

Práticas Integrativas e Complementares em Saúde em uma Maternidade Paranaense

Integrative and Complementary Health Therapy in a Maternity in Parana State

Resumo

A utilização de técnicas integrativas e complementares durante o trabalho de parto e puerpério promove uma assistência adequada e compatível com uma visão holística da mulher. O presente estudo teve por objetivo relatar os efeitos da terapia de esalda-pés, associada à música, aromaterapia e massagem relaxante para os pés, realizadas em parturientes e puérperas de alto risco. Trata-se de um estudo transversal, com entrevistas e análise de prontuários das parturientes e puérperas institucionalizadas em uma maternidade escola, que é referência para alto risco no Norte do Paraná. Estas mulheres foram admitidas entre julho e dezembro de 2017. Os dados foram coletados e analisados por meio de média simples. O estudo seguiu a regulamentação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Foram atendidas 132 mulheres, e oferecido um momento de relaxamento associado ao alívio da dor e à diminuição do estresse e da ansiedade, com percepção mais positiva da experiência do parto, melhora da sensação de bem-estar e fortalecimento do vínculo mãe-bebê. Esta prática simples e de baixo custo também contribuiu com a formação do novo perfil de profissionais, e a médio prazo contribuirá para a redução dos índices de cesárea, e conseqüentemente colaborarão com a melhora dos indicadores materno e infantil.

Palavras-chave: Terapias complementares; Massagem; Gestantes; Período pós-parto.

Catia Campaner Ferrari Bernardy
Juliana Sousa de Almeida
Lethicia Scheller de Oliveira
Juliana Cristina de Mello Rodrigues
Emily Marques Alves
Thelma Malagutti Sodré

ccfbernardy@gmail.com

Universidade Estadual de Londrina
(UEL)

Abstract

The use of integrative and complementary techniques during labor and puerperium promotes a proper and compatible assistance with a holistic view of women. The present study aimed to report the effects of foot bath therapy combined with music, aromatherapy and relaxing foot massage performed on high-risk parturients and postpartum women. It was a cross-sectional study, with interviews and analysis of the records of the parturients and puerperae institutionalized in a school-maternity, reference for high risk pregnancies in the North of Paraná. These women were admitted between July and December 2017. Collected data were analyzed using a simple mean. The study followed the Human Research Ethics Committee's regulations. A total of 132 women were treated and offered a time of relaxation, which was associated with pain relief and decreased stress and anxiety, with more positive perception of the experience of childbirth, improved well-being and strengthening of the mother-baby bond. This simple and low-cost practice also contributed to the formation of the new professional profile, and in the medium-term will facilitate the reduction of cesarean rates, consequently assisting the improvement of maternal and infant indicators.

Keywords: Complementary therapies; Massage; Pregnant women; Postpartum period.

INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil é caracterizada pelo modelo biomédico, que valoriza o conhecimento técnico científico, prioriza a atuação intervencionista, a medicalização e a atenção fragmentada ao indivíduo. O abuso deste modelo gera implicações negativas à saúde da mulher, principalmente no período grávido-puerperal, pois ela deixa de ser protagonista do seu parto e passa a ser receptora de técnicas e cuidados em saúde (Borges, Madeira, Azevedo, 2011).

Para garantir a integralidade na atenção à saúde como um todo, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para o fortalecimento dos seus princípios fundamentais, pois, considera o indivíduo em sua totalidade e singularidade (Brasil, 2006).

Esta política de incentivo às Práticas Integrativas e Complementares estimula a utilização de terapias não convencionais, que são práticas milenares utilizadas por diversos povos no cuidado à saúde, como acupuntura, Reike, escalda-pés, musicoterapia, aromaterapia, entre outras. Este modelo tem enfoque na qualidade das relações entre mulher e profissional, utiliza tecnologia apropriada na visão holística e integrada do ser humano, estabelece o equilíbrio entre ciência, tecnologia e humanização, e ainda apresenta grande aceitação pela resolutividade e pelo baixo custo (Borges, Madeira, Azevedo, 2011; Barbosa et al., 2004).

