

A Deambulação na Evolução do Primeiro Estádio do Trabalho de Parto: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica

Relatório de estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica

Paula Cristina Grangeia Miranda Veloso

Orientadora

Doutora Hélia Dias

(Professora Adjunta)

Co-orientadora

Mestre Olímpia Cruz

(Professora Adjunta)

2019, Setembro

A Deambulação na Evolução do Primeiro Estádio do Trabalho de Parto: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica

Relatório de estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Paula Cristina Grangeia Miranda Veloso

Orientadora

Doutora Hélia Dias

(Professora Adjunta)

Co-orientadora

Mestre Olímpia Cruz

(Professora Adjunta)

2019, Setembro

“ Nursing is an art: and if it is to be made an art, it requires an exclusive devotion as hard a preparation as any painter's or sculptor's work; for what is the having to do with dead canvas or dead marble, compared with having to do with the living body, the temple of God's spirit? It is one of the Fine Arts: I had almost said, the finest of Fine Arts”.

Florence Nightingale

Agradeço este trabalho ao meu marido Nuno pelo amor, carinho, dedicação e paciência, pelo apoio, incentivo e força que me transmite nos momentos mais difíceis... por me mostrar que sou capaz e por estar sempre presente.

À minha filha Ana por aquele sorriso lindo e carinho que tem para comigo e me faz sentir tão bem. Pelo seu encorajamento e apoio incondicional nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais, pelo apoio físico e psicológico, que me ajudaram sempre que necessitei.

Às Professoras Hélia Dias e Olímpia Cruz pela orientação e colaboração nesta caminhada, sem a qual a realização deste trabalho não seria possível.

A Todos, OBRIGADO!

ABREVIATURAS, ACRÓNICOS E SIGLAS

APEO – Associação Portuguesa Enfermeiros Obstetras

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

DGS – Direção Geral de Saúde

EBSCO – Elton B. Stephens Company

EEESMOG – Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

FAME – Federação das Associações das Parteiras Espanholas

HAP – Hospital de Apoio Perinatal

IA – Índice de APGAR

INE – Instituto Nacional de Estatística

IO – Índice obstétrico

IMC – Internacional Confederation of Midwives

IMBCI - The International MotherBaby Childbirth Initiative

HAPD – Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado

JBI – Joanna Briggs Institute

MCEESMO – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MeSH – Medical Subject Headings

MS – Ministério da Saúde

Nº - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

P. – Página

PD CST- Parto Distócico por Cesariana Segmentar transversa

PDF – Parto Distócico por Fórceps

PDV – Parto Distócico por Ventosa

PE – Parto Eutócico

PI[C]O – População, Intervenção, [Comparação] e Outcomes

RCEEEESMOG – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

RN – Recém-nascido

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SNS – Sistema Nacional de Saúde

TP – Trabalho de Parto

VTP – Vigilâncias do trabalho de Parto

WHO – World Health Organization

RESUMO

O mecanismo de trabalho de parto como é conhecido na atualidade, é um mecanismo fisiológico inacabado que tem a sua origem há centenas de milhões de anos. A par das alterações físicas a assistência ao trabalho de parto sofreu transformações ao longo dos tempos, condicionadoras do desfecho do nascimento.

A deambulação durante o trabalho de parto apoia a fisiologia do nascimento e melhora a experiência do parto para a mulher pois, favorece a irrigação do útero, as contrações são mais eficazes, diminui o tempo do trabalho de parto, ajuda o feto a adaptar-se à bacia materna e alivia a dor.

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica devem colocar a mulher e família no centro das decisões, prestar cuidados centrados na mulher, recém-nascido e família e privilegiar a promoção da saúde. Para tal, é necessário compreender as intervenções que promovem o papel ativo da mulher durante o trabalho de parto e parto, nomeadamente no que concerne à deambulação. Para compreender esta intervenção recorreu-se à revisão sistemática da literatura através da metodologia PI[C]O, tendo sido formulada a questão de estudo: “Quais as Intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia (I) junto da parturiente (P) no incentivo à deambulação para a evolução do 1º estágio do trabalho de parto (O)”?

Através da análise da evidência obtida, verificou-se que a deambulação contribui para a evolução mais rápida do primeiro estágio do trabalho de parto e benefícios para a mãe e feto. No que concerne à contratilidade uterina esta é de maior amplitude e com repercussões no apagamento do colo, diminuição da duração do trabalho de parto, pela pressão do feto na pelve, diminuição da probabilidade de padrões anormais na frequência cardíaca fetal, alívio da dor da parturiente e aumento da liberdade de movimentos.

Palavras-chave: Deambulação, EEESMOG e Nascimento

ABSTRACT

The mechanism of labor as it is known today is an unfinished physiological mechanism that has its origins hundreds of millions of years ago. Alongside the physical changes, the assistance to labor has undergone changes over time, conditioning the outcome of birth.

Ambulation during labor supports the physiology of birth and improves the experience of childbirth because it favors the uterus, contractions are more effective, decreases labor time, helps the fetus to adapt to the maternal basin and relieves the pain.

Specialist Nurses in Obstetric and Gynecological Maternal Health Nursing should place women and families at the center of decisions, provide women, newborn and family-centered care, and favor health promotion. To this end, it is necessary to understand the interventions that promote the active role of women during labor and delivery, particularly about ambulation. To understand this intervention, a systematic literature review was used through the PI [C] O methodology, and the study question was formulated: “What are the interventions of the nurse specialist in maternal and midwifery nursing (I) with the parturient (Q) in encouraging ambulation for the evolution of the 1st stage of labor (O) ”?

Through the analysis of the evidence obtained, it was found that ambulation contributes to the faster evolution of the first stage of labor and benefits to the mother and fetus. About uterine contractility, it is more extensive and has repercussions on cervical erasure, decreased duration of labor, pressure of the fetus in the pelvis, decreased likelihood of abnormal patterns in fetal heart rate, relief of parturient pain. and increased freedom of movement.

Keywords: Walking, Obstetric Nursing and Birth

ÍNDICE DE FIGURAS, TABELAS E ESQUEMAS

	P.
Gráfico nº 1- Cuidados no primeiro contexto onde decorreu o estágio.....	21
Gráfico nº 2- Cuidados no segundo contexto onde decorreu o estágio.....	22
Gráfico nº 3- Partos em Portugal no período que decorreu o estágio IV.....	23
Gráfico nº 4- Histórico de partos HAPD vs HAP.....	23
Figura nº 1- Framework Structure.....	30
Tabela nº1-Critérios utilizados para a formulação da pergunta PICO	42
Tabela nº 2-Limitadores de pesquisa utilizados nas Bases de Dados.....	43
Tabela nº3-Resultados das bases de dados.....	43
Tabela nº 4: Critérios de inclusão e de exclusão para seleção dos artigos a analisar.....	44
Esquema nº1 – PRISMA, Adaptado de Prisma 2009 Flow Chart (The Joanna Briggs Institute, 2014, p. 127).....	45
Tabela nº 5 - Resumo dos artigos incluídos na Revisão Sistemática da Literatura (RSL)...	45

INDICE

0 – INTRODUÇÃO.....	12
1– O EMERGIR DA ÁREA DE INTERESSE (DEAMBULAÇÃO NO 1 ESTÁDIO DO TP).....	17
2.MODELO TEÓRICO DE DOROTHEA OREM.....	25
2.1 – LINHA ORIENTADORA DOS CUIDADOS	27
2.2.1.- Cuidados de enfermagem à mulher em TP.....	30
3 – A DEAMBULAÇÃO NO 1º ESTÁDIO DO TP.....	33
3.1 – TRABALHO DE PARTO	33
3.2 - DEAMBULAÇÃO NO PRIMEIRO ESTÁDIO DO TP.....	37
3.3 - A PARTICIPAÇÃO DA MULHER NO SEU TP	40
4 - METODOLOGIA DE PESQUISA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	42
5- ANÁLISE REFLEXIVA DOS RESULTADOS	47
6- CONCLUSÃO	51
ANEXOS.....	58
ANEXO I Relatório do estágio IV	59
ANEXO II Dados obtidos após análise do relatório do estágio IV	113
ANEXO III MesH Descriptor	122
ANEXO IV Protocolo de pesquisa.....	126
ANEXO V OMS – Recomendações para o Parto Normal Categorias para classificação de parto normal.....	132
ANEXO VI Artigos obtidos através da RSL.....	136
ANEXO VII Resumo dos artigos obtidos através da RSL.....	176

0 – INTRODUÇÃO

A Enfermagem, tem vindo ao longo dos anos a afirmar-se como Profissão com conhecimentos técnico-científicos próprios, que orientam e regem a sua prática. É através da sua prática que compreendemos o que fazemos, como o fazemos, e para quem o fazemos.

