas alegam ter sofrido violências verbais e físicas na forma de toques vaginais demorados e dolorosos, e várias outras intervenções como uso de fármacos, sem a informação e esclarecimento necessário sobre o que estava acontecendo.

Alguns dos componentes da violência acontecem na organização dos serviços e outros através da forma de organização das práticas (PEREIRA, 2000). Quando os componentes tecnológicos resolvem o problema sem levar a causa em consideração, sequer causas orgânicas, a convicção na própria superioridade permite desautorizar qualquer outro saber científico, e este se confunde ao saber médico, justificando a subordinação de outros saberes. Conforme Armelline (2000) em sua obra afirma: é importante que os profissionais sejam sensíveis ao impacto deseducativos e desumano que causam nas parturientes, quando trabalham de forma autoritária.

O atendimento mais humanista requer à compreensão que a concepção do parir para a mulher se inicia por vezes antes da concepção do feto, na sua idealização, e continua durante o ciclo gestacional, embutido de desejos e receios. Transformações em relação ao seu corpo e a sexualidade, anseios pelo novo, pelo o que se revelará a diante. A antropologia médica aponta que o parto por sua riqueza simbólica, pode ser considerado um rito de passagem para a mulher, ressignificando suas relações sociais e familiares. (DAVIS-FLOYD, 1994).

Desta forma é notável que as intervenções no processo parturitivo são necessárias, em destaque se utilizada com saber científico em prol da gestante e do concepto, como o uso da ocitocina injetável, a cesárea bem indicada, a anestesia peridural, respaldadas nas evidências científicas e no direito de escolha bem informada da mulher.

1.2 Questões norteadoras

Dentro da saúde da mulher, a pesquisa tem como questão norteadora: Quais são as práticas não farmacológicas para alívio da dor que são utilizadas no processo do parto e nascimento? E, quais são os seus benefícios?

1.3 Objetivos

No alcance do aprofundamento do objeto do estudo desta pesquisa, desenvolvemos os seguintes objetivos:

- Identificar as práticas não farmacológicas de alívio da dor no processo parturitivo na literatura científica;
- Analisar as práticas não farmacológicas de alívio da dor com o propósito de seus benefícios na conjuntura do parto e nascimento.

1.4 Justificativa e relevância

Justifica-se o estudo pelas práticas continuamente intervencionistas aplicadas nas maternidades brasileiras, ao longo do processo parturitivo, minando o protagonismo da mulher em relação às suas experiências corporais e emocionais. Segundo Yunes e Filkelman (1996) as boas práticas visam a promoção do parto e nascimento saudáveis, incluído o respeito ao processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento, evitando-se os excessos e utilizando-se criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis.

No emprego do modelo tecnocrata de assistência à saúde da mulher absorvido pela enfermagem torna-se visível a medicalização dos processos fisiológicos da vida reprodutiva da mulher (MACEDO et al., 2005). O respeito à privacidade e ao comportamento instintivo da mulher precisam ser validados, o que só ocorre através das mudanças de relações entre profissionais e usuários dos serviços de saúde. A mudança da perspectiva do parto advinda do modelo Americano de nascimento onde o parto é patológico e para tanto necessita de intervenção médica, que difere da visão Européia que o caracteriza como fisiológico e natural (OSAVA, 2000).

A utilização das tecnologias do cuidado permite o entendimento e participação da mulher e até mesmo de seu acompanhante de forma ativa. Conecta a mulher com seu corpo,

sua mente. Ao conhecer os modelos de assistência, suas vantagens e desvantagens, riscos e benefícios à mulher se torna sujeito da situação. Evidenciando que o que ela realmente necessita é que seu direito a informação e à decisão informada sejam respeitados (DOSSIÊ HUMANIZAÇÃO DO PARTO, 2002).

Assim, a caracterização das práticas não farmacológicas no cuidado de enfermagem tem sua origem no conhecimento adquirido e passado pelas mulheres através de gerações. Nesta forma a arte do cuidar estaria imersa em significados intuitivos e emotivos (MEDINA, 2003).

1.5 Contribuição do estudo

Ao auxiliarmos no desenvolvimento da mulher como papel essencial no processo, à ajudamos a passar pelo trabalho de parto, proporcionando liberdade e a satisfação em parir, pois a mesma utiliza seu cérebro primal para vivenciar este estágio de forma fisiológica (ODENT, 2002).

Quando devolvermos o processo às mulheres, conheceremos enfim as sensações genuínas do trabalho de parto como relatou Florence Nightingale. Reafirmando a liberdade de autônoma da mulher, proporcionamos a ela conhecimento sobre suas capacidades.

Esta abordagem vem a beneficiar o olhar sobre os aspectos do que consideramos como cuidado. Nas diversas atuações do profissional de saúde no cenário hospitalar permitimos a imposição do que se acredita ser o melhor para o nosso bem-estar, é uma prática agregada de submissão e ao mesmo tempo confiança no outro. Pois se aquele quem dita as regras em um determinado local, estranho a quem chega frágil e solicitando ajuda, não deveria este confiar?

Propondo aqui o conhecimento das novas práticas de humanização, pudemos observar o cunho antigo que elas têm, desta forma ainda que não aplicadas de maneira contínua, ao menos respeitada deveriam ser. O que significa respeitar os sentidos, as fragilidades, aflições do outro. A partir do uso das tecnologias do cuidado nos aproximamos das pessoas, tocamos, olhamos, esperamos, sugerimos, dialogamos, avaliamos, silenciemos, intervimos, aguardamos por horas, o protagonismo do corpo humano, da mulher, do feminino, da nossa história como seres terrestres.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A assistência em obstetrícia vem sendo estudada por vários autores, sob pontos de vista distintos. O cuidado na saúde da mulher pressupõe o envolvimento com a feminilidade, com o que conceituamos sobre ser mulher. Segundo Freud S (1923) a mulher se completaria na maternidade e, sobretudo se tivesse um filho homem. Lacan (1958) afirma que a mulher vive um dilema insolúvel em torno do qual colocaria todas as suas manifestações, tipos da feminilidade. Mary Wollstonecraft (1792) advogava em prol do feminino, da sexualidade da mulher, contestou sobre as noções de mulher indefesa que eram embutidas social e culturalmente.

Para tanto, o cuidar da mulher gestante requer cautela, respeito a sua trajetória como mulher até o momento. Segundo Costa (2002) existe uma aproximação entre os conceitos de humanização do parto e cuidado estando este vinculado a cultura feminina, e inserido no ambiente privado doméstico, desvalorizado.

Em meio a tantas discussões por algumas consideradas complexas, as mudanças no paradigma no processo parturitivo são reais. Incentivadas pelas políticas públicas e apoiadas por iniciativas governamentais e institucionais, vem mudando de maneira positiva o cenário obstétrico em várias regiões do Brasil.

Ainda estamos num processo de avanço, principalmente no que se refere a definição de parto normal: a European Perinatal HealthReport, o Normal Birth Consense Statement, elaborados por profissionais da Grã-Bretanha e algumas entidades canadenses, afirmam que o parto “normal” é aquele que se inicia sem medicação (VOGT, DINIZ, TAVARES et al, 2011).

A discussão sobre as boas práticas na humanização do parto e as tecnologias não invasivas que às apoiam requer abrangência, no que diz respeito aos direitos da mulher, sua história, sua relação com o parto e a transposição institucional que o mesmo sofreu, com a inserção do médico cirurgião em sua conjuntura.

2.1 O modelo intervencionista e medicalizado na transposição da assistência obstétrica

A ruptura dos hábitos de solidariedade feminina e do espaço da vida cotidiana se ampliou a partir da institucionalização do parto, onde as mulheres deixaram de parir em seus lares no ambiente familiar, com parteiras. Se tornando passivas através de normas e rotinas e

impossibilitadas da presença de pessoas de seu convívio social que as apoiasse durante o trabalho de parto e parto (NAKANO et al, 2007). Assim, reafirmando (EHRENREICH E ENGLISH, 1973) ao mencionar a gravidez e menopausa vista pela medicina como doença, a menstruação como distúrbio crônico, e o parto como um evento cirúrgico.

A partir do século XVII ocorreram as modificações definitivas de assistência ao parto, quando se descobriu o mecanismo da ovulação, ficando claro que a mulher possuía uma estrutura mais frágil que a do homem, desta forma o parto se tornaria perigoso, e a medicina deveria protegê-lo (ARRUDA, 1989). Ao analisar a natureza da política na medicina da sociedade capitalista, (FOUCAULT 1982), enxerga uma estratégia de controle social que se inicia pelo controle do corpo, sexualidade e reprodução e à questiona.

A assistência obstétrica médica se expande ao Brasil com a criação das Escolas de Medicina e cirurgia nos estados da Bahia e Rio de Janeiro, no século XIX (WOLFF; MOURA, 2004), ocasionando um declínio na profissão de parteira, contribuindo para os cuidados masculinos à mulher e a institucionalização do parto em nome da diminuição da mortalidade materno-infantil, no pós II Guerra Mundial. A celebração a vida é afetada para uma condição de risco à saúde materno-infantil.

Diversos países exibem características peculiares, quanto a organização da assistência em saúde pública, ao modelo político estabelecido, ao grau de intervenção e na participação do Estado se relacionando as condições econômicas, sociais e educacionais. Na utilização de tecnologia médica e realização de parto cesáreo, o modelo de assistência obstétrica é fator de extrema relevância na relação médico-paciente e nos incentivos econômicos (GRANT, 2005).

Segundo a classificação dos modelos de atenção ao parto adotados no mundo, se dividiriam em três categorias (WAGNER, 2001): O modelo altamente medicalizado, com pouca participação de obstetizes e uso de alta tecnologia encontrada nos Estados Unidos da América, Irlanda, Rússia, República Tcheca, França, Bélgica e regiões urbanas do Brasil; o modelo intermediário, encontrado na Grã-Bretanha, Canadá, Alemanha e Austrália; e o modelo pouco medicalizado chamado de “humanizado”, com menos intervenções e maior participação de obstetizes, na Holanda, Nova Zelândia e países Escandinavos.

No trabalho em saúde o uso das tecnologias pode ser definido como: tecnologias duras, equipamentos e normas; tecnologias leves-duras, consideradas como o conhecimento técnico e estruturadas; e as tecnologias leves, baseadas nos processos relacionais. O paradigma biomédico até meados dos anos 80 era o modelo hegemônico nas práticas obstétricas, aliado a intensa medicalização da sociedade e as inovações de tecnologias duras,

transformou o parto em ato médico. Através da produção de consultas, exames e procedimentos (FERREIRA, ANDRADE, FRANCO, MERHY, 2009). E na década de 90 proporcionou reflexos negativos em relação ao uso indiscriminado de intervenções, resultando no aumento das taxas de mortalidade materna e neonatal. O que acrescentou discussões sobre o autoritarismo médico na obstetrícia. A organização do movimento pela Humanização do Parto e Nascimento foi impulsionada então pela sociedade (PRATA, PROGIANTI, PEREIRA, 2012).

Sob a perspectiva de SOUZA e PILLEGI (2014), o uso racional da tecnologia de saúde diminuiu a morbimortalidade materna, mas a hipermedicalização e o uso exagerado de intervenções na assistência do parto e nascimento deixaram de ser fatores de proteção para representar risco a mulher, ao feto e recém-nascido. Desta forma, desde 1920, com a Reforma Sanitária de Carlos Chagas, seguida de numerosas modificações a nível ministerial e como consequência na organização e planejamento da assistência materno-infantil, esta, tornou-se alvo de políticas governamentais (TYRRELL e CARVALHO, 1995).

2.2 O modelo de assistência obstétrica contemporâneo

Desta forma, alguns aspectos sobre o direcionamento do olhar a saúde das mulheres tornam-se pertinente uma pincelada na história dos programas de saúde. O Departamento Nacional da Criança (DNCR) foi o primeiro órgão governamental em 1940, criado exclusivamente para o cuidado da saúde materno-infantil, visando planos de atividades de proteção à maternidade, à infância e a adolescência integrada a saúde pública, enfatizava não só os cuidados com as crianças, mas com a mãe. Mas, não havia ainda uma preocupação com a disciplina na reprodução e sim o combate à mortalidade infantil como garantia de construção de uma nação forte, sadia e progressista (TYRRELL e CARVALHO, 1995). Enfatizou Canesqui (1987): Um dever imperioso defender de maneira eficaz a criança brasileira, em verdade, ainda o melhor elemento a salvaguardar o futuro da nacionalidade.

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, coordenando a nível nacional a saúde materno-infantil. Então, instituiu-se um modelo de atenção à saúde médico assistencial privatista entre 1964 e 1973, e que somente em 1971, foi mencionado os cuidados ao grupo materno infantil no documento Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil (BRASIL, 1971). Tendo como alvos gestantes, parturientes, puérperas e mulheres em idade fértil e o ingresso de novas e híidas gerações na força de trabalho surge, em 1975 o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI). E em 1978, o Programa de Prevenção a

Gravidez de Alto Risco (PPGAR), compatibilizando as gestações com as condições do organismo materno, riscos reprodutivos, estes programas viriam garantir o nascimento de crianças saudáveis e a integralização familiar (BRASIL, 1975).

