



Introdução

1. INTRODUÇÃO

Algumas terapias farmacológicas e não-farmacológicas vêm sendo utilizadas para o controle da dor, ansiedade e outros sintomas manifestados pela mulher durante o trabalho de parto. Entre as farmacológicas, há várias drogas que foram e continuam sendo utilizadas para o alívio da dor, tais como opióides, cuja mais usada é a petidina, seguidos por derivados fenotiazídicos, benzodiazepínicos, bem como anti-espasmódicos, anestésicos e analgésicos infundidos por via peridural.¹ Estas intervenções farmacológicas embora sejam efetivas no controle da dor, interferem na progressão fisiológica do trabalho de parto. Além disto, os efeitos adversos destes fármacos sobre o feto e a mãe, em longo prazo, ainda não estão bem definidos.² Para o controle da ansiedade e demais sintomas, geralmente não são empregadas medidas farmacológicas específicas.

Entre os tratamentos não-farmacológicos para controle dos sintomas apresentados durante a gestação e parto, incluem-se as terapias alternativas e complementares (TACs) que vêm sendo cada vez mais usadas. Não há uma definição consensual em relação ao conceito de TAC, sendo estas também denominadas de “medicina complementar”, “terapias complementares”, “medicina alternativa” entre outros termos. Em 2002, a Biblioteca Nacional de Medicina (*National Library of Medicine*) incluiu o descritor (*Medical Subject Headings – MeSH*) *Complementary Therapies* e o definiu como sendo “práticas terapêuticas que não são consideradas como parte integrante da prática médica convencional alopática”. Para Zollman e Vickers³, a medicina complementar refere-se a um grupo de terapias não convencionalmente utilizadas na prática em saúde. No momento atual, estas definições não representam completamente as TACs, visto que terapias como a acupuntura já são utilizadas como estratégia para controle de diversos sintomas, sendo algumas vezes utilizadas como tratamento exclusivo.

Segundo estudo realizado na Alemanha⁴ avaliando 409.413 partos, as TACs foram utilizadas em apenas 8,5% dos partos, sendo que 3,7% usaram acupuntura e 4,8% outras TACs. Em estudo realizado com enfermeiras obstetras norte-americanas as mais usadas incluíam preparações a base de ervas, terapias biológicas (ex.: aromaterapia, vitaminas, óleos, etc.), terapias manuais (ex.:

acupuntura, acupressão, massagem, Reiki, hidroterapia, etc.), aplicações bioeletromagnéticas e intervenções mente-corpo (ex.: biofeedback, musicoterapia, yoga, oração, etc.).⁵ No Brasil, pela experiência/prática clínica, observa-se que em algumas maternidades também são utilizados: bola suíça ou do nascimento, “cavalinho pélvico” e exercícios de agachamento. Entretanto, a efetividade destas intervenções ainda não está plenamente estabelecida.

Algumas TACs têm sido adotadas durante o trabalho de parto para o controle da dor, ansiedade e para facilitar a descida da apresentação fetal. Segundo revisão bibliográfica e revisão de estudos clínicos^{2,6} as mais utilizadas são: banho de aspersão e imersão, massagens, acupuntura, relaxamento, deambulação, bola suíça⁷, exercícios respiratórios e estimulação elétrica transcutânea de nervos (TENS).

As TACs embora disponíveis em diferentes modalidades, nem todas tiveram sua efetividade confirmada no controle dos sintomas do trabalho de parto por ensaios clínicos controlados e randomizados desenvolvidos com parturientes. Contudo, o uso das TACs é aparentemente vantajoso em relação ao das terapias farmacológicas, pois tem menor custo⁸, facilita o estabelecimento do vínculo entre o enfermeiro e a mulher, favorece a autonomia dos enfermeiros, permite a inclusão do acompanhante no processo do parto, reduz o tempo do trabalho de parto e é aparentemente mais seguro para o feto do que as farmacológicas.^{2,9-11}

O enfermeiro que presta assistência à parturiente auxilia no esclarecimento das dúvidas e anseios em relação a esse período e pode atuar efetivamente no controle dos sintomas e desconfortos associados ao trabalho de parto seja prescrevendo ou implementando as TACs, buscando assim favorecer o vínculo e melhorar a qualidade da assistência prestada, visto que há o respaldo legal para que ele possa atuar com TAC pelo Conselho Federal de Enfermagem.¹²

O uso de TAC provavelmente requer maior tempo e acompanhamento direto da mulher durante o trabalho de parto pelo enfermeiro. O uso das TACs em maternidades poderia contribuir para aumentar as taxas de parto normal nos serviços de saúde, visto que o emprego destas terapias não somente está associado à redução da dor e ansiedade, mas também com a redução do tempo em trabalho de parto, sem oferecer riscos para mãe-feto e interferência na progressão fisiológica do trabalho de parto.^{9,10,13-18}

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza e estimula o parto normal, por ter menos riscos para a parturiente e para o feto. No Brasil o índice de cesárea ainda é considerado elevado. Segundo relatório do PNDS 2006¹⁹ (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde), de um total de 5.056 partos, 44% foram cirúrgicos, sendo esta taxa maior nas regiões Sudeste (51,7% dos partos da região) e Sul (51,6%). É importante ressaltar que estes percentuais são significativamente elevados, visto que a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que apenas 15% dos partos sejam cirúrgicos.²⁰ A fim de estimular e conscientizar os profissionais de saúde e as Instituições Hospitalares a atuarem de forma a diminuir o índice de cesárea, o Ministério da Saúde do Brasil (MS) vem implementando estratégias para incentivar o parto normal, a exemplo da concessão de verbas de incentivo para este fim.¹¹ O uso de TAC em maternidades poderia ser outra estratégia para incentivar o parto vaginal.

Em uma pesquisa sobre as expectativas das mulheres em relação ao tipo de parto verificou-se que o parto vaginal era a via esperada pela maioria das mulheres (74,7%). A principal justificativa para preferir a via vaginal para o parto foi à recuperação mais rápida.²¹ Em outro estudo realizado com gestantes também se observou que 90% das mulheres entrevistadas preferiram o parto normal pela sua praticidade de realização e medo da dor e desconforto no pós-operatório. As mulheres que optam pelo parto vaginal poderiam beneficiar-se do uso de TAC.²²

A prescrição destas terapias por enfermeiros obstetras durante a gestação e parto é bastante expressiva nos Estados Unidos da América, onde 78% relataram prescreve-las⁵ e também no Reino Unido.²³ Segundo estudo de revisão²⁴ recentemente publicado, a frequência de uso ou recomendação para o uso de TACs por enfermeiros durante gestação e trabalho de parto verificou que entre 65 a 100% das enfermeiras obstetras indicavam o uso de TACS por gestantes; 78% a 96% encaminham suas pacientes para profissionais de TAC. Esta revisão não identificou estudo que avaliasse frequência de uso de TACs por enfermeiros durante a assistência a mulher em trabalho de parto. No Brasil, ainda não é conhecida a frequência e indicação do uso destas intervenções por enfermeiros durante o trabalho de parto e os fatores associados a este uso, ou seja, se tem ocorrido transferência das evidências para a prática clínica dos enfermeiros em maternidade.



Questões de Pesquisa

2. QUESTÕES DE PESQUISA

Qual a frequência de uso de terapias alternativas e complementares por enfermeiros durante a assistência a mulher em trabalho de parto?

Quais são as terapias alternativas e complementares utilizadas por enfermeiros no acompanhamento da parturiente em maternidades públicas e privadas?

Quais são as características profissionais dos enfermeiros e das instituições de saúde associadas ao uso das terapias?



Objetivos

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Identificar a frequência e os fatores associados ao uso de terapias alternativas e complementares (TACs) por enfermeiros durante a assistência a mulher em trabalho de parto em maternidades públicas e privadas do Vale do Paraíba Paulista.

3.2. Objetivos Específicos

- Estimar a frequência de uso de TACs por enfermeiros durante a assistência a mulher em trabalho de parto.
- Analisar as associações entre uso das terapias alternativas e complementares e as características profissionais, da formação e do trabalho do enfermeiro e as características das instituições de saúde onde os enfermeiros atuam.



Hipótese

4. HIPÓTESE

O estudo foi delineado visando testar a seguinte hipótese:

Características sociodemográficas e de formação profissional do enfermeiro, da estrutura e funcionamento das maternidades são fatores associados ao uso de terapias alternativas e complementares por enfermeiros durante a assistência a mulher em trabalho de parto.



Contextualização do Tema

5. CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

5.1. O trabalho de parto

O trabalho de parto é um conjunto de fenômenos fisiológicos que ocorrem dentro de um período de tempo, após a 20ª semana de gestação, e que tem como objetivo a expulsão dos produtos da concepção. É caracterizado pela presença de contrações uterinas de intensidade e frequência crescente, resultando em apagamento e dilatação progressivos do colo do útero e descida da apresentação fetal.²⁵

O útero gravídico apresenta contrações uterinas desde o início da gestação, porém somente a partir da 28ª a 30ª semanas estas contrações começam a serem percebidas pela gestante. São as contrações de Braxton-Hicks e são indolores. À medida que a gestação evolui, essas contrações tornam-se mais frequentes e coordenadas. Ao redor da 40ª semana, a atividade uterina torna-se mais intensa, resultando no trabalho de parto, que é iniciado quando existem contrações uterinas ritmadas e que provocam alterações progressivas no colo do útero.²⁶

Os fatores que influenciam o parto são: trajeto, representado pela bacia óssea e revestimento músculo-aponeurótico; o objeto ou passageiro, mais conhecido como feto; e o motor, que é a contração das fibras uterinas. O equilíbrio entre esses três fatores resulta no parto vaginal ou normal. Qualquer alteração em alguns desses fatores pode desencadear a distócia, caracterizada por um progresso anormal no trabalho de parto, seja pela falta de passagem por estreitamento da bacia ou dilatação incompleta do colo do útero, seja pela desproporção entre feto e canal de parto, bem como pode ser por contrações uterinas ineficazes, denominadas distócia funcional.²⁷

O parto é dividido em quatro períodos clínicos: dilatação, expulsão, dequitação ou secundamento e greenberg. O primeiro período clínico ou dilatação é a etapa de evolução do trabalho de parto. Este período é subdividido em duas fases: fase latente e fase ativa (progressão). A fase latente ou pródromos de trabalho de parto (até 3 cm de dilatação cervical) é destinada ao apagamento e dilatação do colo

do útero. A fase ativa (a partir de 4 cm até dilatação total, 10 cm) é quando a dilatação pode estar quase por completa e o padrão da contração uterina está aumentando progressivamente, objetivando impulsionar o feto sobre o colo do útero para promover sua dilatação e favorecer a descida da apresentação fetal pela pelve materna, o que determina maior desconforto e dor próximo à região pélvica. A fase ativa ou de progressão pode ser associada à dor mais intensa devido ao aumento considerável da intensidade e potência da contração para promover a etapa final da descida da apresentação fetal pela pelve.^{15, 21}

Na fase de latência a parturiente, em geral, pode responder às orientações e intervenções devido à dor não estar tão intensa. Já na fase ativa, existe uma elevação da intensidade da dor associada ao aumento da frequência das contrações uterinas, alterando assim a resposta comportamental da parturiente. Esta pode vir a perder a capacidade de focar atenção; ter dificuldade de seguir as instruções; esquecer as técnicas respiratórias apropriadas; tornar-se mais ansiosa; e evitar interações sociais, embora tenha medo de ser abandonada ou deixada a sós, mesmo que por curtos períodos.^{28,29} Diante destas alterações comportamentais, o uso de intervenções que reduzam a ansiedade e o desconforto da parturiente, sem afetar a progressão do trabalho de parto, poderia contribuir significativamente para controle desses sintomas, especialmente da ansiedade e da dor.

5.2. Sintomas observados durante o trabalho de parto

5.2.1. Dor

O Comitê de Taxonomia da Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) conceitua dor como “experiência sensorial e emocional desagradável, que é associada ou descrita em termos de lesões teciduais”. É uma sensação desagradável localizada em uma parte do corpo, sendo sempre subjetiva. A palavra dor é utilizada de acordo com o aprendizado frente às experiências individuais prévias.³⁰

A dor é um fenômeno complexo e multidimensional, que segundo a Teoria do Comportamento de Melzack e Wall³¹, resultaria da interação entre aspectos cognitivos-avaliativos, sensitivos-discriminativos, afetivos, emocionais e culturais, assim como das experiências passadas. Desta forma, a dor não seria apenas uma

experiência sensitiva, associada ao sistema nociceptivo, mas também uma experiência multidimensional, modulada pelo sistema supressor de dor. Segundo esta teoria, o cérebro seria o centro que receberia, filtraria e modularia o estímulo doloroso. Entretanto, a teoria do comportamento não esclarecia como o sistema nervoso central executaria tais funções. Desta forma, posteriormente foi proposta a Teoria da Neuromatrix, segundo a qual cada indivíduo possuiria uma neuromatrix que receberia diversos impulsos (*input*) e produziria padrões de estímulos (*output*) que evocariam dor. Esta neuromatrix seria determinada por fatores genéticos e influências sensoriais.³² Segundo pesquisadores da área de obstetrícia, a Teoria de Neuromatrix poderia auxiliar na compreensão dos mecanismos pelos quais as terapias alternativas e complementares poderiam contribuir para o alívio da dor durante o trabalho de parto.³³

Um dos momentos relacionados à dor e ansiedade na vida da mulher é o da parturição. Para muitas, ao se pensar em trabalho de parto, relaciona-se imediatamente ao medo do desconhecido. A dor durante o trabalho de parto embora seja universal, cada mulher a vivencia de forma particular, pois tem experiências e neuromatrix diferentes, o que altera a sua tolerância ao estímulo doloroso. A dor é considerada de caráter universal devido ao efeito que as contrações uterinas causam ao organismo materno durante o primeiro período clínico do parto.^{25, 30}

Em relação à fisiologia da contração uterina, algumas causas da dor são a hipóxia da musculatura uterina e o estiramento cervical, vaginal e perineal durante o período expulsivo.³⁴ A associação entre evolução natural do trabalho de parto e dor justificaria o emprego de estratégias que pudessem promover a redução da dor, sem interferir na evolução do processo do trabalho de parto. Neste cenário, as terapias alternativas e complementares poderiam ser uma alternativa efetiva e segura, conforme será mais detalhadamente descrito neste trabalho.

Faz-se necessária a implementação de TACs que possam reduzir a dor e os desconfortos da parturiente, para que esta possa vivenciar o trabalho de parto com mais tranquilidade e sem interferência na sua progressão.

5.2.2. Ansiedade

O termo ansiedade embora seja mais comumente usado para referir-se a um estado transitório do organismo que varia de intensidade no decorrer do tempo,

também é empregado para referir-se a um traço de personalidade.³⁵ Segundo o DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) e a CID-10 (Classificação Internacional de Doenças), Transtorno de Ansiedade Generalizada é definido como: ansiedade generalizada e persistente, mas não restrita ou mesmo fortemente predominante em quaisquer circunstâncias ambientais em particular (isto é, ela é "livremente flutuante"). Os sintomas dominantes são variáveis, mas incluem queixas de nervosismo persistente, tremores, tensão muscular, sudorese, sensação de cabeça leve, palpitações, tonturas e desconforto epigástrico.³⁶

A ansiedade transitória é sintoma freqüentemente observado em mulheres durante a gestação e trabalho de parto, podendo ser associada à maior chance de nascimento pré-termo.³⁷ As justificativas para tal ansiedade são diversas. Se a gravidez pode ser considerada um período de maior vulnerabilidade, o parto pode também ser encarado como um momento crítico que marca o início de uma série de mudanças na vida da mulher, pois o parto é sentido como uma transição de um estado para outro, sendo uma situação que não pode ser evitada ou postergada. Outros fatores que poderiam contribuir para o aumento da ansiedade seriam a proximidade da data prevista e a incapacidade de prever como e quando será o desenrolar do trabalho de parto.³⁵

A ansiedade e os temores relacionados ao parto e ao novo papel de mãe também têm sido considerados como fatores contribuintes para o parto prolongado ou distócico (com dificuldade) em que não se verificam causas mecânicas ou médicas.³⁵ No trabalho de parto, a ansiedade é associada ao aumento dos níveis plasmáticos de cortisol e é caracterizada por um nível elevado de estresse quando são liberados diversos mediadores, tais como adrenalina e noradrenalina, que podem diminuir a atividade contrátil do útero no início da fase ativa do trabalho de parto e aumentar o tempo de duração do trabalho de parto.³⁸

Além dos fatores fisiológicos, a evolução do trabalho de parto pode ser influenciada por fatores psicológicos que desempenham papel importante, sendo uma preocupação desde 1970. Nesta época, já tinha sido identificada a relação entre o conflito relativo à aceitação da gravidez e a ansiedade na fase ativa do trabalho de parto. Os resultados demonstraram que certos fatores psicológicos na gravidez são preditivos de progresso no trabalho de parto.³⁹ Apesar da relação entre ansiedade e retardo do trabalho de parto já ter sido descrita, ainda se faz necessária

a avaliação de estratégias que possam promover controle e redução dos níveis de ansiedade para facilitar a progressão do trabalho de parto.

De acordo com o Ministério da Saúde²⁸, o acompanhamento pelo marido, companheiro, familiar próximo ou amigo oferece suporte psíquico e emocional pela presença reconfortante, do contato físico, para dividir o medo e a ansiedade, para somar forças, para estimular positivamente à parturiente nos momentos mais difíceis. Para tal suporte, o acompanhante não necessariamente precisa de preparo técnico.

Além do acompanhamento pelo parente ou companheiro, existe também o acompanhamento por outra pessoa, com treinamento específico para isto, a doula²⁸. Ela presta constante apoio à gestante e seu companheiro/acompanhante durante o trabalho de parto, aconselhando medidas para seu conforto, proporcionando e orientando contato físico e explicando sobre o progresso do trabalho de parto e procedimentos obstétricos que devem ser realizados. Em todas as situações, o importante é o oferecimento do suporte emocional durante o trabalho de parto.

Segundo ensaios clínicos, o suporte emocional oferecido durante o trabalho de parto é associado à redução das taxas de cesárea e partos fórceps⁴⁰ e necessidade de analgesia peridural.⁴¹ Além disto, as mulheres que receberam apoio emocional também tiveram uma experiência mais positiva em relação ao nascimento.⁴²

Em estudo de maior nível de evidência, ou seja, revisão sistemática⁴³, identificou-se que as mulheres que tinham apoio contínuo no intraparto eram susceptíveis de ter o tempo da progressão reduzido, eram mais propensas a ter parto vaginal espontâneo e eram menos propensas a ter analgesia intraparto ou para relatar a insatisfação com suas experiências de parto. Identificou-se também maiores benefícios quando o provedor de apoio emocional não era um membro da equipe do hospital. Diante dos benefícios, todas as mulheres deveriam ter o apoio durante todo o parto e nascimento.

A doula ou mesmo o familiar pode auxiliar o enfermeiro na implementação das TACs, encorajando e oferecendo suporte à parturiente na adesão às intervenções.

5.3. Terapias alternativas e complementares

Terapias alternativas e complementares (TACs) são práticas terapêuticas que não são atualmente consideradas como parte integrante da prática médica convencional alopática.³ Nas últimas décadas estas terapias vêm sendo cada vez mais utilizadas por profissionais de saúde e pela população para o controle de alterações clínicas ou patologias. Na obstetria, algumas TACs têm tido sua efetividade e segurança avaliada por ensaios clínicos e revisões sistemáticas, tendo mostrado certo grau de evidência da efetividade durante o trabalho de parto, no alívio da dor e ansiedade e também na facilitação da descida da apresentação fetal e redução do tempo do trabalho de parto.^{10, 14,15, 16, 44}

Para assegurar efetividade e segurança de uma terapia alternativa e complementar são necessários estudos com alto nível de confiança/evidência e grau de recomendação. Há diversas recomendações para classificar o nível de evidência e o grau de recomendação dos estudos. Entre estas se incluem o da *Oxford Center for Evidence Based Medicine* e o da *Agency for Health Care Policy and Research – AHCPH*. Segundo a classificação da *Oxford Center for Evidence Based Medicine* em relação ao grau de recomendação, o estudo poderia ser classificado em A, B, C ou D, sendo A a melhor classificação. Em relação ao nível de evidência, a *Agency for Health Care Policy and Research* classifica os estudos em I, II, III e IV, sendo I o melhor nível. Os estudos de maior nível de evidência e recomendação de efetividade e/ou eficácia de intervenções seriam estudos de revisão sistemática (com homogeneidade) de ensaios clínicos controlados e randomizados e os ensaios clínicos controlados e randomizados, com intervalo de confiança estreito, sejam as intervenções medicamentosas ou não-medicamentosas.⁴⁵

Para poder implementar TAC em sua prática clínica, o enfermeiro deveria assegurar que a terapia foi avaliada de forma a ter a efetividade e segurança confirmadas por estudos de algum nível de evidência e grau de recomendação, evitando assim danos ou prejuízos na qualidade da assistência prestada aos seus pacientes.

5.3.1. Uso de terapias alternativas e complementares durante o trabalho de parto: efetividade

O uso de TAC é referido durante a gestação e trabalho de parto.⁵ A frequência de uso e a efetividade durante o trabalho de parto não é completamente conhecida, especialmente no Brasil.

As TACs que mais são utilizadas por enfermeiros brasileiros, norte-americanos, japoneses, europeus, dentre outros, na assistência ao trabalho de parto incluem: exercícios respiratórios, técnicas de relaxamento, deambulação, hidroterapia, estimulação elétrica transcutânea de nervos (TENS), acupuntura, massagem, aromaterapia, musicoterapia, bola suíça ou do nascimento, exercícios de agachamento, banho de aspersão e de imersão, cavalinho pélvico, hipnose e injeção transcutânea de água estéril na região lombo sacral.^{5,6,7}

Durante a fase ativa do trabalho de parto, a mudança de posição das parturientes é bastante freqüente, já que nenhuma posição é confortável durante muito tempo.¹ Alguns estudos^{16, 46, 47} recomendam a deambulação e utilização da bola suíça, pois favorecem o mecanismo do trabalho de parto estimulando a posição vertical, considerada a mais fisiológica para favorecer descida da apresentação fetal, influenciada pela pressão exercida pela parede abdominal e o diafragma sobre o útero. Entretanto, se desconhece a real efetividade e segurança destas medidas.

Estudo de revisão sistemática⁶ avaliou a efetividade de diferentes métodos tendo observado não haver provas suficientes para atestar a efetividade de qualquer uma das TACs para o controle da dor do trabalho de parto, com exceção da injeção transcutânea de água estéril. Para todos os outros tratamentos descritos, foi impossível estabelecer quaisquer conclusões definitivas quanto à eficácia no controle da dor, sendo ainda necessários estudos com maior nível de evidência. Esta revisão incluiu estudos publicados de 1982 até 2003. Talvez outros estudos tenham sido publicados após este período e já forneceram maiores níveis de evidência da efetividade das TACs no trabalho de parto. Para responder a esta dúvida foi realizada revisão da literatura, conforme descrita abaixo.

Estratégia de busca

Foi realizada busca bibliográfica da literatura científica nacional e internacional, visando identificar estudos do tipo ensaio clínico ou experimental avaliando eficácia e efetividade das TACs no trabalho de parto, publicados e indexados nas bases de dados PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (Medline), Scielo, Banco de Teses da USP (Universidade de São Paulo) e Portal de Evidências, entre janeiro de 2000 a julho de 2010.

Os descritores “ensaio clínico” (*clinical Trial*) e “trabalho de parto” (*labor*) foram combinados com as palavras: acupuntura, acupressão, aromaterapia, banho, biofeedback, bola do nascimento, crioterapia, cura espiritual, ervas, exercícios de respiração, hipnose, homeopatia, massagem, meditação, musicoterapia, reflexologia, técnicas de respiração e relaxamento, tens e toque terapêutico. As palavras foram utilizadas em português e inglês. A intervenção “cavalinho pélvico” embora seja utilizada de forma empírica em maternidades, não foi incluída no levantamento, pois não é considerado descritor pelas bases de dados. Os critérios adotados para a inclusão de artigos foram: estudos do tipo ensaio clínico e/ou experimental sobre TAC durante a assistência a mulher em trabalho de parto; artigos publicados em periódicos internacionais e nacionais indexados nas bases de dados já citadas e artigos publicados nos idiomas português e inglês e publicação sobre o tema nos últimos 10 anos.

A coleta foi realizada no primeiro semestre de 2010. Obteve-se 769 estudos e foram selecionados 28 artigos, distribuídos por tipo de intervenção, a saber: acupuntura (6); banhos (5); eletroestimulação transcutânea de nervos – TENS (4); massagens (5); musicoterapia (2); acupressão (2), bola do nascimento (1), crioterapia (1), técnicas de respiração e relaxamento (1) e aromaterapia (1). Nem todos os estudos tiveram amostra alocada de forma randomizada e incluíram grupo controle. A maioria realizou mascaramento simples, e somente a parturiente desconhecia o seu grupo de intervenção, seja no grupo experimental ou controle.

Os estudos clínicos avaliando a efetividade de TAC foram em sua maioria realizados em instituições internacionais. Poucos estudos foram realizados no Brasil.

Os artigos levantados e selecionados a partir da revisão da literatura internacional estão apresentados a seguir em subtópicos referentes a cada uma das Terapias Alternativas e Complementares identificadas (Tabelas 2 - 6).

Os estudos brasileiros que foram identificados avaliaram a efetividade das seguintes TACs: banho de chuveiro e imersão, técnicas de respiração e relaxamento, bola do nascimento e crioterapia. Estas TACs mostraram-se efetivas para reduzir intensidade da dor, diminuir ansiedade e favorecer descida da apresentação fetal, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Terapias alternativas e complementares: seu uso e resultados brasileiros durante a assistência a mulher em trabalho de parto. Guarulhos, 2010.

Autor/Ano	TAC*	Frequência de uso	Resultados
Lopes e col, 2003 ¹⁶	Bola do nascimento	†GE: Estimuladas a permanecer na bola, mas tinham a liberdade de adotar a posição que achasse confortável.	Opção a mais de conforto para a promoção da posição vertical durante o trabalho de parto, favorecendo a descida da apresentação fetal.
Almeida e col, 2005 ¹⁵	Técnicas de respiração e relaxamento	<i>Fases:</i> <i>Latente:</i> respiração total; <i>Ativa:</i> respiração torácica lenta; <i>Transição:</i> respiração de pressão com execução de força abdominal.	Não reduziram a intensidade da dor, mas promoveram ao GE a manutenção de nível baixo de ansiedade por maior tempo da parturição.
Nunes e col, 2007 ¹⁸	Crioterapia	Compressa de gelo sobre a região lombar por 20' com a parturiente em decúbito lateral esquerdo. Até 2 aplicações em cada parturiente, na fase ativa.	Alívio ou melhores condições de suportar a dor. Diminuição da exaustão e do estresse contrariamente ao observado em outras parturientes que não se submeteram à técnica.
Davim e col, 2008 ¹³	Banho de chuveiro	15' após a contração uterina e por quanto tempo desejasse.	Alívio significativo da dor.
Silva e col, 2009 ⁴⁸	Banho de imersão	40-60' quando estivesse entre 6-7 cm de dilatação cervical	†GE: A pontuação da dor foi significativamente menor e menos necessidade de drogas analgésicas.

*TAC: Terapia alternativa e complementar. †GE: grupo experimental.