O ensino clínico constitui um momento pertinente para o desenvolvimento de saberes e competências técnicas e relacionais. Assim, o contato direto com novas e diferentes situações, promove a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e contribui para o enriquecimento individual. Em concordância com Kant, “todo o nosso conhecimento começa pela experiência” (Bento, 1997). Como tal, a experiência adquirida durante o decorrer do CMEESMO, serviu para a interiorização de competências e para a construção da identidade de EEESMOG.

Com a elaboração deste trabalho pretende-se a obtenção do grau de mestre que é conferido, entre outros, aos que demonstrem “saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo” (Decreto-Lei nº 74/2006, 2006: 2246). Por outro, espera-se que este trabalho de mestrado contribua para a aquisição de competências técnicas, humanas e culturais, conhecimentos, para a reflexão sobre determinado assunto e para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados prestados na área da enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica.

O presente documento integra-se no âmbito da Unidade Curricular: Estágio IV e Relatório do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMEESMO) da Escola Superior de Saúde de Santarém. O Estágio IV- Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica: Na Sala de Partos que decorreu no período de 19/10/2015 a 15/04/2016 (21 semanas). É de salientar que esta experiência decorreu em dois contextos distintos, perfazendo um total de 700 horas de Ensino Clínico. O primeiro contexto de estágio realizou-se num hospital de apoio perinatal diferenciado (HAPD), segundo a rede de referência materno-infantil, teve a duração de 9 semanas, na região do Alentejo. A

segunda instituição era um hospital de apoio perinatal (HAP) situado na margem sul da grande Lisboa, teve a duração de 12 semanas.

O enfermeiro especialista, tal como é estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros (OE,2010), é aquele que, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, apresenta um conhecimento profundo numa área específica de enfermagem, demonstrando níveis de julgamento clínico elevado e de tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a uma área de intervenção. É primordial reconhecer que os cuidados constituem uma área do saber útil à sociedade, essenciais à vida, onde os enfermeiros são os atores que visam a sua prestação com excelência, em qualquer etapa do ciclo vital do ser humano (Amendoeira, 2009). Deste modo, competência “surge como uma capacidade de integrar os saberes diversos e heterogéneos para os finalizar na realização de atividades” (Ferreira & Dias, 2005). Para além dos quatro domínios comuns de competências dos enfermeiros especialistas (Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão de Cuidados e Aprendizagens Profissionais), o EEESMOG tem como competências específicas cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e climatério, incluindo também os processos de saúde doença ginecológica e cuidar o grupo alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade (Regulamento nº 127/2011, 2011).

Para facilitar a organização do todo o processo desenvolvido foi elaborado, previamente, um projeto individual que serviu como base a todo o processo de aprendizagem no ensino clínico na sala de partos, onde foram definidos os objetivos específicos ao ensino clínico:

- Prestar cuidados especializados de enfermagem à parturiente e recém-nascido em situação de saúde e doença;
- Integrar a equipa de saúde prestadora de cuidados à parturiente e recém-nascido em situação de saúde e doença.
- Enquadrar a prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia científica;
- Fundamentar a singularidade das situações de cuidar e a suscetibilidade de mudança com recurso à revisão sistemática;
- Inventariar os recursos necessários à ação de enfermagem baseada na evidência;

- Fundamentar as competências desenvolvidas no sentido de uma enfermagem avançada;
- Avaliar, registrar e divulgar os resultados da ação/intervenção de enfermagem.

Posteriormente, no fim do estágio foi elaborado um relatório individual onde se procedeu à análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas e as competências adquiridas e consolidadas (Anexo I). Em suma, esse relatório teve como objetivo descrever, sucintamente, as atividades desenvolvidas ao longo do estágio para a aquisição de competências inerentes ao EEESMOG e sua, conseqüente, reflexão crítica do desenvolvimento pessoal e profissional. O documento supracitado foi o guia orientador de aprendizagem, seguindo uma lógica coerente e planeada com o propósito de adquirir/desenvolver/aperfeiçoar as competências como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EEESMOG) e também as competências comuns dos enfermeiros especialistas. Ao longo do estágio emergiu uma área de maior interesse, as medidas não farmacológicas de alívio da dor. Mais concretamente o efeito da deambulação na fase ativa do TP, como decorreu a progressão do trabalho de parto nas parturientes que deambularam. Esta temática foi emergindo com o decorrer do ensino clínico IV e com a observação dos cuidados realizados nos dois contextos, nas diferenças observadas e também na experiência profissional prévia.

A pertinência do tema deste relatório, emerge da minha experiência profissional, enquanto enfermeira generalista num HAPD, mais precisamente no serviço de Obstetrícia e Sala de Partos, no qual a deambulação das parturientes ainda é uma prática inexistente. Desta forma, com o aprofundamento deste tema, pretendo, como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EEESMOG) poder contribuir para a mudança de algumas práticas benéficas para a parturiente e para o feto. No decorrer deste ensino clínico, mais precisamente no segundo contexto, estava a ser implementado o Projeto da Maternidade com Qualidade da OE (2014), onde se defende que o posicionamento em litotomia para o parto não deve ser incentivado. Pelo contrário, a melhor atitude é de dar livre escolha à parturiente, mesmo no período expulsivo. Constatei que as progressões do TP eram de menor duração nas mulheres que deambulavam e que também se demonstravam mais satisfeitas com a experiência vivenciada. No que respeita à satisfação do cliente (primeiro enunciado descritivo do regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e

ginecológica (OE, 2011) que visa contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem, tendo em conta os 6 enunciados descritivos) “ o enfermeiro especialista deve empenhar-se no sentido de respeitar os desejos da cliente, capacitar a tomada de decisão e ação e estabelecer parcerias com a mulher no planeamento do processo de cuidados”. As mulheres eram incentivadas a deambular e, sempre que possível, era seguido o plano de partos que as parturientes apresentavam.

Segundo a OMS a mulher deve ter a liberdade de escolher a posição e movimentação durante o trabalho de parto e deve ser estimulada a posições não supinas durante o mesmo. Também a APEO (2009), refere que a mobilidade constitui uma estratégia de conforto, que está associada a um trabalho de parto menos demorado e sem repercussões para a mãe e para o filho. Esta problemática enquadra-se no âmbito das competências H2 e H3 do EEESMOG, “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal” e “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto” (Regulamento n.º 127/2011). Relativamente às Competências da Internacional Confederation of Midwives (ICM), enquadra-se nas competências 3 e 4, “que visam cuidados de alta qualidade na gravidez, promovendo a saúde e a deteção de algum problema e ainda o tratamento derivado de complicações da gravidez, assim como no trabalho de parto, permitindo que seja seguro e despistando situações de emergência tanto para a mãe como para o recém-nascido” (ICM, 2010).

O presente relatório tem como objetivo geral: Compreender a importância das intervenções de enfermagem na estimulação/ incentivo da deambulação nas mulheres durante o trabalho parto. E como objetivos específicos:

- Caracterizar a estimulação/ incentivo da deambulação no trabalho de parto e o seu efeito na progressão do mesmo;
- Desenvolver uma pesquisa, com recurso à revisão sistemática da literatura, orientada para a produção de conhecimento na área de enfermagem especializada para a contribuição da deambulação na duração do TP;
- Avaliar criticamente a aplicabilidade das evidências científicas disponíveis, considerando as intervenções e competências do EEESMOG.

Este documento foi elaborado segundo as normas de elaboração de trabalhos escritos instituídos no Instituto Politécnico de Santarém e as normas da APA 6ª edição. Este documento encontra-se organizado em 6 capítulos centrais. No primeiro capítulo evidencia-

se como emergiu a temática em estudo através da reflexão dos dados obtidos no estágio IV (Anexo II), no segundo capítulo faz-se referência ao modelo teórico de enfermagem utilizado nos cuidados. No terceiro capítulo procede-se ao enquadramento teórico da deambulação no trabalho de parto (Trabalho de Parto), no quarto capítulo evidencia-se a metodologia de pesquisa (protocolo de pesquisa e resultados da revisão sistemática da literatura) A formulação da pergunta PICO permitiu a realização de uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) tendo em consideração as orientações de Joanna Briggs Institute (2014). O recurso à RSL como metodologia permite a obtenção das mais recentes evidências. No quinto capítulo a realização da análise reflexiva relativamente à deambulação no 1º estágio do TP e como esta contribuiu para sua evolução. Por fim uma breve conclusão do trabalho no sexto capítulo.