Mais adiante em meio às pressões internacionais, no que diz respeito ao controle do crescimento populacional, pressões internas por mudanças na política nacional de saúde e o movimento de mulheres desejosas ao exercício da plenitude de seus direitos, incluindo a atenção a sua saúde como um todo e não apenas como uma mãe em potencial surge o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983. Caracterizado pela integralidade da assistência obstétrica e afirmação dos direitos da mulher, objetivando ampliar o acesso das mulheres aos serviços de saúde e garantir a qualidade da assistência com um conjunto mínimo de procedimentos, constitui-se então pelo Ministério da Saúde a partir de 1988 o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN).

Através da necessidade de mudanças no modelo de assistência às parturientes, aliada a evidências científicas, por vezes ignoradas pelas prestadoras de atendimento as mulheres e seus filhos, o Ministério da Saúde distribuiu a médicos e enfermeiros, o Manual de Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático, também publicado pela Organização Mundial De Saúde (OMS), ambos no ano de 1996 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996). Em 2002, tendo como prioridade a cobertura e qualidade do acompanhamento ao pré-natal, ao parto, puerpério e neonato, treinamento e capacitação dos profissionais desta área, é publicado o Programa Humanização do Parto: Humanização no Pré-Natal e Nascimento, sendo dever das unidades de saúde receber a mulher, bem como seus familiares e recém-nascido com dignidade, e dividir responsabilidades entre esferas federais, estaduais e municipais (BRASIL, 2002).

Ao considerar em diversos setores a saúde da mulher uma prioridade, em 2004 é elaborada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, implementando ações de saúde que garantissem os direitos humanos das mulheres e reduzissem a morbimortalidade por causas evitáveis. Individualizar assistência, entender a gestação, o trabalho de parto, o parto e o nascimento como movimentos naturais e fisiológicos em detrimento do patológico, tornando a mulher protagonista e os profissionais de saúde coadjuvantes do processo, entre outras práticas é humanizar o atendimento (BRASIL, 2001).

O termo “Humanização” ganha a cada dia destaque e interpretações, nos meios científicos, políticos e assistenciais. Como fortalecimento de trabalho em equipe e da transversalidade, construção de autonomia e protagonismo do sujeito, compromisso com a democratização das relações de trabalho, estímulo aos processos de educação permanente,

construção de redes cooperativas, solidárias, no Sistema Único de Saúde - SUS (BARROS e PEREIRA, 2009). Em continuidade a este pensamento o governo lança em 2011 a Estratégia Rede Cegonha, objetivando uma rede de cuidados à mulher, direito ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, e às crianças o nascimento, crescimento e desenvolvimento saudáveis e como ponto crucial a redução de óbitos evitáveis de mulheres e crianças. Ainda não alcançado com o desejo e planejamento dos programas das últimas três décadas.

Segundo a Doutora e Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde em entrevista no ano de 2011, Esther Villela afirma que:

Seria um equívoco comparar a Rede Cegonha com a política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher, visto a primeira como uma estratégia construída para enfrentamento da ainda grave situação das mulheres durante a gravidez, parto e puerpério e não uma Política, devido às altas taxas de mortalidade materna e neonatal. Considerando o parto uma experiência da sexualidade, seria uma violação aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher.

Mesmo com a existência da Lei 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que garante a gestante o direito de saber em qual maternidade do SUS vai dar à luz, as mulheres peregrinam em trabalho de parto buscando vagas em hospitais, com dificuldades no transporte e acesso aos locais. Não há também o cumprimento da Lei 11.108 de 07 de abril de 2005, em diversas maternidades do país, que assegura o direito ao acompanhante de escolha da parturiente, durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto.

É apontada ainda, por estudos a precariedade da atenção prestada ao trabalho de parto, baseados na consulta a prontuários, sobre a qualidade da assistência (OLIVEIRA, DIAS, CUNHA e LEAL, 2008).

Esther (2011), ainda destaca a rotina hospitalar:

Coloca-se um soro nela, deixa-a deitada, em jejum, às vezes sem poder caminhar, sem poder de expressar livremente. Essa mulher é atendida por vários profissionais que as vezes não conhecem o nome, fazem exame de toque de forma equivocada ou fazem exames desnecessários. São práticas que prejudicam a evolução natural do parto, muitas vezes gerando intervenções que podem acabar em grandes desastres.

O Ministério da Saúde (2014), afirma que, a maioria das condutas como a cesariana, uso rotineiro da ocitocina e episiotomia, monitoração fetal eletrônica, afastamento da família no momento do nascimento, dentre outras, a princípio bem-intencionadas, se demonstraram por vezes inadequadas, arriscadas, desnecessárias, e mal avaliadas quanto à efetividade para a mulher e seus filhos.

De acordo com o Dossiê da Rede Feminina de Saúde (2002), no que se refere à humanização do parto, o respeito e promoção dos direitos de mulheres e crianças deve estar baseado na assistência com evidência científica na segurança e eficácia, e não na conveniência de instituições e profissionais. Para tanto se faz necessária a mobilização de mulheres, mudança na formação dos profissionais de saúde, e firmeza dos responsáveis das políticas públicas.

Neste cenário, em constantes atualizações se faz cada vez mais necessário a saúde da mulher a presença de enfermeiras obstétricas e as obstetrites, podendo atuar na preservação e promoção da normalidade do processo de nascimento atendendo as necessidades físicas, emocionais e socioculturais das mulheres. Bem como a Doula, que mesmo não tendo o apanhado científico e tecnológico de uma especialização ou graduação, tem como formação para entrar neste cenário, não atuar no momento com o olhar biomédico, mas, trazer calma, a confiança da mulher em seu corpo, em suas capacidades, informações de qualidade à mulher durante o processo parturitivo.

2.3. As tecnologias não invasivas de cuidado em enfermagem obstétricas na atenção ao parto e nascimento e seus benefícios

Sob a perspectiva da reestruturação produtiva da saúde (PRATA e PROGIANT,2014), pode se dar tanto na organização do processo de trabalho, como na gestão do sistema de saúde, nos remetendo a mudanças no modo de produzir o cuidado. A partir das mudanças dos profissionais de saúde, de um processo de reflexão e subjetivação, que incorpore novas práticas direcionando a um modo de produção baseado nas tecnologias leves e no trabalho vivo. Um trabalho humano, realizado na interação do profissional com o usuário, no qual suas subjetividades determinam o processo do cuidado (FRANCO e MERHY, 2008).

Neste contexto, especialistas da enfermagem obstétrica têm um papel de destaque modificando a lógica assistencial, a partir da compreensão dos direitos de escolha da mulher e na oferta de outras opções no processo de parturição, ao eliminar o raciocínio clínico médico como única opção na construção do cuidado. Desenvolvendo tecnologias essencialmente leves, reunidas de saberes estruturados, emanados da prática, aplicados de forma intencional e justificada, que produzem resultados (VARGENS, PROGIANTI e SILVEIRA, 2008).

Segundo (ARMELINI e LUZ, 2003) o modelo biomédico amplamente abordado nas instituições de saúde considera as mulheres seres passivo, sem direito sob sua parturição,

ficando entregue aos profissionais do hospital, que detém o poder pelo seu conhecimento especializado. No modelo humanizado o uso da tecnologia é feito de forma apropriada, a assistência é caracterizada pelo processo contínuo de acompanhamento da parturição, garante as mulheres e crianças a vivência com segurança, dignidade e beleza da experiência da gravidez, parto e nascimento (BRASIL, 2008).

Considerando, a Resolução COFEN nº 223/1999, sobre a atuação dos profissionais Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal que estabelece:

Art. 1º - A realização de Parto Normal sem Distócia é da competência de enfermeiros, e dos portadores de Diploma, Certificado de Obstetriz ou Enfermeiro Obstetra, bem como Especialistas em Enfermagem Obstétrica e na Saúde da Mulher;

Art. 2º - Compete ainda aos profissionais referidos no artigo anterior: Assistência a gestante, parturiente e puérpera; Acompanhamento do trabalho de parto; Execução e assistência Obstétrica em situação de emergência; e

Art. 3º - Ao Enfermeiro Obstetra, Obstetriz, Especialistas em Enfermagem.

Obstétrica e Assistência em Saúde da Mulher, além das atividades constantes do Art. 2º, compete ainda: Assistência a parturiente e ao parto normal; Identificação de distócias obstétricas e tomada de todas as providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, de conformidade com sua capacitação técnico científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança do binômio mãe/filho; Realização da episiotomia, episiorrafia e aplicação de anestesia local quando couber; Emissão de Laudo de Enfermagem para autorização de Internação Hospitalar, constante do Anexo da Portaria SAS/MS163/98; Acompanhamento do cliente sob seus cuidados, da internação até a alta (BRASIL, 2013).

Compete às enfermeiras oferecer conforto à mulher, promover alívio da dor, favorecer a evolução do trabalho de parto, oferecer um atendimento acolhedor, fortalecendo sua autonomia, estimulando o exercício da cidadania feminina. Promovendo um ambiente tranquilo, seguro e com privacidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

ODENT(2002), enfatiza que:

Quando a mulher se sente segura e tranquila, o córtex primitivo é ativado, ocorre a liberação de ocitocinas e endorfinas, propicia qualidade de relacionamento entre a parturiente e seu cuidador, diminuindo a quantidade de informações.

Dentre tantas funções necessárias e indispensáveis cabe a enfermagem obstétrica disponibilizar a parturiente, o conhecimento e benefícios do uso das tecnologias não farmacológicas de alívio a dor no processo parturitivo, que se destacam na pesquisa:

A deambulação objetiva ativar o trabalho de parto, descida e rotação fetal, onde a parturiente de preferência com um acompanhante, caminha livremente em local assistido pela equipe, aqui a mulher também pode ser estimulada a realizar movimentos pélvicos, auxiliando na liberação de ocitocina (BALASKAS, 1991).

A massagem com as mãos ou equipamento próprio em áreas dolorosas do corpo, como a região cervical e lombar, ombros e em locais da preferência da mulher, podendo também serem utilizados óleos aromáticos que auxiliam da diminuição do atrito e no bem-estar da parturiente com cheiros como o da lavanda, alecrim, tangerina. Pode-se realizar ainda a massagem perineal através do uso da bola suíça, ao sentar-se e fazer movimentos de rotação da pelve, desfaz pontos de tensão e fortalece a musculatura perineal.

O uso da bola suíça também é eficaz no alívio da dor e na evolução do trabalho de parto, auxilia na adoção de posturas verticais e por ser um objeto lúdico, distrai, diminui a tensão física e emocional, proporcionando conforto e diversas possibilidades de posicionamento (BARACHO, 2007).

Ao se permitir guiar-se pelo próprio instinto a mulher realiza movimentos de acordo com o ritmo das contrações, movendo a pelve para frente e para trás, para um lado e para o outro ou em movimentos circulares, facilitando encaixe descida e rotação do feto no canal de parto (BALASKAS, 1991).

No banho de aspersão, as duchas quentes têm efeito calmante, aliviam dores e nevralgias, já no banho de imersão recomendado ao trabalho de parto mais avançado, entrar na água, reduz e posterga o uso de fármacos no controle da dor, sem interferir na progressão do trabalho de parto (SILVA, OLIVEIRA, 2006).

O estímulo à respiração consciente, inspirando pelo nariz e expirando pela boca, de maneira pausada e atenta, olhando nos olhos da mulher e realizando o mesmo movimento, fornecendo confiança em sua capacidade de continuar centralizando a parturiente e colocando ela em contato com seu interior, ao conecta com seu próprio corpo.

Em algumas maternidades há o cavalinho (assento ativo), descomprime o colo reduzindo edemas, diminuindo a sensação dolorosa. Pode-se utilizar o banquinho ou banquetela na fase final do trabalho de parto auxiliando na finalização da descida e rotação fetal, relaxa o períneo para puxos mais eficazes, pode aumentar o diâmetro da pelve em 25% (GARDOSI,2000).

Utilizar o rebozo (xale que faz parte do vestuário tradicional de mulheres de países da América Latina, indicado por parteiras tradicionais) movimenta o feto na pelve, auxilia na rotação e retificação do assinclitismo persistente, corrigindo posições facilitando a descida do feto através do canal de parto (VINAVER, 2002)

A aplicação da crioterapia, terapia com frio, podendo ser nas formas líquida (água), sólida (gelo), gasosa (gases), com o objetivo de retirar calor do corpo, induzindo os tecidos a um estado de hipotermia, reduzindo a taxa metabólica local, tendo como efeito local, a vasoconstrição, diminuição de inflamação e da dor (STARKEY, 2001).