Em relação à crioterapia, o estudo observou que houve não somente alívio da dor, mas também ajudou as parturientes a terem melhores condições de suportar as contrações durante o período de dilatação do colo do útero até a expulsão do feto, sem haver interferência na qualidade das contrações uterinas. O uso de ocitocina endovenosa não anulou o efeito analgésico do gelo.¹⁸

Foi identificado apenas um estudo que avaliou a efetividade do uso da bola, mas não foi mensurado o seu impacto na intensidade da dor e no grau de ansiedade.¹⁶

Os estudos em sua maioria incluíram um pequeno tamanho de amostra e não foram controlados. Deste modo, ainda faz-se necessária a realização de ensaios clínicos controlados e randomizados para confirmar a efetividade destas intervenções na promoção da dilatação cervical, controle da dor e diminuição da ansiedade.

Acupuntura e acupressão

O tratamento com acupuntura consiste na inserção de aplicação de agulhas de titânio sólido nos adequados acupontos no músculo, sendo pressionadas até o bom fluxo de *chi* – uma sensação de dormência, formigamento e calor no local pressionado.⁴⁹

Acupressão é uma variação da acupuntura, e envolve a aplicação de pressão constante em acupontos específicos anatômicos em contraste com o uso das agulhas. É uma técnica não-invasiva e acredita-se restabelecer os níveis da energia vital do corpo, *qi*, harmonizando assim o livre fluxo de *qi* em mulheres em trabalho de parto.⁵⁰

A partir da revisão da literatura foram identificados seis estudos avaliando efetividade da acupuntura. Estes tiveram como um dos objetivos avaliar o efeito da intervenção no processo do trabalho de parto, seja no controle dos sintomas, seja a influência na duração do processo, bem como outros propósitos. A maioria deles utilizou a escala visual analógica – EVA para mensurar dor antes e após a intervenção (Tabela 2).

Tabela 2. Relação das referências selecionadas por autor, alocação, tamanho de amostra, frequência de uso e resultados encontrados ao aplicar acupuntura e acupressão na assistência a mulher em trabalho de parto. Guarulhos, 2010.

Autor/Ano	Alocação	Amostra (n)	Frequência de uso	Resultados
Acupuntura				
Skilnand e col, 2002 ⁴⁴	2 grupos: Acupuntura real (meridianos) e falsa(qualquer local para injeção).	210	Em média 7 agulhas. Aplicação por 20' podendo repetir o uso.	Reduziu a dor, o tempo de trabalho de parto e a necessidade de analgesia epidural.
Ramnero e col, 2002 ⁵¹	Grupo experimental: recebeu aplicação e grupo controle: sem aplicação.	90	De 1 a 3 horas, podendo repedir a aplicação.	Alternativa à analgesia às parturientes. N ^o insuficiente para inferir: se relaxante ou analgésico.
Ziaei e col, 2006 ⁴⁹	3 grupos: Acupuntura real (meridianos); falsa(qualquer local para injeção) e grupo sem intervenção.	90	Não foi descrito.	Não teve efeito sobre a dor, intensidade e grau de relaxamento. A duração do trabalho de parto foi semelhante entre os três grupos.
Hantoushzadeh e col, 2007 ⁵⁴	2 grupos: Acupuntura real (meridianos) e falsa(qualquer local para injeção).	144	Aplicação por 20' após a contração uterina.	Reduziu a dor durante o processo do parto. Não teve efeitos colaterais.
Mårtensson e col, 2008 ⁵²	Grupo com acupuntura e grupo com injeção de água estéril na região lombar.	128	Não foi descrito.	A injeção de água estéril comparada à acupuntura foi mais eficaz na redução da dor.
Borup e col, 2009 ⁵³	3 grupos: acupuntura; TENS e tradicional com analgésicos.	607	Acupuntura de 30' a 2h e TENS de 20 a 45'. Poderiam repetir o uso.	Reduziu a necessidade de métodos farmacológicos e invasivos durante o parto. Eficácia para redução da dor.
Acupressão				
Chung e col, 2003 ⁵⁵	3 grupos: com acupressão; toque leve; sem intervenção, somente conversa	127	Não descrito.	Acupressão da LI4 e BL67 diminuiu a dor durante a fase ativa do trabalho de parto. Não foram verificados efeitos sobre as contrações uterinas.
Lee e col, 2004 ⁵⁰	2 grupos:Acupressão no meridiano SP6 e toque no meridiano SP6	75	Aplicação por 30'após a contração uterina	Acupressão foi eficaz na redução da dor e o tempo de trabalho de parto.

Na maioria dos estudos, os desfechos dos estudos foram similares. O uso de acupuntura durante o trabalho de parto proporcionou efeitos benéficos, sem manifestar efeitos colaterais e demonstrou ser intervenção efetiva no controle da dor e redução no tempo do processo do trabalho de parto. É uma intervenção que os enfermeiros podem aplicar, porém se faz necessária a capacitação profissional para

aplicação em maternidades. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) assegura essa prática no Brasil.¹²

Massagem

Há vários estudos que descrevem sobre o emprego de massagem na assistência a parturiente, seja pelo enfermeiro, seja pelo companheiro/marido com efeitos benéficos para controle de sintomas como dor e ansiedade, bem como redução do tempo no trabalho de parto.^{17, 56-59}

Em relação ao uso de massagem na assistência a mulher em trabalho de parto, cinco estudos foram selecionados e dispostos na Tabela 3.

Tabela 3. Relação das referências selecionadas por autor, alocação, tamanho de amostra, frequência de uso e resultados encontrados ao usar massagem na assistência a mulher em trabalho de parto. Guarulhos, 2010.

Autor/Ano	Alocação	Amostra (n)	Frequência de uso	Resultados
Chang e col, 2002 ¹⁷	GE*: recebeu massagem e cuidados de rotina e GC [†] : cuidados de rotina.	60	Massagens nas fases: 1=3-4cm; 2= 5-7cm; 3=8-10cm.	Promoveu participação do parceiro no processo, boa relação custo-benefício; redução da dor e ansiedade no processo do parto.
Yildirim e col, 2004 ⁵⁹	GE*: recebeu orientações sobre massagens e técnica de respiração e relaxamento; e GC [†] : sem orientações.	40	Durante todo o trabalho de parto.	O suporte das enfermeiras e orientações educacionais deu suporte às mulheres em relação a dor e favoreceu dilatação cervical.
Chang e col, 2006 ⁵⁶	GE*: recebeu massagem e cuidados de rotina e GC [†] : cuidados de rotina.	60	Massagens nas fases:1=3-4cm; fase 2= 5-7cm e fase 3=8-10cm.	Reduziu a intensidade da dor do trabalho na fase 1 e fase 2 de dilatação cervical durante o trabalho de parto.
Kimber e col, 2008 ⁵⁸	GE*: massagem com técnicas de relaxamento, Grupo placebo: com música e técnicas de relaxamento e GC [†] : cuidado usual.	90	Não foi descrito	Não houve diferença estatisticamente significativa em relação à redução da dor e necessidade de analgesia.
Taghinejad e col, 2010 ⁵⁷	Grupo com massagem e grupo com música.	101	Não foi descrito.	Massagem terapêutica foi eficaz para reduzir e aliviar a dor do parto em comparação com a terapia de música, sendo seguro e barato.

*GE: grupo experimental. [†]GC: grupo controle.

Na prática clínica, o uso de massagem tem sido associado à redução do nível de ansiedade e da dor. Na revisão da literatura, alguns estudos tiveram resultados pouco conclusivos, o que poderia talvez ser justificado pelo tamanho das amostras estudadas e incluídas nos grupos. Desta forma, não é possível assegurar a efetividade da massagem no trabalho de parto, necessita-se de mais estudos que confirmem a sua efetividade. Contudo, seus benefícios em relação ao controle dos sintomas como dor e ansiedade puderam ser observados como desfecho de alguns estudos.

Banhos

Os estudos encontrados que se referem aos banhos, em sua maioria abordaram o uso de banho de imersão, sendo este aplicado em banheiras com água morna. Estudo sobre banho morno em imersão demonstrou diferença estatística entre médias de dor grupo experimental e grupo controle. O efeito relaxante pode auxiliar no controle da dor e ansiedade durante o trabalho de parto.⁴² Os estudos selecionados estão dispostos na Tabela 4 e 02 estudos brasileiros^{13, 48} na Tabela 1.

Tabela 4. Relação das referências selecionadas por autor, alocação, tamanho de amostra, frequência de uso e resultados encontrados ao utilizar banho de imersão na assistência a mulher em trabalho de parto. Guarulhos, 2010.

Autor/Ano	Alocação	Amostra (n)	Frequência de uso	Resultados
Eckert e col, 2001 ⁶⁰	GE*: intervenção; GC†: cuidados de rotina	274	Permanecer na banheira o quanto quisesse.	Banhar-se em trabalho de parto não confere benefícios claros para a parturiente, mas pode contribuir para efeitos adversos no recém-nascido.
Ohlsson e col, 2001 ⁶¹	GE*: intervenção; GC†: cuidados de rotina	1237	50-60' na fase ativa do trabalho de parto.	Não houve diferença estatisticamente significativa. O banho não oferece riscos para mãe e feto.
Bodner e col, 2002 ⁶²	GE*: intervenção; GC†: cuidados de rotina	140	Não especificou.	GE*: menor necessidade de analgesia e ocitocina. Não houve diferença estatisticamente significativa nos parâmetros neonatais.

*GE: grupo experimental. †GC: grupo controle.

Dentre os 5 estudos identificados, não houve diferença estatisticamente significativa entre o grupo das parturientes submetidas a banho de imersão e o grupo das parturientes atendidas somente com cuidados de rotina. Não houve interferência

no tempo de duração do trabalho de parto. Contudo, os estudos afirmaram não haver riscos para mãe e para o feto, podendo resultar em alívio da dor e menos necessidade de medicamentos analgésicos⁴⁸. Sendo assim, o banho pode ser uma estratégia empregada pelos enfermeiros em sua prática clínica visando reduzir a dor durante o trabalho de parto.

Em estudo de revisão sistemática⁶³ com amostra de 3146 mulheres ficou evidenciado que o banho de imersão durante o primeiro período clínico do parto reduz a chance de uso de epidural.

Estimulação elétrica transcutânea de nervos – TENS

A TENS é comumente usada em diversos países durante o processo do parto. Trata-se de um aparelho leve ligado a eletrodos que são afixados na região corporal determinada pelo enfermeiro e assim serão emitidos correntes com impulsos determinados por este aparelho que a paciente ficará controlando conforme a intensidade e duração de sua preferência. Um das teorias sobre seu mecanismo de ação é que esta estimulação transcutânea próxima do local da dor vai bloquear a dor na medula espinhal.⁶⁴

Identificou-se quatro estudos abordando a efetividade do uso de TENS em parturientes, sendo a maioria em instituições internacionais (Tabela 5).

Tabela 5. Relação das referências selecionadas por autor, alocação, tamanho de amostra, frequência de uso e resultados encontrados ao aplicar estimulação elétrica transcutânea de nervos (TENS) na assistência a mulher em trabalho de parto. Guarulhos, 2010.

Autor/Ano	Alocação	Amostra (n)	Frequência de uso	Resultados
SpanK e col, 2000 ⁶⁴	GE*: TENS com intensidade adequada; GC [†] : TENS com baixa eletroestimulação.	59	2 pares de eletrodos: T10-L1 e S2-S4. Duração do pulso: fixado em 275 μ s e amplitude foi variável entre 0 e 50mA. Intervalos de 15'.	Escores de dor foram significativamente menores, mas não houve diferença significativa na incidência de analgesia epidural entre GE e GC.
Orange e col, 2003 ⁶⁵	GE*: TENS com intensidade adequada; GC [†] : sem aplicação de TENS.	22	2 pares de eletrodos: T10-L1 e S2-S4. Duração do pulso: fixado em 90ms e frequência de 90Hz. Tempo determinado pela paciente.	Efetivo em retardar a instalação da anestesia combinada para manter analgesia satisfatória durante o trabalho de parto. Sem efeito significativo sobre a intensidade da dor, duração do trabalho de parto e efeitos deletérios maternos e neonatais.
Knobel e col, 2005 ⁶⁶	3 grupos: com eletrodos tipo <i>Silver Spike Point</i> ; com eletrodos tipo Placa; com eletrodos falsos (controle).	60	Pontos B31 e B32, definido pelos meridianos da Acupuntura Clássica Chinesa. Tempo determinado pela paciente.	Alívio da dor significativo nas mulheres que receberam a estimulação real e estimulação placebo.
Chao e col, 2007 ⁶⁷	GE*: TENS com intensidade adequada; Grupo Placebo: TENS com baixa eletroestimulação.	100	Aplicação de TENS nos acupontos por 30'.	Alívio da dor. Vantajoso por ser estratégia não invasiva.

*GE: grupo experimental. [†]GC: grupo controle.

Verificou-se que a utilização de TENS durante a assistência a mulher em trabalho de parto tem inúmeras vantagens, tais como: método não-invasivo para redução da dor, não acarreta efeitos colaterais e permite a mobilidade das parturientes. Em alguns estudos não houve diferença estatisticamente significativa em relação à duração do tempo do trabalho de parto, no entanto, retardou e muitas vezes diminuiu a necessidade de analgesia epidural. Diante dos achados, percebe-se que a aplicação de TENS deve ser estimulada em maternidade pelos benefícios que proporciona sem trazer prejuízos tanto para a mãe quanto para o feto.

Aromaterapia e Musicoterapia

Além de acupuntura, banho, massagem e TENS, que apareceram com maior frequência, também foram identificados poucos ensaios clínicos com outras terapias tais como aromaterapia e musicoterapia, sendo listadas na tabela 6.

Tabela 6. Relação das referências selecionadas por autor/terapia, alocação, tamanho de amostra, frequência de uso e resultados encontrados ao aplicar aromaterapia e musicoterapia na assistência a mulher em trabalho de parto. Guarulhos, 2010.

Autor / Ano / Terapia	Alocação	Amostra (n)	Frequência de uso	Resultados
Aromaterapia				
Burns e col, 2007 ⁶⁸	GE*: aromaterapia; GC†: cuidados de rotina.	513	Ofereceu-se 5 tipos de essências para as mulheres escolherem.	Não houve diferença estatisticamente significativa. A percepção da dor foi reduzida no grupo experimental. Não houve efeitos colaterais.
Musicoterapia				
Phumdoung e col, 2003 ⁶⁹	GE*: música e cuidados de rotina; GC†: cuidados de rotina.	110	Ouvir música suave, sem letras por 3 horas, começando no início da fase ativa do trabalho de parto.	Alívio da dor por até 3h de trabalho de parto.
Liu e col, 2010 ⁷⁰	GE*: música e cuidados de rotina; GC†: cuidados de rotina.	60	Durante todo o trabalho de parto.	Redução da dor e ansiedade na fase inicial do trabalho de parto. Não houve diferença estatisticamente significativa.

*GE: grupo experimental. †GC: grupo controle.

O uso de aromaterapia com essência de óleos na assistência a mulher em trabalho de parto tem sido explorado em instituições internacionais. Foi possível perceber que houve menor necessidade de medicamentos analgésicos para as mulheres que fizeram uso de essência de óleos.⁶⁸ Pouco efetivo no controle dos sintomas. São necessários mais estudos para assegurar seus benefícios.

Phumdoung e Good⁶⁹ fizeram uma revisão da literatura e constataram que a musicoterapia teve efeito significativo no controle dos sintomas em pacientes com dores pós cirurgias abdominais e na dor do câncer. Percebeu-se que havia poucos estudos em relação ao emprego de musicoterapia em assistência a mulher

em trabalho de parto, sendo estes em sua maioria relatos de série de casos e ensaios clínicos não-controlados.

Em nenhum estudo foi observado eventos-adversos que contraindicassem o uso. Desta forma, embora ainda seja necessária a condução de novos estudos para comprovar a efetividade da musicoterapia no trabalho de parto, o seu uso poderia ser realizado, pois é seguro.

5.3.2. Assistência do enfermeiro a mulher em trabalho de parto e uso de TAC: frequência e fatores associados

Os profissionais de saúde são elementos fundamentais para minimizar a dor, esclarecer, confortar, orientar, ajudar a parir e a nascer. O fato de a gestação ser ensinada como processo biológico, não é justificativa para os profissionais atuarem de forma rotineira. Neste cenário, cabe ao enfermeiro responsável pelo serviço de obstetrícia orientar a equipe de saúde a mudar as atitudes, trabalhar com novas propostas, experiências e motivação, humanizar o seu serviço, atender à gestante de forma individualizada, assegurando uma assistência com qualidade.²⁸

Em relação à assistência de enfermagem, na prática clínica verifica-se que uma vez que se tenha diagnosticado que a mulher encontra-se em trabalho de parto, ou seja, que já tenha dilatação adequada e contrações uterinas rítmicas procede-se sua internação. Durante o trabalho de parto, a paciente permanece no pré-parto acompanhada por uma equipe de saúde e algum familiar (geralmente o marido, quando a instituição permite).

No pré-parto, o médico ou o enfermeiro fazem o monitoramento da progressão do trabalho de parto, anotam numa tabela especialmente desenhada (partograma), observando e registrando múltiplos fatores como a frequência, intensidade e duração das contrações uterinas, a frequência cardíaca fetal, o estado das membranas ovulares (se encontra íntegra ou rota), as características do líquido amniótico, a evolução da dilatação e apagamento do colo do útero, a variedade de posição do feto e altura da apresentação fetal. O controle pode ser realizado por meio de aparelhos ou mediante o método clínico, quer dizer, palpando as contrações uterinas manualmente e verifica-se a frequência cardíaca do feto, através do estetoscópio de Pinard, ou também por meio de um monitor fetal.¹

Após assegurado o bem estar materno e fetal, em geral, é na sala de pré-parto que o enfermeiro poderá fazer uso das terapias alternativas e complementares durante a assistência a mulher em trabalho de parto. Algumas maternidades possuem sala de pré-parto, parto e puerpério, ou conhecida pela sigla PPP, onde as mulheres permanecem desde a admissão em trabalho de parto até o pós-parto.

A frequência e os fatores determinantes do uso das TACs durante o trabalho de parto por enfermeiros não é plenamente conhecido. Estudo⁵ realizado nos Estados Unidos questionou 227 enfermeiros com formação em obstetrícia sobre uso de TAC para controle dos sintomas da mulher no trabalho de parto. Verificou-se que 78% dos enfermeiros relataram utilizar alguma TAC em sua prática assistencial. Foram listadas várias terapias, sendo as mais citadas: ervas medicinais (85%), acupuntura (32,0%), hidroterapia (46,6%), massagem (53,9%), imaginação guiada (39,3%), musicoterapia (39,9%), meditação (64%) e yoga (34%). Várias outras TACs foram citadas, porém com frequência de uso menor ou igual a 30%.

Neste mesmo estudo norte-americano⁵, os enfermeiros que usavam as TACs tinham as seguintes características: idade entre 25-35 anos (39,9%); sexo feminino (98,3%); 70,8% tinham formação profissional no nível de mestrado; 31,5% eram protestantes; 68,0% eram casados; 28,1% tinham renda anual entre \$40.001-60.000; 27,0% atuavam em cidades com mais de 250.000 habitantes; e 34,3% tinham tempo de prática entre 1 e 5 anos. Avaliou-se a forma de aquisição de conhecimento sobre as TACs utilizadas e verificou-se que 24,7% aprenderam estudando sozinhos/workshops, 57,9% não realizaram curso, mas utilizavam as práticas por conhecimento empírico e 73,3% não se consideraram especialistas em nenhum tipo de TAC.

No Brasil, embora não tenha sido identificado estudo avaliando a frequência de uso de TAC por enfermeiros na assistência à mulher em trabalho de parto, há informação sobre o uso destas intervenções por enfermeiros em Unidades Básicas de Saúde (UBS)⁷¹ e por médicos⁷², e há um estudo⁷ sobre a utilização da bola suíça por enfermeiros na assistência ao parto em serviços públicos do município de São Paulo.

Quanto ao uso por enfermeiros brasileiros em UBS, estudo⁷¹ realizado com 18 enfermeiros verificou que 89% acreditavam na efetividade das TACs; 44,4% deles tinham experiência nesta área e somente 22,2% sabiam que existia amparo legal para a prática com TAC. Estes resultados sugerem que ainda é necessário

maior divulgação das práticas alternativas e complementares e seu suporte legal. Pode ser que muitos enfermeiros não prescreviam as TACs por desconhecerem que estão legalmente respaldados para utiliza-las com seus pacientes, seja em maternidades, unidades básicas de saúde como também em demais unidades de atendimento. Este respaldo legal é dado pela portaria nº. 971, de 3 de maio de 2006 do Ministério da Saúde⁷³ e resolução COFEN -197 /97¹².

Em relação ao estudo com médicos verificou-se que de uma amostra aleatória de 537 médicos, de todas as especialidades, 52% endossavam ou prescreviam algum tipo de TAC, 20% referiram ter treinamento em alguma TAC e 13% informaram ser provedores de alguma TAC. Sessenta e um por cento referiram haver influência positiva para o resultado terapêutico do paciente. Sessenta e quatro por cento dos médicos sentiam pouca ou alguma familiaridade com as TACs. Os resultados sugeriram que um percentual significativo de médicos concordavam com o uso das TACs, nem todos faziam o uso provavelmente por não terem treinamento específico e desconhecerem o respaldo legal do uso⁷².

Estudos norte-americanos e europeus sobre a atuação das parteiras relataram que elas tinham autonomia para conduzir o trabalho de parto e utilizar terapias alternativas e complementares para reduzir a dor e diminuir a ansiedade, bem como facilitar a progressão do trabalho de parto.^{5, 23, 74} No Brasil, embora a autonomia para o uso de muitas TACs seja assegurada ao enfermeiro, certamente muitos desconhecem esta prerrogativa.

O emprego das TACs pelos enfermeiros parece estar associado a algumas características demográficas, sociais e da formação, tais como tempo de experiência, tempo de atuação na área, fatores sociodemográficos e nível de estudo do enfermeiro, segundo resultados apontados no estudo realizado por Hastings-Tolsma e Terada com enfermeiros obstetras norte-americanos⁵.

Além das características pessoais, certamente as institucionais também poderiam influenciar o uso das TACs. Os resultados de um estudo⁷⁵ referem que para que o enfermeiro possa exercer plenamente sua profissão na atenção ao trabalho de parto, deve-se contar com estruturas mais favoráveis e fortalecer sua identidade profissional, o que pressupõe maior qualificação e poder. Além disto, a falta de autonomia, número insuficiente de enfermeiros, baixa remuneração, e conflitos e rivalidades com os médicos também poderiam influenciar no exercício da profissão.

O uso das TACs pelos enfermeiros durante a assistência à mulher em trabalho de parto deve provavelmente também ser influenciado por fatores relacionados à instituição, tais como: recursos humanos disponíveis (ex: relação entre número de enfermeiros e leitos, número de enfermeiros por plantão, etc.), recursos materiais e estruturais (ex: disponibilidade de equipamentos e materiais, espaço físico, etc.), treinamento e educação continuada dos profissionais; número de cesáreas, entre outros. Embora não tenham sido identificados estudos que comprovem a relação entre uso de TACs no trabalho de parto e características institucionais, estudo realizado com enfermeiros brasileiros em UBS⁷¹ verificou-se que as principais dificuldades relatadas para o uso das TACs foram: falta de recursos físicos e humanos, falta de equipamentos, falta de espaço e falta de capacitação profissional contínua. Provavelmente estes mesmos fatores também estejam associados ao uso das TACs nas maternidades.

5.4. Formação profissional: aquisição de conhecimento e aplicação na prática profissional

Apesar das evidências da efetividade de algumas TACs, o uso na prática clínica está provavelmente também associado à formação teórica dos profissionais, as características da instituição de trabalho e as atitudes e comportamento do profissional.

A aquisição de conhecimentos que poderão influenciar no comportamento das pessoas e atitudes na prática clínica baseia-se em três sistemas: 1) sistema mágico, que é o mais primitivo e atribui a forças sobrenaturais a origem dos fenômenos vinculados à saúde-enfermidade; 2) sistema empírico, mais evoluído que o anterior e baseia-se na utilização de conhecimentos e práticas que a experiência pessoal e observação de anos demonstraram que são adequados; e 3) pensamento científico, que é uma etapa superior do conhecimento e está baseado na investigação sistemática e metódica, seguindo regras pré-estabelecidas que possam ser replicadas, se estas forem respeitadas. O pensamento científico, ainda que não seja infalível, é mais confiável que a tradição, a experiência pessoal e a autoridade.²⁸

Para compreensão mais ampla da influência do comportamento do enfermeiro no uso de TACs, é importante considerar conceito de Aprendizagem

Vivencial.⁷⁶ Ela ocorre quando uma pessoa se envolve numa atividade, analisa a atividade criticamente, extrai algum “*insight*” (compreensão) útil dessa análise e aplica seus resultados. A aprendizagem seria definida como uma mudança relativamente estável no comportamento da pessoa.

A aprendizagem vivencial acontece em estágios, como um ciclo na vida das pessoas, onde se tem no 1º estágio a vivência de uma situação através da participação das atividades, seja individual ou interação grupal. Pode haver conflito de interesses, bem como o consenso entre os participantes, o foco em questão seria a aprendizagem. O 2º estágio é o relato, quando se compartilha as idéias, tornar disponível ao grupo as experiências de cada indivíduo, seja empírico ou científico, enfocando também suas facilidades e dificuldades. Segue-se o 3º estágio, processamento, discutindo os padrões e dinâmicas do que se foi vivenciado, reconstruindo os padrões de comportamento a partir dos dados individuais. O 4º estágio inclui as generalizações, seja através de análises individuais, seja por fantasias que levem as pessoas a imaginarem situações realísticas ao seu dia-a-dia e aplicação dos conceitos extraídos da atividade vivenciada. A aplicação como ultimo estágio é planejar comportamentos mais eficazes dentro do que se aprendeu ou vivenciou, ou seja, inter-relacionar os princípios com o mundo real, através de planos de melhoria, contratações, formações de subgrupos de interesse nas atividades em questão, estabelecimento de objetivos, buscando sempre a melhoria nas atividades vivenciadas.⁷⁶

A incorporação do conhecimento seja através de aquisição empírica, científica ou por aprendizagem vivencial, pode causar uma mudança significativa no comportamento do enfermeiro, influenciando e desenvolvendo suas habilidades técnicas e pessoais.

O conhecimento está disponível para todos, logo, o conhecimento e as habilidades não são um diferencial na profissão do enfermeiro, o que o diferencia são suas atitudes. O sucesso e o fracasso da atuação do enfermeiro estão provavelmente ligados às suas atitudes perante o conhecimento adquirido. Não foram identificados estudos que comprovassem esta hipótese.

Em relação ao uso de TACs por enfermeiros, certamente o conhecimento adquirido e sua atitude frente a ele também se aplicam, embora nem sempre seja possível avaliá-los diretamente. Mas, devido aos benefícios das TACs para as

parturientes já citados, o seu uso deve ser estimulado, o que passa pela melhor compreensão dos fatores associados para que possam ser abordados.



Justificativa do Estudo

6. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

As terapias alternativas e complementares têm mostrado-se efetivas no controle dos sintomas, alívio dos desconfortos associados ao trabalho de parto e melhor evolução do parto, sendo intervenções pouco invasivas e em concordância com as práticas de parto humanizado. Deste modo, o uso destas terapias deveria ser incluído na rotina de acompanhamento dos enfermeiros durante a assistência a mulher em trabalho de parto. Entretanto, apesar da importância destas terapias, é desconhecida a frequência de uso por enfermeiros em instituições públicas e privadas brasileiras e também quais são os fatores que determinam a prescrição destas intervenções.