1– O EMERGIR DA ÁREA DE INTERESSE (DEAMBULAÇÃO NO 1 ESTÁDIO DO TP)

O parto é um processo fisiológico comum a todos os mamíferos. O trabalho de parto é uma experiência holística altamente pessoal, este exige toda a energia e atenção necessária da parturiente, sendo a mesma recompensada com o êxtase e a satisfação de ver o seu bebê pela primeira vez (Balaskas, 2017).

A realização do estágio IV permitiu-me o contato com mulheres/casais de diferentes faixas etárias nos diferentes contextos, com diferentes situações de saúde/doença; a aquisição progressiva de autonomia, confiança e destreza na execução de intervenções de enfermagem especializadas na área da saúde materna e obstétrica; o desenvolvimento de competências de comunicação e relacionais com as mulheres/casal/família, bem como, com os elementos da equipa multidisciplinar de saúde; a realização de atividades educativas e pedagógicas adequadas às necessidades formativas, entre outras.

Durante o decorrer dos ensinamentos clínicos verifiquei inúmeras situações que me suscitaram interesse. É de salientar que exercia a minha profissão na área de cuidados de saúde materna e obstétrica, já há alguns anos. A vivência dos diferentes ensinamentos clínicos, resultou no lapidar de conhecimentos já adquiridos e na aquisição de novos. Foi através da análise crítico reflexiva do estágio que surgiu então a identificação da temática sobre a qual se efetuará uma revisão sistemática da literatura, tendo em vista a procura do conhecimento, com o intuito de conduzir a uma prática baseada na evidência que se assume como “o uso consciente, explícito e criterioso da melhor evidência existente para tomar decisões sobre cuidados de saúde aos doentes.” (Sackett et al., 1997, citado por Craig e Smyth, 2004).

O EEESMOG presta cuidados baseados na evidência científica, para tal, deverá assentar as suas intervenções de enfermagem especializadas no melhor fundamento externo, tendo sempre em consideração os valores e as expectativas da mulher e da sua família. Assim, a educação é utilizada como um instrumento de construção pessoal e profissional, impulsionando a inovação e criatividade na prestação dos cuidados. Desta forma, é importante considerar a reflexão sobre a prática e a capacidade de integração das evidências científicas na mesma.

Foi no estágio VI que a problemática deste trabalho emergiu, através das vivências experienciadas. A primeira parte do estágio realizou-se num hospital de apoio perinatal diferenciado (HAPD), segundo a rede de referência materno-infantil. Os cuidados de enfermagem realizados eram segundo o modelo biomédico. Este modelo centra no profissional de saúde a tomada de decisões, os cuidados são centrados no profissional e na tecnologia, a gravidez é um processo de risco, existe ênfase na realização de um diagnóstico e intervenção, os cuidados de saúde são protocolados e o parto é restrito ao ambiente hospitalar (Oliveira S., 2017). Com este modelo não é considerada a individualidade da mulher, nem o respeito pelas suas necessidades fisiológicas, emocionais, sociais e culturais. Afastando-se significativamente das recomendações referidas pela Organização Mundial de Saúde e pela Direção-Geral da Saúde, que preconizam que a mulher desempenhe um papel ativo nas decisões que conduzem à sua saúde e segurança (DGS, 2015).

A segunda instituição era um hospital de apoio perinatal (HAP), na qual estava implementado o projeto “Maternidade com Qualidade” da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO). Com base no mesmo, os enfermeiros desse bloco de partos no momento da admissão da mulher grávida/parturiente, recolhiam todos os dados necessários tendo em consideração as preferências da mulher durante o trabalho de parto e parto. Os registos efetuados, segundo este projeto possibilitavam à equipa multidisciplinar a análise dos dados colhidos para projetos de melhoria da qualidade, bem como, a promoção do parto normal na gravidez de baixo risco e a promoção do bem-estar físico, psicológico e emocional da mulher. O projeto anteriormente referido suscitou o meu interesse, pois considero que o mesmo privilegia os cuidados centrados na mulher.

Segundo o projeto da “Maternidade com Qualidade” da OE (2014) defendem que o posicionamento em litotomia para o parto não deve ser incentivado. Pelo contrário, a melhor atitude a tomar é de dar livre escolha à parturiente, mesmo no período expulsivo.

Existe o modelo de cuidados centrados na mulher que tem vários princípios fundamentais, entre os quais destaco: “As mulheres são parceiros igualitários no planeamento e prestação de cuidados” (Women centred care: position statement, 2011). Segundo a mesma fonte o “Cuidado centrado na Mulher” é o termo que descreve uma filosofia de cuidados de saúde Materna e Obstétrica que dá prioridade aos desejos e necessidades das mulheres, enfatiza a importância da escolha informada, a continuidade dos

cuidados, do envolvimento das utentes, da eficácia clínica, capacidade de resposta e acessibilidade. Este modelo de cuidados pressupõe que seja enfatizado o empoderamento (empowerment) / capacitação das mulheres, afirmando a sua própria força e competências pessoais.

No primeiro contexto de estágio os cuidados eram prestados segundo o modelo biomédico. Os princípios metateóricos do modelo biomédico atual, baseiam-se na orientação científica do século XVII, consistindo numa visão mecanicista e reducionista do Homem e da Natureza que surgiu com os filósofos Galileu, Descartes, Newton, Bacon entre outros conceberam a realidade do mundo como uma máquina. Descartes descreveu o corpo humano como uma máquina, comparando um homem doente a um relógio avariado e um saudável a um relógio com bom funcionamento (Annandale, 1998). As medidas de alívio da dor eram limitadas às medidas farmacológicas, analgésica epidural com perfusão contínua o que deixa a mulher limitada, deixando de ter um papel ativo no desenrolar do seu TP, permanece no leito devido apresentar parestesias nos membros inferiores. Aquando do período expulsivo a sua colaboração também era reduzida, a diminuição de sensibilidade originada pelo modo de analgesia efetuada, o que acarretou uma maior manipulação do períneo por parte da enfermeira EEESMOG. Este procedimento não se enquadra nos indicadores definidos pelo MCEESMO, que tem como um dos seus objetivos a integridade perineal, “episiotomia – realização seletiva ou rotineira”, a episiotomia médio-lateral por rotina é uma prática comum nas maternidades e não vai ao encontro das recomendações emanadas pela OMS. Era frequente o uso rotineiro de práticas desaconselhadas pela evidência científica que perturbam a qualidade do trabalho de parto e nascimento, a satisfação da parturiente e da família, bem com o bem-estar materno-fetal e posteriormente do recém-nascido. Como alguns exemplos: a restrição da ingestão de líquidos durante o trabalho de parto, a prevalência da posição de decúbito dorsal durante o trabalho de parto e a posição de litotomia no segundo estágio do trabalho de parto, a analgesia epidural como primeira linha no alívio da dor durante o trabalho de parto e parto, entre outras (MCEESMO-OE, 2014).

Perante esta vivência senti uma enorme vontade de futuramente, tentar implementar mudanças e como enfermeira especialista dar apoio à mulher, a incentivando a conduzir o seu TP e parto. A perceção das expectativas e desejos das mulheres em relação ao TP e parto, fomenta nas parturientes um aumento a nível da sua satisfação. O plano de parto é um documento feito pela gestante, onde fica registado por escrito tudo aquilo que ela deseja da

assistência médica e hospitalar em relação ao seu trabalho de parto, parto e nos cuidados com o recém-nascido no pós-parto imediato.