Dentre tantas tecnologias acima citadas, nenhuma substitui o trabalho vivo, o diálogo consciente, a sensibilidade de compreender o que outro precisa do cuidado baseado na atualização de conhecimento científico, no respeito ao fisiológico, ao que é natural e único ao ser feminino, o parir:

Mais do que promover a utilização ou não de determinadas práticas, o resgate do papel central e ativo da mulher no processo da gravidez e do nascimento é o foco da luta feminista pela humanização da assistência. A maternidade segura é um princípio básico dos direitos reprodutivos, assim como o direito da mulher de tomar suas decisões de maneira bem informada em relação a seu corpo, sua saúde, sexualidade e reprodução (REDE FEMINISTA de SAÚDE, 2002).

3. METODOLOGIA

O estudo se utilizará do método de revisão integrativa da literatura, que tem como finalidade reunir, e resumir o conhecimento científico, antes produzido sobre o tema investigado. Avalia, sintetiza e busca nas evidências disponíveis a contribuição para o desenvolvimento da temática (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

As práticas não farmacológicas de alívio a dor no trabalho de parto, e a atenção humanizada as mulheres no processo parturitivo, vem sido abordada por profissionais da saúde, da educação, correntes feministas, com grande relevância ao longo de décadas, com intuito de proporcionar as mulheres o valor que elas têm diante de uma sociedade que de maneira geral a subjugou, desvalorizou, desacreditou, a instruiu em um significado frágil e incapaz. O uso da revisão integrativa neste contexto proporciona uma ampla busca e análise, das tecnologias não farmacológicas no alívio a dor durante todo o trabalho de parto e nascimento, na atualidade obstétrica no Brasil e no mundo.

Considerando a revisão integrativa de literatura, dividida em seis partes importantes, (Mendes et al, 2010), descreve a aplicabilidade e seus critérios.

3.1 ETAPA 1: Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa

Realiza-se a identificação do tema, seleção de hipóteses ou questões que norteiam a pesquisa para a revisão integrativa, delimitou-se o tema praticas não farmacológicas no alívio a dor do trabalho de parto, proporcionando responder as questões norteadoras: Quais são as práticas não farmacológicas para alívio da dor que são utilizadas no processo de parto e nascimento? E, quais são os seus benefícios?

3.2 ETAPA 2: Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura

Se dá após escolha do tema pelo pesquisador e a formulação da questão de pesquisa, com a busca nas bases de dados dos estudos que serão incluídos na revisão. Tendo como importante ferramenta, a internet, a seleção dos estudos para a avaliação crítica é fundamental, a fim de se obter a validade da revisão, bem como indicador atestando

confiabilidade, amplitude e poder de generalização das conclusões da revisão (MENDES, *et al*, 2010).

Foram estabelecidos os seguintes descritores (DeCS): Labor Obstetric, Labor Pain, massage, audioanalgesia, aromatherapy. As palavras-chaves: obstetric ball, therapeutic bath, changes of position, breathing techniques, focus of attention, pain in labor. As estratégias de busca estabelecidas serão baseadas em suas combinações nas línguas portuguesa, inglesa, espanhola e os operadores booleanos AND e OR. As fontes de informação estabelecidas serão: Web of Science e Scopus, as bases especializadas PubMed e CINAHL e as bases de dados com cobertura da América Latina LILACS e SciELO via Web of Science. O recorte temporal dos últimos 05 anos a partir do ano de 2011.

Os critérios de inclusão para seleção dos artigos: artigos publicados em português, inglês, espanhol; artigos na íntegra; que retratassem a temática definida. Como critérios de exclusão eliminaram-se as publicações que não atenderam os critérios estabelecidos na metodologia.

A amostra inicial constitui-se de 2.381 artigos, sendo: 505 (Web of Science); 88 (Scopus); 884 (PubMed); 22 (LILACS); 21 (SciELO via Web of Science); 861 (Cinahl). As bases de dados, estratégias de busca correspondentes e o número de artigos encontrados e suas respectivas fontes de informação estão registradas no **quadro 01**.

FONTES DE INFORMAÇÃO	ESTRATÉGIA DE BUSCA	RESULTADOS
WEB OF SCIENCE	Tópico: (non-pharmacological methods of pain relief) AND Tópico: (labor or delivery or birthing) AND Tópico: ("labor pain") OR Tópico: ("therapeutic bath") OR Tópico: (audioanalgesia) OR Tópico: (aromatherapy) OR Tópico: ("massage during labour") OR Tópico: ("swiss ball") OR Tópico: ("breathing techniques during labor")Tempoestipulado: 2011-2016. Índices: SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI	505
SCOPUS	(ALL (non-pharmacological methods of pain relief) AND ALL (labor OR delivery OR birthing) AND ALL ("labor pain") OR ALL ("therapeutic bath") OR ALL (audioanalgesia) OR ALL (aromatherapy) OR ALL ("massage during labour") OR ALL ("swiss ball") OR ALL ("breathing techniques during labor")) AND PUBYEAR > 2010 AND PUBYEAR < 2017	88
PUBMED	((((((non-pharmacological[All Fields] AND ("methods"[Subheading] OR "methods"[All Fields] OR "methods"[MeSH Terms]) AND ("pain"[MeSH Terms] OR "pain"[All Fields]) AND relief[All Fields]) AND (("labour"[All Fields] OR "work"[MeSH Terms] OR "work"[All Fields] OR "labor"[All Fields] OR "labor,	884

	obstetric"[MeSH Terms] OR ("labor"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric labor"[All Fields] OR ("delivery, obstetric"[MeSH Terms] OR ("delivery"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric delivery"[All Fields] OR "delivery"[All Fields] OR birthing[All Fields])) AND "labor pain"[All Fields] OR "therapeutic bath"[All Fields] OR ("audioanalgesia"[MeSH Terms] OR "audioanalgesia"[All Fields]) OR ("aromatherapy"[MeSH Terms] OR "aromatherapy"[All Fields]) OR "swiss ball"[All Fields] AND ("2011/01/01"[PubDate] : "2016/12/31"[PubDate])	
LILACS	non-pharmacological methods of pain relief [Palavras] and labor or delivery or birthing and "labor pain" [Palavras] or "therapeutic bath" or audioanalgesia or aromatherapy or "massage during labour" or "swiss ball" or "breathing techniques during labor" [Palavras]	22
SCIELO VIA WEB OF SCIENCE	Tópico: (non-pharmacological methods of pain relief) AND Tópico: (labor or delivery or birthing) AND Tópico: ("labor pain") OR Tópico: ("therapeutic bath") OR Tópico: (audioanalgesia) OR Tópico: (aromatherapy) OR Tópico: ("massage during labour") OR Tópico: ("swiss ball") OR Tópico: ("breathing techniques during labor")Tempoestipulado: 2011-2016. Índices: SCIELO.	21
CINAHL	TX non-pharmacological methods of pain relief AND TX (labor or delivery or birthing) AND TX labor pain OR TX therapeutic bath OR TX audioanalgesia OR TX aromatherapy OR TX massage during labour OR TX swiss ball OR TX breathing techniques during labor	861

Quadro 01: Bases de dados, estratégias de busca e resultado de artigos encontrados. Niterói, Rio de Janeiro, 2016.

O processo leitura dos dados ocorreu primeiramente por leitura textual, a qual se trata de um modo de aprofundamento em processos discursivos, visando alcançar saberes sob a forma de compreensões reconstruídas dos discursos. Essa leitura permite identificar e isolar enunciados dos conteúdos a ele submetidos, categorizar tais enunciados e produzir textos, de maneira a integrar descrição e interpretação.

A análise textual utiliza como fundamento de sua construção o sistema de categorias, o corpus - conjunto de textos submetidos à apreciação, que representa a multiplicidade de visões de mundo dos sujeitos acerca do fenômeno investigado (MORAES, 2003).

Posteriormente a coleta de dados, realizou-se a seleção dos estudos primários, de acordo com a questão norteadora e os critérios de inclusão previamente definidos, e foi realizado o refinamento por ano de publicação de 2011 á 2016 onde, foram retiradas 960 duplicatas por meio do gerenciador de referência Endnote Web, a partir disso, foi realizada a leitura e análise por título e resumo, que resultou na exclusão de 1400 artigos, finalizando a

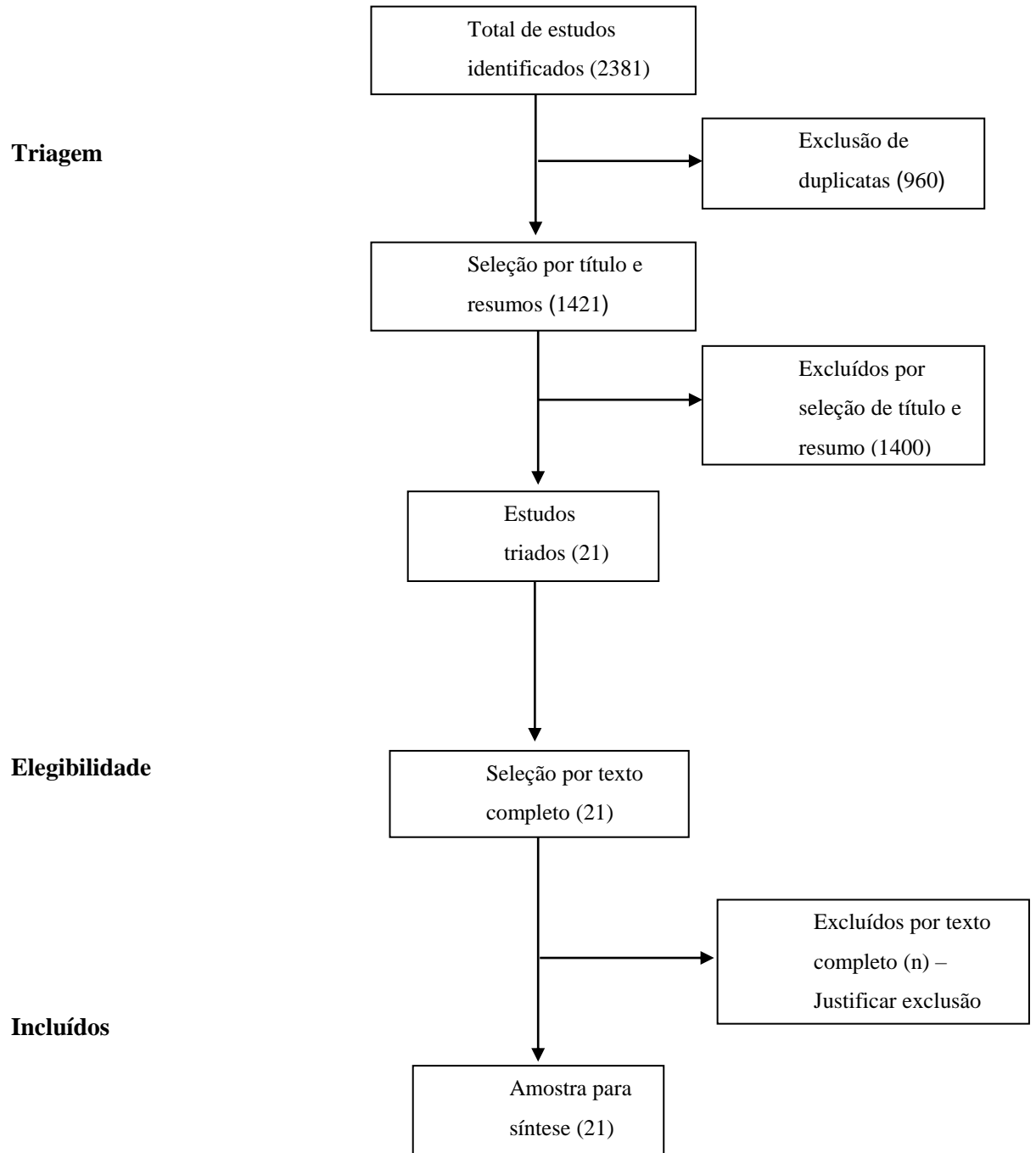
leitura de texto completo, obtendo-se a amostra final, constituída por 21 artigos. O processo de seleção dos artigos é apresentado no **quadro 02 e figura 01**.

Durante análise dos títulos e resumos dos artigos, observaram-se na amostra inicial 1400 artigos não relacionados à temática deste estudo, dos quais: 413 tratava-se de estudos sobre o uso das terapias não farmacológicas no tratamento oncológico; 351 sobre o uso das terapias não farmacológicas no tratamento de distúrbios psiquiátricos; 274 sobre o uso das terapias não farmacológicas no tratamento de patologias pediátricas; 149 sobre o uso das terapias não farmacológicas na atenção a gestantes no pré-natal e pós-parto; 137 sobre o uso das terapias não farmacológicas no tratamento de dores musculares; 76 sobre a relevância e história do uso das terapias alternativas nas práticas em saúde.

Na análise do texto completo foram analisados na íntegra 21 artigos, onde todos atenderam aos critérios de inclusão propostos na metodologia deste estudo. Sendo importante que na seleção dos artigos para amostra final, que todos os artigos respondam à questão norteadora deste estudo.