Método

7. MÉTODO

7.1. Tipo de estudo

Foi realizado estudo exploratório e transversal sobre a frequência de uso de terapias alternativas e complementares por enfermeiros na assistência a mulher durante o trabalho de parto.

7.2. Local e período

Este estudo foi realizado em instituições hospitalares públicas e privadas, situadas nos municípios do Vale do Paraíba Paulista, que contavam com serviço de maternidade.

A coleta dos dados aconteceu entre os meses de junho a dezembro de 2010.

7.2.1. Caracterização do campo do estudo

A determinação do campo de estudo foi por conveniência. A escolha da região do Vale do Paraíba Paulista para este estudo foi devido os municípios situarem em uma região geográfica em desenvolvimento, que tem merecido a atenção do Governo Estadual e em conjunto com a maioria das prefeituras, têm efetuado esforços para um maior desenvolvimento, seja na área tecnológica, seja no mercado turístico internacional e na saúde.

O campo de estudo compreendeu todas as instituições hospitalares públicas e privadas, que dispunham de serviços de maternidade, abrangendo 27 municípios no Vale do Paraíba Paulista: Aparecida, Arapeí, Areias, Bananal, Cachoeira Paulista, Campos do Jordão, Canas, Cruzeiro, Cunha, Guaratinguetá, Lagoinha, Lavrinhas, Lorena, Natividade da Serra, Pindamonhangaba, Piquete, Potim, Queluz, Redenção da Serra, Roseira, Santo Antonio do Pinhal, São Bento do Sapucaí, São José do Barreiro, São Luis do Paraitinga, Silveiras, Taubaté e

Tremembé. Segue abaixo ilustração da região determinada como campo de estudo (Figura 1).



Fonte: Google Maps. Disponível em: <http://maps.google.com.br/maps?hl=pt-BR&ie=UTF-8&tab=il>

Figura 1. Região do Vale do Paraíba Paulista. 2010.

Entre os 27 municípios, as 13 cidades: Arapeí, Areias, Canas, Lagoinha, Lavrinhas, Natividade da Serra, Piquete, Potim, Queluz, Redenção da Serra, Santo Antonio do Pinhal, São José do Barreiro e Silveiras não possuíam hospital, somente unidade básica de atendimento, sendo necessário suporte de cidades vizinhas para atendimentos especializados ou complexos.

Segue abaixo o Quadro 2, que indica as cidades que possuíam hospital, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da Secretaria Municipal de Saúde do Estado de São Paulo.⁷⁷

Quadro 2. Características gerais dos hospitais localizados nos municípios da região do Vale do Paraíba Paulista. Guarulhos, 2010.

Nº	Cidade/Hospital Geral	Tipo de gestão	Esfera Administrativa	Serviço de Maternidade
1	Aparecida - SCM*	GE [†]	Privada	Sim
2	Bananal - Unidade Mista de Saúde	GM [‡]	Municipal	Sim
3	Cachoeira Paulista - SCM*	GM [‡]	Privada	Sim
4	Campos do Jordão - Hospital São Paulo - Casa da Criança Hospital Infantil - Hospital Leonor Mendes de Barros - Sanatório s3 Campos do Jordão - SCM*	GE [†] GE [†] GE [†] GE [†] GM [‡] e GE [†]	Privada Privada Privada Privada Privada	Sim Não Não Não Não
5	Cruzeiro - SCM*	GM [‡]	Privada	Sim
6	Cunha - SCM*	GE [†]	Privada	Sim
7	Guaratinguetá - SCM* - Hospital Frei Galvão - Hospital da Aeronáutica	GM [‡] GM [‡] Não informado no site	Privada Privada Não informado no site	Sim Sim Sim
8	Lorena - SCM* - Hospital Unimed	GM [‡] GM [‡]	Privada Privada	Sim Sim
9	Pindamonhangaba - SCM* - Hospital e Maternidade Frei Galvão - Hospital Unimed	GM [‡] GM [‡] GM [‡] Privado	Privada Privada Privada Privada	Sim Sim Não
10	Roseira - Unidade Mista de Saúde	GM [‡]	Municipal	Sim
11	São Bento do Sapucaí - SCM*	GE [†]	Privada	Sim
12	São Luiz do Paraitinga - SCM*	GE [†]	Privada	Não
13	Taubaté - Hospital Regional do Vale do Paraíba - Hospital São Lucas S/A - Hospital Escola da Universidade de Taubaté - Hospital Policlín S/A	GE [†] GM [‡] GE [†] GM [‡]	Privada Privada Municipal Privada	Não Sim Sim Sim
14	Tremembé - Hospital Bom Jesus	GM [‡]	Privada	Sim

*SCM: Santa Casa de Misericórdia. [†]GE: Gestão Estadual. [‡]GM: Gestão Municipal

Ao elaborar o projeto, a pesquisadora fez contato telefônico com todas as instituições de saúde dos 14 municípios. Entre as 26 Instituições públicas e privadas citadas acima, 19 possuíam serviço de maternidade. Neste contato telefônico prévio,

a maioria dos responsáveis pelo serviço de maternidade concordou com a participação no estudo. Oito instituições não concordaram com a participação, seja no contato prévio, seja posterior ao envio da solicitação por escrito. Desta forma, foram incluídas 11 Instituições.

7.3. Amostra

A amostra foi composta por todos os enfermeiros que assistiam as mulheres durante o trabalho de parto nas instituições hospitalares públicas e privadas que possuíam atendimento em maternidade. Estes deveriam apresentar todos os critérios de inclusão.

No contato prévio da pesquisadora com os responsáveis das Instituições, foram identificados 68 enfermeiros como elegíveis para a pesquisa. Número este estimado antes da negativa de participação por escrito de algumas Instituições. Este número representava o total de enfermeiros que atuavam diretamente em assistência a mulher em trabalho de parto, independente de terem formação em obstetrícia.

Ao abordar estes enfermeiros, 41 consentiram em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A) e 09 recusaram-se a participar. Foram excluídos 18 enfermeiros devido à negativa das Instituições.

O total de enfermeiros que participou deste estudo foi de 41.

7.3.1 Critérios de inclusão

Para ser incluído no estudo, o enfermeiro deveria:

- Atuar na assistência a mulher em trabalho de parto;
- Aceitar participar do estudo, mediante assinatura do TCLE.

7.4 Procedimentos de coleta de dados

Para cada instituição foi enviada a Solicitação de Autorização da Instituição (Apêndice B) e o projeto do estudo.

Os dados foram coletados após autorização das instituições e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté (Anexo A), comitê este selecionado por estar em um dos requisitos para autorização de duas das instituições identificadas.

Todos os enfermeiros atuantes nos serviços de maternidade que autorizaram a pesquisa foram convidados a participar do estudo, sendo explicados os objetivos e procedimentos. Após assinatura do TCLE foi entregue o questionário de informações do respondente e o uso das TACs (Apêndice C) para autopreenchimento em sala reservada para a pesquisa. Este momento foi acompanhado pela pesquisadora para esclarecimento de dúvidas na maioria dos encontros para coleta de dados. Caso o enfermeiro relatasse ou manifestasse dificuldade no autopreenchimento do questionário, o mesmo foi preenchido por entrevista realizada pela pesquisadora. Os enfermeiros foram abordados durante o horário de trabalho.

Ao final do preenchimento a pesquisadora revisou o instrumento e quando identificado itens em branco ou itens de resposta única com diversas respostas assinaladas, foi solicitado ao enfermeiro à revisão e preenchimento.

Os dados referentes às características de cada uma das instituições foram coletados por meio de autopreenchimento do questionário pelo Diretor, Gerente ou Coordenador de Enfermagem responsável pelo serviço de maternidade. Este mesmo profissional também assinou o TCLE do estudo. A coleta de dados foi agendada pela pesquisadora em horário prévio, sendo os dados coletados a partir do preenchimento do questionário de caracterização da instituição (Apêndice D).

Em algumas instituições, devido à longa distância e horário de trabalho dos enfermeiros, alguns questionários e TCLE foram entregues à responsável pela Enfermagem, para que esta entregasse aos enfermeiros. Foi orientado que após o preenchimento, a responsável deveria guardar os instrumentos em envelope lacrado, que foi cedido pela pesquisadora, e encaminhá-los por correio a pesquisadora, ou mantê-lo na instituição até que a mesma viesse retirá-los. Foi orientado que o enfermeiro preenchesse os instrumentos em ambiente calmo e individualmente.

7.4.1. Variáveis do estudo

As variáveis do estudo foram classificadas como dependentes e independentes. A variável “uso de terapias alternativas e complementares pelo enfermeiro na sua assistência a mulher durante o trabalho de parto” foi definida como dependente. As variáveis independentes foram selecionadas após revisão de literatura sobre possíveis fatores que poderiam influenciar o uso das mesmas e a partir da experiência clínica da pesquisadora.^{5,6,71,75} As variáveis inicialmente selecionadas estão descritas na Tabela 7.

Tabela 7. Variáveis do estudo. Guarulhos, 2010.

Nome da variável	Nível da Medida
Variável Dependente	
Uso de TACs*	Dicotômica: 1:sim e 0:não
Variáveis Independentes	
Idade	Contínua
Religião	Catagórica
Experiência pessoal com parto	Dicotômica: 1:sim e 0:não
Ter especialização em obstetrícia	Dicotômica: 1:sim e 0:não
Tempo atuação na Instituição	Contínua
Ter alguma formação ou treinamento em TAC	Dicotômica: 1:sim e 0:não
Autonomia para o uso (ter autonomia para utilizar TAC na instituição)	Dicotômica: 1:sim e 0:não
Conhecimento do respaldo legal para uso das TAC	Dicotômica: 1:sim e 0:não
Número de partos cesáreas/mês	Contínua
Número de partos via vaginal/mês	Contínua

*TACs: terapias alternativas e complementares.

7.5. Instrumentos de coleta de dados

Os dados foram coletados mediante o preenchimento do questionário de informações sobre o respondente e o uso das TACs (Apêndice C) e o preenchimento do questionário de caracterização da instituição (Apêndice D).

Os instrumentos para coleta de dados foram elaborados tendo como referência um estudo realizado com enfermeiros obstetras norte-americanos⁵ cujos objetivos se assemelham aos do presente estudo. As versões finais dos instrumentos de coleta de dados foram validadas por comitê de Especialistas em Obstetrícia, reunido durante o Exame de Qualificação desta dissertação.

7.5.1. Questionário de informações sobre o respondente e uso das TACs (Apêndice C)

O questionário de informações sobre o respondente foi utilizado para identificação de características sociodemográficas, da formação do enfermeiro e do uso das TACs durante a assistência a mulher em trabalho de parto.

Em relação ao uso das TACs foi avaliado o momento do uso, indicações, aceitação pelas parturientes, autonomia do enfermeiro para utilizar as TACs durante seu plano assistencial, entre outras informações pertinentes ao assunto em questão.

7.5.2. Questionário de caracterização da Instituição (Apêndice D)

O questionário de caracterização da instituição foi o instrumento adotado para identificação do perfil da instituição hospitalar, contendo informações referentes ao número de partos/mês, leitos disponíveis para atendimento e internação, número de enfermeiros e médicos disponíveis por plantão para prestar assistência a parturiente, estrutura física, dentre outros questionamentos.

Foi preenchido pelo enfermeiro responsável pela diretoria do serviço de enfermagem ou enfermeiro responsável pelo serviço de maternidade de cada instituição.

7.6. Aspectos Éticos

Foi solicitada autorização às instituições hospitalares para a coleta dos dados (Apêndice B). Posteriormente o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade de Taubaté – SP em atendimento a Resolução no 196/96, que versa sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi aprovado pelo CEP da Universidade de Taubaté sob o número 172/10.

Após a autorização do CEP (Anexo A), os enfermeiros foram incluídos no estudo apenas após obtenção da anuência e consentimento de participação dos sujeitos da pesquisa deste estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

O TCLE foi elaborado conforme a preconização da Resolução 196/96 relativa às Diretrizes Éticas e Normas Regulamentadoras em Pesquisas em Seres Humanos, contendo informações sobre os objetivos e finalidades do estudo, o caráter voluntário, o anonimato da participação, o direito de se recusar a participar sem sofrer nenhum tipo de dano e a autorização para a aplicação de questionário.

Mesmo o projeto tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, algumas instituições solicitaram apreciação do Comitê de Ética interno das mesmas. A maioria das instituições solicitou apenas cópia do projeto com aspectos éticos devidamente contemplados.

A identificação das instituições foi preservada, não sendo divulgado o nome das instituições e nem dos enfermeiros participantes do estudo.

7.7. Análises dos dados

Os dados foram armazenados e analisados utilizando o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) versão 13.0. Foram realizadas análises descritivas por meio dos cálculos das frequências absoluta e relativa, das medidas de tendência central (média e mediana) e das de dispersão (desvio-padrão e erro-padrão da média), sendo posteriormente realizadas as análises inferenciais pertinentes ao estudo.

Foi calculada a frequência de uso das TACs e respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%).

As variáveis contínuas foram avaliadas em relação aderência a curva de distribuição normal pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. As variáveis foram: idade, tempo de especialização em obstetrícia, tempo de especialização em outra área e número de partos por plantão, conforme segue a Tabela 8.

Tabela 8. Análise da aderência das variáveis contínuas a curva de distribuição normal. Guarulhos, 2010.

Variável	Valor de Kolmogorov-Smirnov	p-valor
Idade (anos)	1,129	0,156*
Renda mensal	1,405	0,039
Número de filhos	1,827	0,003
Tempo de formação da graduação (anos)	1,541	0,017
Tempo de especialização de obstetrícia	0,770	0,594*
Tempo de especialização outra (anos)	1,041	0,228*
Tempo que atua na instituição (anos)	1,346	0,053
Número de partos por plantão	1,051	0,220*
Número de leitos disponíveis na maternidade	1,586	0,013
Número de partos cesáreas/mês	1,965	0,001
Número de partos via vaginal/mês	2,217	0,000

* Aderência à curva de distribuição normal.

7.7.1 Análises univariadas

Para as análises de associação entre variáveis categóricas foram utilizados teste de associação de qui-quadrado (χ^2) de Pearson. O teste Exato de Fisher foi empregado para avaliar associação entre variáveis com até duas categorias e cujas tabelas de associação apresentavam caselas com valores menores que cinco.

A associação entre o uso de TACs e variáveis contínuas foi avaliada pelos testes t-Student ou Mann-Whitney, a depender da aderência a curva de distribuição normal.

7.7.2. Análise múltipla

Para identificar os fatores associados ao uso das TACs foi realizada análise de regressão logística múltipla, sendo incluídas no modelo todas as variáveis que nas análises univariadas apresentaram *p-valor* do teste de Wald inferior a 0,20 e nenhuma casela com valor igual a zero. O programa SPSS também foi utilizado para o cálculo das razões de probabilidade (*odds ratio* – OR) e intervalos de confiança de 95%, através do método de regressão logística não-condicional *Stepwise forward*. O ajuste do modelo foi avaliado pelo teste de Hosmer-Lemeshow. As variáveis incluídas na análise múltipla estão apresentadas na Tabela 9.

Tabela 9. Variáveis que foram incluídas no modelo de regressão logística múltipla. Guarulhos, 2010.

Variável	p-valor
Situação conjugal	0,124
Nº. de filhos	0,099
Formação em obstetrícia	0,002
Autonomia para exercer atividades assistenciais no trabalho de parto	0,058
Nº. de partos/plantão	0,007
Treinamento formal para adquirir conhecimento sobre TAC	0,156
Autodidata para adquirir conhecimento sobre TAC	0,147
Uso de TAC no trabalho de parto na Instituição	0,001
Profissional que emprega TAC no trabalho de parto na Instituição	0,003
Nº. de leitos disponíveis para atendimento na maternidade	0,062
Nº. de partos cesáreas/mês	0,003
Nº. de partos via vaginal/mês	0,045

Em todas as análise foi adotado o nível de significancia de *p-valor* menor ou igual a 0,050.



Resultados

8. RESULTADOS

Entre os 68 enfermeiros elegíveis para o estudo, 41 consentiram em participar e responderam o questionário, 18 não foram abordados devido à negativa de participação da instituição e 09 enfermeiros se recusaram a participar (Figura 2). Desta forma, foram incluídos na análise dos dados 41 enfermeiros.

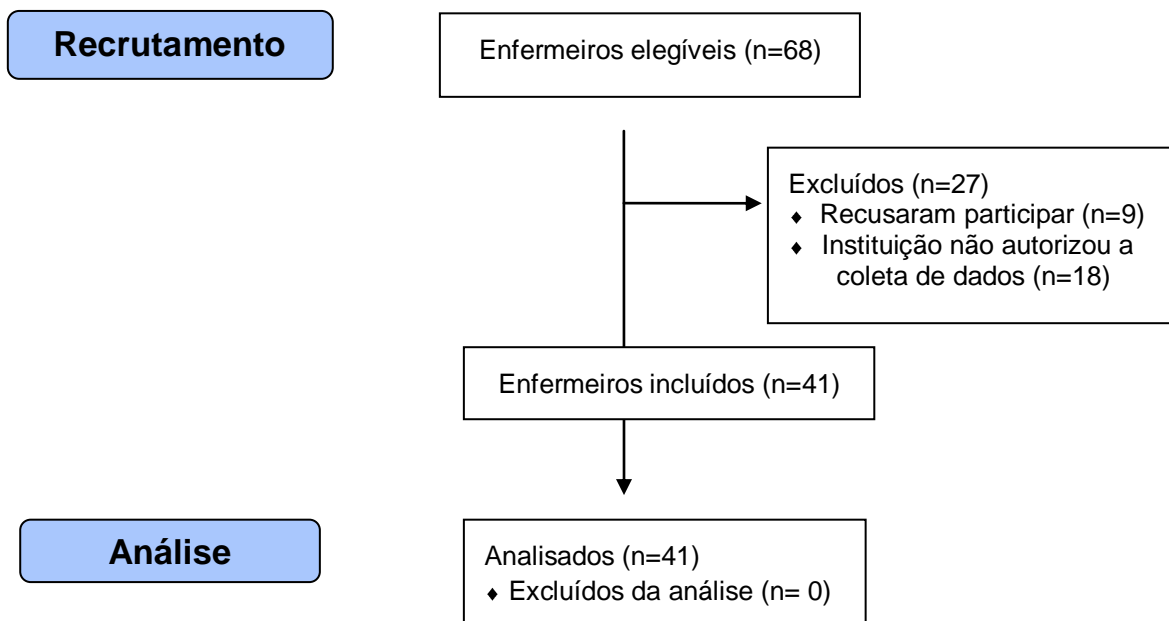


Figura 2. Fluxo dos enfermeiros no estudo. Guarulhos, 2010.

8.1 Características sociodemográficas, da formação profissional e do trabalho do enfermeiro

Os enfermeiros avaliados eram em sua maioria do sexo feminino (87,80%), com idade média de 34,49 anos. A religião predominante foi católica (70,73%) e o estado civil da maior parte foi solteiro (43,90%). A média da renda mensal individual foi de R\$ 1.941,71. Dos enfermeiros questionados 46,3% não tinham filhos, sendo que 50% tinham até um filho (mediana=1) (Tabela 10).

Tabela 10. Distribuição dos enfermeiros segundo características sociodemográficas. Guarulhos, 2010.

Características	Frequência	
	n	%
Sexo		
Feminino	36	87,80
Masculino	05	12,20
Religião		
Católica	29	70,73
Evangélica	06	14,63
Ateu	01	2,44
Espírita	05	12,20
Estado Civil		
Casado	14	34,15
Solteiro	18	43,90
Amasiado	03	7,31
Viúvo	01	2,44
Separado	05	12,20
Características	Média (DP*)	Mediana (p25-p75 [†])
Idade (anos)	34,49 (9,13)	32,00 (28,00-40,00)
Número de filhos	0,80 (0,87)	1,00 (0,00-1,50)
Renda mensal individual (R\$)	1.941,71 (509,00)	1.800,00 (1.620,00-2.050,00)

*DP= desvio-padrão. [†]p25= percentil 25 e p=75= percentil 75.

Em relação à formação em enfermagem verificou-se o tempo médio de conclusão da graduação em enfermagem foi de oito anos, sendo que 75% tinham concluído em tempo inferior a 12 anos. Em relação à formação em enfermagem obstétrica, dos 41 enfermeiros, somente 31,71% referiram ter especialização, e haviam concluído em média há 5,25 anos (Tabela 11).

Tabela 11. Distribuição dos enfermeiros segundo características da formação profissional. Guarulhos, 2010.

Características	Frequência			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Especialização em obstetrícia	13	31,71	28	68,29
Habilitação em obstetrícia	01	2,44	40	97,56
Outras especializações	17	41,47	24	58,53
Características	Média (DP*)	Mediana (p25-p75 [†])		
Tempo de formação na graduação (anos)	8,00 (7,46)	4,00 (3,00 – 12,00)		
Tempo de formação de especialização em obstetrícia (anos)	5,25 (3,81)	3,50 (2,00 – 9,00)		
Tempo de formação em outras especializações (anos)	5,06 (4,85)	3,00 (2,00 – 7,50)		

*DP= desvio-padrão. [†]p25= percentil 25 e p75= percentil 75.

Dos enfermeiros participantes, 17 tinham outras especializações, tais como: administração hospitalar (n=1, 2,44%), docência (n=1, 2,44%), nefrologia (n=1, 2,44%), saúde pública (n=2, 4,88%), UTI neonatal e pediátrica (n=2, 4,88%),

emergência (n=3, 7,32%), UTI adulto (n=7, 17,07%) (dados não apresentados em Tabela).

Quanto às características do trabalho na instituição pesquisada, os dados estão apresentados na Tabela 12 abaixo.

A maioria tinha cargo de enfermeiro supervisor geral (65,85%), o qual exercia funções assistenciais e gerenciais. Apenas 9,76% atuavam apenas como enfermeiros obstetras plantonistas. A maioria tinha jornada de trabalho de plantões de 12 horas intercalados com 36 horas de descanso (51,22%) e mais que 1/3 trabalhavam na instituição pesquisada em período integral ou noturno (Tabela 12).

Em relação à atuação na instituição pesquisada, os enfermeiros trabalhavam em média há 6,15 anos e referiam que nos seus plantões ocorriam em média 3,12 partos, independente da via de parto; 63,41% referiram que tinham autonomia para exercer assistência plena a parturiente nas suas instituições (Tabela 12).

Tabela 12. Distribuição dos enfermeiros quanto às características do trabalho na instituição. Guarulhos, 2010.

Características	Frequência	
	n	%
Cargo que exerce		
Enfermeiro obstetra plantonista	04	9,76
Coordenador da unidade	08	19,51
Supervisor Geral	27	65,85
Outro (<i>Gerente de Enfermagem</i>)	02	4,88
Jornada de trabalho		
12/36h	21	51,22
40h/sem	14	34,15
36h/sem	06	14,63
Turno em que trabalha		
Matutino	04	9,76
Vespertino	03	7,32
Integral*	17	41,46
Noturno	17	41,46
Autonomia para exercer atividades assistenciais no trabalho de parto		
Sim	26	63,41
Não	15	36,59
Características	Média (DP[†])	Mediana (p25-p75[‡])
Tempo de atuação na instituição (anos)	6,15 (5,97)	4,00 (2,00 – 7,50)
Número de partos/ plantão	3,12 (2,17)	3,00 (1,00 – 4,00)

*Integral= manhã e tarde. [†]DP= desvio-padrão. [‡]p25= percentil 25 e p75= percentil 75.

8.2 Uso e conhecimento das terapias alternativas e complementares (TACs) por enfermeiros na assistência a mulher em trabalho de parto

Ao ser avaliado o conhecimento em relação ao uso das TACs na assistência a mulher durante o trabalho de parto verificou-se que a maioria (87,80%) tinha algum conhecimento. As mais conhecidas foram: banho de chuveiro e deambulação (92,68%), seguidas por banho de imersão (82,93%), bola suíça (85,37%) e massagem na região lombar (82,93%). Mais que 50% referiam ter conhecimento de que as terapias acupuntura (51,22%), aromaterapia (51,22%), exercícios de respiração (78,05%), exercícios de agachamento (75,61%), musicoterapia (78,05%) e técnicas de relaxamento (60,98%) eram indicadas no trabalho de parto. As terapias menos conhecidas foram: injeção transcutânea de água estéril (97,56%), estimulação elétrica transcutânea (TENS) (87,80%) e *Reiki* (82,93%) (Tabela 13).

Observa-se haver discrepância entre frequência de uso de TAC no geral e frequência de uso de TACs específicas, tais como banho, deambulação, exercícios e respiração e massagem na região lombar. Estas terapias tiveram frequência de uso superior a de uso de TAC no geral, o que sugere um desconhecimento dos enfermeiros em relação à definição de TAC ou a identificação de quais terapias seriam consideradas entre as TACs; ou os enfermeiros ignoram que intervenções como banho, massagem e deambulação são terapias alternativas e complementares e que embora observa-se pela prática clínica que são intervenções frequentemente utilizadas na assistência geral de enfermagem ao parto, não são reconhecidas como TACs (Tabela 13).

Tabela 13. Distribuição dos enfermeiros segundo uso e conhecimento em relação às terapias alternativas e complementares (TACs) na assistência a mulher em trabalho de parto. Guarulhos, 2010.

Terapia	Uso				Conhecimento			
	Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%
TAC no geral*	16	39,02	25	60,98	36	87,80	5	12,20
Acupuntura	-	-	41	100,00	21	51,22	20	48,78
Aromaterapia	-	-	41	100,00	21	51,20	20	48,78
Banho de chuveiro	27	65,85	14	34,15	38	92,68	03	7,32
Banho de imersão	-	-	41	100,00	34	82,93	07	17,07
Bola suíça	13	31,71	28	68,29	35	85,37	06	14,63
Cavalinho pélvico	-	-	41	100,00	19	46,34	22	53,66
Crioterapia	-	-	41	100,00	10	24,39	31	75,61
Deambulação	28	68,29	13	31,71	38	92,68	03	7,32
TENS [†]	-	-	41	100,00	5	12,20	36	87,80
Exercícios de respiração	18	43,90	23	56,10	32	78,05	09	21,95
Exercícios de agachamento	11	26,83	30	73,17	31	75,61	10	24,39
Hipnose	-	-	41	100,00	09	21,95	32	78,05
Injeção transcutânea de água estéril	-	-	41	100,00	01	2,44	40	97,56
Massagem na região lombar	21	51,22	20	48,78	34	82,93	07	17,07
Musicoterapia	04	9,76	37	90,24	32	78,05	09	21,95
Técnicas de relaxamento	06	14,63	35	85,37	25	60,98	16	39,02
Reflexologia	-	-	41	100,00	10	24,39	31	75,61
<i>Reiki</i>	-	-	41	100,00	07	17,07	34	82,93

*Incluídas todas as TACs. [†]TENS= estimulação elétrica transcutânea de nervos.

Em relação ao uso das TACs, apenas 39,02% (IC95%= 24,20 a 55,51%) referiram utilizá-las no atendimento à mulher durante o trabalho de parto. Vinte e cinco enfermeiros (60,98%, IC95%= 44,5 a 75,8%) referiram não utilizar as TACs. As justificativas apresentadas para o não uso constam no Apêndice E. A TAC mais empregada foi à deambulação (69,29%), seguida por banho de chuveiro (65,85%) e massagem na região lombar (51,22%). Algumas terapias não foram utilizadas por nenhum enfermeiro, tais como: acupuntura, aromaterapia, banho de imersão, cavalinho pélvico, crioterapia, TENS, hipnose, injeção transcutânea de água estéril, reflexologia e *Reiki*. As demais terapias foram empregadas por menos que 50% dos enfermeiros (Tabela 13).