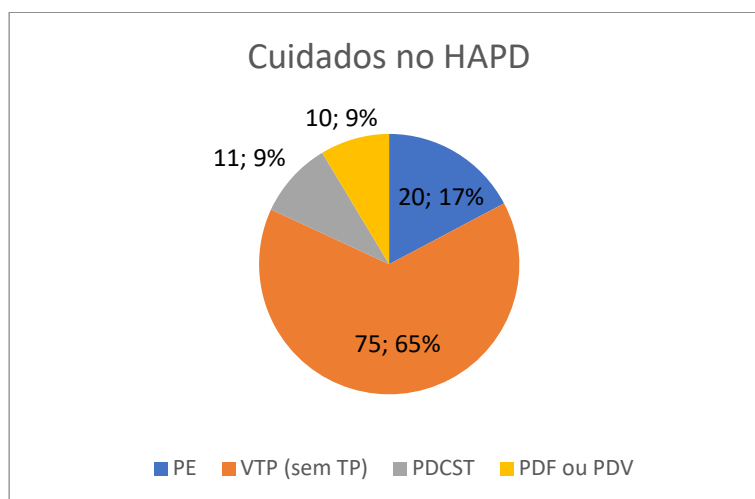
Na segunda instituição no que concerne às medidas de alívio da dor recorriam às medidas não farmacológicas e farmacológicas, mas a analgesia epidural era realizada através de administração de boles de 2/2h, se necessário, o que permite à mulher um papel ativo em todo o processo do TP e parto. As medidas não farmacológicas do alívio da dor são muito utilizadas, recorrendo muito ao duche em conjunto com a bola de pilates, deambulação livre e aquando do período expulsivo a mulher é livre de escolha da posição que deseja parir. Foi uma mudança radical onde as mulheres realizavam os seus planos de partos e estes eram respeitados, dentro das possibilidades do serviço. As parturientes deambulavam durante todo o processo de TP, sempre que o desejavam. A mulher é que conduzia o seu TP e parto por tanto era respeitada como um elemento essencial em todo este processo. Esta maternidade como referido anteriormente tinha como linha de orientação o “Projeto Maternidade com Qualidade” cujos os indicadores previamente definidos no projeto: “Efetivar a ingestão ao longo do trabalho de parto”, os líquidos por via oral podem ser oferecidos, em doses moderadas durante o trabalho de parto e parto, assim as parturientes de baixo risco podem ingerir quantidades de chá, água e sumo de fruta sem polpa, em volumes não superiores a 100 ml de 15 em 15 minutos (MCEESMO - OE, 2014). Outro indicador do projeto é a “influência da posição de parto na mãe e no recém-nascido”, assim as recomendações assentam que o posicionamento em litotomia não deve ser incentivado. A melhor atitude passa por fornecer liberdade de escolha à parturiente. Sabendo que as posições eretas apresentam inúmeras vantagens em relação à litotomia (MCEESMO - OE, 2014). também incluí indicadores de evidência acerca da “episiotomia – realização seletiva ou rotineira” recorrer ao uso de técnicas não invasivas como: massagem pré-natal, calor no períneo, posição materna no parto e manobra de proteção do períneo. Com o objetivo da integridade perineal. Outro indicador definido é “Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto”, em Portugal as técnicas não farmacológicas ainda são um recurso pouco utilizado, pelo que as recomendações vão no sentido de avaliar a dor de forma correta, bem como, a compreensão das expectativas da parturiente, realizar educação para a saúde no período pré-natal acerca das técnicas não farmacológicas disponíveis, respeitar os métodos escolhidos pela parturiente e permitir o acompanhamento contínuo durante todo o processo de parto. Por fim, outro indicador de evidência do projeto é “realizar precocemente contato pele-a-pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação

na primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno”, as recomendações vão no sentido de promover o contacto pele-a-pele após o nascimento do bebé, assim como a continuidade da mesma prática durante o internamento da díade e até 2-3 meses de vida do bebé (OE, 2014).

O parto natural ocorre de uma forma natural com posturas verticalizadas, com o surgimento da assistência dos partos através de parteiras e médicos obstétricos verificou-se a sua horizontalização. De acordo com Lowdermilk e Perry (2009) o trabalho de parto é composto por quatro estádios. A concretização de cada um destes estádios está diretamente relacionado com o anterior e a sua concretização em pleno vai facilitar o estágio seguinte

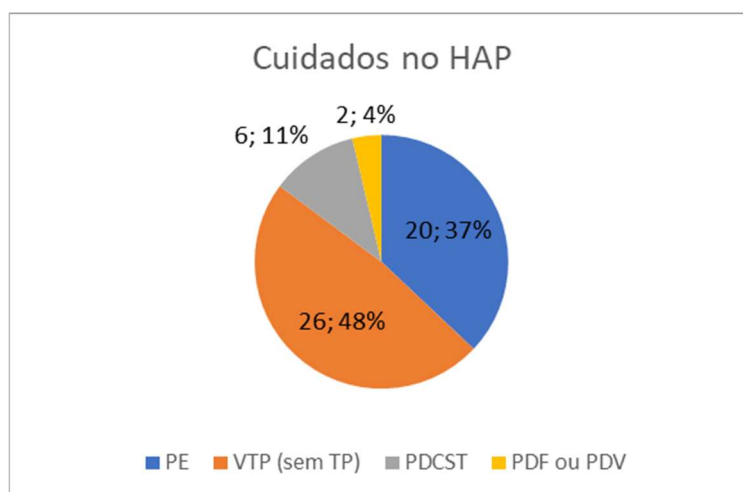
A vivência deste estágio deu-me a perspetiva de duas realidades diferentes de cuidados nas maternidades de Portugal. Posteriormente para a realização deste relatório procedi a uma análise criteriosa dos meus registos e pude verificar alguns dados que me suscitaram inúmeras questões. (Anexo II). No contexto do HAPD, realizei 95 vigilâncias de TP, das quais efetuei 20 partos eutócicos. A maioria das vigilâncias não resultaram em parto nesse turno de 8h, ou seja, efetuei 65% das vigilâncias. Os partos eutócicos foram 17% das vigilâncias. É de salientar que as mulheres ficavam em todo o processo restritas ao leito.

Gráfico nº 1- Cuidados no primeiro contexto onde decorreu o estágio



No que concerne ao contexto no HAP, realizei 46 vigilâncias de TP, das quais efetuei 20 partos. Dos acompanhamentos/vigilâncias do TP que efetuei 37% resultaram em partos eutócico. As mulheres eram incentivadas a deambular e usufruírem de outras medidas não farmacológicas de alívio da dor.

Gráfico nº 2- Cuidados no segundo contexto onde decorreu o estágio

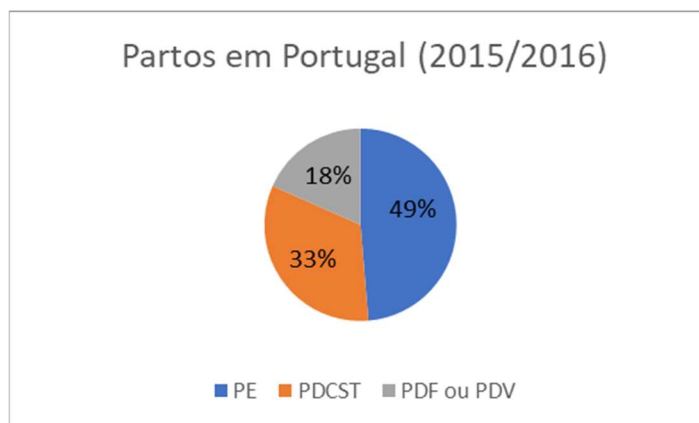


Analisando os dois gráficos surgiu uma questão: o que existe de diferente entre os dois contextos de estágio que possa interferir nestes resultados. O que enaltece de imediato é o modelo de cuidados que eram prestados, num o modelo biomédico e na outra, o projeto maternidade com qualidade. Verifiquei que dos meus partos os IA de 10/10 foram de 75% no HAP face aos 15% do HAPD.

- Será que a deambulação favorece o TP?
- Deambular diminui a duração do TP?
- A deambulação durante o TP promove / favorece um parto eutócico, parto normal?
- É da competência do EEESMOG incentivar a mulher a deambular?
- As mulheres devem ser capacitadas para intervirem de forma ativa no seu TP e parto?
- Os EEESMOG têm um papel fundamental na condução do TP e parto?
- A deambulação interfere no IA?

Fui pesquisar outras fontes de informação que sustentassem estes dados obtidos nas minhas observações. Através do site PORDATA, suportado por dados fornecidos pelo INE verifica-se que a nível nacional a percentagem dos partos eutócicos ronda os 48%. No que concerne às cesarianas, o valor é cerca de 33%, valor que se tem mantido nos últimos anos, segundo a mesma fonte.