Fontes de informação	Artigos encontrados	Artigos selecionados
Web of Science	505	06
Scopus	88	04
PubMed	884	09
LILACS	22	0
Scielo via Web of Science	21	02
Cinahl	861	0
Total	2381	21

Quadro 02: Processo de seleção. Niterói, Rio de Janeiro, 2016.

Fase 3 – Processo de seleção**Identificação****Figura 01:** Fluxograma do processo de seleção da amostra, Niterói, Rio de Janeiro, 2016.

3.3 ETAPA 3: Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos

Procedeu-se à definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados . Para a análise e posterior síntese dos 21 artigos que atenderam aos critérios de inclusão elaborou se **dois instrumentos** para a coleta das informações visando responder à questão norteadora da revisão.

A análise e a interpretação dos dados foram realizadas de forma organizada e sintetizada por meio da elaboração de dois quadros sinópticos que compreenderam os seguintes itens: **Instrumento 01** - identificação do estudo, autores, fonte de informação, periódico e ano de publicação (**apresentado no quadro 04 do item 04**); **Instrumento 02**- objetivos, método, amostra estudada, principais resultados e categoria do estudo (**apresentado no quadro 05 do item 04**).

Foi utilizada a técnica de análise temática (MINAYO, 2010), para uma compreensão de núcleos temáticos mobilizados na construção dos problemas de estudo. Após esse procedimento, os estudos foram categorizados em quatro núcleos temáticos, que subsidiaram a interpretação e apresentação dos resultados da revisão, a saber:

Número de identificação	Categoria
I	O uso de mais de duas tecnologias não farmacológicas no processo de parto e nascimento
II	A aromaterapia isolada ou somada a mais uma tecnologia
III	A aplicação de frio e ou calor isolada ou somada a mais uma tecnologia
IV	O uso da bola suíça/bola de parto isolada ou somada a mais uma tecnologia
V	A massagem isolada ou somada a mais uma tecnologia
VI	A acupressão isolada ou somada a mais uma tecnologia
VII	A mobilidade da parturiente

Quadro 03: Categorias e números de identificação. Niterói, Rio de Janeiro 2016.

As temáticas que se destacaram no conjunto dessas publicações perante a análise temática dos estudos forma: “O uso da aromaterapia isolada ou somada a mais um método na busca pela diminuição na intensidade da dor, duração do trabalho de parto e na ansiedade da parturiente; e o uso de mais de duas tecnologias não farmacológicas no processo de parto e nascimento”.

3.4 ETAPA 4: Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa

Foi realizada uma análise crítica dos estudos selecionados, observando os aspectos metodológicos, a similaridade entre os resultados encontrados. Sendo esta análise realizada de forma minuciosa, buscando respostas para os resultados diferentes ou conflitantes nos estudos (a avaliação dos estudos é apresentada no **item 04**).

3.5 ETAPA 5: Interpretação dos resultados

É feita uma discussão dos principais resultados na pesquisa convencional, se houver identificação de lacunas, serão apontadas sugestões pertinentes direcionadas a futuras pesquisas na assistência à saúde.

Os resultados foram fundamentados na avaliação crítica dos estudos selecionados, tendo realizado comparação dos estudos e das temáticas abordadas frente ao objeto de pesquisa proposto. Assim, foi observado o conhecimento científico acerca das práticas não farmacológicas de alívio a dor no contexto do parto e nascimento, as implicações resultantes dessas práticas, como as lacunas do conhecimento.

Por meio da revisão integrativa realizada, foi possível identificar uma amplitude do tema ainda reduzida, sendo observado que dentro da equipe de saúde quem se utiliza dessas práticas são em maioria enfermeiras com ou sem capacitação em obstetrícia, e em poucos países, os acompanhantes de escolha da parturiente quando treinado para tal apoio, podemos observar também algum apoio da equipe médica.

Ainda que estabelecido ganhos pontuais e de profunda importância em diversos aspectos na vida das mulheres na transição do partear, parir e acalentar. Entretanto há de se realçar como um ganho para o profissional de enfermagem o desenvolvimento de habilidades, atualização científica em prol de benefícios à parturiente, à mulher enquanto indivíduo. E estimar que o enfermeiro consiga cada vez mais ocupar este espaço com respeito e sabedoria.

3.6 ETAPA 6: Apresentação da revisão/síntese do conhecimento

Como conclusão desta revisão integrativa, foi realizada elaboração do resumo das evidências disponíveis, com a produção dos resultados (a síntese do conhecimento é apresentada a seguir nos resultados).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As práticas não farmacológicas de alívio a dor no processo de parto e nascimento tem sido abordada de maneira ampla na literatura no período analisado. Entre 2011-2016, a produção da amostra foi de 21 publicações, onde nos anos de 2011, 2012, 2013 tiveram três publicações em cada ano. Já em 2014 foram oito publicações, enquanto no ano de 2015 foram encontrados novamente três e apenas uma publicação em 2016 acerca do objeto do estudo.

Os autores são filiados a campos do conhecimento, como: medicina, psicologia, enfermagem, voltados para o cuidado em obstetrícia. A maioria das publicações (19) foi encontrada em periódicos internacionais, enquanto há uma pequena produção de trabalhos (2) nas revistas brasileiras.

As classificações das revistas encontram-se em: A1, A2, B1 ou B2, com oito artigos cadastradas na plataforma sucupira pelo sistema Qualis de avaliação de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) do Ministério da Educação, no ano de 2014, sendo sete artigos em revistas classificadas como A1 e A2, e oito publicações com a classificação em B1 e B2, o que sinaliza um reconhecimento da qualidade das produções, mas podemos observar seis artigos sem a classificação, por serem revistas internacionais.

No que tange à metodologia das vinte e uma produções em que se baseiam na abordagem qualitativa em quatro estudos, doze no método quantitativo e cinco quantitativos-qualitativos.

As temáticas que se destacaram no conjunto dessas publicações perante a análise temática dos estudos foram: “O uso da aromaterapia sozinha ou associada aos métodos na busca pela diminuição na intensidade da dor, duração do trabalho de parto e na ansiedade da parturiente.”

No que diz respeito aos objetivos dos estudos, utilizando referenciais teóricos, e metodológicos, em próximos, em linhas gerais, os artigos tiveram como foco identificar a eficácia da utilização dos métodos não farmacológicos de alívio à dor e ansiedade ao longo do trabalho de parto e parto na assistência oferecida a parturiente. Apresentando como foco a efetividade do alívio.

Os quadros de síntese apresentam as informações extraídas dos 21 estudos selecionados. **Quadros 04 e 05:**

Nº	Identificação do estudo	Autores	Fontes de informação	Periódicos	Ano
1	Effect of Massage Therapy on Duration of Labour: A Randomized Controlled Trial	Bolbol-Haghighi, N. Masoumi, S. Z. Kazemi, F.	Web of Science	Journal of Clinical and Diagnostic Research : JCDR	2016
2	The effect of aromatherapy by essential oil of orange on anxiety during labor: A randomized clinical trial	Rashidi-Fakari, F. Tabatabaeichehr, M. Mortazavi, H.	PubMed	Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research	2015
3	Application of Nonpharmacologic Methods to Relieve Pain during Labor: The Point of View of Primiparous Women	Gayeski, M. E. Brüggemann, O. M. Monticelli, M. dos Santos, E. K. A.	SciELO-Web of Science	Pain Management Nursing	2015
4	Complementary and alternative therapies to relieve labor pain: A comparative study between music therapy and Hoku point ice massage	Dehcheshmeh, F. S. Rafiei, H.	SciELO via Web of Science	Complementary Therapies in Clinical Practice	2015
5	Effects of SP6 Acupuncture Point Stimulation on Labor Pain and Duration of Labor	YesilcicekCalik, K. Komurcu, N.	PubMed	Iranian Red Crescent Medical Journal	2014
6	The influence of cold pack on labour pain relief and birth outcomes: A randomised controlled trial	Shirvani, M. A. Ganji, Z	SciELO via Web of Science	JournalofClinicalNursing	2014
7	Aromatherapy With Citrus Aurantium Oil and Anxiety During the First Stage of Labor	Namazi, M. Akbari, S. A. A. Mojab, F. Talebi, A. Majd, H. A. Jannesari, S.	Web of Science	Iranian Red Crescent Medical Journal	2014
8	Compare the effects of aromatherapy with rose oil and warm foot bath on anxiety in the active phase of labor	Kheirkhah, M. Pour, N. S. V. Nisani, L. Haghani, H.	Web of Science	Iranian Red Crescent Medical Journal	2014
9	The effect of lavender aromatherapy on pain perception and intrapartum outcome in primiparous women	Kaviani, M. Azima, S. Alavi, N. Hossein, M	Scopus	British JournalofMidwifery	2014
10	Comparison of the effect of aromatherapy with Jasminumofficinale and Salvia officinale on pain severity and labor outcome in nulliparous women	Kaviani, M. Maghbool, S. Azima, S. Tabaei, M. H.	PubMed	Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research	2014
11	Swiss ball to relieve pain of primiparous in active labor	Gallo, Rubneide Barreto Silva Santana, Licia Santos Marcolin, Alessandra Santana, Licia Santos Marcolin, Alessandra	SciELO-Web of	Revista Dor	2014
12	The effect of LI4 acupressure on labor pain intensity and duration of labor: A randomized controlled trial	Dabiri, F. Shahi, A.	Scopus	Oman Medical SpecialtyBoard	2014

13	The effect of intermittent local heat and cold on labor pain and child birth outcome	Ganji, Z. Shirvani, M. A. Rezaei-Abhari, F. Danesh, M.	PubMed	Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research	2013
14	Evaluation of the Bonapace Method: a specific educational intervention to reduce pain during childbirth	Bonapace, J. Chaillet, N. Gaumond, I. Paul-Savoie, É Marchand, S.	PubMed	JournalofPainResearch	2013
15	Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto	Barbieri, Márcia Henrique, Angelita José Chors, Frederico Molina Maia, Nathália de Lira Gabielloni, Maria Cristina	Scielo- Web of Science	Acta Paulista de Enfermagem	2013
16	The relationship between a woman's position during labor and the level of feeling pain in the active phase of labor	Rana, D.	Scopus	Life Science Journal	2012
17	The Efficacy of Massage Therapy and Breathing Techniques on Pain Intensity and Physiological Responses to Labor Pain	Kamalifard, M. Shahnazi, M. SayyahMelli, M. Allahverdizadeh, S. Toraby, S. Ghahvechi, A.	PubMed	JournalofCaringSciences	2012
18	Comparing the effects of ice massage and acupressure on labor pain reduction	Hajiamini, Z. Masoud, S. N. Ebadi, A. Mahboubh, A. Matin, A. A.	Scopus	Complementary Therapies in Clinical Practice	2012
19	Uso da bola suíça no trabalho de parto	Silva, Lia Mota e Oliveira, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Silva, Flora Maria Barbosa da Alvarenga, Marina Barreto	Scielo via Web of Science	Acta Paulista de Enfermagem	2011
20	Effect of heat therapy on pain severity in primigravida women	Fahami, F. Behmanesh, F. Valiani, M. Ashouri, E.	Scielo via Web of Science	Iran J Nurs Midwifery Res	2011
21	The Effect of Reflexology on Pain Intensity and Duration of Labor on Primiparas	Dolatian, M. Hasanpour, A. Montazeri, S. Heshmat, R. Majd, H. A	Scielo- Web of Science	Iranian Red Crescent Medical Journal	2011

Quadro 04: Instrumento de coleta de dados 1: Apresentação da síntese dos artigos incluídos na Revisão Integrativa: Identificação do estudo, autores, fontes de informação, periódicos e ano. Niterói/RJ, 2016