A maioria dos enfermeiros referiu que o conhecimento sobre TAC na assistência a mulher em trabalho de parto foi adquirido durante a graduação em enfermagem (51,22%) e apenas 10 (24,39%) receberam informação durante o curso de especialização em obstetrícia (Tabela 14). Foi observado que 06 enfermeiros nunca tinham acessado nenhuma informação referente ao emprego das TACs na assistência à parturiente (Tabela 14).

Quanto ao momento de aquisição do conhecimento, 51% referiram conhecer as TACs durante a graduação em enfermagem. Dentre os 13 enfermeiros que tinham especialização, 10 adquiriram conhecimento na pós-graduação sobre o uso de TAC na assistência a parturiente. Deve-se ressaltar também que 06 enfermeiros do Vale do Paraíba Paulista nunca ouviram falar em terapias alternativas e complementares na assistência a mulher em trabalho de parto (Tabela 14).

No que concerne a forma de aquisição do conhecimento em TAC, somente 9,76% dos enfermeiros realizaram curso formal em alguma modalidade de TAC, estes foram treinamentos em toque terapêutico (n=1), florais (n=2) e bola suíça (n=1). Apenas 14,63% dos enfermeiros referiram ter estudado sozinho sobre alguma TAC (Tabela 14).

Tabela 14. Distribuição dos enfermeiros segundo momento e forma da aquisição de conhecimento sobre terapias alternativas e complementares na assistência a parturiente. Guarulhos, 2010.

Variáveis	Frequência	
	n	%
Momento da aquisição da informação		
Graduação	21	51,22
Especialização em obstetrícia	10	24,39
Instituição em que trabalha	04	9,76
Nunca ouviu falar	06	14,63
Forma de aquisição do conhecimento		
Treinamento formal	04	9,76
Autodidata	06	14,63
Curso de curta duração ou evento	-	-

No que se refere ao uso de TAC nas instituições pesquisadas, 56,10% dos enfermeiros referiram que as TACs eram utilizadas nas suas instituições. O enfermeiro foi apontado como o profissional que mais utilizava TAC na assistência a mulher em trabalho de parto (48,78%). O uso por médicos foi referido por apenas 7,32% dos enfermeiros. Não foi mencionado o uso por fisioterapeutas, profissionais de enfermagem de nível técnico ou outros membros da equipe multidisciplinar de saúde. Verificou-se que a maioria (58,54%) dos enfermeiros não oferecia as TACs às pacientes. Os participantes relataram que quando as TACs eram oferecidas, somente 39,02% das parturientes as aceitavam, sendo mencionado por 29,27% dos enfermeiros que as parturientes sempre aceitavam (Tabela 15).

Quanto ao respaldo legal do enfermeiro para prescrição de TAC em sua assistência, 46,34% mencionaram desconhecer a existência de respaldo para sua atuação. Somente 36,59% referiram haver respaldo legal para o enfermeiro fazer uso das TACs (Tabela 15). Os enfermeiros também foram questionados em relação à aplicação das TACs durante o seu trabalho de parto, sendo verificado que número superior a metade dos profissionais não fizeram uso (92,68%) (Tabela 15).

Tabela 15. Distribuição dos enfermeiros em relação ao uso de terapias alternativas e complementares (TACs) quanto ao profissional que utilizava, aceitação pelas parturientes, experiência pessoal e respaldo legal. Guarulhos, 2010.

Variáveis	Frequência	
	n	%
Uso de TAC no trabalho de parto na instituição		
Sim	23	56,10
Não	18	43,90
Profissional que empregava TAC no trabalho de parto na instituição		
Enfermeiro	20	48,78
Médico	03	7,32
Não utiliza	18	43,90
Pacientes aceitam o uso das TACs		
Sim	16	39,02
Não	25	60,98
Frequência de aceitação das TACs pelas parturientes na instituição		
Sempre	12	29,27
Raramente	05	12,20
Não oferece	24	58,54
Uso de TAC no trabalho de parto do enfermeiro (experiência pessoal)		
Sim	03	7,32
Não	38	92,68
Conhecimento sobre a existência de respaldo legal para o enfermeiro exercer práticas com TAC		
Sim	15	36,59
Não	07	17,07
Não sabe	19	46,34

8.2.1 Uso das TACs em geral e específicas: indicação e fase do trabalho de parto

I) Indicação

Dos 16 enfermeiros que utilizavam TAC durante a assistência a parturiente, 13 (81,25%) as indicavam para o controle de sintomas. Os demais não informaram a indicação. Nenhum enfermeiro mencionou que aplicava TAC por solicitação da parturiente (dados não apresentados em Tabela).

Ao serem questionados aos enfermeiros em relação ao uso de alguma modalidade de TAC ser condicionado a presença de equipamentos na instituição, três (18,75%) referiram que só prescreviam quando tinham equipamentos disponíveis, ignorando as intervenções que independem de equipamentos (dados não apresentados em Tabela).

No que se refere à indicação específica de cada uma das TACs, a partir da observação da Tabela 16 verificou-se que as intervenções foram indicadas para controlar sintomas de dor e ansiedade, facilitar descida da apresentação fetal e aumentar a dilatação cervical. Embora houvesse outras opções e um campo aberto para inclusão de outras indicações, nenhum enfermeiro assinalou ou incluiu indicações adicionais das TACs durante o trabalho de parto.

A terapia banho de chuveiro foi mais indicada para reduzir a dor da parturiente (76,92%); a bola suíça (81,82%), assim como a deambulação (73,08%) e os exercícios de agachamento (70,00%) foram apontados como indicação de facilitar a descida da apresentação fetal. Os exercícios de respiração foram indicados para reduzir a ansiedade das parturientes (70,59%), bem como a musicoterapia (100,00%) e as técnicas de relaxamento (100,00%) (Tabela 16).

As TACs: acupuntura, aromaterapia, banho de imersão, cavalinho pélvico, crioterapia, TENS, hipnose, injeção transcutânea de água estéril, reflexologia e *Reiki* não foram assinaladas pelos enfermeiros quanto a indicação de uso por não usarem em sua assistência a mulher durante o trabalho de parto.

Tabela 16. Distribuição dos enfermeiros que utilizavam as terapias alternativas e complementares (TACs) segundo indicação durante a assistência a mulher em trabalho de parto. Guarulhos, 2010.

Terapia	Frequência de uso da TAC na amostra total (n=41)	Indicação*							
		Reduzir dor		Diminuir ansiedade		Facilitar descida da apresentação fetal		Aumentar dilatação cervical	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Banho de chuveiro	27	20	76,92	11	42,31	08	30,77	11	42,31
Bola suíça	13	02	18,18	05	45,45	09	81,82	06	54,55
Deambulação	28	02	7,69	09	34,62	19	73,08	07	26,92
Exercícios de respiração	18	08	47,06	12	70,59	06	35,29	05	29,41
Exercícios de agachamento	11	01	10,00	-	-	07	70,00	04	40,00
Massagem na região lombar	21	18	90,00	13	65,00	-	-	01	5,00
Musicoterapia	04	-	-	03	100,00	-	-	-	-
Técnicas de relaxamento	06	04	66,67	06	100,00	01	16,67	01	16,67

*Os enfermeiros poderiam assinalar mais que uma opção para a indicação do uso de TAC na assistência a mulher em trabalho de parto. Foram somente distribuídas as respostas afirmativas, desconsiderando dados sem resposta (dados *missing*).

II) Intervalo e fase do trabalho de parto em que as TACs são utilizadas

Em relação ao emprego de cada uma das TACs foi avaliado a fase do trabalho de parto, o intervalo de aplicação e os critérios adotados. A partir da análise da Tabela 17 verificou-se que independente da modalidade, as TACs foram mais aplicadas na fase ativa (dilação entre 4 a 10 cm).

A freqüência de uso do banho de chuveiro diferiu significativamente ($p=0,03$) entre as fases do trabalho de parto, sendo mais empregada na fase ativa (dilatação cervical entre 4 a 10 cm), assim como exercícios de respiração ($p=0,029$), exercícios de agachamento ($p=0,003$) e massagem na região lombar ($p=0,040$) (Tabela 17).

A deambulação foi significativamente mais indicada para uso durante a fase latente do trabalho de parto ($p=0,02$) (Tabela 17).

A freqüência da prescrição das demais intervenções (bola suíça, musicoterapia e técnica de relaxamento) não diferiu significativamente entre as fases do trabalho de parto (Tabela 17).

No que se refere ao intervalo de aplicação das TACs, ficou evidente que o intervalo de aplicação foi conforme vontade da parturiente (Tabela 17).

A frequência de uso do banho de chuveiro diferiu significativamente ($p=0,000$) considerando o intervalo de aplicação durante o trabalho de parto, sendo mais empregada conforme a vontade da paciente (73,08%), assim como a deambulação ($p=0,000$) e massagem na região lombar ($p=0,001$) (Tabela 17).

A frequência da prescrição das demais intervenções (bola suíça, exercício de respiração, exercício de agachamento, musicoterapia e técnica de relaxamento) não diferiu significativamente entre os momentos do trabalho de parto (Tabela 17).

Os enfermeiros não indicaram a fase do trabalho de parto e intervalo de aplicação das seguintes TACs: acupuntura, aromaterapia, banho de imersão, cavaleiro pélvico, crioterapia, TENS, hipnose, injeção transcutânea de água estéril, reflexologia e *Reiki*.

Tabela 17. Distribuição dos enfermeiros segundo momento e intervalo de aplicação de cada uma das terapias alternativas e complementares na assistência a mulher em trabalho de parto. Guarulhos, 2010.

Terapia	Fase do trabalho de parto (dilatação cervical)						p- valor	Intervalo de aplicação								p- valor
	≤ 3 cm		4 a 10 cm		0 a 10 cm			Única vez		Cada 30 min.		Cada 60 min.		Vontade da parturiente		
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	n	%	
Banho de chuveiro	06	23,08	15	57,69	05	19,23	0,030 [†]	03	11,54	03	11,54	01	3,85	19	73,08	0,000 [†]
Bola suíça	03	25,00	06	50,00	03	25,00	0,472	-	-	04	33,33	-	-	08	66,67	0,248
Deambulação	16	39,00	07	25,00	05	17,86	0,025 [†]	-	-	02	7,41	03	11,11	22	81,48	0,000 [†]
Exercícios de respiração	-	-	13	76,47	04	23,53	0,029 [†]	-	-	08	47,06	01	5,88	08	47,06	0,056
Exercícios de agachamento	01	9,09	09	81,82	01	9,09	0,003 [†]	01	9,09	03	27,27	01	9,09	06	54,55	0,107
Massagem na região lombar	02	10,53	11	57,89	06	31,58	0,040 [†]	-	-	02	10,53	03	15,79	14	73,68	0,001 [†]
Musicoterapia	01	33,33	02	66,67	-	-	0,564	-	-	-	-	-	-	03	100,00	-
Técnicas de relaxamento	01	16,67	04	66,67	01	16,67	0,223	-	-	02	33,33	-	-	04	66,67	0,414

* **Fases do trabalho de parto:** fase latente = ≤ 3 cm, fase ativa = 4 a 10 cm e Processo de trabalho de parto completo = 0 a 10 cm¹⁹. [†] Estatisticamente significativo ao nível de p < 0,050.

8.3. Características da instituição

Os 41 enfermeiros avaliados foram recrutados em 11 instituições que apresentavam características específicas detalhadas nas Tabelas 18 e 19.

Havia apenas um enfermeiro por plantão responsável pela maternidade em todas as instituições. Em sete instituições (66,64%) os enfermeiros cobriam não somente a maternidade, mas também outras unidades simultaneamente (dados não apresentados em Tabela).

As 11 instituições estudadas eram Hospitais Gerais (100,00%) e nenhuma possuía Centro de Parto Normal (CPN).

Quanto à estrutura física, 90,91% das instituições tinham disponibilidade de algum tipo de material e equipamento para emprego de TAC durante o trabalho de parto. Seis instituições possuíam espaço físico no pré-parto que permitia aplicação de TAC e somente três instituições possuíam sala de pré-parto unificada ao centro-obstétrico. No que se refere ao acesso de familiares durante o trabalho de parto, somente seis instituições permitiam a entrada de acompanhante escolhido pela parturiente (Tabela 18).

Tabela 18. Caracterização das instituições hospitalares do Vale do Paraíba Paulista, segundo a estrutura física e acesso de familiares no setor de maternidade. Guarulhos, 2010.

Características	Frequência			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Estrutura física				
Disponibilidade de materiais e equipamentos para emprego de TAC durante o trabalho de parto	10	90,91	01	9,09
Espaço físico do pré-parto permitia aplicação de TAC	06	54,55	05	45,45
Sala de pré-parto unificada ao centro-obstétrico	03	27,27	08	72,73
Acesso de familiares				
Permitia a entrada de acompanhante escolhido pela parturiente durante o trabalho de parto	06	54,55	05	45,45

A média de leitos disponíveis na maternidade foi de 17,91 leitos com mediana de 16 leitos e a média de leitos disponíveis no pré-parto foi de 2,55 leitos, com mediana de 2 leitos (Tabela 19).

Em relação ao atendimento em maternidade, a média de número de parto cesárea/mês foi de 60,18 partos, com mediana de 33 partos. A média de número de parto via vaginal/mês foi de 24,18 partos, com mediana de 15 partos (Tabela 19).

Tabela 19. Caracterização das instituições hospitalares do Vale do Paraíba Paulista segundo estrutura física e atendimento do setor de maternidade. Guarulhos, 2010.

Características	Média (DP*)	Mediana (p25-p75 [†])
Estrutura física		
Número de leitos disponíveis na maternidade	17,91 (11,09)	16,00 (10,00 – 28,00)
Número de leitos disponíveis no pré-parto	2,55 (1,12)	2,00 (2,00 – 3,00)
Atendimentos		
Número de parto cesárea/mês	60,18 (51,75)	33,00 (25,00 – 90,00)
Número de parto via vaginal/mês	24,18 (29,48)	15,00 (5,00 – 30,00)

*DP= desvio-padrão. [†]p25 = percentil 25 e p75 = percentil 75.

Quanto aos materiais e equipamentos disponíveis na instituição destinados a prestar assistência a mulher em trabalho de parto, os mais citados foram: chuveiro (90,91%), cadeiras (45,55%) e bola suíça (18,18%), conforme Tabela 20. Não foi mencionado nenhum material além dos materiais e equipamentos descritos no questionário, embora tivesse espaço reservado para informações adicionais.

Tabela 20. Distribuição das instituições hospitalares do Vale do Paraíba Paulista segundo presença de materiais e equipamentos disponíveis na maternidade para emprego de TAC na assistência a parturiente. Guarulhos, 2010.

Materiais e equipamentos	Frequência			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Bola suíça	02	18,18	09	81,82
Cavalinho pélvico	-	-	11	100,00
Banheira	-	-	11	100,00
Cadeiras	05	45,45	06	54,55
Aparelho de som	-	-	11	100,00
Chuveiro	10	90,91	01	9,09
Agulhas para acupuntura	-	-	11	100,00
Aparelho para aplicação de TENS*	-	-	11	100,00
Óleos para massagem	-	-	11	100,00
Óleos ou essências para aromaterapia	-	-	11	100,00

* TENS: estimulação elétrica transcutânea de nervos.

No que se refere à assistência médica obstétrica, 54,55% das instituições possuíam médico obstetra 24h na maternidade. Uma instituição não tinha médico obstetra plantonista ou membro do corpo clínico, e 36,36% referiram ter médico obstetra somente à distância (dados não apresentados em Tabelas).

Em relação à assistência a mulher durante o trabalho de parto, 100,00% das instituições tinha médico prescrevendo medicamentos para indução/condução do trabalho de parto e 63,64% prescreviam medicamentos para a redução da dor durante o trabalho de parto (dados não apresentados em Tabelas).

8.4 Associações entre uso de terapias alternativas e complementares e características sociodemográficas, da formação profissional, do trabalho do enfermeiro e da instituição

Não houve associação estatisticamente significativa entre uso de TACs por enfermeiro e sexo ($p=0,341$), religião ($p=0,434$), situação conjugal ($p=0,124$), faixa etária ($p=0,125$), idade ($p=0,684$), número de filhos (0,099) e renda mensal individual ($p=0,411$), conforme mostra a Tabela 21. O uso de TACs por enfermeiros na assistência a mulher em trabalho de parto independeu das suas características sociodemográficas.

Tabela 21. Associação entre uso de terapias alternativas e complementares na assistência a parturiente e características sociodemográficas dos enfermeiros. Guarulhos, 2010.

Características	Uso de TAC				p-valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Sexo					0,341 [‡]
Feminino	15	41,67	21	58,33	
Masculino	01	20,00	04	80,00	
Religião					0,434 [‡]
Cristãos	13	37,14	22	62,86	
Não-cristãos	03	50,00	03	50,00	
Situação conjugal					0,124 [§]
Com companheiro	09	52,94	08	47,06	
Sem companheiro	07	29,17	17	70,83	
Faixas Etárias					0,125 [‡]
20 a 25 anos	00	0,00	04	100,00	
25.1 a 59.9 anos	16	43,20	21	56,80	
Características	Média (EP*)	Mediana (p25-p75 [†])	Média (EP*)	Mediana (p25-p75 [†])	p-valor
Idade (anos)	33,75 (1,81)	33,00 (28,25–38,00)	34,96 (2,05)	30,00 (28,00–40,00)	0,684
Número de filhos	1,13 (0,25)	1,00 (0,00–2,00)	0,60 (0,14)	0,00 (0,00–1,00)	0,099 ^{**}
Renda mensal Individual (R\$)	2.036,25 (128,88)	2.000,00 (1,620.00–2,450.00)	1.881,20 (101,17)	1.800,00 (1,610.00– 2,000.00)	0,411 ^{**}

*EP= erro-padrão da média. [†]p25 = percentil 25 e p75 = percentil 75. [‡]Teste exato de Fisher. [§]Teste Qui-quadrado de Pearson. ^{||} Teste t-Student. ^{**}Teste Mann-Whitney.

A frequência de uso de TAC foi significativamente ($p=0,002$) maior entre os enfermeiros com formação obstétrica comparados aos sem formação, sugerindo haver associação entre uso de TAC e formação em obstetrícia (Tabela 22).

O tempo de formação na graduação dos enfermeiros ($p= 0,387$), tempo de formação em especialização em obstetrícia (anos) ($p= 0, 714$) e tempo de formação em outras especializações (anos) ($p= 0,664$) não diferiram entre os enfermeiros que empregavam ou não as TACs durante o trabalho de parto. O uso de TAC foi independente do tempo de formação da graduação, em obstetrícia ou em qualquer área de especialização da enfermagem (Tabela 22).

Tabela 22. Comparação da frequência de uso de TAC na assistência à parturiente, segundo características da formação profissional do enfermeiro. Guarulhos, 2010.

Variáveis	Uso da TAC				p-valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Formação em obstetrícia*					0,002 ^{§,}
Sim	10	71,43	04	28,57	
Não	06	22,22	21	77,78	
Variáveis	Média (EP [†])	Mediana (p25-p75 [‡])	Média (EP [†])	Mediana (p25-p75 [‡])	p-valor
Tempo de formação na graduação (anos)	7,75 (1,26)	6,50 (4,00-12,00)	8,16 (1,75)	4,00 (3,00-10,00)	0,387**
Tempo de formação de especialização em obstetrícia (anos)	5,00 (1,32)	3,00 (2,00-8,00)	6,00 (2,30)	6,00 (2,00-10,00)	0,714 ^{††}
Tempo de formação de outras especializações (anos)	4,33 (1,14)	4,00 (1,75-7,25)	5,45 (1,73)	3,00 (2,00-10,00)	0,664 ^{††}

*Especialização ou habilitação em obstetrícia. [†]EP= erro-padrão. [‡]p25 = percentil 25 e p75 = percentil 75. [§]Estatisticamente significativa ao nível de $p<0,050$. ^{||}Teste Qui-quadrado de Pearson. ^{**}Teste Mann-Whitney. ^{††}Teste t-Student.

Houve diferença estatisticamente significativa de frequência de uso de TACs quando comparando enfermeiros com diferentes cargos ($p=0,010$). A frequência de uso foi significativamente maior entre os enfermeiros que exerciam atividades exclusivamente assistenciais (Tabela 23). Não houve associação estatisticamente significativa entre a jornada de trabalho ($p=0,584$) e o turno em que o enfermeiro trabalhava ($p=0,699$) com uso de TACs (Tabela 23).

Tabela 23. Comparação da frequência de uso de terapias alternativas e complementares na assistência a parturiente, segundo características do trabalho do enfermeiro na instituição. Guarulhos, 2010.

Variáveis	Uso de TAC				p-valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Cargo que exerce					0,010 [†]
Enfermeiro obstetra plantonista	04	100,00	00	0,00	
Coordenador da unidade	05	62,50	03	37,50	
Supervisor Geral	06	22,22	21	77,78	
Outro (<i>Gerente de Enfermagem</i>)	01	50,00	01	50,00	
Jornada de trabalho					0,584
12/36h	07	33,33	14	66,67	
40h/sem	07	50,00	07	50,00	
36h/sem	02	33,33	04	66,67	
Turno em que trabalha					0,699
Matutino	01	25,00	03	75,00	
Vespertino	02	66,67	01	33,33	
Integral*	07	41,18	10	58,82	
Noturno	06	35,29	11	64,71	

*Integral= manhã e tarde. [†]Estatisticamente significativa ao nível de $p < 0,050$ (Teste Qui-quadrado de Pearson).

Quanto ao enfermeiro ter autonomia para exercer atividades assistenciais no trabalho de parto, a diferença não atingiu significância estatística ao nível de $p < 0,050$ ($p=0,058$), sendo assim, não houve associação entre ter autonomia e fazer uso de TACs (Tabela 24).

O tempo de atuação na instituição não diferiu significativamente ($p=0,716$) entre os enfermeiros que usavam e os que não usavam TACs na assistência a parturiente. Parece não haver associação entre uso de TACs e tempo de atuação na instituição (Tabela 24).

Quanto ao número de partos/plantão, houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,007$). O número de partos foi significativamente maior nas instituições dos enfermeiros que referiam empregar TACs na assistência a mulher no trabalho de parto. Observou-se associação entre uso de TAC e número de partos por plantão nas instituições (Tabela 24).

Tabela 24. Associação entre uso de terapias alternativas e complementares por enfermeiros na assistência a parturiente e características do trabalho do enfermeiro na instituição. Guarulhos, 2010.

Características	Uso de TAC				p-valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Autonomia para exercer atividades assistenciais no trabalho de parto					0,058 [‡]
Sim	13	50,00	13	50,00	
Não	03	20,00	12	80,00	
Características	Média (EP*)	Mediana (p25-p75 [†])	Média (EP*)	Mediana (p25-p75 [†])	p-valor
Tempo de atuação na Instituição (anos)	5,44 (0,92)	5,00 (2,25-7,75)	6,60 (1,42)	4,00 (2,00-8,00)	0,716 [§]
Número de partos por plantão	4,44 (0,66)	4,50 (3,00-6,00)	2,28 (0,24)	2,00 (1,00-3,50)	0,007 [‡]

*EP= erro-padrão da média. [†]p25= percentil 25 e p75= percentil 75. [‡]Estatisticamente significativa ao nível de p<0,050 (Teste Qui-quadrado de Pearson). [§]Teste Mann-Whitney.

Quanto ao momento da aquisição da informação sobre TACs, verificou-se que a freqüência de uso de TACs foi significativamente maior entre os enfermeiros que receberam informação em TACs durante a especialização em obstétrica comparados a enfermeiros que receberam alguma informação durante a graduação ou na instituição onde trabalhava (p=0,009) (Tabela 25).

Não houve associação estatisticamente significativa entre a forma de aquisição do conhecimento e a freqüência de uso de TACs (Tabela 25).

Tabela 25. Associação entre uso de terapias alternativas e complementares por enfermeiros na assistência a parturiente e momento e forma da aquisição de conhecimento sobre terapias alternativas e complementares. Guarulhos, 2010.

Características	Uso de TAC				p-valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Momento da aquisição da informação					0,009* [†]
Graduação	07	33,33	14	66,67	
Especialização em obstetrícia	08	80,00	02	20,00	
Instituição em que trabalhava	01	25,00	03	75,00	
Nunca ouviu falar	00	0,00	06	100,00	
Forma de aquisição do conhecimento					
Treinamento formal					0,156 [‡]
Sim	03	75,00	01	25,00	
Não	13	35,14	24	64,86	
Autodidata					0,147 [‡]
Sim	04	66,67	02	33,33	
Não	12	34,29	23	65,71	
Curso curta duração ou evento					-
Sim	00	0,00	00	0,00	
Não	16	39,00	25	61,00	

*Estatisticamente significativa ao nível de p<0,050. [†]Teste Qui-quadrado de Pearson. [‡]Teste exato de Fisher.

Houve diferença estatisticamente significativa na frequência de uso de TAC na assistência a mulher em trabalho de parto entre enfermeiros que trabalhavam em instituições que utilizavam TAC e aqueles de instituições que não as empregavam ($p=0,001$), sugerindo assim que o posicionamento da instituição em relação ao uso de TACs poderia influenciar na decisão do enfermeiro em prescrevê-las (Tabela 26).

Em relação ao profissional que empregava TACs na instituição, verificou-se que o uso foi mais freqüente entre enfermeiros que entre médicos, segundo relato dos enfermeiros, e houve diferença estatisticamente significativa em relação ao profissional que emprega TAC na assistência a parturiente, demonstrando que há associação entre ser enfermeiro e uso de TAC ($p=0,003$) (Tabela 26).

Quanto a aceitação das TACs pelas parturientes, houve diferença estatisticamente significativa na frequência de uso pelo enfermeiros ($p=0,000$). Todos os enfermeiros que relataram empregar as TACs referiram que as pacientes as aceitavam e todos os que relataram o não uso justificaram que as pacientes não as aceitavam quando eram oferecidas as TACs, sugerindo haver associação entre aceitação das parturientes e uso de TACs por enfermeiros (Tabela 26).

Houve associação estatisticamente significativa ($p=0,000$) entre frequência de uso das TACs pelos enfermeiros e frequência de aceitação das TACs pelas parturientes na instituição (Tabela 26).

Não ficou evidenciada a associação estatisticamente significativa (0,053) entre uso de TAC no trabalho de parto do próprio enfermeiro e uso de TAC na assistência a mulher em trabalho de parto, demonstrando não haver associação entre experiência pessoal vivenciada com TAC e emprego na assistência de enfermagem à parturiente (Tabela 26).

Não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,358$) entre conhecimento sobre a existência de respaldo legal para o enfermeiro exercer práticas com TAC e uso de TAC na assistência a parturiente, sugerindo que não houve associação entre conhecimento de respaldo legal e uso de TAC (Tabela 26).

Tabela 26. Comparação da frequência de uso de terapias alternativas e complementares (TACs) por enfermeiros na assistência à parturiente quanto ao profissional que utilizava, aceitação pelas parturientes e respaldo legal. Guarulhos, 2010.