Gráfico nº 3- Partos em Portugal no período que decorreu o estágio IV

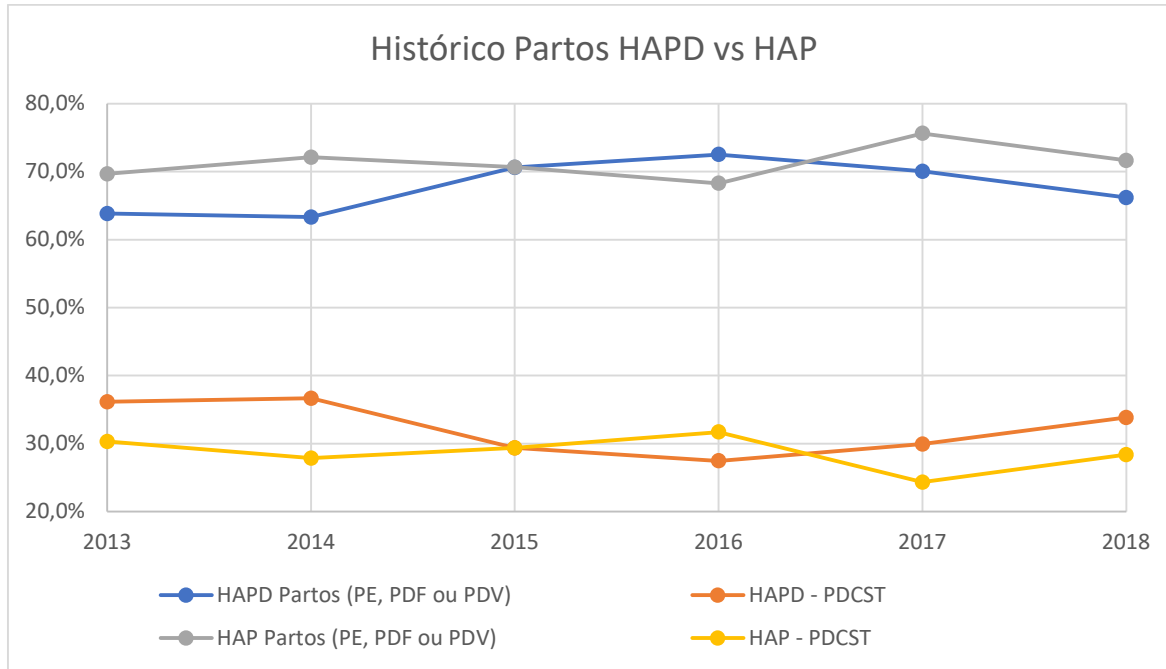


Fontes/Entidades: INE | DGS/MS, PORDATA

<https://www.pordata.pt/Portugal/Partos+nos+hospitais+total+e+por+tipo-1509>

A curiosidade manteve-se e fui ainda à procura da comparação de tipo de partos nos dois contextos. Verifiquei que no HAPD se realizam mais 3.6% de cesarianas que no HAP.

Gráfico nº 4- Histórico de partos HAPD vs HAP



Fonte: SNS, Partos e Cesarianas nos Cuidados de Saúde Hospitalares

Perante estes dados emergiu o tema de estudo a desenvolver, a deambulação no 1º estágio do TP diminui a duração do mesmo? De acordo com a OE 2011 é competência e

responsabilidade do EEESMOG assegurar o acompanhamento de uma mulher em TP, também é a da responsabilidade do EEESMOG assegurar que o TP decorra de acordo com o que a mulher deseja seja respeitado, através da existência de um plano de parto/plano de nascimento. Segundo Lowdermilk e Perry (2009) o trabalho do EEESMOG não passa apenas pela parturiente. Este trabalho passa também pelo apoio aos acompanhantes, respeitando a sua decisão sobre o grau do envolvimento, informando-o sobre o desenvolvimento do TP, sobre as necessidades da mulher e ensinando-lhe medidas de conforto e formas de participação no decorrer do TP e parto.

2.MODELO TEÓRICO DE DOROTHEA OREM

O modelo teórico de enfermagem de Dorothea Orem serviu como modelo de referência para o desenvolvimento deste trabalho. Segundo esta autora, a pessoa é entendida como um todo, que funciona biológica, social e simbolicamente. É uma unidade que possui as capacidades, aptidões e poder de comprometer-se e realizar autocuidados de três tipos: universais, associados a processos de crescimento e desenvolvimento humano e os que se referem a desvios de saúde. Orem define a saúde como estado de “integridade das estruturas humanas desenvolvidas e da função corporal e mental”. (Orem, Modelo de Orem: Conceptos de enfermería em la Práctica, 1993, p. 205). O bem-estar, sendo um estado caracterizado por “experiências de alegria, prazer e vários tipos de felicidade, (...) está associado à saúde, ao sucesso nos esforços pessoais e a suficiência de recursos.” (Orem 1993, p.205) O ambiente representa o conjunto de fatores externos que influenciam a decisão da pessoa sobre realizar os autocuidados ou sobre a sua capacidade de realizá-los. O ambiente é parte integrante da pessoa. (Orem, 2001).

Dorothea Orem desenvolveu a teoria de enfermagem do déficit de autocuidado, que engloba três teorias inter-relacionadas:

- A teoria do autocuidado, que descreve o porquê e o como das pessoas cuidam de si próprias.
- A teoria do déficit do autocuidado, que descreve e explica como a enfermagem pode ajudar as pessoas.
- A teoria dos sistemas de enfermagem, que descreve e explica as relações que se devem manter para que se realize o cuidado de enfermagem.

O autocuidado é a “prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar” (Orem, 2001, p.43). Estas ações surgem das exigências sentidas pelas próprias pessoas ou observadas por outras, sendo no último caso necessário o compromisso entre ambas. Existem fatores internos ou externos que afetam a capacidade da pessoa no sentido de envolver-se no autocuidado ou o tipo e a quantidade de autocuidado necessário; são eles: idade, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde, orientação sociocultural, sistema de saúde, sistema familiar, padrões de vida, fatores ambientais e adequação e disponibilidade de recursos. Estas dimensões são conhecidas como fatores condicionantes básicos. (Orem, 2001).

As pessoas têm habilidades específicas, bem como respostas adequadas face às necessidades de autocuidado, pois o ser humano é visto e descrito como um agente de autocuidado. Quando as pessoas realizam ações deliberadas nesse sentido, estão a fazer uso das suas capacidades com a finalidade de satisfazer as suas necessidades. Estas constituem os requisitos de autocuidado que o indivíduo deve satisfazer.

O conceito de requisitos de autocuidado apresenta três categorias: “universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde” (Orem, 2001, p.48). Os requisitos universais representam as ações humanas que se produzem a partir das condições internas e externas do indivíduo, que mantêm a estrutura e funcionamento humano, as quais, por sua vez, apoiam o desenvolvimento humano. Os requisitos universais são comuns a todos os seres humanos durante todos os estádios do ciclo vital, são interrelacionados, e atendem a aspetos de idade, sexo, estado de desenvolvimento, fatores ambientais e outros. Termos comuns para designar estes requisitos são as atividades de vida diária. Os requisitos de desenvolvimento estão associados aos processos de desenvolvimento humano, assim como as condições e eventos que ocorrem durante diversas etapas do ciclo vital; trata-se de eventos que podem afetar o desenvolvimento, tais como: infância, adolescência, envelhecimento, gravidez e parto, situação de casamento, divórcio, situações de mudança no percurso da vida. Por último, temos os requisitos de desvio da saúde, que estão associados a formas específicas de patologia, ou que podem resultar das medidas de diagnóstico e terapêutica médica.

Quando as necessidades são superiores à capacidade de o indivíduo se autocuidar, surge um défice de autocuidado, que estabelece a relação entre as capacidades de ação do indivíduo e as suas necessidades de cuidados. O enfermeiro avalia o défice de autocuidado e adequa a sua intervenção, de forma a minimizar os seus efeitos. Portanto, esses cuidados podem ser realizados pelo enfermeiro, quando as capacidades da pessoa são insuficientes para satisfazer uma determinada necessidade de cuidado ou quando se preveja uma relação futura de défice por previsíveis diminuições de habilidades do autocuidado. Assim sendo, existe uma relação entre défice de autocuidado e a intervenção de enfermagem: a enfermagem é considerada como um serviço de ajuda especializada, em que os/as enfermeiros/as ajudam os outros, por consequência de limitações de ação pertencentes ao domínio da enfermagem. O enfermeiro também tem conhecimento das necessidades que só podem ser satisfeitas por outros profissionais especializados, e ajudam aos indivíduos a obter a ajuda necessária desses profissionais, transmitindo esta necessidade a estes ou ajudando aos aqueles a expressar as necessidades dos serviços de outros profissionais. (Orem, 2001).