Nº	Objetivos	Métodos	Amostra estudada	Principais resultados	Categoria
1	Consiste em investigar os efeitos da massagem terapêutica através de sua aplicação por enfermeiras obstétricas na duração do trabalho de parto.	Ensaio clínico randomizado.	Participação consentida de 100 gestantes divididas em dois grupos A e B assistidas por 40 enfermeiras obstétricas instruídas sobre as técnicas de massagem e partograma.	A durabilidade da primeira e segunda fase do trabalho de parto do grupo que recebeu a massagem foi reduzida substancialmente. E houve elevação positiva na escala do apgar.	V
2	Investigar os efeitos da aromaterapia usando óleos essenciais de laranja em mulheres que se apresentam ansiosas durante o trabalho de parto.	Ensaio clínicos randomizado.	100 gestantes divididas em dois grupos, um controle e um de intervenção, porém somente 96 finalizaram a participação	O nível de ansiedade no grupo em que houve intervenção reduziu, comparado ao controle, bem como os níveis pressóricos diastólicos e batimentos cardíacos.	II
3	O acesso ao uso dos métodos não farmacológicos no alívio a dor durante o parto e nascimento, do ponto de vista de mulheres primíparas.	Estudo prospectivo, descritivo, exploratório, de corte transversal.	188 gestantes primíparas atendidas em um hospital que faz o uso dos métodos não farmacológicos de alívio a dor do parto e nascimento, Questionário com apenas uma questão e cinco opções de resposta.	Os métodos mais utilizados para alívio da dor durante o trabalho de parto são: suporte emocional por parte do acompanhante (97,3%) e banho quente de aspersão (91,5%), acompanhados de técnicas respiratórias e mudança de posição (87,8%), “bola de nascimento” (79,8%), suporte emocional da enfermagem (78,7%), atenção focal (69,7%), massagem manual (55,9%) e algumas vezes músicas (10,6%), massagem com uso de equipamentos (20,7%), sentar-se ao contrário na cadeira (29,8%).	I
4	Comparação do efeito de dois tipos de tecnologia não farmacológica de alívio a dor do parto: terapia com música e massagem a gelo no ponto Hoku na severa dor do parto.	Ensaio clínico randomizado.	90 mulheres primíparas, divididas nos grupos A-terapia por música, B-massagem com gelo no ponto Hoku e C-cuidados comuns usuais ao trabalho de parto.	Terapia a música e massagem com gelo no ponto Hoku são avaliados facilmente, são métodos de baixo custo e produzem efeitos similares no alívio da dor do trabalho de parto.	I
5	Avaliar os efeitos da acupressão SP6 sobre a dor do trabalho de parto, e seu tempo de	Ensaio clínico aleatório randomizado simples	100 primigestas divididas em 50 (SP6 acupressão), 50 (grupo controle)	Houve diferenças significativas, onde os efeitos da acupressão SP6 causou um decréscimo tanto na dor	VI

	duração em primigestas.			quanto na duração do trabalho de parto	
6	Avaliar a influência do frio local sobre a gravidade da dor no trabalho de parto e identificar o efeito de Resultados maternos e neonatais.	Ensaio clínico randomizado.	64 gestantes no início da fase ativa do trabalho de parto	O grau de dor foi menor no grupo de terapia fria durante a fase ativa e segunda fase. A duração de todas as fases foi menor no grupo de terapia fria em todas as fases. Frequência cardíaca fetal, laceração perineal, tipo de nascimento, aplicação de oxitocina e APGAR não foram significativamente diferentes entre dois grupos.	III
7	O presente estudo tentou determinar a eficácia da aromaterapia com óleo de Citrus aurantium na redução da ansiedade durante o primeiro estágio do parto.	Ensaio clínico randomizado	Dois grupos de gestantes, encaminhadas ao Hospital Vali-Asr (Tuyserkan, Irã) entre junho e setembro de 2013. O tamanho da amostra foi composto por 63 indivíduos em cada grupo	Antes da intervenção, ambos os grupos apresentavam os mesmos níveis de ansiedade. No entanto, os níveis de ansiedade em dilatações de 3-4 e 6-8 cm foram significativamente menores no grupo de aromaterapia em comparação com o grupo controle	II
8	Este estudo foi conduzido para comparar os efeitos da aromaterapia e óleo de rosa e banho de pés quentes sobre a ansiedade na fase ativa do trabalho de parto em mulheres nulíparas	Ensaio clínico randomizado	O estudo foi realizado em 108 pacientes (36 pacientes em cada grupo) e (36 controles). Quatro mulheres que receberam petidina, três devido à falta de cooperação em colocar as pernas no banho, uma devido à frequência cardíaca fetal abaixo de 100, uma suspeita de desaceleração, uma por falta de progressão do trabalho e duas sem contração efetiva que receberam oxitocina foram excluídas do estudo	Nossos resultados mostraram que a ansiedade em diferentes fases de parto após a intervenção reduziu significativamente em relação ao grupo controle. O escore de ansiedade após a intervenção foi significativamente diferente entre os três grupos no início da fase ativa. A pontuação de ansiedade no primeiro grupo foi menor do que em outros grupos e no segundo grupo foi menor do que no grupo controle	II
9	Os autores determinaram o	Ensaio controlado	160 participantes divididos em dois	Este estudo revelou que a aromaterapia diminuiu a	II

	efeito da alfazema na Aromaterapia na percepção da intensidade da dor e no resultado intraparto em primíparas	randomizado	grupos	dor do parto, mas não afetou a duração das fases de trabalho e dos índices de Apgar.	
10	O presente estudo tem como objetivo comparar o efeito da aromaterapia com jasmim e salvia sobre a gravidade da dor eo desfecho do parto em mulheres nulíparas	Ensaio controlado randomizado	156 nulíparas na fase ativa do trabalho de parto	Os resultados não mostraram diferenças significativas entre os três grupos em termos de idade, nível educacional, idade gestacional e pontuação média da gravidade da dor antes da intervenção. No entanto, observou-se diferença significativa entre os três grupos quanto à média da gravidade da dor no trabalho 30 min após a intervenção. A análise pós-hoc eo teste de LSD mostraram que aqueles que foram tratados com incenso de sálvia experimentaram significativamente menos dor	II
11	Este estudo teve como objetivo avaliar o efeito da bola suíça. Sobre alívio da dor e duração do trabalho ativo de primíparas.	Trata-se de um estudo randomizado	40 primíparas divididas em grupo de controle e grupo de exercícios de mobilidade pélvica durante 30 minutos durante a Trabalho.	Foi observada redução significativa da dor no grupo de estudo. Não houve diferença entre os grupos quanto à duração do trabalho de parto.	IV
12	Avaliar o efeito da acupressão LI4 sobre a dor e a duração do parto durante a primeira fase do parto	Ensaio clínico randomizado e único-cego.	Mulheres parturientes (n = 149) com gestações únicas na fase ativa do parto espontâneo, sem problemas médicos ou obstétricos, foram incluídas neste ensaio.	A diferença nos escores de dor entre o grupo de acupressão e o grupo controle foi estatisticamente significativa, mas não houve diferença estatisticamente significativa na duração do primeiro estágio de trabalho entre os três grupos. A acupressão é uma técnica eficaz, não-invasiva e de fácil aplicação para reduzir a dor no trabalho de parto.	VI

13	O objetivo deste estudo foi investigar o efeito do calor intermitente e frio sobre a gravidade da dor e os resultados do parto.	Ensaio clínico randomizado	Sessenta e quatro mulheres parturientes foram recrutadas por amostragem intencional e alocadas aleatoriamente para o grupo intervenção (32 participantes) e controle (32 participantes).	Os resultados não mostraram diferenças significativas na gravidade inicial da dor (no início da fase ativa do trabalho de parto) entre o grupo de calor e frio e o grupo de controle, respectivamente, o trabalho e durante quatro estágios de avaliação da dor, a gravidade da dor no grupo de calor e frio foi significativamente menor do que no grupo de controle.	III
14	Os objetivos deste estudo multicêntrico de controle de casos foram: comparar os efeitos sobre a percepção da dor durante o trabalho de parto e o parto entre o BM, que aborda especificamente as técnicas de modulação da dor e TCTPs; compreender melhor a relação entre a progressão do trabalho de parto e a dor, utilizando métodos de mensuração validados; e determinar o potencial para conduzir um ensaio controlado aleatório robusto.	Ensaio clínico multicêntrico	O grupo de programas tradicionais de formação em parto (TCTP): Consistiu de 19 mulheres (dez multíparas e nove nulíparas). O grupo Método Bonapace (BM): 20 mulheres (oito multíparas e doze nulíparas). Todas treinadas desde a 23ª semana de gestação, sobre os métodos do seu grupo.	Em relação ao efeito global do BM, os presentes achados demonstram uma importante redução na intensidade da dor e percepção de desagrado com o BM, em comparação com TCTP. O efeito significativo do BM sobre a redução da intensidade da dor tanto para mulheres nulíparas quanto multíparas indica que um programa eficaz de manejo da dor pode ser útil para aumentar as atitudes de enfrentamento, independentemente da experiência anterior com o parto	I
15	Avaliar de forma isolada e combinada a utilização do banho quente de aspersão e exercícios perineais realizados com bola suíça durante o trabalho de parto e a percepção da dor	Estudo clínico experimental ou de intervenção, randomizado	15 gestantes com idade gestacional de 37 a 42 semanas completas	Os resultados indicam que a utilização associada dos métodos não farmacológicos para alívio dá dor, banho quente de aspersão e exercícios perineais com a bola suíça durante a fase de dilatação esta relacionada com a redução da dor da parturiente e promoção do conforto materno, quando associados.	III
16	Investigar os efeitos da mudança de	Ensaio clínico controlado	400 gestantes em fase ativa do	A posição sentada pode reduzir a dor nas costas e	VII

	posição da mulher na fase ativa do trabalho de parto, na sensação de dor ao longo desta entrega.		trabalho	a dor abdominal,também pode alterar o nível de dor intensa para o moderado e o nível de dor moderada em um leve na fase ativa do parto.	
17	Comparar a eficácia da terapia de massagem e técnicas de respiração sobre a intensidade da dor, respostas fisiológicas à dor do trabalho de parto, tipo de trabalho e os resultados	Ensaio clínico experimental ou de intervenção.	Inicialmente, foram selecionados 40 primigestas, satisfazendo os critérios de inclusão, divididos aleatoriamente em dois grupos de massagem 1 (M1) e respiração 1 (B1). Em seguida, outras 42 mães foram selecionadas com base nos mesmos critérios e divididas aleatoriamente em dois grupos de massagem 2 (M2) e respiração 2 (B2)	A massagem com dilatações de 4 e 6 cm e a respiração na maioria das dilatações diminuíram significativamente os escores de dor. A diferença média da intensidade da dor e das respostas fisiológicas à dor não foi significativa entre os grupos de massagem e de respiração na maioria das dilatações.	V
18	O objetivo deste estudo foi comparar os efeitos da massagem com gelo, da acupressão e do placebo na intensidade de dor no trabalho de parto em mulheres grávidas de hospitais selecionados em Teerã, Irã.	Ensaio clínico experimental ou de intervenção.	90 gestantes divididas aleatoriamente em três grupos (n ¼ 30) para receber massagem com gelo, acupressão ou placebo.	Massagem com gelo e técnicas de acupressão reduziram a dor durante o parto. No entanto, massagem com gelo proporcionou alívio da dor mais persistente. Devido aos altos níveis de intensidade e aumento da dor durante a fase ativa do parto, sugere-se que a repetição dessas técnicas na primeira fase do trabalho de parto pode ser uma técnica eficaz, acessível, eficaz em termos de custos e em reduzir a intensidade da dor do parto.	I
19	Caracterizar o uso da bola suíça na assistência à parturiente em serviços de atenção obstétrica vinculado ao Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo e identificar as características de seu emprego na	Estudo descritivo com base em entrevistas estruturadas	35 enfermeiras que prestavam assistência às parturientes.	O estudo apontou que as enfermeiras atribuem benefícios ao uso da bola suíça no trabalho de parto. Ensaios clínicos são necessários para avaliar seus efeitos e subsidiar a elaboração de orientações para seu uso.	IV

	assistência à parturiente por enfermeira obstétricas.				
20	O objetivo do estudo foi determinar Efeito da terapia de calor sobre a dor de parto em mulheres primigrávidas	Ensaio clínico controlado	64 mulheres nulíparas de baixo risco foram divididas aleatoriamente em terapia de calor e cuidados de rotina	Os resultados da pesquisa mostraram uma diminuição significativa na intensidade da dor no grupo de terapia de calor na primeira fase e na segunda etapa do trabalho de parto. A terapia de calor além de seus efeitos benéficos, causa a mãe a sentir a dor do parto em uma menor dor gravidade.	III
21	O objetivo desta pesquisa foi determinar o efeito da reflexologia sobre Intensidade da dor, bem como determinar a duração do parto em primíparas	Ensaio clínico randomizado	120 mulheres parturientes com Gravidez de baixo risco em três grupos	A intensidade da dor em todos os três estádios da dilatação cervical foi significativamente menor no grupo de reflexologia. Durante o estágio de dilatação de 4-5 cm, aqueles que receberam cuidados de rotina relataram dor, mais do que as mulheres no grupo apoiado emocionalmente, mas não houve diferenças significativas nas últimas fases do parto. Isto indica que a reflexologia poderia diminuir a duração do primeiro, segundo e terceiro estádios do trabalho de parto.	V

Quadro 05: Instrumento de coleta de dados 2: Apresentação da síntese dos artigos incluídos na Revisão Integrativa: objetivos, métodos, amostra estudada, principais resultados e categorias. Niterói/RJ, 2016.

4.1 O uso de mais de duas tecnologias não farmacológicas no processo de parto e nascimento

A percepção de dor ao longo do processo de parto e nascimento pode se apresentar de maneiras distintas para cada mulher, está diretamente relacionada ao envolvimento tanto da mulher, da equipe que lhe assiste, do seu acompanhante, quanto do suporte emocional, físico, associados ao uso de tecnologias de alívio a dor, que trarão benefícios no desenvolver deste processo e no pós-parto (GAYESKI et al,2014).