Vários estudos demonstram as vantagens das técnicas integrativas e complementares durante o trabalho de parto, entre elas a redução da intensidade da contração uterina, da ansiedade e do medo, do tempo de trabalho de parto e da admissão de bebês em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), além da percepção mais positiva com a experiência de parto (Chang, Chen, Huang, 2006; Chang, Wang, Chen, 2002; Field et al., 1997). Este estudo inspirou-se nas práticas integrativas e complementares utilizadas pelo Hospital Sofia Feldman, após uma visita técnica realizada neste serviço. O hospital conta com um Núcleo de Terapias Integrativas e Complementares (NTIC), que desenvolve suas atividades com mulheres internadas na Unidade Mãe Canguru do hospital, mulheres com recém-nascido assistido pelo Programa de Internação Domiciliar Neonatal (PID Neo) e mulheres da Casa de Sofias, que são as mães de bebês internados na UTI. Os profissionais do NTIC relataram que o uso de terapias integrativas e complementares no puerpério podem promover resultados satisfatórios às mulheres, pois identificaram sensação de bem-estar e relaxamento, ajudou a minimizar sintomas físicos e também auxiliou no fortalecimento da mulher para o enfrentamento das situações vivenciadas neste período (Borges, Madeira, Azevedo, 2011).

Ao atuarmos com gestantes e puérperas na maternidade do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina-PR, nos deparamos com situações frequentes e desconfortantes como o medo do parto e a dificuldade na amamentação. Entendemos que o parto é um evento feminino, pois o parto é da mulher, e os profissionais deveriam assisti-la embasados nos processos fisiológicos do parto, e

assim intervir apenas em casos de urgência obstétrica. Desta forma, a mulher tem o direito de participar das decisões no processo de parir, como por exemplo, utilizar as práticas integrativas e complementares ou escolher a posição do parto. Contudo, não é possível que o parto ocorra no modelo tradicional, com decisões unilaterais tomadas pelos profissionais de saúde, em detrimento das evidências científicas que apoiam as práticas obstétricas adequadas. É importante também destacar que as gestantes de alto risco nem sempre estão em “risco” no momento do parto, e isto facilita a utilização de técnicas integrativas e complementares e de métodos não farmacológicos para o alívio da dor. Assim, torna-se possível acolher, assistir e respeitar a mulher durante sua experiência de gestar e parir.

Considerando as práticas integrativas e complementares como terapias para melhorar a atenção à saúde da mulher, o presente estudo teve por objetivo relatar os efeitos da terapia de escalda-pés, associada à música, aromaterapia e massagem relaxante para os pés, realizadas em parturientes e puérperas de alto risco.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal com parturientes e puérperas institucionalizadas na maternidade do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina, que é referência para gestantes de alto risco no Norte do Paraná.

Foram excluídas do estudo somente as mulheres com diabetes mellitus, devido à possível neuropatia periférica sensorial, que diminui a sensibilidade cutânea e dificulta a percepção da temperatura da água, o que determina um fator de risco para lesões cutâneas (Bortoletto, Haddad, Karino, 2009).

A coleta de dados foi realizada no segundo semestre de 2017 por meio de dois questionários pré-estruturados, um para parturientes em fase latente e ativa de trabalho de parto, e outro para puérperas. As variáveis do estudo estavam contempladas no perfil socioeconômico; no histórico obstétrico e atendimento pré-natal; nos dados da internação da mulher e do encaminhamento do neonato à UTI ou Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), e na sensação de bem estar e alívio da intensidade da contração uterina relacionada à terapia. O histórico obstétrico e o atendimento pré-natal foram coletados da carteira de pré-natal; os dados da internação, as características socioeconômicas e o encaminhamento do neonato foram compilados do prontuário da mulher. As demais informações foram obtidas por meio de entrevista com a mulher. Os dados coletados foram tabulados e revisados no Microsoft Office Excel® 2010 e analisados por meio de média simples.

As mulheres eram selecionadas pela enfermeira supervisora da maternidade, mas o consentimento final era da própria mulher, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após a seleção da participante e o seu consentimento, os dados do prontuário eram coletados e em seguida era aplicada a terapia de escalda-pés de forma individual, com duração média de 30 minutos. Ao término da terapia a mulher recebia uma massagem relaxante nos

pés com creme à base de arnica, com duração de 10 minutos, e em seguida era entrevistada para avaliar a eficácia da intervenção e a sua satisfação.