Um método de ajuda, na perspectiva de enfermagem, é uma sequência de ações realizadas para superar ou compensar as limitações associadas com o estado de saúde das pessoas, por forma a conseguir realizar atividades que regularão o seu próprio funcionamento e desenvolvimento e o das pessoas que delas dependem. Orem identificou cinco métodos de ajuda, que em situações concretas podem ser utilizados em combinação: “1: Agir ou fazer para o outro; 2: Guiar e dirigir; 3: Proporcionar apoio físico ou psicológico; 4: Proporcionar e manter um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal; 5: Ensinar” (Orem, 2001, p.56)

Para satisfazer os requisitos de autocuidado do indivíduo, Orem identificou três classificações de sistemas de enfermagem, a saber: “1. Sistema totalmente compensatório; 2. Sistema parcialmente compensatório; 3. Sistema de apoio e educação.” (Orem, 2001, p. 350). As intervenções poderão ser: totalmente compensatórias (compensar a incapacidade, apoiar e proteger); parcialmente compensatórias (substituir o paciente em algumas atividades); ou de apoio e educação (ajudar a tomar decisões, fomentar aprendizagem, fornecer informação), tendo por objetivo satisfazer e modificar os requisitos de autocuidado universal, de desenvolvimento e os desvios da saúde.

A opção de utilizar o modelo da Dorothea Orem justifica-se pelo fato de pretender promover o autocuidado da parturiente e o acompanhante durante o trabalho de parto e nascimento, de forma a promover a participação ativa dos mesmos através da capacitação, recorrendo aos ensinamentos inerentes ao processo em questão. Com a aplicação deste modelo, também será possível determinar as deficiências do autocuidado, facilitando aos EEESMOG, a seleção dos métodos de ajuda no sentido de promoverem a liberdade de movimentos e durante o trabalho de parto.

2.1 – LINHA ORIENTADORA DOS CUIDADOS

Ao longo do curso e em particular no ensino clínico IV, colocando no centro dos meus cuidados a mulher/ casal, percebi ser fulcral um bom acolhimento da parturiente e do seu acompanhante para, tal como refere Orem (1993), estabelecer uma relação terapêutica, de confiança e empática com a mulher e acompanhante, pois, na maioria das vezes era este o primeiro contato aquando da sua chegada à sala de partos quando esta já se encontrava em TP.

A não existência ao longo da gravidez desta relação entre a mulher e o profissional que a acompanha no seu TP não é benéfica, pois exige que a mulher inicie uma relação com vários profissionais desconhecidos e relate toda a sua história, os seus desejos, medos, entre

outros aspetos, diversas vezes, em vez de se dedicar ao processo de parir. Para este acolhimento, desenvolvi competências relacionais e sensíveis à situação em que a mulher “(...) deverá ser entendida como uma pessoa no seu todo, considerando sempre as relações interpessoais com os seus significantes, com o ambiente em que se insere”(Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.13) Na admissão eram confrontadas com um ambiente na maioria das vezes desconhecido e hostil. Assim, o cuidado e o melhoramento da comunicação, da relação empática e do apoio contínuo permitiram-me estabelecer uma relação de confiança com as parturientes e seus acompanhantes, potencializando a sua autonomia, tranquilidade e abertura aos temas e informação por mim propostos ou a abertura a temas levantados por eles próprios.

A Ordem dos Enfermeiros (2010) fala-nos da mulher como um ser social, único, com direito a autodeterminar-se, em inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve. Por isto, deve ser respeitada como uma pessoa no seu todo, considerando-se o seu desejo e a sua vontade no seu parto, sendo indispensável a promoção de um ambiente seguro, de confiança e favorável para dar resposta a todas as suas necessidades: “a filosofia de cuidados em saúde materna e obstétrica, na sua essência é fortemente enraizada num modelo de assistência em que o EEESMOG/parteira(o) trabalha em parceria com a mulher (...) enfatiza o empoderamento (empowerment)/capacitação das mulheres, afirmando a sua própria força e competências pessoais, assim como um compromisso com a promoção do trabalho de parto e parto fisiológicos (...) dá prioridade aos desejos e necessidades da mulher, enfatiza a importância da escolha informada, a continuidade dos cuidados, o envolvimento das utentes, a eficácia clínica, capacidade de resposta e acessibilidade.” (OE, Livro de Bolso - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia/Parteiras, 2015, p. 8).

De acordo com a OE é competência e responsabilidade do EEESMOG assegurar o acompanhamento de uma mulher em TP (OMS, 2002) também é a da responsabilidade do EEESMOG assegurar que o TP decorra de acordo com o que a mulher deseja seja respeitado, através da existência de um plano de parto/plano de nascimento. A gestão da expectativa da mulher/casal em todo o processo, e a adequação do plano de parto desejado com as práticas de cada instituição é fundamental para que o TP ocorra de forma o mais natural possível.

O EEESMOG para conseguir ter sucesso na aquisição e desenvolvimento de competências especializadas tem de estar dotada de uma série de conhecimentos não só científicos como culturais e dominar habilidades e comportamentos necessários para a compreensão, interpretação e resolução de problemas da saúde da mulher. É da competência

da EEESMOG cuidar da mulher inserida na família e na comunidade, durante o TP, efetuando o parto em ambiente seguro, a fim de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina, ou seja, deve promover o conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos (OE, 2010).

Enquanto estudante do 3ºCMESMO desenvolvi as intervenções no âmbito do apoio emocional, cuidados físicos e medidas de conforto, aconselhamento e informação à parturiente e seu acompanhante. Hodnett (2011) afirmam que as parturientes com apoio contínuo têm maior propensão a um parto vaginal espontâneo, a um TP mais curto e apresentam uma menor probabilidade de complicações e intervenções obstétricas (como a indução do TP, episiotomia ou partos distócicos) e têm menor necessidade de analgesia, resultando numa maior autoestima e satisfação. É uma das competências do EEESMOG interpretar todas as verbalizações da parturiente quer as verbais como as não-verbais, através da interpretação da linguagem da mesma estabelecendo e mantendo a relação de ajuda de modo empático.

No decorrer do TP é da competência do EEESMOG avaliar a dor da mulher e relacionar as queixas com a fase do TP, planeando e implementando intervenções farmacológicas e/ou não farmacológicas para promover o alívio da dor, tendo em conta a situação específica e as preferências da parturiente e acompanhante, sem descuidar a elucidação da parturiente da singularidade da dor no TP. As queixas maternas são um dos fatores determinantes na avaliação da progressão do TP, na determinação do bem-estar materno-fetal ou no despiste de possíveis complicações, como tal, faz parte das competências do EEESMOG identificá-las e valorizá-las durante todo o TP.

Segundo a Internacional Confederation of Midwives as competências das EEESMOG podem-se dividir em 4 áreas distintas. As competências gerais, cuidados pré-natais, cuidados pós-parto e os cuidados durante o TP. Focando mais nesta última área, são competências da EEESMOG o acompanhamento e cuidado da mulher durante o TP, de modo, que facilite o processo fisiológico para permitir um parto seguro. Os cuidados imediatos ao recém-nascido, deteção de complicações na mãe ou no recém-nascido e a estabilização de emergências conforme seja necessário.

Em resumo as competências durante o TP podem-se dividir em três áreas. A promoção fisiológica do trabalho de parto e do nascimento. Gerir um parto natural e a prevenção de possíveis complicações e providenciar o imediato cuidado ao recém-nascido após o nascimento (Midvives, 2019)

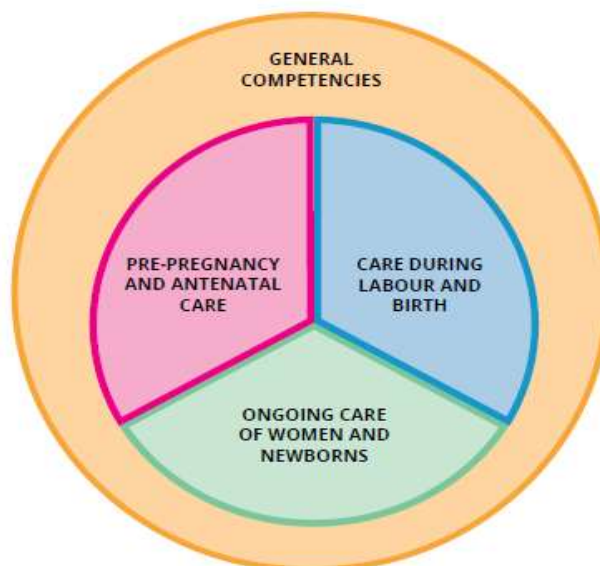


Figura nº 1- Framework Structure,

Fonte: Essential Competencies. *Essential Competencies for Midwifery Practice*,2019

De referir ainda que segundo WHO, (World Health Organization, 2018), define duas fases do primeiro estágio, nomeadamente a fase latente e fase ativa. A fase latente é o período caracterizado pela dor das contrações uterinas e mudanças variáveis do colo, incluindo algum grau de apagamento e progressão lenta da dilatação até 5 cm. A fase ativa é o período caracterizado por dores das contrações uterinas regulares, um substancial aumento do apagamento cervical e conseqüentemente o aumento da dilatação, passando dos 5 cm para dilatação completa.