A dor sentida pode estar em duas dimensões: sensorial e afetiva. Mas na prática hospitalar, a exemplo do Brasil, o foco está na dor física, em decorrência disto presenciamos o uso de fármacos para contenção da dor, como a analgesia peridural, que traz resultados benéficos quanto ao alívio da dor, mas também proporciona sérios efeitos colaterais. Incluindo debilidades no sistema nervoso central, redução dos batimentos cardíacos maternos, distensão muscular prolongada e aumento da segunda fase do trabalho de parto (HAJAMINI et al, 2012). A qual cerca de 30% das mulheres em trabalho de parto é submetida, por terem efeito imediato, já as que desejam participar ativamente, se envolver com seu corpo e sentimentos em cada etapa do processo de nascimento declinam a essa intervenção, começam a falar sobre suas vontades, seus medos se informar e a fazer novas escolhas (GAYESKI et al., 2014).

A partir de estudos sobre a modulação da dor, vias de condução, sua origem, duração, permitiu a inovação dos métodos tradicionais, onde os métodos não farmacológicos para o alívio da dor vem se desenvolvendo, auxiliando a parturiente a lidar com seus medos, com formas de relaxamento, diminuição do estresse e ansiedade, controle do padrão respiratório, concentração. GAYESKI et al (2014), trazem a definição de três categorias de métodos não farmacológicos de alívio a dor: Redução de estímulos dolorosos; técnicas que ativassem receptores sensoriais periféricos e técnicas que estimulem a inibição do caminho descendente da dor. Que estão relacionados a aplicabilidade da tecnologia; como tecnologia pesada, representando o uso concreto de aparatos e mobiliário permanente disponível; tecnologia leve-pesada, baseada no conhecimento estruturado do profissional de saúde e sua capacidade organizacional; e a tecnologia leve relacionada ao conhecimento adquirido, aquele ao qual nos apropriamos através de experiências relacionadas a saúde, a processos que envolvem trabalho em saúde e sua utilidade.

Desta forma vem se ampliando as práticas do cuidado em distintas e cada vez mais complementares tecnologias. Como o uso do banho quente de aspersão ou imersão, a bola suíça/bola de parto com uma prosposta lúdica e efetiva neste processo com diversas aplicabilidades, calor e ou frio local, acupuntura, estimulação elétrica transcutânea (aplicação de uma corrente de baixa voltagem para pele, através de eletrodos), injeção de água estéril em locais da região lombar, massagens, aromaterapia, audioanalgesia, exercícios respiratórios, musicoterapia (DEHCHESHMEH e RAFIEI, 2015).

Quando associadas a atenção focal, suporte contínuo, carícias, a ouvir a mulher, oferecer segurança e tranquilidade, informações atualizadas cientificamente, proporcionam uma atenção com olhar integral. Possibilitando a parturiente a vivência de experiências

transformadoras. A utilização das tecnologias combinadas vem demonstrando diversos benefícios a parturiente e ao recém nascido, neste sentido a terapia a frio, mais massagem e acupressão trazem resultados significantes na redução da intensidade da dor no trabalho de parto, bem como em sua primeira e segunda fase. Onde instrumentos distintos podem ser usados com este propósito, uma luva descartável contendo gelo, bastões de gelo auxiliando nos movimentos de rolamento para massagem e em pontos de acupressão, toalhas embebidas em água gelada (HAJAMINI et al, 2012).

Um método que vem sendo utilizado de maneira diferenciada dos programas tradicionais de cuidado no processo parturitivo é o Bonapace Método, onde diversas técnicas são utilizadas para hiperestimular a analgesia durante as contrações, similar a pontos de acupuntura, nesta perspectiva o método se combina de forma endógena na modulação da dor, demonstrando eficácia com o uso de massagem específica, deambulação, yoga, acupressão. Neste cenário a yoga tem demonstrado que a composição corpo e mente podem promover efeitos positivos na redução da dor e na promoção da saúde fetal. Assim como a combinação de tecnologias não farmacológicas de cuidado. Compondo este evento como transformador para a vida da mulher, uma experiência intensa e por vezes indescritível (BONAPACE et al, 2013).

Este conjunto de possibilidades, promove benefícios a curto e longo prazo a mulher e ao recém nascido, diminui os pedidos por analgesia peridural, cesarianas e uso de fórceps, bem como os escores de dor, tempo de trabalho de parto, níveis de ansiedade e de insatisfação, na experiência do parir.

De acordo com World Health Organization (WHO), as terapias medicinais complementares vem, sendo utilizadas com o propósito de prevenir e proteger, e está sendo largamente utilizada levando alguns países a considerar a inclusão destas práticas no currículo educacional nos cursos de enfermagem e obstetrícia (BONAPACE et al, 2013).

4.2 A aromaterapia isolada ou somada a mais uma tecnologia

A aromaterapia é um tratamento complementar não medicalizado, aplicado usando os sentidos do toque e cheiro. Cada vez mais utilizados os óleos essenciais, com um aroma delicado, levemente doce, por vezes aveludado, cítrico, amadeirado. Como a lavanda, eucalipto, jasmim, rosa e laranja, estão trazendo efeitos significativos na percepção da dor, na ansiedade das parturientes e conseqüentemente na duração das fases do processo parturitivo, quando escolha bem aplicada inspira um toque de sensibilidade e sabores. Ao ser inalado

impulsiona os receptores sensitivos através do cérebro, envolvendo partes neurológicas específicas e substâncias que se harmonizam de maneira inebriante resultando em mudanças físicas e psicológicas. Obtendo resultados efetivos na redução da dor e da ansiedade (KAVIANI et al, 2014).

A ansiedade é o principal responsável pelo aspecto psicológico da mulher em trabalho de parto, cerca de 80% apresenta esta desordem ao longo do processo. Mulheres com níveis baixos de estresse e ansiedade relatam experiências de melhor satisfação na parturição, já em altos, levam a grandes espasmos dos músculos do assoalho pélvico e perineais, causando aumento da dor. Pode também vir a diminuir a amplitude e frequência das contrações uterinas, prolongando o trabalho de parto e a possibilidade de uma intervenção cirúrgica como a cesariana (NAMAZI et al, 2014).

As essências podem ser aplicadas de diferentes formas; na massoterapia, no uso de incensos, na banheira ou na simples inalação. A Sálvia, por exemplo, pode ser usada no desconforto gastrointestinal, no fortalecimento do sistema imune, nos fogachos da menopausa. Mas é contraindicada para quem sofre de epilepsia, durante o primeiro trimestre da gestação e no período de lactação. A Jasmim tem efeitos analgésicos, sedativos e propriedades anti-depressivas. A Lavanda traz efeitos relaxantes e tranquilizantes, onde estudos indicam seu uso para redução da dor, criando calma ao longo do parto (KHEIRKHAH et al, 2014).

O óleo essencial de Rosa atua diretamente no sistema nervoso central diminuindo em até 71% os níveis de ansiedade intraparto. O de Citrus Arantium promove esta redução através do sistema límbico olfatório, diminui os níveis pressóricos arteriais, tem efeito sedativo e analgésico, antiespasmódico e efeitos antidepressivos similares à fluoxetina. O óleo essencial de Laranja, conhecido como laranja doce oferece um declínio na ansiedade da mulher. Sendo constatado ainda, que este efeito ocorre também no feto, ultrapassando a barreira placentária, através da via respiratória e ainda na amamentação (NAMAZI et al, 2014).

Os óleos absorvidos pela inalação interagem com enzimas e canais receptores onde o cérebro for estimulado eventualmente, com o corpo, com a vascularização e receptores do sistema nervoso central, reduzindo também de maneira proeminente a ansiedade no primeiro estágio do trabalho de parto. Os receptores olfatórios ao perceberem o odor, convertem mensagens para o cérebro reativando memórias afetivas, vivências, emoções. Podem estimular a liberação de endorfinas na corrente sanguínea, minimizam a sensação de ansiedade, adormecem um pequeno nível de consciência, de noradrenalina e a estimulação

simpática. Seus efeitos benéficos são amplos e comprovados e ainda poder ser antagonizados pela manjerona (FAKARI et al, 2015).

Os óleos utilizados com saber científico têm efeitos benéficos, não invasivos, são de fácil aplicabilidade e de baixo custo. Podendo ser introduzidos a equipe de saúde de maneira simples e prática.

4.3 A aplicação de frio e/ou calor isolada ou somada a mais uma tecnologia

A dor do parto pode se apresentar como uma dor distinta as outras, a contração uterina e espasmos musculares, não vêm de um trauma ou procedimento invasivo. Várias etiologias consideram a hipoxemia, pressão nos gânglios neuronais, distensão da cérvix peritônio, estiramento vaginal, pressão na pelve, principalmente na segunda fase do trabalho de parto, como responsáveis por esta dor. A progressão deste trabalho está diretamente relacionada a distensão da vagina e períneo, e contratilidade, não sendo possível simplesmente remover a dor. Mas algumas mulheres referem a diminuição desta dor em pequenos intervalos ou mesmo cessação (SHIRVANI e GANJI, 2013).

Uma tecnologia leve que vem sendo utilizada pelo seu baixo custo e facilidade de manipulação é a aplicação do frio e ou calor local. O que pode se dá através de água corrente, bolsas de água ou gelo em cubos amparados por uma gaze, bastões de gelo ou gel congelado que facilitem o rolamento para massagem, toalhas embebidas em água, compressas, banhos. Sendo considerado um analgésico não farmacológico sensorial, com efeitos benéficos semelhantes a uma anestesia local, mas sem os efeitos colaterais de um método farmacológico. Vários mecanismos estão envolvidos nos efeitos analgésicos da terapia a frio, como a mudança na velocidade da condução nervosa, no bloqueio da dor, no desvio da mente para ela. Alguns artigos apontam o uso do gelo local repetidamente em intervalos de trinta minutos, pode ser mais efetivo do que a acupuntura (GANJI et al, 2013).

Os efeitos do frio na diminuição da ansiedade ocorrem pelo declínio das catecolaminas, aumentando os níveis de endorfina. Ele pode bloquear a transmissão neural em fibras sensoriais e como conseguinte a baixa na dor. Já o calor local pode estimular sensores de calor na derme e em tecidos mais profundos, onde impulsos distintos neutralizam-se ao nível de medula espinhal, impedindo impulsos de dor de chegar até o cérebro (FAHAMI et al, 2010).

Em geral a aplicação do frio e do calor aparece de forma isolada, mas algumas pesquisas vêm demonstrando eficácia com a combinação dos dois métodos, quando

comparados aos cuidados de rotina. A aplicação desses pode ser realizada em dor na lombar, abdome (parte inferior) e períneo, reduzindo substancialmente a dor, o primeiro e terceiro estágios do trabalho de parto. Os quais se dão através de bolsas de água (líquida, sólida) banhos, toalhas, escalda pés, em pequenos intervalos entre um e outro, mas no mesmo local do corpo. Como por exemplo, a água quente com uma temperatura de 38-40 ° C o abdome inferior e parte inferior das costas são cobertos com toalha embebida, por meia hora durante as contrações. Depois, troca e aplica-se gelo coberto com toalha nas mesmas partes do corpo por 10 minutos. As pacientes que vivenciaram este processo afirmam que este oferece uma sensação mais de longa de diminuição da dor local (GANJI et al, 2013).

Em geral as mulheres experimentam a dor mais intensa na segunda fase do trabalho de parto, e pedem para aumentar o calor e diminuir o frio, uma vez que o calor aumenta a circulação sanguínea local durante as contrações, traz sensação de conforto para a mãe, o que leva ao aumento de endorfina e ocitocina, onde a mulher se entrega ao trabalho e no pós-parto imediato, estimula o desprendimento da placenta (BARBIERI et al 2013).

Ao considerarmos a importância do uso de intervenções, que contribuem para o alívio da dor do parto, incentivando o parto natural, vem sido realizada a combinação destes métodos com a bola suíça ou bola de parto. Barbieri et al (2013), apontam que o banho de aspersão quente com a parturiente sentada sobre a bola de parto, diminuem significativamente os escores de dor entre os intervalos e após a terapia, mais do que o uso da bola sozinha.

Métodos de fácil aplicabilidade e escolhido entre as mulheres, que não requerem gastos com capacitação de profissionais, lúdico, que respeita a liberdade da mulher, acredita em sua dor e suas necessidades fisiológicas. Uma ferramenta potente de auxílio nesse processo de parturição.

4.4 O uso da bola suíça/bola de parto isolada ou somada a mais uma tecnologia

Amplamente conhecida nos centros de partos normais, aparece como instrumento lúdico, rico de possibilidades. A “Stability Ball” foi desenvolvida em 1963 na Itália como brinquedo infantil, passando a ser usada na reabilitação neurológica de crianças, posteriormente foi denominado de “BolaSuíça” e em 1970 começou a ser empregada em problemas posturais. O uso em obstetrícia se iniciou na década de 1980, através de obstetrias em uma maternidade na Alemanha, no auxílio da progressão do trabalho de parto. Essas

acreditavam que seu uso ajudava na descida e rotação do feto (SILVA; OLIVEIRA et al, 2011).