O escalda-pés era realizado com água morna dentro de uma bacia específica, acrescida de sal grosso e das ervas bardana, alecrim, camomila e erva doce, sendo os pés imersos nesta água durante 10 minutos e a bacia coberta com uma toalha. Depois deste período os pés eram imersos apenas em água fria durante mais 10 minutos. Para finalizar a técnica, os pés eram imersos novamente na água morna com as ervas por mais 10 minutos e cobertos com a toalha. O escalda-pés era sempre acompanhando por música relaxante e aromaterapia por meio de difusor elétrico, e na medida do possível o ambiente era mantido em penumbra com incidência apenas de uma lâmpada azul conectada a uma luminária.

Este estudo está vinculado ao Projeto de extensão: “Terapias Complementares como Práticas em Saúde”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (UEL), sob o número CAAE 73922417.0.0000.5231.

RESULTADOS

Foram atendidas 132 mulheres no período de julho a dezembro de 2017, sendo 30,4% parturientes e 69,6% puérperas. A maioria era da cor branca (67,4%), com idade entre 20 e 29 anos (45,4%), e em união estável (78,7%). Em relação à situação trabalhista, 53,7% eram mulheres “do lar”, 38,6% possuíam emprego formal e 7,7% emprego informal. Quanto ao grau de escolaridade, 62,1% completaram o ensino médio. A maior parte das mulheres (59,8%) referiu ter renda familiar entre um e três salários mínimos.

Quanto ao pré-natal, identificou-se que 83,3% das mulheres realizaram sete ou mais consultas, e 88,6% delas foram submetidas à coleta de todos os exames de rotina nos três trimestres da gestação. Todas as mulheres estavam com o calendário vacinal em dia. Apenas 8,3% das mulheres tinham conhecimento prévio sobre as terapias integrativas e complementares.

Quanto ao histórico obstétrico, verificou-se que 38,6% eram primigestas, 27,2% secundigestas e 34,2% multigestas. Apenas 42,4% haviam planejado a gestação atual. Em relação ao uso de álcool, tabaco e outras drogas durante a gestação, 13,6% afirmaram fazer o uso de alguma dessas substâncias. Embora sejam consideradas gestantes de alto risco, somente 29,5% tiveram parto prematuro, ou seja, antes de 37 semanas de gestação.

Foi observado que 77,2% das mulheres possuíam algum diagnóstico médico que indicava hospitalização na maternidade de alta complexidade. Os agravos prevalentes foram hipertensão arterial (68,5%), alterações de volume do líquido amniótico (8,3%), infecção do trato urinário (3,7%), gemelaridade (3%), asma (3%) e hipotireoidismo (2,27%). As demais condições encontradas foram: feto grande para a idade gestacional, lúpus, fibromialgia, nefrite, sífilis, epilepsia, descolamento prematuro da placenta, hepatite B, febre reumática, taquicardia sinusal e mielite transversa aguda.

Analisando o período pré-parto, verificou-se que 37,1% tiveram o trabalho de parto induzido com uso de Ocitocina, Misoprostol ou ambos, com tempo médio de indução de 14 horas. A média de tempo de trabalho de parto foi de 7 horas, e apenas 25% receberam métodos não farmacológicos para alívio da dor, como bola, assento ativo, chuveiro e massagem lombar neste período.

Em relação à via de parto, 65,1% foram submetidas à cesariana. As que vivenciaram a experiência do parto vaginal pariram em posição litotômica na sala de parto. Em 6% dos partos vaginais houve alguma intercorrência, principalmente associada ao uso de fórceps, vácuo-extrator, e laceração perineal. Houve necessidade de encaminhamento do neonato para UCI ou UTI neonatal em 10% dos casos.

Após a terapia de escalda-pés, 99,2% das mulheres acreditaram ter tido melhora da sensação de bem estar de regular para bom (41,6%) e muito bom (58,3%).