Características	Uso de TAC				p-valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Uso de TAC na assistência a parturiente na instituição					0,001* [†]
Sim	14	60,87	09	39,13	
Não	02	11,11	16	88,89	
Profissional que empregava TAC na assistência a mulher em trabalho de parto na instituição					0,003* [†]
Enfermeiro	13	65,00	07	35,00	
Médico	01	33,33	02	66,67	
Não utilizava	02	11,11	16	88,89	
Pacientes aceitavam o uso das TAC					0,000* [†]
Sim	16	100,00	-	-	
Não	-	-	25	100,00	
Frequência de aceitação das TAC pelas parturientes na instituição					0,000* [†]
Sempre	11	100,00	-	-	
Raramente	05	100,00	-	-	
Não oferece	-	-	25	100,00	
Uso de TAC no trabalho de parto do próprio enfermeiro (experiência pessoal)					0,053* [‡]
Sim	03	100,00	-	-	
Não	13	34,21	25	65,79	
Conhecimento sobre a existência de respaldo legal para o enfermeiro exercer práticas com TAC					0,358 [†]
Sim	08	53,33	07	46,67	
Não	02	28,57	05	71,43	
Não sabe	06	31,58	13	68,42	

*Estatisticamente significativa ao nível de $p \leq 0,050$. [†]Teste Qui-quadrado de Pearson. [‡]Teste exato de Fisher.

O uso de TAC por enfermeiros na assistência a parturiente não apresentou associação estatisticamente significativa com a presença de sala de pré-parto unificada ao centro-obstétrico na instituição ($p=0,218$); com a permissão da entrada de acompanhante escolhido pela parturiente ($p=0,901$); com possuir materiais e equipamentos para atuar com TACs na instituição ($p=0,216$); a estrutura física do pré-parto permitir aplicação destas terapias ($p=0,901$); e o número de leitos na instituição ($p=0,062$) (Tabela 27).

O número de partos vaginais ($p=0,045$) e cesáreas ($p=0,003$) por mês foi significativamente maior nas instituições que atuavam os enfermeiros que referiam empregar TACs na assistência ao parto, indicando haver associação entre número de partos e frequência de uso de TACs (Tabela 27).

Tabela 27. Comparação entre frequência de uso de terapias alternativas e complementares por enfermeiros na assistência a parturiente e possuir materiais e equipamentos na instituição, estrutura física, sala de pré-parto unificada ao centro obstétrico e permissão de entrada de acompanhante de escolha da parturiente. Guarulhos, 2010.

Características	Uso de TAC				p-valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Possua materiais e equipamentos para atuar com TAC durante assistência a parturiente					0,216 [§]
Sim	16	42,11	22	57,89	
Não	00	0,00	03	100,00	
Estrutura física do pré-parto permitia aplicação de TAC					0,901
Sim	08	40,00	12	60,00	
Não	08	38,10	13	61,90	
Sala de pré-parto unificada ao centro-obstétrico					0,218
Sim	04	26,67	11	73,33	
Não	12	46,15	14	53,85	
Instituição permitia a entrada de acompanhante escolhido pela parturiente					0,901
Sim	08	40,00	12	60,00	
Não	08	38,10	13	61,90	
Características	Média (EP*)	Mediana (p25-p75 [†])	Média (EP*)	Mediana (p25-p75 [†])	p-valor
Nº. de leitos disponíveis para atendimento na maternidade	24,13 (2,96)	16,00 (16,00-38,50)	18,16 (2,58)	11,00 (9,00-25,50)	0,062 ^{**}
Nº. de partos cesáreas/mês	85,50 (13,21)	80,00 (33,00-120,00)	41,84 (8,16)	30,00 (25,00-46,50)	0,003 ^{‡, **}
Nº. de partos vaginais/mês	40,13 (8,50)	18,00 (12,00-82,25)	26,84 (6,48)	15,00 (4,00-49,00)	0,045 ^{‡, **}

*EP= erro-padrão. †p25= percentil 25 e p75= percentil 75. ‡Estatisticamente significativa ao nível de $p < 0,050$. §Teste exato de Fisher. ||Teste Qui-quadrado de Pearson. **Teste Mann-Whitney.

8.5. Fatores associados ao uso das TACs

Para identificar os fatores associados ao uso de TAC foi realizada análise de regressão logística múltipla, sendo incluídas no modelo todas as variáveis que nas análises univariadas apresentaram p-valor $< 0,20$ e não tinham nenhuma casela com valor igual a zero. As variáveis selecionadas para análise múltipla estão descritas na Tabela 28.

Tabela 28. Variáveis incluídas na análise de regressão logística múltipla. Guarulhos, 2010.

Variável	p-valor
Situação conjugal	0,124
Número de filhos	0,099
Formação em obstetrícia	0,002
Autonomia para exercer TAC no trabalho de parto	0,058
Número de partos/plantão	0,007
Treinamento formal em TAC	0,156
Aquisição de conhecimento em TAC de forma autodidata	0,147
Uso de TAC na Instituição para assistência ao trabalho de parto	0,001
Profissional que emprega TAC no trabalho de parto	0,003
Número de leitos na maternidade	0,062
Número de partos cesáreas/mês	0,003
Número de partos vaginal/mês	0,045

A partir da análise de regressão logística múltipla foram gerados três modelos, tendo sido selecionado o terceiro, pois apresentou melhor ajuste, medido pelo teste de Hosmer-Lemeshow (Tabela 29).

No terceiro modelo, embora a variável treinamento formal não tenha sido preditora independente do uso de TAC (não tenha apresentado significância estatística ao nível de $p \leq 0,050$), esta foi mantida no modelo, pois ajustou o efeito da variável “formação em obstetrícia”. Ao compararem-se os modelos 2 e 3 observou-se que ao acrescentar a variável treinamento em TAC, o *odds ratio* da variável “formação em obstetrícia” foi reduzido em mais que 10%, indicando a importância do “treinamento em TAC” no ajustamento do efeito da “formação em obstetrícia” sob a variável dependente (uso de TAC) (Tabela 29).

Os enfermeiros que tinham formação em obstetrícia apresentaram mais chance de utilizar TAC do que os que não tinham formação em obstetrícia. Quanto maior o número de cesáreas na instituição, maior era a chance de uso de TAC. A variável formação em obstetrícia, ajustada pelo treinamento formal em TAC, e o número de cesáreas/mês foram fatores associados ao uso de TAC por enfermeiros durante assistência a mulher em trabalho de parto, independente das demais características sociodemográficas e da formação, do trabalho do enfermeiro e da instituição.

Tabela 29. Modelos de regressão logística múltipla dos fatores associados ao uso de TAC por enfermeiros na assistência a mulher em trabalho de parto. Guarulhos, 2010.

Modelos	Coeficiente (β)	Erro padrão	Wald	p-valor	Odds Ratio (OR)	IC95%*		
						Limite inferior	Limite superior	
1	Formação em obstetrícia (sim=1)	2,17	0,75	8,34	0,004	8,75	2,01	38,14
	Constante	-1,25	0,46	7,32	0,007	0,29		
2	Formação em obstetrícia (sim=1)	1,84	0,80	5,37	0,020	6,31	1,33	29,95
	Nº. cesáreas/mês	0,02	0,01	3,69	0,055	1,01	1,00	1,03
	Constante	-2,07	0,67	9,42	0,002	0,13		
	Teste de Hosmer-Lemeshow	7,54						
		(p=0,27)						
3	Formação em obstetrícia (sim=1)	1,73	0,84	4,26	0,039	5,65	1,09	29,31
	Treinamento formal em TAC (sim=1)	2,42	1,36	3,20	0,074	11,29	0,79	160,84
	Nº. cesáreas/mês	0,02	0,01	5,06	0,025	1,02	1,02	1,04
	Constante	-2,58	0,80	10,48	0,001	0,08		
	Teste de Hosmer-Lemeshow	11,32						
		(p=0,18)						

* IC: intervalo de confiança.



Discussão

9. DISCUSSÃO

A discussão deste estudo direciona-se a frequência e fatores associados ao uso de terapias alternativas e complementares por enfermeiros na assistência a mulher durante o trabalho de parto. Baseado neste foco, o estudo incluiu caracterização do perfil sociodemográfico, formação profissional e características do trabalho do enfermeiro, bem como a caracterização da instituição onde estes trabalhavam. Também foram analisadas as associações entre uso das TACs e as características profissionais, da formação e do trabalho do enfermeiro e das características da instituição.

As TACs foram empregadas por 39,02% dos enfermeiros participantes. Foi testada a hipótese de que características sociodemográficas e de formação profissional do enfermeiro, da estrutura e funcionamento das maternidades eram fatores associados ao uso das TACs por enfermeiros durante a assistência a mulher em trabalho de parto. Segundo as análises univariadas os fatores associados ao uso de TACs foram: formação obstétrica, cargo que o enfermeiro exercia (ser enfermeiro exclusivamente assistencial), número de partos por plantão, uso de TAC na instituição, profissional que empregava TAC na instituição (ser enfermeiro), aceitação da parturiente, frequência de aceitação da parturiente, número de cesáreas/mês e número de parto vaginal/mês na instituição. Entretanto, na análise múltipla apenas as variáveis, formação em obstetrícia, ajustada pelo treinamento formal em TAC, e o número de cesáreas/mês foram preditores do uso de TAC por enfermeiros durante o trabalho de parto, independente das demais características sociodemográficas e da formação, do trabalho e da instituição.

A plausibilidade destas associações está discutida nos itens que se seguem.

9.1. Características sociodemográficas, da formação profissional e do trabalho do enfermeiro

Participaram deste estudo 41 enfermeiros. A média de idade dos enfermeiros foi de 34 anos. Predominou-se o sexo feminino (87,80%), visto que

ainda há pouca atuação de enfermeiros em maternidade. Resultado semelhante a este também foi levantado no estudo de Gardenal e colaboradores⁷⁸, não foi identificado atuação de enfermeiro do sexo masculino nas unidades de saúde de Sorocaba-SP voltadas para atendimento à saúde da mulher.

Percebeu-se que a maioria dos enfermeiros era católica (70,73%). Deve-se considerar que os municípios, em sua maioria, ficam próximos ao circuito da fé e a cidade Aparecida do Norte, estância turístico-religiosa, onde foi construída a Basílica Nova, que foi consagrada pelo Papa João Paulo II e em 1984, a Conferência Nacional dos Bispos (CNBB) declarou oficialmente a basílica de Aparecida, o Santuário Nacional, referência para os católicos do Brasil e do mundo.⁷⁹

No que se refere ao estado civil, 43,90% declararam-se solteiro e 34,15% casados. A mediana de número de filho foi de 1,00. A renda mensal individual teve a média de R\$ 1.941,71.

Em relação à formação profissional dos enfermeiros, foi questionado quanto ao tempo de formação da graduação, sendo oito anos a média de tempo de formação, apontando assim o grau de experiência destes enfermeiros na área de enfermagem.

Outro questionamento relevante foi quanto a possuir especialização ou habilitação em obstetrícia e o tempo de formação na área. Entre os 41 enfermeiros, somente 14 possuíam especialização ou habilitação em enfermagem, com tempo médio de formação de 5,25 anos. Esta baixa frequência de formação específica em obstetrícia deve-se provavelmente a mudança curricular ocorrida em 1994, considerando o tempo médio de formação dos enfermeiros incluídos neste estudo, que foi de oito anos. A partir de 1994, o currículo mínimo de enfermagem foi modificado e as habilitações foram extintas, inclusive a de obstetrícia. Os cursos previstos para formação específica de enfermeiros na área obstétrica consistem na especialização em enfermagem, nível de pós-graduação *lato sensu* e formação de enfermeira obstetriz.⁸⁰

Na região do Vale do Paraíba Paulista não há, até o presente momento, curso em nível de pós-graduação *lato sensu* na área de Enfermagem na saúde da mulher, caso haja interesse do enfermeiro, este deverá procurar em cidades distantes como São Paulo, Guarulhos (SP), Itajubá (MG), Mogi das Cruzes (SP), Rio

de Janeiro ou em outros municípios. Este fato talvez também contribua para justificar a baixa frequência de enfermeiros com formação específica em obstetrícia.

Ao fazer a estimativa de amostra e contato prévio com as instituições, percebeu-se que muitas não tinham enfermeiro obstetra atuante e sim cobertura de enfermeiros generalistas na maternidade. Por este motivo, optou-se por incluir na amostra todo enfermeiro que prestasse assistência a mulher em trabalho de parto.

O grande número de enfermeiros atuando em obstetrícia, sem formação específica instiga algumas preocupações relacionadas à segurança do paciente e qualidade da assistência, visto que alguns cuidados seriam atribuições específicas dos enfermeiros obstetras e quando realizados por profissionais não adequadamente preparados poderia resultar em erros no exercício profissional.^{81,82} É necessário que os enfermeiros que atuam no acompanhamento da gestação e trabalho de parto recebam formação específica em obstetrícia.

Quanto às características do trabalho dos enfermeiros, a maioria (65,85%) tinha função de supervisor geral. Este é realmente o perfil da maioria das instituições do Vale do Paraíba Paulista, pois muitas unidades não possuíam coordenador de unidade e/ou enfermeiros exclusivos do Centro Obstétrico, mas somente supervisor para atuação gerencial e assistencial. Estes supervisores prestavam assistência a mulher em trabalho de parto e parto. Apesar do cargo de supervisão geral, estes enfermeiros atuavam na função assistencial na maternidade, bem como em outras áreas. A jornada de trabalho que predominou foi de 12/36h (51,22%), e os turnos em que trabalhavam foram noturno (41,46%) e integral (manha e tarde) (41,46%), turnos estes que usualmente são de supervisão geral.

A média de tempo de atuação na instituição foi de 6,15 anos e número de partos por plantão foi de 3,12 partos.

No que concerne a associação entre autonomia do profissional e o uso de TACs, estudo qualitativo realizado com enfermeiros australianos avaliando as motivações para o emprego de TACs por enfermeiros obstétricos verificou que o senso de autonomia no trabalho era um dos principais motivadores ao uso, pois permitiam que a atuação do enfermeiro fosse além das recomendações médicas.⁸³ Embora no presente estudo os enfermeiros não tenham sido diretamente questionados em relação a autonomia para uso de TAC, foram questionados em

relação a autonomia para atuar na assistência a mulher em trabalho de parto, o que também incluiria a prescrição das TACs. Verificou-se que 26 referiram ter autonomia, destes, 13 aplicavam TACs e 3 referiram fazer uso de TAC mesmo não tendo autonomia ou com alguma dificuldade de autonomia, o que aparentemente sugeriria uma não associação entre autonomia e o enfermeiro propor-se a empregar TACs na assistência a mulher. Por outro lado, Monticelli e colaboradores⁸⁴ ao abordar as enfermeiras obstétricas quanto a autonomia para atuação na área após sua formação, verificou que 37,5% (n=18) referiram que a falta de autonomia profissional era uma das dificuldades para atuação. Dificuldades estas que poderiam influenciar no uso de TACs por enfermeiros em sua atuação na assistência as parturientes. Entretanto, os resultados do presente estudo não corroboram esta hipótese.

9.2. Uso e conhecimento das terapias alternativas e complementares (TACs) por enfermeiros na assistência a mulher em trabalho de parto

No presente estudo, entre os 41 enfermeiros, 87,80% referiram conhecer TAC no geral, no entanto, somente 39,02% afirmaram fazer uso em seu plano de cuidados durante assistência a mulher em trabalho de parto. Nota-se que embora a maioria conhecesse, nem todos aplicavam à prática clínica.

A freqüência de uso de TACs relatada pelos enfermeiros estudados no interior paulista foi inferior a freqüência relatada por enfermeiros europeus e norte-americanos. Entretanto, estes estudos avaliaram a freqüência de uso não apenas no cuidado a mulher em trabalho de parto, mas também durante a gestação. Estudos apontam freqüência de uso das TACs em obstetrícia variando de 34% a 78%, sendo encontradas freqüências menores no Reino Unido (*National Health Service - NHS Confederation, Britain, 1997 apud Liburd A, 1999*)²³ e maiores nos Estados Unidos, variando de 78%⁵ a 93,9%^{5, 85}. Alguns estudos^{5,23,74} mostraram que em vários países os enfermeiros fazem uso de TAC, porém não se sabia, até o presente momento, se os enfermeiros do Vale do Paraíba Paulista faziam uso das TACs na sua prática assistencial e qual a freqüência. Os dados do presente estudo são inéditos e auxiliam na compreensão da prática dos enfermeiros brasileiros em obstetrícia, especificamente enfermeiros do Vale do Paraíba Paulista, que foram os incluídos no presente estudo.

Observou-se haver discrepância entre frequência de uso de TAC no geral e frequência de uso de TACs específicas, tais como banho, deambulação, exercícios e respiração e massagem na região lombar. Estas terapias tiveram frequência de uso superior a de uso de TAC no geral, o que sugere um desconhecimento dos enfermeiros em relação à definição de TAC ou a identificação de quais terapias seriam consideradas entre as TACs; ou os enfermeiros ignoram que intervenções como banho, massagem e deambulação são terapias alternativas e complementares e que embora observa-se pela prática clínica que são intervenções freqüentemente utilizadas na assistência geral de enfermagem ao parto, não são reconhecidas como TACs.

Se fosse calculada a frequência de uso considerando o uso de qualquer tipo de TAC, a frequência seria de 68,29%, que foi a frequência identificada para uso de deambulação.

Deve-se ressaltar que a variável uso de TAC no geral refere-se à pergunta que questionava o enfermeiro em relação ao uso das TACs. Esta frequência não foi calculada ou corrigida no banco considerando a frequência de uso de alguma TAC em particular.

A maioria dos enfermeiros referiu que o conhecimento sobre TAC na assistência a parturiente foi adquirido durante a graduação em enfermagem (51,22%) e 10 receberam informação durante o curso de especialização em obstetrícia. Vale destacar que dos 41 participantes, 13 tinham especialização e um tinha habilitação em obstetrícia. Foi observado que seis enfermeiros nunca tinham acessado alguma informação referente ao emprego das TACs no trabalho de parto. Faz-se necessário melhorar a abordagem das TACs nos cursos de enfermagem para capacitar e informar os graduandos e pós-graduandos sobre a efetividade das TACs e respaldo legal para a utilização por enfermeiros, uma vez que já se tenham estudos que comprovam alguns benefícios das intervenções na assistência as parturientes.^{12,17,48,53,65}

No que se refere aos treinamentos em TAC recebidos pelos enfermeiros, foram citados o toque terapêutico, florais e bola suíça, todavia, estas intervenções ainda carecem de evidências fortes de sua efetividade, em especial o toque e os

florais. Será que o toque terapêutico e uso de florais poderiam funcionar no trabalho de parto para controle da dor e ansiedade, bem como favorecer a descida da apresentação fetal? Não foram identificados estudos avaliando efetividade destas intervenções no trabalho de parto.

Foram listadas no instrumento de coleta de dados 18 terapias alternativas e complementares e colocado à disposição algumas lacunas em branco caso o enfermeiro conhecesse alguma outra TAC não mencionada. Entre as TACs estavam incluídas: acupuntura, aromaterapia, banho de chuveiro, banho de imersão, bola suíça, cavalinho pélvico, crioterapia, deambulação, estimulação elétrica transcutânea de nervos (TENS), exercícios de respiração, exercícios de agachamento, hipnose, injeção transcutânea de água estéril, massagem na região lombar, musicoterapia, técnicas de relaxamento, reflexologia e *Reiki*.

Entre estas terapias, as mais conhecidas e utilizadas pelos enfermeiros em sua prática clínica foram: banho de chuveiro, deambulação e massagem na região lombar. Foi referido conhecimento sobre outras diversas terapias [acupuntura (51,22%), aromaterapia (51,22%), exercícios de respiração (78,05%), exercícios de agachamento (75,61%), musicoterapia (78,05%) e técnicas de relaxamento (60,98%)], no entanto, essas terapias não foram referidas ou poucos enfermeiros referiram fazer uso em sua prática clínica.

Em estudo⁴ conduzido na Alemanha verificou-se freqüência de uso de TAC durante o trabalho de parto em 8,5%, sendo as terapias mais usadas acupuntura 3,7% e demais TACs 4,8%.

Entre os 41 pesquisados, 23 enfermeiros referiram que em sua instituição eram aplicadas TACs na assistência a parturiente. Os participantes apontaram o enfermeiro como o profissional que mais utilizava TAC na assistência a mulher em trabalho de parto (48,78%). Contudo, somente 16 referiam fazer uso no seu plano de cuidados. O uso por médicos foi referido por apenas 7,32% dos enfermeiros. Não foi mencionado o uso por fisioterapeutas, profissionais de enfermagem de nível técnico ou outros membros da equipe multidisciplinar de saúde. No que se refere à oferta e procura, verificou-se que a maioria (60,98%) dos enfermeiros não oferecia as TACs às pacientes e relataram que quando os enfermeiros ofereciam as TACs somente 39,02% das parturientes as aceitavam. Desconhece-se o real motivo de aceitação

do uso de TAC pelas parturientes. Uma das justificativas para que a aceitação fosse mais expressiva seria que as parturientes fossem esclarecidas quanto aos benefícios e segurança das TACs, pois sentir-se-iam mais empoderadas e poderiam aceitar prontamente o uso.

Cabe lembrar que o uso de TAC também está relacionado a outros fatores identificados em estudo com parturientes alemãs⁴, tais como: tipo de hospital, ocupação da mulher e seu status social.

No que se refere às práticas assistenciais, há que se considerar que os profissionais de saúde necessitam de respaldo legal pelo conselho federal de enfermagem para atuar em sua assistência. A resolução COFEN 197/97¹² estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem. No entanto, quanto ao respaldo legal do enfermeiro para prescrição de TAC em sua assistência, 46,34% mencionaram desconhecer a existência de respaldo para sua atuação. Somente 36,59% tinham conhecimento do respaldo legal para o enfermeiro fazer uso das TACs. Nuñez e Ciosak⁸⁶ em seu estudo sobre o saber e o fazer das enfermeiras com TAC também identificaram que entre 18 enfermeiras de seu estudo, 14 (77,8%) não conheciam o respaldo legal.

Os enfermeiros também foram questionados em relação à aplicação das TACs durante a vivência do seu trabalho de parto, sendo verificado que 92,68% não fizeram uso. A aprendizagem vivencial, conforme conceituado por Abrasel⁷⁶ poderia influenciar na prática clínica da enfermeira, pois se ela mesma vivenciasse os benefícios das TACs em seu parto, transformaria a sua experiência de vida em aprendizagem vivencial, ou seja, envolver-se numa atividade, analisar a atividade criticamente, extrair algum “insight” (compreensão) útil dessa análise e aplicar seus resultados, podendo então mudar seu comportamento diante da experiência vivenciada, incorporando assim o conhecimento adquirido à prática clínica.

9.2.1. Uso das TACs em geral e específicas: indicação, frequência e fase do trabalho de parto

Verificou-se que as TACs empregadas neste estudo, na sua maioria, foi indicada conforme os estudos indicam, seguindo uma prática correta dos enfermeiros, embora apenas quatro tenham referido algum treinamento formal em alguma TAC. Todavia, verificou-se que 35 (85,37%) receberam algum tipo de informação, seja durante a graduação, seja durante a pós-graduação, entre outras oportunidades, as quais foram provavelmente corretas visto o resultado da prática.

Para redução da dor da parturiente durante o trabalho de parto, os enfermeiros apontaram fazer uso de banho de chuveiro e massagens na região lombar da parturiente. Segundo revisão sistemática realizada por Smith e colaboradores,⁸⁷ apenas a acupuntura e hipnose poderiam ser provavelmente benéficas para o alívio da dor durante o trabalho de parto. Em relação à indicação de cada uma das TACs para redução da dor, verificou-se que para o banho de chuveiro a indicação mais freqüente foi na fase ativa. Segundo Davim 2008¹³ o uso está adequado. Embora alguns enfermeiros deste estudo empregassem na fase latente e também durante todo o processo do trabalho de parto, o uso não seria incorreto, pois não se identifica na literatura contra-indicação formal para o uso.

Para diminuir a ansiedade das parturientes, os enfermeiros do estudo apontaram fazer uso de exercícios de respiração, musicoterapia e técnicas de relaxamento. Em estudo norte-americano⁶⁹ com parturientes percebeu-se que o sofrimento foi menor no grupo com musicoterapia nas primeiras três horas do trabalho de parto, embora durante a evolução do trabalho de parto houvesse aumento progressivo do sofrimento em ambos os grupos, no grupo com música o aumento foi menor.

Com relação a utilização das técnicas de respiração e relaxamento, em estudo brasileiro¹⁵ as TACs proporcionaram às parturientes a manutenção do nível baixo de ansiedade por maior período de tempo do trabalho de parto, ocorrendo o aumento para nível médio de ansiedade somente na fase de transição do trabalho de parto.

Ao tentar facilitar a descida da apresentação fetal, os enfermeiros relataram que faziam uso de bola suíça, deambulação e exercícios de agachamento. Segundo Mamede e colaboradores⁴⁶, a deambulação em seu estudo esteve associada ao encurtamento do trabalho de parto, sendo que a cada 100 metros percorridos ocorreu uma diminuição de 22 minutos na primeira hora, 10 minutos na segunda hora e 6 minutos na terceira hora do trabalho de parto.

Não foram encontrados estudos quantitativos do tipo ensaio clínico na literatura que avaliassem a efetividade dos exercícios de agachamento e uso da bola suíça. No entanto, identificou-se estudo qualitativo⁸⁸ que demonstrou que os exercícios foram empregados e obtiveram algum resultado satisfatório na progressão do trabalho de parto relatado pelas parturientes.

Para tentar aumentar a dilatação cervical os enfermeiros referiram fazer uso de bola suíça e banho de chuveiro. Não há estudos que mensuraram dilatação cervical como desfecho primário. Os estudos, tanto de revisão quanto ensaio clínico, demonstraram que banho de chuveiro e de imersão proporcionaram alívio da dor sem prejudicar a evolução do trabalho de parto.^{13,14,19}

Para todas as intervenções referidas como uso na prática assistencial dos enfermeiros, o intervalo de aplicação ficou de acordo com a vontade da paciente embora tivessem assinalado a cada 30 minutos ou a cada hora conforme a terapia.

No que se refere ao momento do trabalho de parto, somente a deambulação foi predominantemente apontada na fase latente do processo. As demais terapias foram apontadas como sendo utilizadas na fase ativa do trabalho de parto, ou seja, de 4 a 10 cm, considerando também que algumas terapias foram apontadas como sendo aplicadas ao longo de todo o primeiro período clínico do parto. Em diversos estudos^{10,15,17,54,56} as TACs foram aplicadas ao longo do período de dilatação cervical.

9.3. Características da instituição

As 11 Instituições estudadas eram Hospitais Gerais (100,00%) e nenhuma possuía Centro de Parto Normal (CPN). Machado 2006⁸⁹ destaca que os

Centros de Parto Normal surgiram objetivando resgate da humanização no atendimento a mulher, assegurando recursos tecnológicos para qualidade da assistência, porém preservando ambiente familiar e acolhedor. As maternidades estudadas ainda não estavam adaptadas ao modelo de humanização.

A estrutura física das maternidades em sua maioria (90,91%), segundo os responsáveis pela unidade, dispunha de materiais e equipamentos para o emprego de TACs durante a assistência a mulher em trabalho de parto e o espaço físico em 54,55% das unidades permitiam a aplicação, porém os responsáveis citaram que somente possuíam chuveiro (90,91%), cadeiras (45,55%) e bola suíça (18,18%). Não foi mencionado nenhum material além dos materiais e equipamentos descritos no questionário. Aparentemente, as maternidades poderiam estar mais bem estruturadas para prestar assistência com qualidade à mulher e proporcionar condições para aplicação de TACs.