A movimentação e a postura vertical podem diminuir a dor da parturiente, facilitam à circulação sanguínea materno-fetal, e a descida do feto pela pelve, pode melhorar os efeitos das contrações uterinas e diminuir o trauma perineal. Assim, a Bola é uma das estratégias que promove livre movimentação, adoção de posições distintas, promove correção postural, relaxamento e alongamento, ao longo do parto. (BARBIERI et al 2013).

O uso da bola suíça desenvolve a musculatura do assoalho pélvico, os músculos levantadores do ânus e pubicocígeos e a fáscia da pelve, contribui para a participação ativa da mulher no processo parturitivo. Ainda pode ser combinado ao banho quente de aspensão, massagens, intensificando o cuidado, a diminuição do estresse, da ansiedade e fortalecendo a atenção focal na gestante (GALLO et al 2014).

A mobilidade ao longo do trabalho de parto proporciona aumento da tolerância a dor, melhora na evolução da dilatação, redução do uso de fármacos, e da duração da fase ativa. Os métodos que vem sendo adotados pela enfermagem durante o parto, promovem a redução do estresse materno e sua atuação como adjuvantes da posição vertical de maneira fisiológica relativa a posição supina. Estando esta posição relacionada a diminuição da circulação sanguínea, causando hipotensão, alterações da circulação uterina. Envolvendo um padrão de contrações ineficientes, podendo evoluir para uma distocia uterina e possível angústia fetal, aumentando a as chances de um nascimento cirúrgico (BARBIERI et al 2013).

A bola suíça é um recurso de alívio da dor no processo parturitivo, devendo ser incentivada aos profissionais que assistem a mulher. A intervenção no processo fisiológico aumenta os riscos de complicações para a mãe e o bebê. Se faz necessário a realização de mais pesquisas quanto ao seu uso, efetividade e protocolos que esclareçam quanto a limpeza e reutilização impedindo infecções cruzadas (SILVA; OLIVEIRA et al, 2011).

4.5 A massagem isolada ou somada a mais uma tecnologia

A massagem como um método utilizado historicamente, ainda é pouco avaliada em termos científicos, mas é amplamente aplicada no contexto do parto, quase que instintivamente, e se apresenta diminuído a dor, reduzindo secreção adrenalina, noradrenalina e aumentando as endorfinas, a liberação de ocitocina. O suporte contínuo a paciente com aplicação da massagem terapêutica diminui significativamente a duração da primeira e

segunda fase do trabalho de parto. A massagem leva a redução dos níveis de dor, elevam a confiança da mulher em seu próprio corpo.

As técnicas podem ser ensinadas e aprendidas por massoterapeutas, parteiras e profissionais da unidade hospitalar, um achado interessante é a massagem quando realizada pela Doula (acompanhante profissional de parto) apresentando melhores efeitos na mulher do que quando realizado pelo acompanhante de sua escolha, estando a Doula ao seu lado trazendo confiança em seu corpo, segurança no seu processo e dedicada somente aquela mulher, distintamente dos demais profissionais no ambiente hospitalar. E ainda houve melhores pontuações nos índices de Apgar em grupos de terapia de massagem do que em grupos de cuidados rotineiros (HAGUIGUI et al, 2016).

A massagem pode ser combinada ainda a exercícios respiratórios, pode trazer mais tranquilidade a mulher e direcionar sua atenção ao seu corpo, seu processo. Porém nos achados a associação dos métodos não trouxe resultados relevantes em termos de apgar do recém nascido, redução da intensidade da dor e tipo de parto. Havendo a necessidade de mais estudos e implementação prévia de técnicas respiratórias e de massagem durante a gestação e não somente no trabalho de parto (KAMALIFARD, SHAHNAZI et al,2012).

Neste contexto tem sido também utilizada a reflexologia como método não invasivo, é baseada em um sistema de zonas e áreas reflexas dos pés, palmas das mãos a refletir a imagem de um corpo inteiro, até mesmo sua parte muscular, nervos e glândulas. Onde se inclui a teoria de portão de dor, impulsos neurais, aumento de secreções com endorfinas e encefalinas, que melhoram a capacidade linfática e fluxo sanguíneo, excretando toxinas do organismo. Vem sendo utilizada ao longo da gestação para questões fisiológicas como náuseas e vômitos, edemas, constipação, dores de cabeça, durante o processo parturitivo e até mesmo no auxílio a amamentação. Dolantian et al (2011), apresentam a reflexologia a mulheres primíparas em fase ativa do trabalho de parto durante 20 minutos em cada pé. Obtendo resultados positivos, onde há uma redução na duração do trabalho de parto e aumento de tolerância a dor.

Um trabalho muito prolongado pode resultar em consequências ruins para a mãe e feto e a massagem, o toque preenche um vínculo necessário, podendo diminuir esse tempo de trabalho de parto (KAMALIFARD, SHAHNAZI et al,2012).

A massoterapia isolada ou combinada a outros métodos vem sendo cada vez mais utilizada por profissionais e acompanhantes em obstetrícia, sendo uma técnica simples, apesar de exigir treinamento, não requer equipamentos de tecnologias pesadas, sendo de baixo custo,

é acessível, simples, influencia a aproximação de pessoas, carinho e envolvimento (HAGUIGUI et al, 2016).

4.6 A acupressão isolada ou somada a mais de uma tecnologia

Esta tecnologia utilizada ao longo do processo de parir alivia a dor. É aplicada usando a ponta dos dedos para fazer pressão sobre pontos específicos do corpo. Pode aumentar a intensidade das contrações uterinas sem afetar sua duração e intervalos regulares. Pontos distintos podem ser usados no parto para indução do parto e redução da dor, como o ponto Hugo (LI4) ou intestino grosso (4), que são um dos 14 pontos meridianos principais no corpo. Se associados a terapia a frio os resultados são ainda melhores (DABIRI e SHAHI, 2014).

A acupressão estimula a liberação de endorfinas, sendo considerado um adorável método não farmacológico, por não causar efeitos adversos para a mãe ou bebê, reduz a dor na fase ativa do trabalho de parto. De acordo com a World Health Organization (WHO), reduz o encaminhamento para cesáreas, diminui o medo materno, estimulando um nascimento natural. As enfermeiras obstetras podem ser treinadas para utilizar este método que vem se demonstrando cada vez mais eficaz no campo da saúde, usá-los sozinhos ou juntamente a outros métodos. A acupressão trabalha com os mesmos pontos da acupuntura, mas sem o uso de agulhas, afeta as contrações uterinas estimulam a secreção de ocitocina (CALIK e KOMURCU, 2014).

Ela impede o aumento dos níveis de catecolaminas, beta-endorfinas e cortisol na gestante. Assim o metabolismo materno, o risco de acidose e efeitos cardiovasculares é evitado e o progresso do trabalho de parto é facilitado. O ponto SP6 é uma junção dos meridianos do fígado, baço e rins, se nos basearmos da medicina tradicional chinesa este ponto fortalece o baço, restabelecendo equilíbrio entre o sangue que circula nestes órgãos e também é utilizado no tratamento de condições reprodutivas da mulher (DABIRI e SHAHI, 2014).

A acupressão quando realizada nos pontos SP6 e LI4 é um método eficaz para diminuição dos níveis de dor na fase latente e início da fase ativa do trabalho de parto e duração do trabalho de parto. E ainda pode ser combinada a outros métodos de baixo custo. Podendo ser implantada na rotina clínica obstétrica através da capacitação de profissionais nesta área ou incluindo novos personagens a este cenário, que apresentem um olhar subjetivo e focal na mulher (CALIK e KOMURCU, 2014).

4.7 A mobilidade da parturiente

Algumas mulheres relatam pavor do trabalho de parto devido a dor que se intensifica pelas contrações uterinas e dilatação cervical e situações de violência no parto, que se define como qualquer ato ou intervenção direcionada à parturiente ou ao seu bebê, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher e/ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências (RANA, 2012).

Dentre tantas tecnologias citadas neste estudo, a mudança de posição ao longo do processo pode se combinar a elas ou ainda ser usada como uma tecnologia avulsa. A mulher pode ficar de pé, de cócoras, sentada, caminhando. No processo fisiológico do trabalho o corpo feminino busca diversos posicionamentos para distribuição da dor ou até mesmo no intuito de cessá-la, bem como fazemos quando somos acometidos por qualquer outro tipo de dor, como uma pancada, um corte, uma dor nas pernas, nos ombros.

Com os avanços da tecnologia e a necessidade de monitoramento contínuo dela e do feto, sua mobilidade foi ficando restrita a culminar na mais comumente utilizada posição litotômica, em destaque para o período expulsivo do parto. O que pressiona as artérias uterinas, diminuindo o retorno de sangue para o coração, levando por vezes a hipotensão e baixa do batimento fetal (RANA, 2012).

As mulheres na fase ativa do trabalho de parto que mudam de posição referem menos dor abdominal, em destaque para a posição supina. Este hábito de se manter em movimento e posição mais verticalizada era uma prática comum, até o parto ser hospitalizado e as mulheres serem mantidas em leitos, em posição horizontal, facilitando os cuidados biomédicos indo de encontro a fisiologia do corpo feminino. O que reforça a importância destes movimentos para a mulher. A mobilidade aumenta a tolerância a dor, diminuição de uso de fármacos, auxilia na evolução e dilatação do processo parturitivo e redução da fase ativa (GALLO et al, 2014).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embasada em toda abordagem que trouxe esta revisão integrativa, é possível perceber o quanto a temática, a utilização das tecnologias não invasivas de alívio a dor no processo parturitivo é abrangente, oferece diversas possibilidades ao cuidado integral da mulher, mas ainda é pouco utilizada e estudada no cenário obstétrico brasileiro. Dentre todas as práticas apresentadas como o uso da bola suíça, as terapias de massagem, acupressão, calor e ou frio local, aromaterapia, mobilidade da mulher, uma percepção importante abordada na maioria dos artigos é a presença de alguém que confie no processo feminino, nas capacidades fisiológicas da gestante, que ofereça segurança, conforto, muito mais do que tecnologias.

A atenção focada ou “focused attention”, foi citada em muitos estudos, não como uma ferramenta tecnológica, mas como um cuidado subjetivo, que emprega toda diferença no acompanhamento do parto. Onde o profissional que está no momento acompanhando a gestante, se desligue do que é externo, do que não for urgente e escolha estar presente, no que é o presente para aquela parturiente. Este acompanhante pode ser o de escolha da mulher, e ou a parteira, a enfermeira, médico e ainda como uma novidade no cenário obstétrico hospitalar, a Doula. Esta, não como parte da equipe de saúde com saberes estruturados, graduados e imprescindíveis a saúde e bem estar da mulher e do bebê, mas como uma extensão deste cuidado, um apoio capacitado a mulher, um pequeno suporte para a equipe que devido a grande demanda hospitalar, não consegue estar exclusivamente com cada parturiente. Diversos personagens que vem gerando discussões importantes neste contexto.

A demanda hospitalar vem crescendo, e a rede pública e privada de saúde, aos poucos está inovando em espaço, atendimento, cursos de capacitação. Em busca de uma atenção mais humana, que valorize este processo em ambiente hospitalar. As políticas públicas de saúde, estão em processo de compreensão acerca do processo fisiológico que é o gestar e parir, sobre os direitos da mulher e seus reais desejos. Uma mudança gradual, de grande importância para as mulheres, pelo seu direito a uma escolha informada, a um atendimento respeitoso, seja uma primípara ou múltípara, o processo parturitivo será sempre único, com características individuais, necessitando de atenção profissional, física, mental, socioeconômica e do bem-estar familiar.

De maneira geral os 21 estudos da amostra tiveram resultados precisos, a partir do retorno imediato na utilização das tecnologias das VII categorias, focados em captar a diminuição dor, dos níveis de ansiedade e do encurtamento do trabalho de parto. O que foi

obtido em maioria, com resultados positivos, de acordo com as tecnologias não farmacológicas apresentadas. Proporcionando visibilidade ao fácil alcance destas tecnologias leves no cenário obstétrico, por serem comprovadamente de baixo custo, simples aplicabilidade, boa aceitação por parte das parturientes, sem efeitos adversos ou danosos a mãe e ao concepto.

Recursos que podem ser usados separadamente ou combinados, mas não substituem em tempo algum o contato humano, o profissional bem capacitado, o acompanhante de escolha da mulher em todo processo, culminando em parto por vias baixa ou alta, o olhar nos olhos, a fala que traz segurança e motivação, mãos dadas para trazerem força, o afeto e a crença verdadeira de confiança no processo fisiológico, singular e mutável do corpo feminino.