Mais da metade das parturientes (56,6%) afirmaram que o método terapêutico aplicado ajudou muito no alívio das dores do trabalho de parto, e em 6% dos casos houve alívio significativo destas dores. Além disto, 53,3% consideraram que as terapias auxiliaram muito na sensação de relaxamento. Algumas parturientes em fase inicial de trabalho de parto (23,3%) relataram intensa sensação de relaxamento.

Grande parte das puérperas pediu para amamentar durante a realização do escalda-pés, pois percebiam que os bebês também ficavam mais calmos naquele momento. A prática do aleitamento é bastante estimulada naquela maternidade, 75,7% dos neonatos estavam recebendo aleitamento materno exclusivo em livre demanda, 15,9% recebiam aleitamento materno e complemento com leite do banco, e 8,3% recebiam fórmula infantil.

Na avaliação geral dos atendimentos não houveram relatos negativos. A maioria das mulheres (85,6%) julgou as terapias como “muito relevante”, e qualificaram como “muito bom” o grau de satisfação em relação aos benefícios. Alguns dos benefícios citados foram sensação de bem estar, relaxamento, e amenização do estresse causado pela internação. Outro aspecto avaliado foi a presença de fatores externos que atrapalharam a aplicação das terapias, e houve relato desfavorável em 2% dos casos. Os fatores externos que mais dificultaram o relaxamento das mulheres foram as outras mulheres e acompanhantes transitando e conversando perto do local de realização das terapias, e alguns profissionais de saúde que interromperam o atendimento para conversar com a mulher. Vale salientar a dificuldade em manter o ambiente na penumbra, apenas com incidência da luz azul, diante das interrupções provocadas pelos profissionais, uma vez que o relaxamento proporcionado pelas terapias é mais eficaz em locais com poucos ruídos e baixa incidência de luz.

Estes relatos reforçaram a importância do espaço terapêutico de aprendizado no ambiente hospitalar para alunos de graduação como campo de atuação extensionista. Com esta prática foi possível desenvolver a habilidade de futuros profissionais para lidarem com situações que envolvem o ser humano

em suas diversas faces. Assim, o aluno identificou-se neste processo, buscando a satisfação das mulheres com as atividades desenvolvidas, com a intenção de mudança no paradigma do atendimento hospitalar.

DISCUSSÃO/CONCLUSÕES

As práticas integrativas e complementares na atenção à saúde da mulher são estratégias terapêuticas diferenciadas, pois possibilitam a ampliação do cuidado e da assistência no momento do parto e nascimento. As terapias auxiliam no tratamento e nas intervenções convencionais, e melhoram a qualidade de vida. Por meio destas práticas, é possível que se alcance a integralidade na assistência à saúde da mulher, dando a ela mais autonomia em seu ciclo grávido-puerperal (Araújo et al., 2014; Gatti, 2015).

Vale ressaltar o importante trabalho desenvolvido pelo Hospital Sofia Feldman de Belo Horizonte - MG, o responsável por nossa motivação em utilizar novas práticas na assistência materno-infantil. Este hospital presta assistência integral à saúde da mulher e do recém-nascido, empenhado em aplicar as terapias integrativas e complementares. Um estudo realizado por membros da equipe deste serviço apresentou impressões positivas sobre o uso das diversas práticas integrativas e complementares disponibilizadas no hospital. A faixa etária de maior prevalência (60,9%) é semelhante à encontrada no nosso estudo, entre 19 e 29 anos, bem como a ocupação do lar. No entanto, diferiu quanto à cor da pele, situação conjugal e escolaridade, pois a maior parte das mulheres era parda, solteira e com escolaridade entre 9 e 12 anos (Borges; Madeira; Azevedo, 2011).

Uma estratégia para facilitar a utilização das técnicas integrativas e complementares no ambiente hospitalar é a orientação das mulheres durante o pré-natal. Embora as mulheres tivessem realizado o acompanhamento durante a gestação, a maioria sabia do que se tratava as práticas integrativas e complementares no processo do parto. Este fato sugere que as orientações sobre as intervenções não farmacológicas no momento do nascimento e a divulgação destas técnicas não foram abordadas adequadamente nas consultas de pré-natal. É imprescindível que a mulher seja estimulada desde o pré-natal a ter participação ativa na gestação, no trabalho de parto e no puerpério. Uma vez que ela tem conhecimento das terapias disponíveis para alívio da dor, redução da ansiedade e relaxamento, ela também terá autonomia sobre as situações que envolvem este período (Borges, Madeira, Azevedo, 2011; Medeiros et al., 2015; Silva, Strapasson, Fischer, 2011).