Quanto ao espaço físico, nem todas as instituições possuíam espaço físico no pré-parto que permitisse aplicação de TAC, conforme resposta dos enfermeiros responsáveis. Pela prática clínica verificou-se que para estimular a posição vertical da parturiente necessita-se espaço para deambulação ou utilização de cadeiras para acomodá-la, bem como o repouso em uma superfície macia como a bola suíça. Para redução da dor poderia ser utilizado banho através de chuveiro ou banheira. Nenhum responsável pela maternidade mencionou ter banheira em suas instalações. Há que se rever o modelo de atenção prestado às parturientes visto que a Política Nacional de Humanização⁹⁰ estimula que se ofereça atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais.

Quanto ao acesso de familiares, seis instituições permitiam a entrada de acompanhante escolhido pela parturiente durante o trabalho de parto. A Lei nº. 11.108, de 7 de abril de 2005 garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.⁹¹

Alguns hospitais não estavam em conformidade com a lei que já está em vigor há seis anos demonstrando não favorecer a humanização e assegurar o direito das usuárias do serviço. Além disso, foram muitas as respostas dos enfermeiros sobre indisponibilidade de tempo para aplicar TAC. A presença do acompanhante

poderia favorecer o uso TAC, pois além de transmitir confiança e segurança a parturiente, poderia também estimular adesão das parturientes.

Os hospitais eram de médio porte. A média de número de leitos foi de 17 e para pré-parto dois leitos. Em relação ao atendimento, a média de parto cesárea foi de 60/mês e parto vaginal 24/mês. Percebeu-se um índice elevado de partos cesárea e baixo de partos vaginais. No Brasil o índice de cesárea ainda é considerado elevado, em 2008 foi de 46%, sendo que o percentual recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é de apenas 15%.^{19, 20}

No que se refere à assistência médica obstétrica, 54,55% das instituições possuíam médico obstetra 24h na maternidade. Uma instituição não tinha médico obstetra plantonista ou membro do corpo clínico, e 36,36% referiram ter médico obstetra somente à distância. A presença do enfermeiro obstetra nas maternidades poderia ser fundamental para assegurar as práticas humanizadas do parto, o uso de TACs e devido à falta de médicos obstetras, visto que há o respaldo pelo conselho de enfermagem para assistência ao trabalho de parto e parto sem distócia por estes profissionais, bem como identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico.⁸¹

Em relação à assistência a mulher durante o trabalho de parto, 100,00% das instituições tinha médicos prescrevendo medicamentos para indução/condução do trabalho de parto e 63,64% prescreviam medicamentos para a redução da dor durante o trabalho de parto. Estas intervenções farmacológicas embora sejam efetivas no controle da dor, interferem na progressão fisiológica do trabalho de parto. Além disto, os efeitos adversos destes fármacos sobre o feto e a mãe, em longo prazo, ainda não estão bem definidos.²

9.4. Associações entre uso de terapias alternativas e complementares na assistência a mulher em trabalho de parto e características sociodemográficas, da formação profissional, do trabalho do enfermeiro e da instituição

9.4.1. Variáveis que tiveram associação com uso de TAC por enfermeiros

Os fatores que tiveram associação com o uso de TAC durante a assistência a mulher em trabalho de parto na análise univariada foram: formação obstétrica, cargo que exercia, número de partos por plantão, momento da aquisição do conhecimento (na especialização em obstetrícia), uso de TAC na instituição, profissional que empregava, aceitação das TACs pela parturiente, frequência de aceitação da parturiente, número de partos cesárea/mês e número de partos vaginal/mês na instituição.

A formação obstétrica prediz o uso, pois o enfermeiro especialista nesta área tem em sua formação complementar subsídios para melhor atender a esta população.⁸⁰ Assim como o cargo que exercia foi associado, apontando que o enfermeiro obstetra plantonista tinha maior chance de uso em relação aos outros cargos.

Embora não tenham sido identificados estudos que justificassem a associação entre uso de TAC e número de partos/plantão, identificou-se que nas instituições que tinham maiores números de parto, maior foi a chance de uso de TACs por enfermeiros, assim como o número de partos cesárea/mês e número de partos vaginal/mês.

O emprego de TAC na instituição foi preditor de uso de TAC pelo enfermeiro, bem como o profissional que empregava, sendo apontado o enfermeiro como profissional que mais empregava. Akiyama 2004⁷² pesquisou o uso de TAC na medicina e o grupo de recusa em participar de sua pesquisa incluía área de tocoginecologia. Identificou-se que 52% dos médicos de várias especialidades (n=365) endossavam alguma TAC. Considerando que médicos obstetras recusaram-se a participar do estudo de Akiyama e neste estudo o médico foi pouco apontado como profissional que emprega TAC, e mesmo considerando que o enfermeiro

obstetra seja o profissional que permanece mais tempo ao lado da parturiente, há que se conscientizar os médicos sobre os benefícios do uso de TAC na assistência a mulher em trabalho de parto.

A aceitação e freqüência de aceitação pela parturiente estiveram associadas com o uso de TAC por enfermeiros. Gentil e colaboradores⁹² comentaram que fatores culturais e crenças, assim como o conhecimento dos benefícios do tratamento poderiam influenciar o uso de TACs por mães em seus filhos, fatores estes que poderiam também influenciar na aceitação do uso de TACs pelas parturientes.

9.4.2. Variáveis que não tiveram associação com uso de TACs por enfermeiros

Os fatores que não influenciaram o uso de TACs durante a assistência a mulher em trabalho de parto, ou seja, o uso independia dos fatores, na análise univariada foram: sexo, religião, faixa etária, número de filhos, situação conjugal, renda mensal, tempo de formação da graduação, tempo de formação da especialização, tempo de formação de outras especializações que não obstétrica, jornada de trabalho, turno em que trabalhava, tempo de atuação na instituição, ter autonomia, forma de aquisição do conhecimento, experiência pessoal com parto, conhecimento do respaldo legal, possuir materiais e equipamentos na instituição, estrutura física, sala de pré-parto unificada ao centro-obstétrico (ou centro-cirúrgico), permitir entrada de acompanhante e número de leitos disponíveis na instituição.

Quanto às barreiras ao uso das TACs, segundo estudo norte-americano⁹³, as barreiras para o uso foram ($p < 0,05$): ser homem, ser saudável, falta de apoio médico para o uso de TAC e acreditar que os tratamentos com TACs são ineficazes. Falta de conhecimento sobre TAC aproximou-se da significância ($p=0,068$). Embora Jain e colaboradores⁹³ tenham encontrado o gênero masculino como barreira para o uso de TAC, nesta pesquisa o gênero/sexo não foi preditor do uso por enfermeiros.

Embora não tenham sido encontrados estudos que corroborassem com a não associação de uso de TAC com renda mensal, situação conjugal, faixa etária e

número de filhos, ficou evidenciado que o uso de TAC por enfermeiros independe destes fatores.

No presente estudo a variável religião não foi fator significativamente associado ao uso de TAC, mas verificou-se que a frequência de uso foi maior entre os que não eram cristãos. Estes resultados foram diferentes dos observados por Hastings-Tolsma e Terada⁵, que verificaram que a frequência de uso foi maior entre cristãos (protestantes e católicos).

No que se refere ao tempo de formação, seja na graduação, especialização ou em outras especializações que não obstétrica, não houve associação com o uso de TAC. Não foram identificados estudos que pudessem confrontar este achado, porém percebeu-se neste estudo que quanto menor o tempo de formação, maior a chance de uso de TAC por enfermeiros.

Embora os fatores jornada de trabalho e turno em que trabalha não tivessem sido associados ao uso de TAC, percebeu-se que tinha maior chance de uso quem trabalhasse 40h/semana e no turno vespertino. Não foram encontrados estudos que discutissem estes fatores.

Quanto ao tempo de atuação do enfermeiro na instituição, percebeu-se que quanto menor o tempo, maior a chance de uso, no entanto, o tempo de atuação não foi fator associado ao uso de TAC. Nuñez e Ciosak⁸⁶ identificaram em seu estudo que as enfermeiras que faziam uso de TAC nas unidades básicas de saúde tinham estabilidade no serviço (atuavam há mais de 10 anos). Há que se considerar que o campo de estudo foram instituições hospitalares e de Nuñez foram unidades de saúde básica, fator este que não foi avaliado como fator determinante para o uso.

A autonomia para atuar com TAC na assistência a parturiente não foi fator predisponente visto que não houve diferença estatisticamente significativa e também não influenciou no uso de TAC. Não foram questionados os fatores que facilitavam ou prejudicavam a autonomia dos enfermeiros na assistência a parturiente, porém Saad⁹⁴ comenta que em seu estudo, a pouca autonomia da enfermeira obstetra para desempenhar suas atividades não está relacionada com competências e conhecimentos, mas, principalmente, por falta de reconhecimento dos médicos

quanto às suas atribuições e pelo pequeno suporte por parte da gerência de enfermagem.

No que concerne a forma de aquisição de conhecimento (seja treinamento formal, autodidata ou cursos/eventos), não foi considerado fator associado ao uso de TAC. No entanto, percebeu-se que quem buscou treinamento formal ou estudou autodidata teve maior chance de uso de TAC na assistência a parturiente.

A experiência pessoal dos enfermeiros com o uso de TAC no seu próprio trabalho de parto não foi fator significativamente predisponente ao uso de TAC por enfermeiros, porém tinha maior chance de uso o enfermeiro que teve experiência pessoal com TAC em seu trabalho de parto. Nuñez⁷¹ refere que quanto à aplicação de TAC em si próprias, 55,6% das enfermeiras não responderam a esta questão, o que demonstrou, talvez, certa resistência em aceitar e adotar estas práticas. Vale lembrar que a aprendizagem vivencial, conforme Abrasel⁷⁶ poderia influenciar na prática clínica do enfermeiro.

Embora o respaldo legal não tenha sido associado ao uso de TAC, identificou-se maior chance de uso para os enfermeiros que conheciam o respaldo legal. Este dado corrobora com de Nuñez e Ciosak⁸⁶, pois as enfermeiras também desconheciam o respaldo legal para atuação de enfermeiros com TAC desde que tenha curso formal. O Ministério de Saúde desde 2006, visando assegurar a integralidade da atenção à saúde, implementou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)⁷³ no SUS. Faz-se necessário que seja divulgado não somente o respaldo legal, mas as políticas de práticas complementares de forma mais efetiva visto que há estudos brasileiros e internacionais que estão comprovando a efetividade de terapias alternativas e complementares e o governo incentivando o uso de TAC pelos profissionais de saúde.

Possuir materiais e equipamentos na instituição não esteve associado ao uso de TAC por enfermeiros. A chance de usar TAC com materiais a disposição foi menor que se possuíssem equipamentos e materiais a disposição. Há que se conscientizar os enfermeiros que diversas terapias tais como deambulação¹⁰, técnicas de respiração e relaxamento¹⁵ e exercícios de agachamento independem

de materiais e equipamentos para sua aplicação, podendo ser implementados na prática clínica devido a ter mais benefícios que riscos para a parturiente.

Quanto a estrutura física, este foi um fator que não foi associado ao uso de TAC por enfermeiros. Ficou evidenciado que o uso de TAC não dependeu da estrutura física da instituição. Nachi⁷⁵ comenta que a movimentação da parturiente durante o trabalho de parto pode favorecer aumento das contrações que ajudam a dilatação cervical, maior conforto materno e diminuição do uso de analgésicos, o que não ocorre em ambientes sem espaço e sem condições de propiciar conforto. Há que se conscientizar que a estrutura física deveria ser adaptada a proporcionar melhores condições de assistência a parturiente visando bem estar e qualidade no atendimento.

O uso de TAC por enfermeiros não foi associado à sala de pré-parto unificada ao centro-obstétrico ou centro cirúrgico. Neste estudo havia maior chance de uso de TAC se a sala não fosse unificada.

Embora a presença do acompanhante durante o trabalho seja de suma importância para a parturiente, neste estudo não houve associação entre permitir a entrada de acompanhante e uso de TAC. Brüggemann e colaboradores⁹⁵ comentam que em seu estudo embora os profissionais da saúde considerem importante o apoio do acompanhante, não foi observado problema em prestar assistência na sua presença.

O número de leitos disponíveis na instituição não foi associado ao uso de TAC por enfermeiros. Não foram identificados estudos que corroborassem com este achado, porém ficou evidenciado que quanto maior o número de leitos disponíveis, maior a chance de uso de TAC por enfermeiros na assistência a mulher em trabalho de parto.

9.5. Fatores associados ao uso das TACs

O uso de TAC por enfermeiros na assistência a mulher em trabalho de parto foi independente das características sociodemográficas, tempo de formação da graduação, em obstetrícia ou em quaisquer áreas de especialização da enfermagem. A partir de análise múltipla verificou-se que apenas a variável formação em obstetrícia, ajustada pelo treinamento formal em TAC, e o número de cesáreas/mês estavam significativamente associadas do uso de TAC por

enfermeiros durante a assistência a mulher em trabalho de parto, independente das demais características sociodemográficas e da formação, do trabalho e da instituição.

Ao verificar que o efeito da formação em obstetrícia sobre o uso de TAC foi ajustada pelo treinamento formal em TAC, ficou a questão: será que valeria a pena investir em educação dos enfermeiros para uso de TACs, visto que o treinamento formal isoladamente não teve associação? Ensaio clínico avaliando programas de curta duração de treinamento de médicos cardiologistas em TAC mostrou bons resultados. Foi possível aumentar o conhecimento médico e mudar as atitudes em relação a medicina integrativa através de intervenção de oito horas usando abordagens de ensino experimental e mudança conceitual.⁹⁶ Embora não tenham sido identificados estudos avaliando a efetividade de treinamento em TACs sobre o uso destas terapias em obstetrícia, a partir dos resultados do estudo citado acima, poder-se-ia supor que a educação dos enfermeiros obstetras poderia melhorar o uso de TAC em obstetrícia.

Aparentemente profissionais que receberem algum tipo de treinamento formal em TAC tem ou passa a ter maior credibilidade nas intervenções. Será que é porque o profissional tem ou passa a ter uma postura mais receptiva e mais confiante em relação ao uso das TACs? Não foram identificados estudos que respondessem diretamente esta questão, porém pode ser plausível visto que Akiyama⁷² identificou em seu estudo que os médicos que endossavam alguma TAC em sua assistência, também eram provedores de TAC.

A educação dos profissionais de saúde, em especial enfermeiros, e dos pacientes (gestantes) poderiam ser uma das estratégias efetivas para estimular e aumentar o uso das TACs durante a gestação e trabalho de parto. Este posicionamento é defendido por diversos autores, após realizarem estudo⁹⁷ com médicos, residentes de medicina e demais profissionais de saúde. Embora não tenham sido identificados estudos específicos com enfermeiros, acredita-se que estas intervenções também poderiam contribuir para o uso de TACs por enfermeiros.

Os benefícios/vantagens do treinamento dos enfermeiros obstétricos ou que atuam em obstetrícia não se restringiriam apenas ao acompanhamento do trabalho de parto, mas também envolveria a gestação. Segundo estudo de revisão, o uso das TACs em obstetrícia é amplo e já há diversas evidências da efetividade em

diferentes momentos, tais como: o uso de acupuntura e gengibre para controle de náuseas e vômitos nos primeiros meses da gestação; a injeção de água estéril para dor durante o trabalho de parto; a massagem para prevenir trauma perineal durante o parto; entre outros.²⁴ O enfermeiro treinado certamente também terá maior sensibilidade e preparo para aceitar o uso das TACs pelas gestantes e parturientes e saberá aconselhá-las da melhor forma possível.⁹⁸

Os aspectos discutidos acima fortalecem a importância da formação em obstetrícia e TAC para os enfermeiros que atuam acompanhando mulheres durante a gestação e o trabalho de parto, como estratégias para estimular o uso das TACs em obstetrícia. Esta ação iria plenamente ao encontro da filosofia do parto humanizado.

A parturiente tem o direito ao uso de técnicas menos invasivas. As TACs vão ao encontro das condutas preconizadas no parto humanizado, por isso o uso deveria ser estimulado. Como estimular? Considerando os resultados do presente estudo, o oferecimento de formação específica em obstetrícia para enfermeiros que atuam na assistência a mulher em trabalho de parto poderia ser também uma estratégia. A especialização do enfermeiro é necessária, pois os conteúdos de obstetrícia fornecidos durante a graduação vêm diminuindo gradativamente ao longo dos anos, ficando a formação específica delegada aos cursos de especialização e aprimoramento.⁹⁹ O enfermeiro com formação em obstetrícia poderia ter maior chance de indicar TACs durante a gestação e trabalho de parto, pois conheceria melhor os mecanismos fisiológicos do trabalho de parto e reconheceria mais facilmente os prováveis benefícios e o momento e situações mais adequados para indicação das TACs.

A atuação de especialistas em situações clínicas específicas tais como pediatria e obstetrícia, tem mostrado ser mais benéfica e segura para os pacientes quando comparado a atuação de profissionais generalistas. Embora não tenham sido identificados estudos específicos avaliando este aspecto em obstetrícia e saúde da mulher, em estudo conduzido em pediatria¹⁰⁰ verificou-se que crianças acompanhadas por profissionais generalistas tiveram maior chance de não serem adequadamente acompanhadas no primeiro ano de vida do que aquelas acompanhadas por especialistas.

Ao contrário das hipóteses levantadas de associação entre características da instituição e uso de TACs, no presente estudo, as características institucionais pouco ou nada influenciaram o uso das TACs pelos enfermeiros. Apenas o nº de partos cesáreas/mês foi associado ao uso. O aumento do número de cesáreas aumentou a chance de uso das TACs. Embora o número de partos cesáreas tenha sido um preditor independente de uso de TACs observa-se que o seu intervalo de confiança foi muito próximo de 1, podendo este fator ser quase um “fator de proteção”, ou seja, associação ao não uso ou mesmo um fator não associado. Em relação às demais características institucionais, talvez a associação entre estrutura institucional e uso de TACs não tenha sido identificada, pois os hospitais tinham perfiz semelhantes, o que reduziu a dispersão dos dados e impediu a identificação de diferenças entre subgrupos. Outra hipótese seria a de que os principais fatores realmente associados ao uso das TACs seriam mesmo relacionados ao profissional de saúde, a sua prática, formação e posicionamento frente às TACs. Estudo¹⁰¹ mostrou que o posicionamento dos profissionais frente às TACs influencia a decisão em relação à prescrição; encaminhamento de pacientes para especialistas e práticos; e mesmo aceitação de pacientes que utilizam este tipo de prática no tratamento e manejo das suas condições de saúde.

Além destes aspectos, estudo qualitativo⁸³ conduzido com enfermeiras obstétricas australianas verificou que elas empregavam TAC devido aos seguintes motivos: aumentava o senso de autonomia do profissional em relação aos médicos; ia ao encontro de um cuidado focado na mulher; porque a medicina convencional tinha efeitos-colaterais; considerava como intervenções “naturais” e menos invasivas; e promovia a participação da paciente/parturiente no cuidado, a empoderando. Embora não tenham sido identificados estudos nacionais avaliando estes aspectos, talvez eles também influenciem a decisão dos enfermeiros brasileiros em utilizar TACs.

O uso das TACs também estava relacionado às barreiras dos profissionais e pacientes. Em estudo epidemiológico de base populacional conduzido nos Estados Unidos⁹³, as principais barreiras relacionadas ao uso das TACs incluíram: ser do sexo masculino, ser saudável, não ter apoio do médico ou profissional de saúde para o uso, crença de que as TACs seriam intervenções inefetivas ou pouco efetivas (tratamentos inferiores) e falta de conhecimento significativo sobre as TACs. Verifica-se que novamente a educação sobre as TACs,

poderia ser estratégia efetiva para aumentar o uso destas terapias, abordando evidências de efetividade e mecanismos e indicações, tanto para público leigo como talvez para profissionais de saúde. Embora este estudo citado não tenha sido conduzido em obstetrícia, os seus resultados auxiliam a compreender ou na elaboração de hipótese em relação à obstetrícia especificamente.

Embora nem todas as terapias alternativas e complementares tenham sua efetividade e segurança atestadas, sabe-se que há algum nível de evidência que suportam o uso na prática clínica em maternidades.

Os enfermeiros demonstraram ter algum conhecimento sobre a temática, porém nem todos incorporavam TACs em seu plano de assistência. Faltou conhecimento dos aspectos legais para o uso de TAC por enfermeiros.

O movimento pela humanização do parto e nascimento incentiva que a parturiente tenha plena participação e seja protagonista neste momento tão especial em sua vida. O enfermeiro que atua na assistência a mulher em trabalho de parto deveria ser coadjuvante, promovendo conforto, bem estar e segurança em sua atuação, devendo assim implementar o uso de terapias alternativas e complementares.

É importante o conhecimento destas informações, para que possam ser propostos programas educativos e de estímulo ao uso das TACs por enfermeiros, o que poderá contribuir para desenvolver sua autonomia na atuação junto às parturientes, promover o conforto, o aumento da chance de evolução para parto vaginal e melhor controle de sintomas.

9.6. Limitações do estudo

O presente estudo verificou uma frequência de uso de TACs por enfermeiros durante a assistência a mulher em trabalho de parto de apenas 39,02%. Entretanto estes resultados poderiam estar sujeitos a vieses devido a algumas limitações do estudo.

Entre as limitações incluíram-se: 1) Não questionamento do tempo de atuação em obstetrícia, o que poderia ter modificado a chance de uso de TACs pelos enfermeiros; e 2) Não inclusão de alguns enfermeiros em decorrência da

recusa de algumas instituições em participar da pesquisa e demora das instituições em autorizar o início do estudo (expirou o prazo de coleta de dados), o que poderia ameaçar a validade interna do estudo, prejudicando a generalização dos dados para os enfermeiros do Vale do Paraíba Paulista não incluídos no estudo. Entretanto, como foram incluídos 60,29% dos 68 enfermeiros elegíveis, a validade interna não foi ameaçada.

A validade interna do estudo não foi ameaçada, pois na seleção dos sujeitos do estudo foram abordados todos os elegíveis; e os dados foram coletados com instrumentos que incluíam questões elaboradas a partir de estudos publicados sobre o tema e foi validado por especialistas (banca de qualificação).

Os resultados do presente estudo podem ser generalizados para os enfermeiros que atuam nos municípios incluídos.

Não é possível generalizar os dados do presente estudo para os demais enfermeiros brasileiros que atuam em trabalho de parto, pois estes poderiam ter perfis sociodemográficos e do trabalho diferentes dos enfermeiros que atuavam nas maternidades do Vale do Paraíba Paulista. Além disso, as instituições de outras regiões brasileiras poderiam ter características diferentes.

O presente estudo teve algumas limitações, mas que não invalidam seus dados. Cabe destacar que, após extensa revisão da literatura nacional e internacional verificou-se que este foi o primeiro estudo nacional que avaliou uso de TACs por enfermeiros durante a assistência a mulher em trabalho de parto.



Conclusões

10. CONCLUSÕES

Diante dos objetivos propostos neste estudo e frente aos resultados obtidos, pode-se concluir que 39,02% dos enfermeiros empregavam alguma terapia alternativa e complementar em sua prática clínica na assistência a mulher em trabalho de parto.

Ao analisar as associações entre uso das terapias alternativas e complementares e as características profissionais, da formação e do trabalho do enfermeiro e das características da instituição identificou-se nas análises univariadas que os fatores independentemente associados ao uso de TAC durante a assistência a mulher em trabalho de parto foram: ter formação obstétrica, ter atuação exclusiva como enfermeiro assistencial (cargo que exercia na instituição), número de partos por plantão, momento da aquisição do conhecimento (na especialização em obstetrícia), uso de TAC na instituição, aceitação da parturiente, frequência de aceitação da parturiente, número de partos cesárea/mês e número de partos vaginal/mês na instituição.

A partir da análise múltipla verificou-se que apenas a variável formação em obstetrícia, ajustada pelo treinamento formal em TAC, e o número de cesárea/mês foram fatores associados do uso de TAC por enfermeiros durante a assistência a mulher em trabalho de parto, independente das demais características sociodemográficas, da formação e do trabalho dos enfermeiros e das características da instituição de atuação.



Referências

11. REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Maternidade Segura - assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra; 1996.
2. Almeida NAM, Soares LJ, Sodr e RLR, Medeiros M. A dor do parto na literatura científica da Enfermagem e áreas correlatas indexadas entre 1980-2007. Rev Eletr Enf. 2008;10(4):1114-23.
3. Zollman C, Vickers A. What is complementary medicine? BMJ. 1999;319(7211):693-6.
4. Munstedt K, Thienel J, Hrogovic I, Hackethal A, Kalder M, Misselwitz B. Use of Acupuncture and Other CAM Methods in Obstetrics: An Analysis of 409,413 Deliveries from Hesse, Germany. J Altern Complement Med. 2011;17(5):421-6.
5. Hastings-Tolsma M, Terada M. Complementary medicine use by nurse midwives in the U.S. Complement Ther Clin Pract. 2009;15(4):212-9.
6. Huntley AL, Coon JT, Ernst E. Complementary and alternative medicine for labor pain: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2004;191(1):36-44.
7. Silva LM e. Utiliza o da bola su ca na assistência ao parto nos serviços públicos do município de São Paulo. [Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.
8. Herman PM, Craig BM, Caspi O. Is complementary and alternative medicine (CAM) cost-effective? A systematic review. BMC Complement Altern Med. 2005;5:11.
9. Davim RMB, Torres GV, Melo ES. Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: pré-teste de um instrumento. Rev Latino-am Enfermagem. 2007;15(6):1150-6.
10. Mamede FV. O efeito da deambula o na fase ativa do trabalho de parto [Tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2005.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde, Brasil: Duas décadas de transforma o social. In: Ministério da Saúde, editor. 147 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
12. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolu o COFEN-197/97. Estabelece e reconhece as terapias alternativas como especialidade e/ou qualifica o do profissional de enfermagem. Brasília; 1997.

13. Davim RMB, Torres GV, Dantas JC, et al. Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes. *Journal [serial on the Internet]*. 2008 Date; 10(3): Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a06.htm>.
14. Silva FMB, Oliveira SMLV. Efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(1):57-63.
15. Almeida NAM, Souza JT, Bachion MM, Silveira NA. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005;13(1):52-8.
16. Lopes TC, Madeira LM, Coelho S. O uso da bola do nascimento na promoção da posição vertical em primíparas durante o trabalho de parto. *Rev Min Enf*. 2003;7(2):134-9.
17. Chang MY, Wang SY, Chen CH. Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. *J Adv Nurs*. 2002;38(1):68-73.
18. Nunes S, Vargens OMC. A crioterapia como estratégia para alívio da dor no trabalho de parto: um estudo exploratório. *R Enferm UERJ*. 2007;15(3):667-74.
19. Brasil. Ministério da Saúde. PNDS 2006 - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. In: Departamento de Ciência e Tecnologia, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.816/98 GM de 29 de maio de 1998. Determina o pagamento de um percentual máximo de cesariana em relação ao número total de partos de cada hospital no âmbito do SUS Brasília; 1998. seção 1:48.
21. Oliveira SMLV, Riesco MLG, Miya CFR, Vidotto P. Tipo de parto: expectativas das mulheres. *Rev latinoam enferm*. 2002;10(5):667-74.
22. Tedesco RP, Maia Filho NL, Mathias L, et al. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2004;26(10):791-8.
23. Liburd A. The use of complementary therapies in midwifery in the UK. *J Nurse Midwifery*. 1999;44(3):325-9.
24. Hall HG, McKenna LG, Griffiths DL. Midwives' support for Complementary and Alternative Medicine: A literature review. *Women Birth*. 2011 [Epub ahead of print] Jan 13.
25. Neme B. *Obstetrícia Básica*. 2 ed. São Paulo; 2000.