REFERÊNCIAS

- 1- ARMELLINI, C J. **Resgatando a palavra das mulheres: o acolhimento na parturição.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul. 2000.
- 2- FIELD, Tiffany M Massage therapy effects. **American Psychologist.** USA.v.53. 1998. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.53.12.1270>>Acesso em: ago 2016.
- 3- Zwelling, E. **O vercoming the challenges: maternal movement and positioning to facilitate labor progress.** MCN Am J Matern Child Nurs. 2010; 35 (2):72-80.
- 4- BARROS, Pereira. **Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial.** 2º ed. São Paulo: Roca, 2009. 464 p.
- 5- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Humanização do parto e do nascimento. Universidade Estadual do Ceará - Brasília:** Ministério da Saúde.2014. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília, Ministério da Saúde.
- 6- COSTA, Tonia; STOTZ, Eduardo Navarro; GRYNSZPAN, Danielle; SOUZA, Maria do Carmo Borges Naturalização e medicalização do corpo feminino: controle social por meio da reprodução. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação.** Botucatu.SP. v. 10 n. 20, p. 363-380, jul. /dez. 2006. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200007> Acesso em: ago. 2016.
- 7- MOLLART, L Single blind trial addressing the differential of two reflexology techniques versus rest, on onkle and foot oedema in late pregnancy. **Complement Ther Nurs Midwifery.**EUA.v.9. 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14556770>>Acesso em: ago 2016
- 8- FLOYD, Davis R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics.** Texas.USA.v.75.2001. Disponível em:<http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/the_technocratic_humanistic_and_holistic_paradigms_of_childbirth.pdf> Acesso em: ago. 2016.
- 9- DIAS, Marcos Augusto Bastos; DESLANDES, Sueli Ferreira. Reflexão sobre desafios profissionais no caminho da sua implementação. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.**v.23.RJ.Brasil.2007 Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400027>

Acesso em: ago.2016.

10- DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência no parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**.v.10.RJ. Brasil. 2005.Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019>

Acesso em ago.2016.

11- REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE. **Dossiê de Humanização do Parto Direitos sexuais e direitos reprodutivos**. SP.Brasil. 2002.Disponível em: < <http://www.redesaude.org.br/hotsite/2002/>>. Acesso em:ago.2016.

12- ZAFIROPOULOS, Markos. A teoria freudiana da feminilidade: de Freud a Lacan. **Reverso**.v.31.BH.Brasil. Disponível em:< <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/reverso/v31n58/v31n58a02.pdf> > Acesso em: ago.2016.

13- LINS, Auristela Maciel; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. O discurso da institucionalização de práticas em saúde: uma reflexão à luz dos referenciais teóricos das ciências humanas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**.v.18.2008.RJ.Brasil. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000300007 >.

Acesso em: ago.2016.

14- LOWE, K Nancy. The nature of labor pain. **Am Obst Ginecol**.v.186. 2002. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12011870> >. Acesso em: ago 2016.

15- MAIA, Ana Carolina Mendes Soares Benevenuto. Programa cegonha carioca: dilemas conceituais/programáticos e expectativas na atenção pré-natal.RJ. Brasil. 2014. Disponível em:< <http://smsrio.org/revista/index.php/revista/article/viewFile/129/135> >. Acesso em: ago.2016.

16- CARVALHO, Maria Luiza O renascimento do arto e do amor. **Revista Estudos Feministas**.v.10. SC.Brasil. 2002.Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000200022>

Acesso em:ago.2016

17- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Boas práticas na atenção do parto e nascimento**. Genebra, OMS; 1996. Disponível em: <http://static.hmv.org.br/wp-content/uploads/2014/07/OMS-Parto-Normal.pdf>> Acesso em: ago. 2016.

18- PEREIRA, Wilza Rocha. Poder, Violência e dominação simbólica nos serviços públicos de saúde. **Texto e Contexto Enferm**.v.13.SC.Brasil.2004.Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n3/a08v13n03.pdf>> Acesso em ago 2016.

- 19- Progianti, Jane Márcia; LOPES, Alessandra Silva; GOMES, Raquel Cristina Pitão A participação da enfermeira no processo de desmedicalização do parto. **Revista de Enfermagem UERJ**.v. 11. RJ.Brasil. Disponível em:< <http://www.facenf.uerj.br/v11n3/v11n3a06.pdf>>. Acesso em:ago 2016.
- 20- ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES. **Evidence Based Guidelines For Midwifery-Led Care in Labour**. ENG.2008. Disponível em:< <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Introduction.pdf>> Acesso em ago. 2016.
- 21- HAJIAMINI, Zahra; MASOUD, Sirati Nir. EBADI Abbas; MAHBOUBH, Afzali; MATIN, Ali Asgari. Comparing the effects of ice massage and acupressure on labor pain reduction. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, Iran, v.18.2012. Disponível em : <[http://www.ctcpjournal.com/article/S1744-3881\(12\)00041-2/abstract](http://www.ctcpjournal.com/article/S1744-3881(12)00041-2/abstract) > Acesso em: set.2016
- 22- GAYESKI, Michele Ediane; BRUGGEMANN, Odaléa Maria; MONTICELLI, Marisa; SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino Application of nonpharmacologic methods to relieve pain during labor: The point of view of primiparous women. **Pain Management Nursing**, Brazil, v.16, n.3.2015. Disponível em:< <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524904214001374>>. Acesso em: set.2016.
- 23- DEHCESHMEH, Faranak Safdari; RAFIEI, Hossein Complementary and alternative therapies to relieve labor pain: A comparative study between music therapy and Hoku point ice massage. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, Iran v.21.2015. Disponível em:< <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1744388115300050> >. Acesso em: set.2016.
- 24- BONAPACE, Julie; CHAILLET, Nils; GAUMOND, Isabelle; SAVOIE, Emille Paul; MARCHAND, Serge Evaluation of the Bonapace Method: a specific educational intervention to reduce pain during childbirth.**Journal of Pain Research**, USA, v. 6. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3772779/>>. Acesso em: set. 2016.
- 25- KAVIANI, Maasumeh; MAGHBOOL, Shahla; AZIMA, Sara; TABAEI, Mohammad Hossein Comparison of the effect of aromatherapy with *Jasminum officinale* and *Salvia officinale* on pain severity and labor outcome in nulliparous women. **Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research**, Iran. v.19. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4280734/> >. Acesso em: set. 2016.
- 26- FAKARI, Fahimed Rashidi; TABATABAEICHEHR, Mahbubeh; MORTAZAVI, Hamed The effect of aromatherapy by essential oil of orange on anxiety during labor: A randomized

clinical trial. **Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research**, Iran. v. 20. 2015.

Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4700683/>

>. Acesso em: set. 2016.

27- NAMAZI, Masoumeh; AKBARI, Seddigheh Amir Ali; MOJAB, Faraz; TALEBI Atefe; MAJDA, Alavi; JANNESARI Sharareh Aromatherapy with *Citrus Aurantium* oil and anxiety during the first stage of labor. **Iranian Red Crescent Medical Journal**, Iran v.16. 2014.

Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25068058>

>. Acesso em: set. 2016

28- KAVIANI, Maasumeh; AZIMA, Sara; ALAVI, Narges; TABAEI, Mohammad Hossein The effect of Lavander aromatherapy on pain perception and intrapartum outcome in primiparous women. **British Journal of Midwifery**, Inglaterra v.22. 2014. Disponível em:

<<http://web.b-ebsohost->

[com.ez24.periodicos.capes.gov.br/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=d968d566-ed24-40c1-90a3-363be96ecbdb%40sessionmgr103](http://web.b-ebsohost-com.ez24.periodicos.capes.gov.br/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=d968d566-ed24-40c1-90a3-363be96ecbdb%40sessionmgr103)>. Acesso em: set. 2016.

29- MASSOMEH, Kheirkhah; POUR, Nassimeh Setayesh Vali; NISANI, Leila; HAGHANI Hamid Comparing the effects of aromatherapy with rose oils and warm foot bath on anxiety in the first stage of labor in nulliparous women. **Iranian Red Crescent Medical Journal**,

Iran v.16. 2014. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4270653/>

>. Acesso em: set. 2016

30- SHIRVANI, Marjan Ahmad; GANJI Jila The influence of cold pack on labour pain relief and birth outcomes: a randomised controlled trial. **Journal of Clinical Nursing**, USA v. 23.

2013. Disponível em: <<http://onlinelibrary-wiley->

[com.ez24.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1111/jocn.12413/full](http://onlinelibrary-wiley-com.ez24.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1111/jocn.12413/full)>. Acesso em: set. 2016

31- GANJI, Zhila; SHIRVANI, Marjan A.; ABHARI Farideh Rezaei; DANESH Mahmonir The effect of intermitente local heat and cold on labor pain and child birth outcome. **Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research**, Iran v.18. 2013. Disponível em:

<<https://www-ncbi-nlm-nih-gov.ez24.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC3872865/>>.

Acesso em: set. 2016

32- BARBIERI, Marcia; HENRIQUE, Angelita José; CHORS, Frederico Molina; MAIA, Nathalia de Lira; GABRIELLONI Maria Cristina Warm shower aspersion, perineal exercises with swiss ball and pain in labor. **Acta Paulista de Enfermagem**. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000500012&script=sci_arttext>.

Acesso em: set. 2016

- 33- FAHAMI, Fariba; BEHMANESH, Fereshteh; VALIANI Mahboubeh; ASHOURI Elaheh Effect of heat therapy on pain severity in primigravida women. **Iran Jounal Nursing Midwifery Research**, Iran v.16. 2011. Disponível em: <<http://ijnmr.mui.ac.ir/index.php/ijnmr/article/view/314>>. Acesso em: set. 2016
- 34- GALLO, Rubneide Barreto Silva; SANTANA, Licia Santos; MARCOLIN, Alessandra Cristina; QUINTANA, Silvana Maria Swiss ball to relieve pain of primiparous in active labor. **Revista Dor**, SP.Brasil. v.15.2014. Disponível em: <<http://ijnmr.mui.ac.ir/index.php/ijnmr/article/view/314>>. Acesso em: set. 2016.
- 35- SILVA, Lia Motta; OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos; SILVA, Flora Maria Barbosa; ALVARENGA, Marina Barreto Uso da bola suíça no trabalho de parto. **Acta Paulista de Enfermagem** SP.Brasil.v.24.2011. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/235979742_Uso_da_bola_suica_no_trabalho_de_parto>.Acesso em: set. 2016
- 36- DOLANTIAN,Mahrokh; HASANPOUR, A; MONTAZERI, Sh; HESHMAT, R; MAJD, H Alavi The effect of reflexology on pain intensity and duration of labor on primíparas. **Iranian Red Crescent Medical Journal**, Iran. v.13.2011. Disponível em: <<http://ircmj.com/1809.fulltext>>. Acesso em: set. 2016.
- 37- BOLBOL-HAGHIGHI, Nahid; MASOUMI, Seyeden Zahra; KAZEMI, Farideh Effect of Massage Therapy on Duration of Labour: A Randomized Controlled Trial. **Journal of Clinical and Diagnostic Research : JCDR**, India. V.10.2016. Disponível em: <<https://www-ncbi-nlm-nih-gov.ez24.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC4866196/>> Acesso em: set. 2016.
- 38- KAMALIFARD, Mahin; SHAHNAZI, Mahnaz; MELLI, Manizheh Sayyah; ALLAHVERDIZADEH, Shirin; TORABY, Shiva; GHAVECHI, Atefeh The Efficacy of Massage Therapy and Breathing Techniques on Pain Intensity and Physiological Responses to Labor Pain. **Journal of Caring Sciences**, Iran.v. 1.2012. Disponível em: < <https://www-ncbi-nlm-nih-gov.ez24.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC4161071/>>. Acesso em: set.2016.
- 39- CALIK, Kiyem Yesilcicek; KOMURCU, Nuran Effects of SP6 Acupuncture Point Stimulation on Labor Pain and Duration of Labor. **Iranian red Crescent Medical Journal**. Iran.v16.2014. Disponível em: <<https://www-ncbi-nlm-nih-gov.ez24.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC4270652/>>. Acesso em: set.2016.
- DABIRI, Fatemeh; SHAHI, Arefeh The effect of LI4 acupressure on labor pain intensity and duration of labor: A randomized controlled trial. **Oman Medical Specialty Board**,

Omã.v.29.2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ez24.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC4289495/>>. Acesso em: set. 2016.

RANA, Dosti The relationship between a woman's position during labor and the level of feeling pain in the active phase of labor. **Life Science Journal**. US.v.9.2012. Disponível em: <http://www.lifesciencesite.com/ljs/life0904/063_11184life0904_422_425.pdf>. Acesso em: set.2016

APÊNDICE: CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Étapas da pesquisa	1º Semestre de 2015.2	1º Semestre de 2016	2º Semestre de 2016
Escolha do tema	X		
Delimitação do objeto de estudo	X		
Levantamento bibliográfico	X	X	
Delimitação da metodologia	X		
Coletas de dados		X	
Análise e interpretação dos dados		X	
Conclusão do Estudo			X
Revisão e elaboração do texto final			X
Elaboração de artigo			X
Apresentação da Monografia			X