É também no período do pré-natal que as mulheres podem ser classificadas como gestantes de alto risco. Estas gestações implicam em riscos desfavoráveis à saúde da mãe e do feto. Várias enfermidades podem se manifestar durante a gravidez, gerando repercussões danosas para a saúde do binômio materno-fetal. Destas, é comum que se sobressaiam doenças hipertensivas, diabetes, processos infecciosos, entre outras afecções obstétricas. No entanto, não há contra indicação para utilização das terapias integrativas e complementares em mulheres com hipertensão gestacional, o que pode representar evento positivo na assistência às mulheres com este agravo (Brasil, 2012).

Outros agravos que classificam a gestante como alto risco envolvem o hábito de consumir álcool, tabaco e outras drogas. O álcool é uma substância que ultrapassa rapidamente a barreira placentária e o leite materno. O feto e o recém-nascido têm dificuldade de livrar-se do álcool, até porque seu fígado não está completamente amadurecido. Além disto, muitas das consequências negativas advindas do uso de drogas ilícitas, como problemas de saúde física, desnutrição e susceptibilidade a infecções, podem refletir ao feto em desenvolvimento (Brasil, 2012).

Neste estudo, algumas situações de encaminhamento dos bebês à UTI estiveram relacionadas às mães adictas, que influenciaram nas condições de nascimento do recém-nascido, e nestas situações as terapias aplicadas foram positivas no manejo da puérpera durante a internação, e espera do retorno de seu bebê.

As parturientes de alto risco que encontram-se clinicamente estáveis podem ser conduzidas ao trabalho de parto. O trabalho de parto induzido pode ser indicado em inúmeras situações clínicas, tais como: gestações prolongadas, ruptura prematura das membranas, pré-eclâmpsia clinicamente estável, diabetes, oligodrâmnio e restrições do crescimento fetal. O misoprostol é considerado tão ou mais eficiente que as outras prostaglandinas e mais eficaz que a ocitocina para a indução do parto com colo imaturo (Moraes Filho, Cecatti, Feitosa, 2005; Souza et al., 2010). É importante considerar que a indução de parto associada às terapias integrativas e complementares pode colaborar para a redução das taxas de cesárea.

O processo de humanização do trabalho de parto requer, além da presença de um acompanhante, cuidados não farmacológicos para alívio da dor, associado às informações recebidas pelas parturientes no preparo para o parto, ou seja, é essencial que tais práticas sejam implementadas por serem mais seguras e acarretarem menos intervenções. Além disto, a dor pode ser aliviada utilizando apenas estas tecnologias de cuidado, retomando o significado fisiológico que o parto deve representar para a mãe e para o recém-nascido (Osório, Silva Júnior, Nicolaeu, 2014).

A escolha da via de parto ocorre de acordo com cada caso, sendo fundamental o esclarecimento da gestante e da sua família, oferecendo informações de forma que lhes sejam compreensíveis culturalmente, esclarecendo as opções presentes e os riscos a elas inerentes, e desta forma garantir a participação da mulher no processo decisório. Cabe salientar que gravidez de risco não é sinônimo de cesariana. Em muitas situações é possível a indução do parto visando o seu término por via vaginal, ou mesmo aguardar o seu início espontâneo (Brasil, 2012).

Este estudo demonstrou que a taxa de cesárea está muito acima do recomendado pelo Ministério da Saúde, e que os partos vaginais ainda ocorrem em posição litotômica. A recomendação do Ministério da Saúde sobre a taxa de cesariana em maternidades de alto risco é de 30 a 35%, e caso o serviço não esteja nesta adequação é recomendado um plano de redução destas taxas (Brasil, 2013). A liberdade de posição durante o processo de nascimento é uma das estratégias eficientes para

diminuir as intervenções e medidas de rotina adotadas nas maternidades. A mulher deve ser incentivada a adotar outras posições que não seja a litotômica, incluindo as posições de cócoras, lateral ou quatro apoios (Brasil, 2017).