2.2.1.- Cuidados de enfermagem à mulher em TP

A experiência de parir é única para qualquer mulher. O trabalho de parto, o parto e o pós-parto são ricos, em recordações e memórias que perduram além do momento em que acontecem. Mesmo anos após o nascimento do bebé, a mulher lembra-se de pormenores do trabalho de parto e de sensações de quando o bebé nasceu. Segundo Kitzinger(2008), é pouco provável que qualquer experiência da vida humana, seja comparável a esta. Para esta autora, parir é uma experiência marcante para qualquer mulher, inserida numa determinada

cultura e num determinado espaço de tempo. É marcante por todos os momentos e acontecimentos que fizeram parte do seu trabalho de parto e parto, que o tornaram inesquecível. São recordações que acompanham para sempre cada mulher ao longo da sua vida, bem como o casal e os seus conviventes mais próximos.

Da mesma forma, os diferentes acontecimentos, interações e intervenções hospitalares que acontecem durante o trabalho de parto, podem influenciar de forma positiva ou negativa a atitude da mulher, com consequências emocionais e comportamentais futuras.

O trabalho de parto é um momento desafiador e exigente para a parturiente, tanto a nível emocional, como a nível físico. Ao longo do trabalho de parto a mulher pode expressar sentimentos variados, como alegria, felicidade, angústia, medo, estes podem se intensificar ao longo da evolução do trabalho de parto, consoante o desconforto físico ou emocional. É importante o apoio emocional e o contributo da EEESMOG, no sentido, de cuidar da pessoa, de perceber a experiência vivenciada por ela. O EEESMOG, estabelece uma relação empática com a parturiente/casal, baseando-se numa partilha de conhecimentos, de experiências vivenciadas, perspetivando-se do lado da pessoa que cuida, de forma que consiga perceber as suas ansiedades, medos, de modo a desmistificando os mesmos e transmitindo segurança e serenidade, prestando cuidados especializados de qualidade.

São competências dos EEESMOG a promoção do conforto e da satisfação da mulher no trabalho de parto. Durante a vigilância da gravidez, deve capacitar as mulheres, facultando informações e esclarecimentos. É importante a autonomia da mulher durante o trabalho de parto, para que esta possa participar nas decisões, depois de devidamente informada das evidências científicas disponíveis para indicação da melhor conduta na sua situação específica (APEO, 2009).

Cabe ao EEESMOG, seguir os conselhos da OMS e incentivar a liberdade de posições e movimentos durante o trabalho de parto, tal como deambular, usar a bola de pilates, incentivar o duche (como medida de relaxamento e alívio da dor), evitar o uso rotineiro da posição dorsal durante o trabalho de parto. São estes os profissionais que têm a capacidade de promover apoio e segurança, na assistência ao parto normal, cuja prática, se baseia na evidência científica e não apenas na ajuda rotineira da tecnologia (APEO, 2009).

Assim, o EEESMOG, para cuidar num parto normal, deve possuir formação adequada e atualizada para garantir a qualidade de assistência à mulher/casal. É importante ter em conta as necessidades e as motivações de cada mulher, para planificar as suas atividades em função das mesmas. A satisfação da parturiente, relativamente ao trabalho de parto, advém na sua maioria, pelo suporte recebido pelo profissional de saúde, pela relação estabelecida, que

incluem uma comunicação eficaz e perceptível, sentimentos demonstrados, o seu envolvimento na tomada de decisão e a sua expectativa pessoal em relação à própria experiência de parto (Hodnett 2003, mencionado por Mamede, 2005).

Benner (2001) menciona que a enfermagem é exercida em contextos reais, com dificuldades, possibilidades e recursos reais. E desta forma, o desenvolvimento das competências do EEESMOG acontece em contexto teórico e prático. Os ensinamentos clínicos, promovem um contexto privilegiado para o desenvolvimento de competências através das experiências. Benner (2001) defende que o desenvolvimento de conhecimentos consiste não só na acumulação de saber teórico, mas também em desenvolver o conhecimento prático, adquirido ao longo da experiência clínica vivida (experiência profissional).

A experiência é necessária para a perícia. “Uma grande quantidade de conhecimento não referenciado está integrado na prática e no “saber fazer” das enfermeiras peritas. Mas esse conhecimento não poderá alargar-se ou desenvolver-se completamente se as enfermeiras não anotarem sistematicamente aquilo que aprendem a partir da sua própria experiência” (Benner, 2001, p. 40). Nesta afirmação é perceptível a importância dos registos, para a nossa aprendizagem através da reflexão e da experiência vivenciadas.

Também Benner (2001, p. 32), refere que “o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina aplicada consiste em desenvolver o conhecimento prático, graças a estudos científicos fundados sobre a teoria e pelo registo do “saber fazer” existente, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida, aquando da prática dessa disciplina”.

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do EEESMOG, o enfermeiro especialista, assume no seu exercício profissional, intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes, em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro, 2011).

3 – A DEAMBULAÇÃO NO 1º ESTÁDIO DO TP

“A mulher grávida é uma utente especial que transporta uma grande carga emocional, visto que se encontra a vivenciar uma experiência que não sabe como irá decorrer, nem mesmo como irá terminar” (Veladas, 1997, p. 41).

Durante a gravidez a mulher passa por várias adaptações fisiológicas, psicológicas e sociais, que a preparam para o parto e para a maternidade. O TP e o nascimento representam o final da gravidez e o início da alteração de papéis, dinâmicas familiares e profissionais (Graça, 2010).

3.1 – TRABALHO DE PARTO

Historicamente, o parto era encarado como um fenómeno natural na vida de uma mulher e decorria no seio da família, com a ajuda de uma parteira e das mulheres da família. A partir do século XX, mais concretamente depois da Segunda Guerra Mundial, tendo como objetivo a redução das elevadas taxas de mortalidade materna e infantil, ocorre a institucionalização do parto, passando do domicílio para o hospital, e conseqüentemente a sua instrumentalização. (Brüggemann et al, 2005).

O ambiente familiar foi substituído por uma situação desconhecida e desagradável, repleta de rostos estranhos, na qual a grávida fica muitas vezes aquém do seu futuro percurso e procedimentos a realizar, colocada num papel pouco ativo e sujeita a rotinas de serviços. (Couto, 2003) De acordo com as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS), alguns países, tenham desenvolvido esforços no sentido de promover o parto normal como evento fisiológico na vida da mulher, de modo, que esta tome decisões informadas e possa participar ativamente no decurso do parto. (OE, 2012, p. 60). O ambiente físico onde se encontra a mulher em TP influencia a sua evolução. O primeiro contato de muitas mulheres com o meio hospitalar surge frequentemente quando entram em TP (FAME & APEO, 2009) Segundo Nightingale (2005) o equilíbrio do ambiente contribui para o processo reparador, cabendo aos enfermeiros proporcioná-lo. O ambiente deve ter em conta as pessoas presentes, a filosofia de cuidados e o espaço físico em que o parto ocorre, pois, a sua qualidade pode influenciar a capacidade da mulher de lidar com o medo e a dor do TP, o que pode condicionar diretamente na progressão do mesmo. As mulheres preferem ser cuidadas num

lugar confortável, que lhes lembre o conforto do seu lar, este deve ser seguro e com privacidade. Os estímulos ambientais como o ruído, a luminosidade e a temperatura devem ser adequados à sua preferência.