26. Carrara HHA, Duarte G. *Semiologia Obstétrica*. Medicina (Ribeirão Preto). 1996;88-103.
27. Rezende J, Montenegro CAB. *Obstetrícia Fundamental*. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
28. Brasil. Ministério da Saúde. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: Área técnica da mulher; 2001.
29. Branden PS. *Enfermagem materno-infantil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores; 2000.
30. IASP. Pains terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain*. 1979;6(3):249-52.
31. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science*. 1965;150(699):971-9.
32. Melzack R. From the gate to the neuromatrix. *Pain*. 1999;Suppl 6:S121-6.
33. Trout KK. The neuromatrix theory of pain: implications for selected nonpharmacologic methods of pain relief for labor. *J Midwifery Womens Health*. 2004;49(6):482-8.
34. Guyton AC, Hall JE. *Tratado de fisiologia médica*. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.
35. Maldonado MTP. *Psicologia da Gravidez: parto e puerpério*. Petrópolis: Vozes; 1985.
36. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à Saúde - CID 10*. Décima Revisão ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1997.
37. Glynn LM, Schetter CD, Hobel CJ, Sandman CA. Pattern of perceived stress and anxiety in pregnancy predicts preterm birth. *Health Psychol*. 2008;27(1):43-51.
38. Lederman RP, Lederman E, Work BA, Jr., McCann DS. The relationship of maternal anxiety, plasma catecholamines, and plasma cortisol to progress in labor. *Am J Obstet Gynecol*. 1978;132(5):495-500.
39. Lederman RP, Lederman E, Work BA, Jr., McCann DS. Relationship of psychological factors in pregnancy to progress in labor. *Nurs Res*. 1979;28(2):94-7.

40. Kennell J, Klaus M, McGrath S, Robertson S, Hinkley C. Continuous emotional support during labor in a US hospital. A randomized controlled trial. *JAMA*. 1991;265(17):2197-201.
41. McGrath SK, Kennell JH. A randomized controlled trial of continuous labor support for middle-class couples: effect on cesarean delivery rates. *Birth*. 2008;35(2):92-7.
42. Campero L, Garcia C, Diaz C, Ortiz O, Reynoso S, Langer A. "Alone, I wouldn't have known what to do": a qualitative study on social support during labor and delivery in Mexico. *Soc Sci Med*. 1998;47(3):395-403.
43. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. (2):CD003766.
44. Skilnand E, Fossen D, Heiberg E. Acupuncture in the management of pain in labor. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2002;81(10):943-8.
45. Nobre MRC, Bernardo WM. Diretrizes AMB/CFM. *Rev Assoc Med Bras*. 2002;48(4):275-96.
46. Mamede FV, Almeida AM, Souza L, Mamede MV. A dor durante o trabalho de parto: efeito da deambulação. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007;15(6):1157-62.
47. Bio ER. Intervenção fisioterapêutica na assistência ao trabalho de parto. [Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.
48. da Silva FM, de Oliveira SM, Nobre MR. A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. *Midwifery*. 2009;25(3):286-94.
49. Ziaei S, Hajipour L. Effect of acupuncture on labor. *Int J Gynaecol Obstet*. 2006;92(1):71-2.
50. Lee MK, Chang SB, Kang DH. Effects of SP6 acupressure on labor pain and length of delivery time in women during labor. *J Altern Complement Med*. 2004;10(6):959-65.
51. Ramnero A, Hanson U, Kihlgren M. Acupuncture treatment during labour - a randomised controlled trial. *BJOG*. 2002;109(6):637-44.
52. Martensson L, Stener-Victorin E, Wallin G. Acupuncture versus subcutaneous injections of sterile water as treatment for labour pain. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2008;87(2):171-7.
53. Borup L, Wurlitzer W, Hedegaard M, Kesmodel US, Hvidman L. Acupuncture as pain relief during delivery: a randomized controlled trial. *Birth*. 2009;36(1):5-12.

54. Hantoushzadeh S, Alhousseini N, Lebaschi AH. The effects of acupuncture during labour on nulliparous women: a randomised controlled trial. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2007;47(1):26-30.
55. Chung UL, Hung LC, Kuo SC, Huang CL. Effects of LI4 and BL 67 acupressure on labor pain and uterine contractions in the first stage of labor. *J Nurs Res.* 2003;11(4):251-60.
56. Chang MY, Chen CH, Huang KF. A comparison of massage effects on labor pain using the McGill Pain Questionnaire. *J Nurs Res.* 2006;14(3):190-7.
57. Taghinejad H, Delpisheh A, Suhrabi Z. Comparison between massage and music therapies to relieve the severity of labor pain. *Womens Health (Lond Engl).* 2010;6(3):377-81.
58. Kimber L, McNabb M, Mc Court C, Haines A, Brocklehurst P. Massage or music for pain relief in labour: a pilot randomised placebo controlled trial. *Eur J Pain.* 2008;12(8):961-9.
59. Yildirim G, Sahin NH. The effect of breathing and skin stimulation techniques on labour pain perception of Turkish women. *Pain Res Manag.* 2004;9(4):183-7.
60. Eckert K, Turnbull D, MacLennan A. Immersion in water in the first stage of labor: a randomized controlled trial. *Birth.* 2001;28(2):84-93.
61. Ohlsson G, Buchhave P, Leandersson U, Nordstrom L, Rydhstrom H, Sjolín I. Warm tub bathing during labor: maternal and neonatal effects. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001;80(4):311-4.
62. Bodner K, Bodner-Adler B, Wierrani F, Mayerhofer K, Fousek C, Niedermayr A, et al. Effects of water birth on maternal and neonatal outcomes. *Wien Klin Wochenschr.* 2002;114(10-11):391-5.
63. Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009(2):CD000111.
64. Van der Spank JT, Cambier DC, De Paepe HM, Danneels LA, Witvrouw EE, Beerens L. Pain relief in labour by transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS). *Arch Gynecol Obstet.* 2000;264(3):131-6.
65. Orange FA, Amorim MMR, Lima L. Uso da eletroestimulação transcutânea para alívio da dor durante o trabalho de parto em uma maternidade-escola: ensaio clínico controlado. *Rev Bras Ginecol Obstet [online].* 2003;25(1):45-52.
66. Knobel R, Radunz V, Carraro TE. Utilização de estimulação elétrica transcutânea para alívio da dor no trabalho de parto: um modo possível para o cuidado à parturiente. *Texto contexto - enferm [online].* 2005;14(2):229-36.

67. Chao AS, Chao A, Wang TH, Chang YC, Peng HH, Chang SD, et al. Pain relief by applying transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) on acupuncture points during the first stage of labor: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Pain*. 2007;127(3):214-20.
68. Burns E, Zobbi V, Panzeri D, Oskrochi R, Regalia A. Aromatherapy in childbirth: a pilot randomised controlled trial. *BJOG*. 2007;114(7):838-44.
69. Phumdoung S, Good M. Music reduces sensation and distress of labor pain. *Pain Manag Nurs*. 2003;4(2):54-61.
70. Liu YH, Chang MY, Chen CH. Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first-time mothers. *J Clin Nurs*. 2010;19(7-8):1065-72.
71. Nuñez HMF. *Terapias alternativas/complementares: o saber e o fazer das enfermeiras do DA-71 Santo Amaro, São Paulo*. [Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.
72. Akiyama K. *Práticas não-convencionais em medicina no Município de São Paulo*. [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.
73. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. In: Saúde Md, editor. Brasília; 2006.
74. Tiran D. Implementing complementary therapies into midwifery practice. *Complement Ther Nurs Midwifery*. 2003;9(1):10-3.
75. Narchi NZ. Atenção ao parto por enfermeiros na Zona Leste do município de São Paulo. *Rev bras enferm*. 2009;62(4):546-51.
76. Abrasel. *Ciclo da aprendizagem vivencial*. São Paulo: SEBRAE/NA; 2009 [updated 2009; cited 2010 02 agosto]; Available from: <http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/bds.nsf/DowContador?OpenAgent&unid=24E47489A8705E14832576250079ECEE>.
77. CNES. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. 2011 [updated 2011; cited 2010 10 de abril]; Available from: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp.
78. Gardenal CLC, Parreira I, Almeida JM, Pereira VM. Perfil das enfermeiras que atuam na assistência à gestante, parturiente e puérpera, em instituições de Sorocaba/SP (1999). *Rev Latino-am Enfermagem* 2002;10(4):478-84.

79. Wikipédia a enciclopédia livre. Aparecida (São Paulo). 2011 [updated 2011; cited 2010 18 de agosto]; Available from: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Aparecida_\(S%C3%A3o_Paulo\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/Aparecida_(S%C3%A3o_Paulo)).
80. Riesco MLG, Tsunehiro MA. Formação profissional de obstetrias e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? *Rev Estud Fem*. 2002;10(2):449-59.
81. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN). Documentos básicos de enfermagem: principais leis e resoluções que regulamentam o exercício profissional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. São Paulo: Escrituras; 2001.
82. Winck DR, Brüggemann OM. Responsabilidade legal do enfermeiro em obstetria. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(3):464-9.
83. Adams J. An exploratory study of complementary and alternative medicine in hospital midwifery: models of care and professional struggle. *Complement Ther Clin Pract*. 2006;12(1):40-7.
84. Monticelli M, Brüggemann OM, Santos EKA, Oliveira ME, Zampieri MFM, Gregório VRP. Especialização em enfermagem obstétrica: percepções de egressas quanto ao exercício profissional e satisfação na especialidade. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(3):482-91.
85. Allaire AD, Moos MK, Wells SR. Complementary and alternative medicine in pregnancy: a survey of North Carolina certified nurse-midwives. *Obstet Gynecol*. 2000;95(1):19-23.
86. Nuñez HMF, Ciosak SI. Terapias alternativas/complementares: o saber e o fazer das enfermeiras do distrito administrativo 71 - Santo Amaro - São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 2003;33(3):11-8.
87. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006(4):CD003521.
88. Gonçalves R, Aguiar CA, Merighi MAB, Jesus MCP. Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(1):62-70.
89. Machado NXS, Praça NS. Centro de parto normal e a assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(2):274-9.
90. Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS /

Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. . In: Saúde Md, editor. Brasília; 2004.

91. Lei do acompanhante. Lei nº. 11.108 - De 7 de Abril de 2005. Acessado em 06 de junho de 2011. Disponível em:http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_da_mulher/lei_n_11108_acompanhante.pdf.

92. Gentil LB, Robles ACC, Grosseman S. Uso de terapias complementares por mães em seus filhos: estudo em um hospital universitário. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(1):1293-9.

93. Jain N, Astin JA. Barriers to acceptance: an exploratory study of complementary/alternative medicine disuse. *J Altern Complement Med*. 2001;7(6):689-96.

94. Saad DEA. Autonomia profissional da enfermeira obstétrica [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.

95. Brüggemann OM, Osis MJD, MA. P. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(1):44-52.

96. Hewson MG, Copeland HL, Mascha E, Arrigain S, Topol E, Fox JE. Integrative medicine: implementation and evaluation of a professional development program using experiential learning and conceptual change teaching approaches. *Patient Educ Couns*. 2006;62(1):5-12.

97. Mildren SP, Stokols D. Physicians' attitudes and practices regarding complementary and alternative medicine. *Behav Med*. 2004;30(2):73-82.

98. Snyder M, Niska K. Cultural related complementary therapies: their use in critical care units. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2003;15(3):341-6, viii-ix.

99. Dutra CF. O ensino do parto na graduação de enfermagem no Brasil: revisão bibliográfica [Trabalho de Conclusão de Curso]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.

100. Alves CRL, Lasmar LMLBF, Goulart LMHF, Alvim CG, Maciel GVR, Viana MRA, et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(3):583-95.

101. Tracy MF, Lindquist R, Watanuki S, Sendelbach S, Kreitzer MJ, Berman B, et al. Nurse attitudes towards the use of complementary and alternative therapies in critical care. *Heart Lung*. 2003;32(3):197-209.



Anexos

13. ANEXOS

ANEXO A - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa



PRPPG-Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação
Comitê de ética em Pesquisa
Rua Visconde do Rio Branco, 210 Centro Taubaté-SP 12020-040
Tel.: (12) 3625.4143 – 3635.1233 Fax: (12) 3632.2947
cep@unitau.br

DECLARAÇÃO Nº 134/10

Protocolo CEP/UNITAU nº 172/10 (Esse número de registro deverá ser citado pelo pesquisador nas correspondências referentes a este projeto)

Projeto de Pesquisa: *Terapias alternativas e complementares: identificação e atores associados ao uso durante o trabalho de parto, em maternidades públicas e privadas do Cone Leste Paulista*

Pesquisador(a) Responsável: Catarina Rodrigues da Silva

O Comitê de Ética em Pesquisa, em reunião de **14/05/2010**, e no uso das competências definidas na Resolução CNS/MS 196/96, considerou o Projeto acima **aprovado**.

Taubaté, 17 de maio de 2010

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Robison Baroni", is written over a faint, large watermark of the UNITAU logo.

Prof. Robison Baroni
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté



Apêndices

14. APÊNDICES

Apêndice A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (Instruções para preenchimento no verso)

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

1. NOME DO ENFERMEIRO:.....
 DOC DE IDENTIDADE Nº : DATA NASCIMENTO:/...../.....
 ENDEREÇO: Nº
 APTO:BAIRRO: CIDADE
 CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Uso de terapias alternativas e complementares por enfermeiros na assistência a mulher em trabalho de parto: frequência e fatores associados.

2. PESQUISADORA: Catarina Rodrigues da Silva
 CARGO/FUNÇÃO: Enfermeira obstetra
 INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº: 107420

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO	Ž	RISCO MÍNIMO	X	RISCO MÉDIO	Ž
RISCO BAIXO	Ž	RISCO MAIOR	Ž		

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4.DURAÇÃO DA PESQUISA : 2 anos.

(verso)

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DA PESQUISADORA AO ENFERMEIRO SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

Você está sendo convidado a participar de pesquisa para avaliar a frequência e fatores associados ao uso de terapias alternativas e complementares (TACs) por enfermeiros durante a assistência a mulher em trabalho de parto. As TACs incluem uso de bola suíça, cavalinho pélvico, terapias biológicas (ex.: aromaterapia, vitaminas, óleos, etc.), terapias manuais (ex.: acupuntura, acupressão, massagem, *reike*, hidroterapia, etc.), aplicações bioeletromagnéticas e intervenções mente-corpo (ex.: biofeedback, musicoterapia, yoga, oração, etc.), entre outras. O objetivo da pesquisa é identificar as terapias alternativas e complementares utilizadas por enfermeiros na assistência a parturiente em maternidades públicas e privadas e os fatores associados ao uso. Para isto necessitamos que você, caso deseje participar da pesquisa, preencha um impresso da pesquisa, para que possamos saber algumas informações sobre você, e que seja preenchido um questionário com perguntas abertas e fechadas. Serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos sobre sua atuação durante o trabalho de parto.

O benefício esperado com o estudo está relacionado ao incentivo ao uso das terapias alternativas e complementares durante a assistência a mulher em trabalho de parto. Desta forma, estas informações poderão auxiliar os profissionais de saúde a conhecerem melhor suas parturientes e utilizarem tratamentos mais eficientes para o controle da sua dor e ansiedade dentre outros benefícios que as terapias proporcionam, e assim, melhorar a qualidade da assistência que prestam.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELA PESQUISADORA SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. Você poderá ter acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas.
2. Liberdade de se negar a participar da pesquisa.
3. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar da entrevista ou preenchimento do questionário, sem que isto traga prejuízo.
4. Garantia de confidencialidade, sigilo e privacidade de todas as informações que forem prestadas.
5. Acesso aos resultados da pesquisa.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS.

Universidade Guarulhos - UNG
 Centro de Pós Graduação, Pesquisa e Extensão - CEPPE
 Rua Dr. Nilo Peçanha, 81, 6º andar, Prédio U, Centro.
 CEP07011-040. Telefone: (11)2087-0356 ramal 220. Guarulhos -- SP – Brasil.

VI - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

_____, _____ de _____ de 2010.

 Assinatura do sujeito da pesquisa

 Assinatura da pesquisadora

Apêndice B - Termo de Autorização da Instituição



SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Guarulhos, ___ de _____ de 2010.

Ilmo (a).Sr (a).....

Apresento a V.S.^a a Catarina Rodrigues da Silva, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Guarulhos, que pretende desenvolver sua pesquisa na área da saúde da mulher e da dor com projeto intitulado: “*Uso de terapias alternativas e complementares por enfermeiros na assistência a mulher em trabalho de parto: frequência e fatores associados*”, sob a orientação da Prof. ^a Dra. Karine Azevedo São Leão Ferreira.

Este estudo objetiva identificar a frequência de uso das terapias alternativas e complementares utilizadas na assistência a mulher em trabalho de parto por enfermeiros em maternidades públicas e privadas do Vale do Paraíba Paulista e os fatores associados ao uso.

Consideramos este estudo de grande relevância para identificar as alternativas terapêuticas e complementares utilizadas por enfermeiros no auxílio a mulher em trabalho de parto afim de proporcionar uma estratégia do cuidado de enfermagem, com a finalidade de minimizar a dor e ansiedade.

É, pois com esta finalidade que estamos solicitando autorização para realização deste estudo junto as (aos) enfermeiras (os) que trabalham nas unidades de pré-parto e parto, ou que atuem durante o trabalho de parto.

Outrossim informamos que estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Antecipados agradecimentos,

Cordialmente

Profa Dra. Ana LLionch Sabatés.

Coordenadora do Programa de Mestrado em Enfermagem da UNG.

Apêndice C - Questionário de Informações do Respondente

I – Características sociodemográficas do Enfermeiro	
Idade: _____ anos	sexo: 0. <input type="checkbox"/> Masculino 1. <input type="checkbox"/> Feminino
Renda mensal individual: R\$ _____	
Religião: 0. <input type="checkbox"/> Católica 1. <input type="checkbox"/> Evangélica 2. <input type="checkbox"/> Ateu 3. <input type="checkbox"/> Espírita 4. <input type="checkbox"/> Judeu 5. <input type="checkbox"/> Candomblé 6. <input type="checkbox"/> Outra _____	Estado civil: 0. <input type="checkbox"/> Casado 1. <input type="checkbox"/> Solteiro 2. <input type="checkbox"/> Amasiado 3. <input type="checkbox"/> Viúvo 4. <input type="checkbox"/> Separado
Número de filhos: _____ filhos	
II – Formação Profissional	
Tempo de formação da graduação: _____ anos	
Tem especialização em obstetrícia? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim	
Tem habilitação em obstetrícia? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim	
Tempo de formação em obstetrícia: _____ anos	
Tem alguma outra especialização? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim	
Qual? _____	
Tempo de formação da especialização: _____ anos	
III – Características do trabalho nesta Instituição	
Tempo de atuação: _____ <input type="checkbox"/> anos <input type="checkbox"/> meses	
Jornada de trabalho: 0. <input type="checkbox"/> 12/36h 1. <input type="checkbox"/> 40h/sem 2. <input type="checkbox"/> 30h/sem 3. <input type="checkbox"/> 36h/sem	
Número de partos/plantão: _____ partos	
Tem autonomia para exercer atividades assistenciais a mulher em trabalho de parto?	
0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim	
Cargo que exerce na Instituição: 0. <input type="checkbox"/> Enfermeiro obstetra plantonista 1. <input type="checkbox"/> Coordenador da unidade 2. <input type="checkbox"/> Supervisor geral 3. <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Turno que trabalha: 0. <input type="checkbox"/> Manhã 1. <input type="checkbox"/> Tarde 2. <input type="checkbox"/> Noite 3. <input type="checkbox"/> Integral	

IV – Uso de terapias alternativas e complementares

Entre os tratamentos não-farmacológicos para controle dos sintomas e outros benefícios para o processo do parto, incluem-se as terapias alternativas e complementares (TACs) que vêm sendo usadas cada vez mais durante a gestação e parto. Não há uma definição consensual em relação ao conceito de TAC, sendo estas também denominadas de “medicina complementar”, “terapia complementar”, “medicina alternativa” entre outros termos. Em 2002, a Biblioteca Nacional de Medicina (*National Library of Medicine*) incluiu o descritor (*Medical Subject Headings –MeSH*) *Complementary Therapies* e o definiu como sendo “práticas terapêuticas que não são consideradas como parte integrante da prática médica convencional alopática”. Para Zollman e Vickers, a medicina complementar refere-se a um grupo de terapias não convencionalmente utilizadas na prática em saúde*.

*Zollman C, Vickers A. *ABC of complementary medicine - what is complementary medicine? BMJ.* 1999; 319:693-96.

Já ouviu falar em terapias alternativas e complementares na assistência a mulher em trabalho de parto? 0. Não 1. Sim

Se sim, quando?

0. Graduação
 1. Especialização
 2. Instituição em que trabalha
 3. Em cursos e/ou treinamentos
 4. Nesta pesquisa
 5. Outro: _____

Você teve algum treinamento em algum tipo de TAC? 0. Não 1. Sim **Qual TAC?**

Você já estudou sozinho alguma vez sobre TAC? 0. Sim 1. Não

Você já participou de curso ou algum evento sobre TAC? 0. Sim 1. Não

Você fez algum curso formal de especialização/aperfeiçoamento ou treinamento em TAC?

0. Sim 1. Não **Em qual TAC?** _____

Nesta Instituição são utilizadas TACs na assistência a mulher em trabalho de parto?

0. Sim 1. Não

Qual profissional usa TAC na assistência a mulher em trabalho de parto na instituição em que trabalha?

0. Enfermeiro 1. Médico 2. Fisioterapeuta 3. Outro _____

Você utiliza alguma TAC na assistência a mulher em trabalho de parto? 0 Sim 1 Não

As TACs que são utilizadas por você são aceitas pelas parturientes? 0 Sim 1 Não

Com que frequência as parturientes aceitam as TACs que você oferece?

0. Sempre 1. raramente 2. Nunca 3. Não são oferecidas

Qual o seu critério para utilização das TACs na assistência a parturiente?

0. Solicitação da parturiente
 1. Controle dos sintomas
 2. Equipamento disponível na Instituição
 3. Outro:

Existe respaldo legal para o enfermeiro exercer práticas com TAC? 0. Sim 1. Não 2. Não sei

Você usou TACs em algum dos seus partos? 0. Não 1. Sim

Quais: _____

IV – Uso de terapias alternativas e complementares - continuação					
TAC	Conhece?	Usa?	Em que momento do TP?	Qual o intervalo de aplicação?	Qual seu critério de indicação?
Acupuntura	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	Dilatação cervical 0. <input type="checkbox"/> até 3cm 1. <input type="checkbox"/> 4 a 10cm	0. Única vez 1. cada 30 min 2. cada 60 min 3. vontade da paciente 4. Outro: _____	0. Redução da dor 1. Diminuição da ansiedade 2. Descida da apresentação fetal 3. Aumentar dilatação cervical 4. Outro: _____
Aromaterapia	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	Dilatação cervical 0. <input type="checkbox"/> até 3cm 1. <input type="checkbox"/> 4 a 10cm	0. Única vez 1. cada 30 min 2. cada 60 min 3. vontade da paciente 4. Outro: _____	0. Redução da dor 1. Diminuição da ansiedade 2. Descida da apresentação fetal 3. Aumentar dilatação cervical 4. Outro: _____
Banho de chuveiro	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	Dilatação cervical 0. <input type="checkbox"/> até 3cm 1. <input type="checkbox"/> 4 a 10cm	0. Única vez 1. cada 30 min 2. cada 60 min 3. vontade da paciente 4. Outro: _____	0. Redução da dor 1. Diminuição da ansiedade 2. Descida da apresentação fetal 3. Aumentar dilatação cervical 4. Outro: _____
Banho de imersão	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	Dilatação cervical 0. <input type="checkbox"/> até 3cm 1. <input type="checkbox"/> 4 a 10cm	0. Única vez 1. cada 30 min 2. cada 60 min 3. vontade da paciente 4. Outro: _____	0. Redução da dor 1. Diminuição da ansiedade 2. Descida da apresentação fetal 3. Aumentar dilatação cervical 4. Outro: _____
Bola suíça (pilates ou bobath)	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	Dilatação cervical 0. <input type="checkbox"/> até 3cm 1. <input type="checkbox"/> 4 a 10cm	0. Única vez 1. cada 30 min 2. cada 60 min 3. vontade da paciente 4. Outro: _____	0. Redução da dor 1. Diminuição da ansiedade 2. Descida da apresentação fetal 3. Aumentar dilatação cervical 4. Outro: _____
Cavalinho pélvico	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	Dilatação cervical 0. <input type="checkbox"/> até 3cm 1. <input type="checkbox"/> 4 a 10cm	0. Única vez 1. cada 30 min 2. cada 60 min 3. vontade da paciente 4. Outro: _____	0. Redução da dor 1. Diminuição da ansiedade 2. Descida da apresentação fetal 3. Aumentar dilatação cervical 4. Outro: _____
Crioterapia	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	Dilatação cervical 0. <input type="checkbox"/> até 3cm 1. <input type="checkbox"/> 4 a 10cm	0. Única vez 1. cada 30 min 2. cada 60 min 3. vontade da paciente 4. Outro: _____	0. Redução da dor 1. Diminuição da ansiedade 2. Descida da apresentação fetal 3. Aumentar dilatação cervical 4. Outro: _____
Deambulação	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	Dilatação cervical 0. <input type="checkbox"/> até 3cm 1. <input type="checkbox"/> 4 a 10cm	0. Única vez 1. cada 30 min 2. cada 60 min 3. vontade da paciente 4. Outro: _____	0. Redução da dor 1. Diminuição da ansiedade 2. Descida da apresentação fetal 3. Aumentar dilatação cervical 4. Outro: _____
Estimulação transcutânea elétrica de nervos-TENS	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	Dilatação cervical 0. <input type="checkbox"/> até 3cm 1. <input type="checkbox"/> 4 a 10cm	0. Única vez 1. cada 30 min 2. cada 60 min 3. vontade da paciente 4. Outro: _____	0. Redução da dor 1. Diminuição da ansiedade 2. Descida da apresentação fetal 3. Aumentar dilatação cervical 4. Outro: _____
Exercícios respiratórios	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	Dilatação cervical 0. <input type="checkbox"/> até 3cm 1. <input type="checkbox"/> 4 a 10cm	0. Única vez 1. cada 30 min 2. cada 60 min 3. vontade da paciente 4. Outro: _____	0. Redução da dor 1. Diminuição da ansiedade 2. Descida da apresentação fetal 3. Aumentar dilatação cervical 4. Outro: _____
Exercícios de agachamento	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	Dilatação cervical 0. <input type="checkbox"/> até 3cm 1. <input type="checkbox"/> 4 a 10cm	0. Única vez 1. cada 30 min 2. cada 60 min 3. vontade da paciente 4. Outro: _____	0. Redução da dor 1. Diminuição da ansiedade 2. Descida da apresentação fetal 3. Aumentar dilatação cervical 4. Outro: _____
Hipnose	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	Dilatação cervical 0. <input type="checkbox"/> até 3cm 1. <input type="checkbox"/> 4 a 10cm	0. Única vez 1. cada 30 min 2. cada 60 min 3. vontade da paciente 4. Outro: _____	0. Redução da dor 1. Diminuição da ansiedade 2. Descida da apresentação fetal 3. Aumentar dilatação cervical 4. Outro: _____
Injeção transcutânea de água estéril na região lombo sacral	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	Dilatação cervical 0. <input type="checkbox"/> até 3cm 1. <input type="checkbox"/> 4 a 10cm	0. Única vez 1. cada 30 min 2. cada 60 min 3. vontade da paciente 4. Outro: _____	0. Redução da dor 1. Diminuição da ansiedade 2. Descida da apresentação fetal 3. Aumentar dilatação cervical 4. Outro: _____
Massagem em região lombar	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	Dilatação cervical 0. <input type="checkbox"/> até 3cm 1. <input type="checkbox"/> 4 a 10cm	0. Única vez 1. cada 30 min 2. cada 60 min 3. vontade da paciente 4. Outro: _____	0. Redução da dor 1. Diminuição da ansiedade 2. Descida da apresentação fetal 3. Aumentar dilatação cervical 4. Outro: _____