A liberdade de posição favorece a utilização de terapias integrativas e complementares, e estas auxiliam na redução de intervenções desnecessárias. As intercorrências podem estar associadas ao poder que os profissionais de saúde exercem na transformação de eventos fisiológicos em método tecnicista, intervencionista e patológico (Osório, Silva Júnior, Nicolaeu, 2014).

A experiência de dor no parto pode resultar em memórias negativas no pós-parto, influenciar no vínculo mãe-bebê e na preferência do tipo de parto para a próxima gestação (Polachek et al., 2012). Desta forma, a utilização do escalda pés, acompanhado da música, dos aromas, da penumbra e da massagem relaxante, proporciona alívio da dor, do estresse e das tensões. Estas técnicas auxiliam também no vínculo da mulher com seu bebê garantindo a amamentação. Estas práticas integrativas e complementares associadas promovem o relaxamento e a sensação de bem estar, e por consequência promovem maior vínculo entre o profissional e a paciente, facilitando o processo de comunicação e o êxito na experiência do parto (Borges, Madeira, Azevedo, 2011).

Os benefícios do relaxamento corporal com consequente diminuição das intervenções maternas e neonatais são relatados também com outras terapias integrativas e complementares, como a utilização de hidroterapia por meio de banhos mornos e uso de bola. O uso destas técnicas de forma combinada reduz o escore de dor referido pelas parturientes, promovendo o relaxamento e a diminuição da ansiedade (Barbieri et al., 2013).

No entanto, o acesso às terapias integrativas e complementares no processo do parto ainda não é rotina na assistência obstétrica. Provavelmente este fato deva-se ao desconhecimento destes recursos e seus benefícios, por parte tanto das parturientes quanto dos profissionais de saúde. A aplicação destas práticas no trabalho de parto busca o resgate do caráter fisiológico do nascimento (Gallo et al, 2011).

Acreditamos que este olhar para a assistência de enfermagem, baseado no resgate da fisiologia do parto e na aplicação das práticas integrativas e complementares, implica em uma nova formação e atuação do enfermeiro, alcançando maior resolutividade das ações em saúde, com profissionais mais críticos e reflexivos para inovar sua prática. Consideramos que o conhecimento inovador leva o aluno ao compromisso com o coletivo e não ao cuidado fragmentado. Assim, este novo modelo articula as práticas simples e de baixo custo ao cuidado em saúde. Entendemos que este novo perfil de profissionais contribuirá, a médio prazo, para a redução dos índices de cesárea, estimulará a autoconfianças das mulheres, e consequentemente colaborará com a melhora dos indicadores materno e infantil.

O Projeto de extensão “Terapias Complementares como Práticas em Saúde” foi bem aceito pelas mulheres e conquistou bons resultados. Ofereceu às parturientes e puérperas um momento de relaxamento associado ao alívio da dor de trabalho

de parto, à diminuição do estresse e da ansiedade, à percepção mais positiva com a experiência do parto e à melhora da sensação de bem-estar. Desta forma, nossa demanda aumentou consideravelmente, e elaboramos uma nova proposta integrando esforços com outros profissionais para ampliar as terapias integrativas e complementares. Além das terapias já estabelecidas nas edições dos projetos anteriores, incluiremos a massagem corporal pelo método do rebozo; a massagem indiana para bebês (Shantala), e também o laser de baixa intensidade para lesões mamárias e cirúrgicas (cesáreas), atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde (Brasil, 2017; Vo-Dinh, 2002).

Este olhar diferenciado para a assistência humanizada à saúde da mulher no momento do parto e nascimento, baseado nas práticas integrativas e complementares, possibilita uma ampliação do cuidado oferecido pelo enfermeiro, alcançando assim, maior resolutividade nas intervenções por meio de tecnologia leve e eficaz.