IV – Uso de terapias alternativas e complementares - continuação					
TAC	Conhece?	Usa?	Em que momento do TP?	Qual o intervalo de aplicação?	Qual seu critério de indicação?
Musicoterapia	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	Dilatação cervical 0. <input type="checkbox"/> até 3cm 1. <input type="checkbox"/> 4 a 10cm	<input type="checkbox"/> 0. Única vez <input type="checkbox"/> 1. cada 30 min <input type="checkbox"/> 2. cada 60 min <input type="checkbox"/> 3. vontade da paciente <input type="checkbox"/> 4. Outro: _____	<input type="checkbox"/> 0. Redução da dor <input type="checkbox"/> 1. Diminuição da ansiedade <input type="checkbox"/> 2. Descida da apresentação fetal <input type="checkbox"/> 3. Aumentar dilatação cervical <input type="checkbox"/> 4. Outro: _____
Técnicas de relaxamento	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	Dilatação cervical 0. <input type="checkbox"/> até 3cm 1. <input type="checkbox"/> 4 a 10cm	<input type="checkbox"/> 0. Única vez <input type="checkbox"/> 1. cada 30 min <input type="checkbox"/> 2. cada 60 min <input type="checkbox"/> 3. vontade da paciente <input type="checkbox"/> 4. Outro: _____	<input type="checkbox"/> 0. Redução da dor <input type="checkbox"/> 1. Diminuição da ansiedade <input type="checkbox"/> 2. Descida da apresentação fetal <input type="checkbox"/> 3. Aumentar dilatação cervical <input type="checkbox"/> 4. Outro: _____
Reflexologia	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	Dilatação cervical 0. <input type="checkbox"/> até 3cm 1. <input type="checkbox"/> 4 a 10cm	<input type="checkbox"/> 0. Única vez <input type="checkbox"/> 1. cada 30 min <input type="checkbox"/> 2. cada 60 min <input type="checkbox"/> 3. vontade da paciente <input type="checkbox"/> 4. Outro: _____	<input type="checkbox"/> 0. Redução da dor <input type="checkbox"/> 1. Diminuição da ansiedade <input type="checkbox"/> 2. Descida da apresentação fetal <input type="checkbox"/> 3. Aumentar dilatação cervical <input type="checkbox"/> 4. Outro: _____
Reiki	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	Dilatação cervical 0. <input type="checkbox"/> até 3cm 1. <input type="checkbox"/> 4 a 10cm	<input type="checkbox"/> 0. Única vez <input type="checkbox"/> 1. cada 30 min <input type="checkbox"/> 2. cada 60 min <input type="checkbox"/> 3. vontade da paciente <input type="checkbox"/> 4. Outro: _____	<input type="checkbox"/> 0. Redução da dor <input type="checkbox"/> 1. Diminuição da ansiedade <input type="checkbox"/> 2. Descida da apresentação fetal <input type="checkbox"/> 3. Aumentar dilatação cervical <input type="checkbox"/> 4. Outro: _____
Outras: _____ _____	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	Dilatação cervical 0. <input type="checkbox"/> até 3cm 1. <input type="checkbox"/> 4 a 10cm	<input type="checkbox"/> 0. Única vez <input type="checkbox"/> 1. cada 30 min <input type="checkbox"/> 2. cada 60 min <input type="checkbox"/> 3. vontade da paciente <input type="checkbox"/> 4. Outro: _____	<input type="checkbox"/> 0. Redução da dor <input type="checkbox"/> 1. Diminuição da ansiedade <input type="checkbox"/> 2. Descida da apresentação fetal <input type="checkbox"/> 3. Aumentar dilatação cervical <input type="checkbox"/> 4. Outro: _____
Outras: _____ _____	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	Dilatação cervical 0. <input type="checkbox"/> até 3cm 1. <input type="checkbox"/> 4 a 10cm	<input type="checkbox"/> 0. Única vez <input type="checkbox"/> 1. cada 30 min <input type="checkbox"/> 2. cada 60 min <input type="checkbox"/> 3. vontade da paciente <input type="checkbox"/> 4. Outro: _____	<input type="checkbox"/> 0. Redução da dor <input type="checkbox"/> 1. Diminuição da ansiedade <input type="checkbox"/> 2. Descida da apresentação fetal <input type="checkbox"/> 3. Aumentar dilatação cervical <input type="checkbox"/> 4. Outro: _____
Outras: _____ _____	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não	Dilatação cervical 0. <input type="checkbox"/> até 3cm 1. <input type="checkbox"/> 4 a 10cm	<input type="checkbox"/> 0. Única vez <input type="checkbox"/> 1. cada 30 min <input type="checkbox"/> 2. cada 60 min <input type="checkbox"/> 3. vontade da paciente <input type="checkbox"/> 4. Outro: _____	<input type="checkbox"/> 0. Redução da dor <input type="checkbox"/> 1. Diminuição da ansiedade <input type="checkbox"/> 2. Descida da apresentação fetal <input type="checkbox"/> 3. Aumentar dilatação cervical <input type="checkbox"/> 4. Outro: _____

IV – Uso de terapias alternativas e complementares - continuação	
Terapia	Motivos do não uso (poderá assinalar mais de uma opção)
Acupuntura	<input type="checkbox"/> 0. Insegurança com a terapia e possíveis riscos <input type="checkbox"/> 1. Falta de equipamento na Instituição <input type="checkbox"/> 2. Falta de conhecimento sobre benefícios <input type="checkbox"/> 3. Não sabe como utilizar <input type="checkbox"/> 4. Falta de interesse do profissional <input type="checkbox"/> 5. Falta de interesse das parturientes <input type="checkbox"/> 6. Disponibilidade de tempo para aplicar <input type="checkbox"/> 7. Outro: _____
Aromaterapia	<input type="checkbox"/> 0. Insegurança com a terapia e possíveis riscos <input type="checkbox"/> 1. Falta de equipamento na Instituição <input type="checkbox"/> 2. Falta de conhecimento sobre benefícios <input type="checkbox"/> 3. Não sabe como utilizar <input type="checkbox"/> 4. Falta de interesse do profissional <input type="checkbox"/> 5. Falta de interesse das parturientes <input type="checkbox"/> 6. Disponibilidade de tempo para aplicar <input type="checkbox"/> 7. Outro: _____
Banho de chuveiro	<input type="checkbox"/> 0. Insegurança com a terapia e possíveis riscos <input type="checkbox"/> 1. Falta de equipamento na Instituição <input type="checkbox"/> 2. Falta de conhecimento sobre benefícios <input type="checkbox"/> 3. Não sabe como utilizar <input type="checkbox"/> 4. Falta de interesse do profissional <input type="checkbox"/> 5. Falta de interesse das parturientes <input type="checkbox"/> 6. Disponibilidade de tempo para aplicar <input type="checkbox"/> 7. Outro: _____
Banho de imersão	<input type="checkbox"/> 0. Insegurança com a terapia e possíveis riscos <input type="checkbox"/> 1. Falta de equipamento na Instituição <input type="checkbox"/> 2. Falta de conhecimento sobre benefícios <input type="checkbox"/> 3. Não sabe como utilizar <input type="checkbox"/> 4. Falta de interesse do profissional <input type="checkbox"/> 5. Falta de interesse das parturientes <input type="checkbox"/> 6. Disponibilidade de tempo para aplicar <input type="checkbox"/> 7. Outro: _____
Bola suíça (pilates ou bobath)	<input type="checkbox"/> 0. Insegurança com a terapia e possíveis riscos <input type="checkbox"/> 1. Falta de equipamento na Instituição <input type="checkbox"/> 2. Falta de conhecimento sobre benefícios <input type="checkbox"/> 3. Não sabe como utilizar <input type="checkbox"/> 4. Falta de interesse do profissional <input type="checkbox"/> 5. Falta de interesse das parturientes <input type="checkbox"/> 6. Disponibilidade de tempo para aplicar <input type="checkbox"/> 7. Outro: _____
Cavalinho pélvico	<input type="checkbox"/> 0. Insegurança com a terapia e possíveis riscos <input type="checkbox"/> 1. Falta de equipamento na Instituição <input type="checkbox"/> 2. Falta de conhecimento sobre benefícios <input type="checkbox"/> 3. Não sabe como utilizar <input type="checkbox"/> 4. Falta de interesse do profissional <input type="checkbox"/> 5. Falta de interesse das parturientes <input type="checkbox"/> 6. Disponibilidade de tempo para aplicar <input type="checkbox"/> 7. Outro: _____
Crioterapia	<input type="checkbox"/> 0. Insegurança com a terapia e possíveis riscos <input type="checkbox"/> 1. Falta de equipamento na Instituição <input type="checkbox"/> 2. Falta de conhecimento sobre benefícios <input type="checkbox"/> 3. Não sabe como utilizar <input type="checkbox"/> 4. Falta de interesse do profissional <input type="checkbox"/> 5. Falta de interesse das parturientes <input type="checkbox"/> 6. Disponibilidade de tempo para aplicar <input type="checkbox"/> 7. Outro: _____
Deambulação	<input type="checkbox"/> 0. Insegurança com a terapia e possíveis riscos <input type="checkbox"/> 1. Falta de equipamento na Instituição <input type="checkbox"/> 2. Falta de conhecimento sobre benefícios <input type="checkbox"/> 3. Não sabe como utilizar <input type="checkbox"/> 4. Falta de interesse do profissional <input type="checkbox"/> 5. Falta de interesse das parturientes <input type="checkbox"/> 6. Disponibilidade de tempo para aplicar <input type="checkbox"/> 7. Outro: _____
Estimulação transcutânea elétrica de nervos-TENS	<input type="checkbox"/> 0. Insegurança com a terapia e possíveis riscos <input type="checkbox"/> 1. Falta de equipamento na Instituição <input type="checkbox"/> 2. Falta de conhecimento sobre benefícios <input type="checkbox"/> 3. Não sabe como utilizar <input type="checkbox"/> 4. Falta de interesse do profissional <input type="checkbox"/> 5. Falta de interesse das parturientes <input type="checkbox"/> 6. Disponibilidade de tempo para aplicar <input type="checkbox"/> 7. Outro: _____
Exercícios respiratórios	<input type="checkbox"/> 0. Insegurança com a terapia e possíveis riscos <input type="checkbox"/> 1. Falta de equipamento na Instituição <input type="checkbox"/> 2. Falta de conhecimento sobre benefícios <input type="checkbox"/> 3. Não sabe como utilizar <input type="checkbox"/> 4. Falta de interesse do profissional <input type="checkbox"/> 5. Falta de interesse das parturientes <input type="checkbox"/> 6. Disponibilidade de tempo para aplicar <input type="checkbox"/> 7. Outro: _____
Exercícios de agachamento	<input type="checkbox"/> 0. Insegurança com a terapia e possíveis riscos <input type="checkbox"/> 1. Falta de equipamento na Instituição <input type="checkbox"/> 2. Falta de conhecimento sobre benefícios <input type="checkbox"/> 3. Não sabe como utilizar <input type="checkbox"/> 4. Falta de interesse do profissional <input type="checkbox"/> 5. Falta de interesse das parturientes <input type="checkbox"/> 6. Disponibilidade de tempo para aplicar <input type="checkbox"/> 7. Outro: _____
Hipnose	<input type="checkbox"/> 0. Insegurança com a terapia e possíveis riscos <input type="checkbox"/> 1. Falta de equipamento na Instituição <input type="checkbox"/> 2. Falta de conhecimento sobre benefícios <input type="checkbox"/> 3. Não sabe como utilizar <input type="checkbox"/> 4. Falta de interesse do profissional <input type="checkbox"/> 5. Falta de interesse das parturientes <input type="checkbox"/> 6. Disponibilidade de tempo para aplicar <input type="checkbox"/> 7. Outro: _____
Injeção transcutânea de água estéril na região lombo sacral	<input type="checkbox"/> 0. Insegurança com a terapia e possíveis riscos <input type="checkbox"/> 1. Falta de equipamento na Instituição <input type="checkbox"/> 2. Falta de conhecimento sobre benefícios <input type="checkbox"/> 3. Não sabe como utilizar <input type="checkbox"/> 4. Falta de interesse do profissional <input type="checkbox"/> 5. Falta de interesse das parturientes <input type="checkbox"/> 6. Disponibilidade de tempo para aplicar <input type="checkbox"/> 7. Outro: _____
Massagem em região lombar	<input type="checkbox"/> 0. Insegurança com a terapia e possíveis riscos <input type="checkbox"/> 1. Falta de equipamento na Instituição <input type="checkbox"/> 2. Falta de conhecimento sobre benefícios <input type="checkbox"/> 3. Não sabe como utilizar <input type="checkbox"/> 4. Falta de interesse do profissional <input type="checkbox"/> 5. Falta de interesse das parturientes <input type="checkbox"/> 6. Disponibilidade de tempo para aplicar <input type="checkbox"/> 7. Outro: _____
Musicoterapia	<input type="checkbox"/> 0. Insegurança com a terapia e possíveis riscos <input type="checkbox"/> 1. Falta de equipamento na Instituição <input type="checkbox"/> 2. Falta de conhecimento sobre benefícios <input type="checkbox"/> 3. Não sabe como utilizar <input type="checkbox"/> 4. Falta de interesse do profissional <input type="checkbox"/> 5. Falta de interesse das parturientes <input type="checkbox"/> 6. Disponibilidade de tempo para aplicar <input type="checkbox"/> 7. Outro: _____
Técnicas de relaxamento	<input type="checkbox"/> 0. Insegurança com a terapia e possíveis riscos <input type="checkbox"/> 1. Falta de equipamento na Instituição <input type="checkbox"/> 2. Falta de conhecimento sobre benefícios <input type="checkbox"/> 3. Não sabe como utilizar <input type="checkbox"/> 4. Falta de interesse do profissional <input type="checkbox"/> 5. Falta de interesse das parturientes <input type="checkbox"/> 6. Disponibilidade de tempo para aplicar <input type="checkbox"/> 7. Outro: _____
Reflexologia	<input type="checkbox"/> 0. Insegurança com a terapia e possíveis riscos <input type="checkbox"/> 1. Falta de equipamento na Instituição <input type="checkbox"/> 2. Falta de conhecimento sobre benefícios <input type="checkbox"/> 3. Não sabe como utilizar <input type="checkbox"/> 4. Falta de interesse do profissional <input type="checkbox"/> 5. Falta de interesse das parturientes <input type="checkbox"/> 6. Disponibilidade de tempo para aplicar <input type="checkbox"/> 7. Outro: _____

IV – Uso de terapias alternativas e complementares - continuação	
Terapia	Motivos do não uso (poderá assinalar mais de uma opção)
Reiki	<input type="checkbox"/> 0. Insegurança com a terapia e possíveis riscos <input type="checkbox"/> 1. Falta de equipamento na Instituição <input type="checkbox"/> 2. Falta de conhecimento sobre benefícios <input type="checkbox"/> 3. Não sabe como utilizar <input type="checkbox"/> 4. Falta de interesse do profissional <input type="checkbox"/> 5. Falta de interesse das parturientes <input type="checkbox"/> 6. Disponibilidade de tempo para aplicar <input type="checkbox"/> 7. Outro: _____
Outra: _____	<input type="checkbox"/> 0. Insegurança com a terapia e possíveis riscos <input type="checkbox"/> 1. Falta de equipamento na Instituição <input type="checkbox"/> 2. Falta de conhecimento sobre benefícios <input type="checkbox"/> 3. Não sabe como utilizar <input type="checkbox"/> 4. Falta de interesse do profissional <input type="checkbox"/> 5. Falta de interesse das parturientes <input type="checkbox"/> 6. Disponibilidade de tempo para aplicar <input type="checkbox"/> 7. Outro: _____
Outra: _____	<input type="checkbox"/> 0. Insegurança com a terapia e possíveis riscos <input type="checkbox"/> 1. Falta de equipamento na Instituição <input type="checkbox"/> 2. Falta de conhecimento sobre benefícios <input type="checkbox"/> 3. Não sabe como utilizar <input type="checkbox"/> 4. Falta de interesse do profissional <input type="checkbox"/> 5. Falta de interesse das parturientes <input type="checkbox"/> 6. Disponibilidade de tempo para aplicar <input type="checkbox"/> 7. Outro: _____

Apêndice D - Questionário de identificação das características da Instituição

Características da Instituição
O hospital possui Centro de Parto Normal? 0. <input type="checkbox"/> <i>Sim</i> 1. <input type="checkbox"/> <i>Não</i> 2. <input type="checkbox"/> <i>Em adaptação</i>
Tipo de Instituição: 0. <input type="checkbox"/> <i>Hospital Geral</i> 1. <input type="checkbox"/> <i>Hospital Maternidade</i>
Número de leitos disponíveis para atendimento na maternidade: _____ <i>leitos</i>
Número de leitos disponíveis para atendimento no pré-parto: _____ <i>leitos</i>
Número de cesáreas/mês: _____ <i>cesáreas/mês</i>
Número de partos vaginais/mês: _____ <i>partos vaginais/mês</i>
A sala de pré-parto é unificada ao centro obstétrico? 0 <input type="checkbox"/> <i>Sim</i> 1 <input type="checkbox"/> <i>Não</i>
Possui materiais e equipamentos para atuar com TAC durante a assistência a mulher em trabalho de parto? 0. <input type="checkbox"/> <i>Sim</i> 1. <input type="checkbox"/> <i>Não</i>
Se sim, Quais?
Bola suíça 0. <input type="checkbox"/> <i>Sim</i> 1. <input type="checkbox"/> <i>Não</i>
Cavalinho pélvico 0. <input type="checkbox"/> <i>Sim</i> 1. <input type="checkbox"/> <i>Não</i>
Banheira 0. <input type="checkbox"/> <i>Sim</i> 1. <input type="checkbox"/> <i>Não</i>
Cadeiras 0. <input type="checkbox"/> <i>Sim</i> 1. <input type="checkbox"/> <i>Não</i>
Aparelho de som 0. <input type="checkbox"/> <i>Sim</i> 1. <input type="checkbox"/> <i>Não</i>
Chuveiro 0. <input type="checkbox"/> <i>Sim</i> 1. <input type="checkbox"/> <i>Não</i>
Agulhas para acupuntura 0. <input type="checkbox"/> <i>Sim</i> 1. <input type="checkbox"/> <i>Não</i>
Aparelho para aplicação de TENS 0. <input type="checkbox"/> <i>Sim</i> 1. <input type="checkbox"/> <i>Não</i>
Óleos para massagens 0. <input type="checkbox"/> <i>Sim</i> 1. <input type="checkbox"/> <i>Não</i>
Óleos ou essências para aromaterapia 0. <input type="checkbox"/> <i>Sim</i> 1. <input type="checkbox"/> <i>Não</i>
Outro: _____
A estrutura física do pré-parto permite aplicação de TAC? 0. <input type="checkbox"/> <i>Sim</i> 1. <input type="checkbox"/> <i>Não</i>
Possui Médico Obstetra 24h? 0. <input type="checkbox"/> <i>Sim</i> 1. <input type="checkbox"/> <i>Não</i> 2. <input type="checkbox"/> <i>Somente a distância</i>
São prescritos medicamentos na indução/condução do trabalho de parto? 0. <input type="checkbox"/> <i>Sim</i> 1. <input type="checkbox"/> <i>Não</i>
São prescritos medicamentos para redução da dor durante o trabalho de parto? 0. <input type="checkbox"/> <i>Sim</i> 1. <input type="checkbox"/> <i>Não</i>
Permite a entrada de acompanhante escolhido pela parturiente durante o trabalho de parto? 0. <input type="checkbox"/> <i>Sim</i> 1. <input type="checkbox"/> <i>Não</i>

Apêndice E - Não uso das terapias alternativas e complementares na assistência a mulher em trabalho de parto: justificativas.

Dos 41 indivíduos pesquisados, alguns justificaram o motivo do não emprego de cada uma das TACs. Estes motivos estão apresentados na Tabela 30.

Quando os enfermeiros foram questionados quanto aos motivos do não uso das TACs, a justificativa mais freqüente apresentada foi “não saber como utilizar”. Esta foi mencionada para acupuntura (87,50%), aromaterapia (57,69%), crioterapia (78,57%), TENS (71,43%), exercício de agachamento (40,00%), hipnose (90,91%), injeção transcutânea de água estéril (66,67%), técnica de relaxamento (70,00%), reflexologia (92,31%) e *Reiki* (83,33%) (Tabela 30).

Os enfermeiros referiram também que não usavam TAC devido à falta de equipamento na instituição. Esta justificativa foi mencionada para as seguintes modalidades: banho de imersão (87,88%), bola suíça (86,96%), cavalinho pélvico (89,47%), musicoterapia (83,33%).

A indisponibilidade de tempo para aplicação de TAC também foi citada para as terapias: banho de chuveiro (72,73%), deambulação (72,73%), exercícios de respiração (58,33 %), exercícios de agachamento (40,00%) e massagem na região lombar (76,92%), como seguem na Tabela 30.

A justificativa “falta de interesse do profissional”, não foi citada por nenhum dos enfermeiros.

Tabela 30. Distribuição dos enfermeiros segundo justificativas para o não uso de cada uma das terapias alternativas e complementares na assistência as parturientes. Guarulhos, 2010.

Terapia	Frequência	
	n (*)	%
Acupuntura		
Falta de equipamento na instituição	06 (n=24)	25,00
Falta de conhecimento sobre os benefícios	07 (n=24)	29,17
Não sabe como utilizar	21 (n=24)	87,50
Indisponibilidade de tempo para aplicar	04 (n=24)	16,67
Outro: falta capacitação	01 (n=24)	2,44
Aromaterapia		
Insegurança com a terapia e possíveis riscos	03 (n=26)	11,54
Falta de equipamento na instituição	09 (n=26)	34,62
Falta de conhecimento sobre os benefícios	08 (n=26)	30,77
Aromaterapia		
Não sabe como utilizar	15 (n=26)	57,69
Indisponibilidade de tempo para aplicar	01 (n=41)	3,85
Outro: falta de capacitação	01 (n=41)	3,85
Banho de chuveiro		
Falta de conhecimento sobre os benefícios	02 (n=12)	16,67
Não sabe como utilizar	02 (n=12)	16,67
Indisponibilidade de tempo para aplicar	08 (n=11)	72,73
Outro: falta de funcionário para aplicar	01 (n=11)	9,09
Outro: não sendo necessário muitas vezes	01 (n=11)	9,09
Banho de imersão		
Falta de equipamento na instituição	29 (n=33)	87,88
Falta de conhecimento sobre os benefícios	05 (n=33)	15,15
Não sabe como utilizar	03 (n=33)	9,09
Indisponibilidade de tempo para aplicar	03 (n=33)	9,09
Bola suíça		
Falta de equipamento na instituição	20 (n=23)	86,96
Falta de conhecimento sobre os benefícios	02 (n=23)	8,70
Não sabe como utilizar	05 (n=23)	21,74
Indisponibilidade de tempo para aplicar	02 (n=23)	8,70
Cavalinho pélvico		
Falta de equipamento na instituição	17 (n=19)	89,47
Falta de conhecimento sobre os benefícios	04 (n=19)	21,05
Não sabe como utilizar	05 (n=19)	26,32
Indisponibilidade de tempo para aplicar	01 (n=19)	5,26
Crioterapia		
Insegurança com a terapia e possíveis riscos	01 (n=14)	7,14
Falta de equipamento na instituição	03 (n=14)	21,43
Falta de conhecimento sobre os benefícios	06 (n=14)	42,86
Não sabe como utilizar	11 (n=14)	78,57
Indisponibilidade de tempo para aplicar	01 (n=14)	7,14
Deambulação		
Falta de conhecimento sobre os benefícios	02 (n=11)	18,18
Não sabe como utilizar	02 (n=11)	18,18
Indisponibilidade de tempo para aplicar	08 (n=11)	72,73
Outro: falta de estrutura física	01 (n=11)	9,09
TENS[†]		
Insegurança com a terapia e possíveis riscos	01 (n=7)	14,29
Falta de equipamento na instituição	02 (n=7)	28,57
Falta de conhecimento sobre os benefícios	02 (n=7)	28,57
Não sabe como utilizar	05 (n=7)	71,43
Exercícios de respiração		
Falta de conhecimento sobre os benefícios	04 (n=12)	33,33
Não sabe como utilizar	04 (n=12)	33,33

Tabela 30. Distribuição dos enfermeiros segundo justificativas para o não uso de cada uma das terapias alternativas e complementares na assistência as parturientes. Guarulhos, 2010. (cont...).

Terapia	Frequência	
	n (*)	%
Falta de interesse das parturientes	02 (n=12)	16,67
Indisponibilidade de tempo para aplicar	07 (n=12)	58,33
Outro: não sendo necessário muitas vezes	01 (n=12)	8,33
Exercícios de agachamento		
Insegurança com a terapia e possíveis riscos	02 (n=20)	10,00
Falta de conhecimento sobre os benefícios	02 (n=20)	10,00
Não sabe como utilizar	08 (n=20)	40,00
Falta de interesse das parturientes	03 (n=20)	15,00
Indisponibilidade de tempo para aplicar	08 (n=20)	40,00
Hipnose		
Falta de conhecimento sobre os benefícios	02 (n=11)	18,18
Não sabe como utilizar	10 (n=11)	90,91
Injeção transcutânea de água estéril		
Não sabe como utilizar	02 (n=3)	66,67
Massagem na região lombar		
Falta de conhecimento sobre os benefícios	02 (n=13)	15,38
Não sabe como utilizar	03 (n=13)	23,08
Falta de interesse das parturientes	01 (n=13)	7,69
Indisponibilidade de tempo para aplicar	10 (n=13)	76,92
Musicoterapia		
Falta de equipamento na instituição	25 (n=30)	83,33
Falta de conhecimento sobre os benefícios	05 (n=30)	16,67
Não sabe como utilizar	06 (n=30)	20,00
Falta de interesse do profissional	01 (n=30)	3,33
Falta de interesse das parturientes	01 (n=30)	3,33
Indisponibilidade de tempo para aplicar	05 (n=30)	16,67
Técnicas de relaxamento		
Insegurança com a terapia e possíveis riscos	02 (20)	10,00
Falta de conhecimento sobre os benefícios	02 (20)	10,00
Não sabe como utilizar	14 (20)	70,00
Falta de interesse das parturientes	01 (20)	5,00
Indisponibilidade de tempo para aplicar	05 (20)	25,00
Reflexologia		
Insegurança com a terapia e possíveis riscos	03 (n=13)	23,08
Falta de conhecimento sobre os benefícios	05 (n=13)	38,46
Não sabe como utilizar	12 (n=13)	92,31
Indisponibilidade de tempo para aplicar	02 (n=13)	15,38
Reiki		
Falta de conhecimento sobre os benefícios	02 (n=6)	33,33
Não sabe como utilizar	05 (n=6)	83,33
Indisponibilidade de tempo para aplicar	01 (n=6)	16,67

(*)= número de pessoas que justificaram o não uso. †TENS: estimulação elétrica transcutânea de nervos.