Consideramos que o impacto das ações extensionistas está também na transformação da universidade, pois com este novo modelo de assistência é possível desenvolver novas linhas de pesquisa e possibilita aos alunos compreender o ensino, a pesquisa e a extensão como processos integrados que auxiliam a aproximação da teoria à prática. Ainda, a Universidade Estadual de Londrina considera em seus Projetos Pedagógicos, a inserção precoce dos alunos em campos de prática por meio de projetos de extensão e monitoria acadêmica integrando-os à pesquisa extensionista e contribuindo para a transformação da sociedade e para o desenvolvimento teórico.

REFERÊNCIAS

- Araújo, C. et al.** Terapias complementares em pessoas vivendo com HIV/Aids: a enfermagem no auxílio a adesão ao tratamento. *Extramuros, Petrolina*, v. 2, n. 2, p. 18-26, dez. 2014.
- Barbieri, M. et. al.** Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. *Acta Paul Enferm. São Paulo*, v. 26, n. 5, p. 478-484, out., 2013.
- Barbosa, M.A. et al.** Crenças populares e recursos alternativos como práticas de saúde. *R Enferm UERJ* 2004; 12:38-43.
- Borges, M.; Madeira, L.; Azevedo, V.** As práticas integrativas e complementares na atenção à saúde da mulher: uma estratégia de humanização da assistência no Hospital Sofia Feldman. *Rev. Min. Enferm. Minas Gerais*, v. 15, n. 1, p. 105-113, jan./mar., 2011.
- Bortoletto, M.S.S.; Haddad, M.C.L.; Karino, M.E.** Pé diabético, uma avaliação sistematizada. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama*, v. 13, n. 1, p. 37-43, jan./abr., 2009.
- Brasil.** Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 51 p. : il.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 1.020, DE 29 DE MAIO DE 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestaçao de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestaçao de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Geração de alto risco, manual técnico. 5 ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS. Brasília, 2006. 92 p.

Chang, M.; Wang, S.; Chen, C. Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. *J Adv Nurs*. 2002 Jan; 38(1):68-73.

Chang, M.Y.; Chen, C.H.; Huang, K.F. A comparasion os massage effects on labor pain using the McGill pain questionnaire. *J Nurs Resear*. 2006 Jun; 14(3):191-6.

Field, T. et al. Labor pain is reduced by massage therapy. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 1997 Apr; 18(4):286-91.

Gallo, R. et al. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. *FEMINA*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 42-48, jan. 2011.

Gatti, M. et al. Perfil da utilização das terapias alternativas/complementares de saúde de indivíduos oriundos do sistema complementar de saúde. *Cad. Naturol. Terap. Complem*, v.4, n. 6, p. 29-35, 2015.

Medeiros, M. et al. Humanização do trabalho de parto e nascimento: aplicação de estratégias não farmacológicas efetivas nesse processo. *Rev Enferm UFPE on line*. Recife, v. 9(Supl. 7), p. 9133-8, ago., 2015.

Moraes Filho, O.; Cecatti, J.; Feitosa, F. Métodos para indução do parto. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 493-500, ago. 2005.

Osório, S.; Silva Júnior, L.; Nicolaeu, A. Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto. *Rev Rene*, v. 15, n. 1, p. 174-84, jan/fev. 2014.

Polachek, I.S. et al. Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder symptoms: The Uninvited Birth Companion. *IMAJ*, vol. 14, June, 2012.

Silva, E.; Strapasson, M.; Fischer, A. Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto e parto. *Rev Enferm UFPM*, v. 1, n. 2, p. 261-271, Mai/Ago. 2011.

Souza, A. et al. Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades. *FEMINA*. Recife, v. 38, n. 4, p. 185-194, abr. 2010.

Vo-Dinh, T. *Biomedical photonics handbook/* edited by Tuan Vo-Dinh. Oak Ridge National Laboratory Oak Ridge, Tennessee. Boca Raton London New York Washington, D.C. Included bibliographical references and index. ISBN 0-8493-1116-0. R 857.06 B573. 2002.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos às mulheres por permitirem nossa prática na maternidade, à Secretaria da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (SETI) do estado do Paraná, pelo apoio financeiro e ao incentivo à extensão promovido pela Universidade Estadual de Londrina (UEL).