A maioria das instalações proporcionam segurança física à mãe e feto através da tecnologia disponível, protocolos e profissionais treinados. No entanto, estão configuradas pensando principalmente, na conveniência e eficiência dos profissionais de saúde. Para a maioria das mulheres o ambiente hospitalar é um meio estranho, podendo contribuir para sentimentos de falta de controlo, medo e ansiedade, desencadeantes de distócia do TP (Simkin & Ancheta, 2011). Um ambiente estranho com barulho e luzes brilhantes não habituais, questões exaustivas colocadas à mãe, podem dificultar ou tornar impossível à mulher relaxar mental e fisicamente. É de extrema importância que a mulher sinta à sua volta profissionais que a apoiam, que dão segurança e confiança durante o TP, para que ela se possa sentir segura e colaborar tranquilamente com o prestador de cuidados (Simkin & Ancheta, 2011).

Por Parto Normal a OMS define como sendo: “Parto de início espontâneo, de baixo risco no início, mantendo-se assim até ao nascimento. A criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 36 e as 42 semanas completas de gravidez”. No documento elaborado pela Ordem dos Enfermeiros (2012), “Pelo Direito ao Parto Normal”, os autores sublinham a importância do trabalho de parto de início espontâneo, que culmine num parto normal, constitui-se como a forma mais segura de nascimento. Os enfermeiros que elaboraram o documento anteriormente identificado, perspetivam o parto como um acontecimento familiar, constituindo-se como aspetos fundamentais a possibilidade de a grávida poder escolher a presença permanente de elementos próximos e poder ter contato precocemente com a restante família. Todas as grávidas e acompanhantes têm ainda direito de ser respeitados independentemente das suas convicções e opções.

O trabalho de parto é um processo fisiológico que tem por objetivo a expulsão do feto da cavidade uterina. Esse momento deve ter inerente inúmeros cuidados no concerne à atenção, apoio físico e psicológico, não só da parturiente, mas também da família da mesma. É essencial que o parto ocorra em ambiente hospitalar, onde são asseguradas as melhores condições possíveis de assistência, quer ao recém-nascido quer à mãe (Zugaib, 2008). Citando fonte anterior, o diagnóstico de TP está dependente da presença de contrações uterinas com ritmo e características particulares que se combina com as alterações do colo

uterino (apagamento e dilatação) e à formação da “bolsa das águas”. Para este autor não se pode ter em conta separadamente as contrações ou a dilatação cervical, tem de se considerar todos em conjunto, as contrações uterinas devem ser pelo menos duas em dez minutos acompanhadas da dilatação cervical de pelo menos dois centímetros e o apagamento cervical e/ou alterações progressivas do colo uterino.

Segundo Graça (2010), entende-se por trabalho de parto o conjunto de fenómenos que conduzem: ao apagamento e dilatação do colo uterino; progressão do feto através do canal de parto e expulsão do feto para o exterior.

O TP é influenciado por cinco fatores essenciais: o passageiro (feto e placenta), a passagem (canal de parto), as contrações, a posição da mãe, e as reações psicológicas. No entanto existem fatores extrínsecos à mulher que também o podem influenciar tais como o local de nascimento, a preparação para o parto, o profissional de saúde que acompanha o processo e os procedimentos utilizados durante o TP (Graça, 2010). Os fatores relacionados com o feto dizem respeito ao tamanho e forma da cabeça, apresentação, situação fetal, a atitude e a variedade. Relativamente ao canal de parto, a pelve materna varia em tamanho e forma. Os diâmetros do estreito superior da bacia, escavação pélvica e o estreito inferior determinam a viabilidade do canal de parto assim como a forma pela qual o feto irá descer através dele. As contrações voluntárias e involuntárias combinam-se para a expulsão do feto e da placenta (Lowdermilk & Perry, 2009).

O diagnóstico incorreto de trabalho de parto inúmeras vezes leva a cesarianas, por esse motivo, é crucial que o EEESMOG saiba distinguir, corretamente entre um trabalho de parto verdadeiro de um falso. Segundo Lowdermilk e Perry (2009) o começo do verdadeiro TP não se pode atribuir a uma causa unicamente, pois estão envolvidos muitos fatores, incluindo alterações do útero, colo e hipófise materna. De modo geral, é difícil estabelecer com rigor o momento exato em que se inicia o TP. A avaliação da progressão do TP é realizada através da observação da mulher, da sua aparência, comportamento e descida da apresentação. A evolução do TP é documentada graficamente no partograma. Este instrumento é fundamental pois permite analisar a relação temporal entre dilatação do colo e a descida do feto. Esta análise possibilita a identificação precoce de anomalias no TP e funciona como um instrumento orientador para a adoção de intervenções adequadas durante o mesmo (Lowdermilk e Perry 2009; (Rocha, et al 2009).

Graça (2010) e Zugaib (2008) referem que o TP se divide em três estádios. O primeiro estádio do trabalho de parto, ou seja, a dilatação inicia com as contrações uterinas regulares e termina quando o colo está com a dilatação completa (10cm). O segundo estádio (período expulsivo) inicia-se com a dilatação completa e termina com a expulsão do feto. O terceiro estádio (dequitação) é desde a expulsão do feto até à saída da placenta e das membranas fetais. Para alguns autores existe ainda um quarto estádio, como Braden(2000) e Lowdermilk e Perry (2008), consideram um quarto estádio do TP que começa com a expulsão da placenta e o período após que em média pode durar de duas a quatro horas. Este estádio é um tempo de adaptação ao período pós-parto, é um período importante de observação, para prevenir e identificar possíveis complicações, a hemóstase é restabelecida. A tríade começa a interagir entre si através do toque, observação é puerpério (imediate e posteriormente o tardio).

O EEESMOG é reconhecido como um profissional responsável e autónomo, que desenvolve o seu trabalho em parceria com as mulheres proporcionando apoio, cuidados de saúde e conselhos essenciais durante a gravidez, parto e puerpério. A preparação para o nascimento e parentalidade faz parte das competências e responsabilidade do EEESMOG, permitindo dar à mulher e companheiro a oportunidade de desenvolverem competências que lhes permitem vivenciar a gravidez, TP e parto como um processo fisiológico natural, onde deve insurgir a confiança na sua capacidade de gerar vida, assim como lidar com o seu filho (Graça, 2010). Durante a preparação para o nascimento e parentalidade são abordadas uma variedade de temáticas, como a preparação física e emocional da mulher dando-lhe a conhecer, entre outros conteúdos, o funcionamento do seu próprio corpo durante a gravidez e TP, estratégias de alívio da dor não farmacológicas e farmacológicas que irão contribuir para reduzir ou eliminar a ansiedade e melhorar a colaboração com a equipa de saúde. Esta preparação é também um momento estratégico para empoderar a mulher permitindo-lhe ganhar autoconfiança, autoestima, controlo, determinação e compreensão necessários para ir de encontro à sua vontade e expectativas (Lowdermilk & Perry, 2009) Todos estes elementos reunidos resultam ou potenciam um parto mais fácil e satisfatório (OMS, 2002) .

O profissional de saúde, o EEESMOG em particular que acompanha a mulher/casal durante o TP possui um papel fundamental durante o mesmo na promoção do parto normal, uma vez que é forma mais segura de nascer (APEO, 2009; Pinheiro et al., 2010).

As práticas utilizadas durante o TP afetam física e psicologicamente a mãe e o bebê, pelo que o EEESMOG tem a responsabilidade de basear as suas intervenções na evidência científica atual. Estas práticas devem respeitar o processo fisiológico e dinâmica de cada nascimento, devendo ser evitado o excesso de intervenções e tecnologia (Pinheiro et al, 2010).

3.2 - DEAMBULAÇÃO NO PRIMEIRO ESTÁDIO DO TP

A controvérsia em relação à posição materna durante o parto já existia antes do desenvolvimento da obstetrícia moderna (Souza JP, 2006). Pode-se apontar para o século XVII como a origem da obstetrícia ocidental, quando Mauriceau passou a encorajar as mulheres a adotarem o decúbito dorsal, para a realização de manobras e procedimentos obstétricos. Ficou conhecida como posição francesa, em contraste com a postura deitada em decúbito lateral, utilizada na Inglaterra (conhecida como posição inglesa) (Mamede FV, 2007) A posição horizontal ficou assim incorporada na cultura ocidental como a posição padrão durante o parto. No entanto, a padronização dessa posição para o trabalho de parto nunca foi totalmente implementada e aceite, e há mais de dois séculos atrás, ainda existiam aqueles que defendiam o valor do não confinamento das mulheres em trabalho de parto ao leito (Souza JP, 2006) .

Na maioria das culturas que não tenham sido influenciadas por este costume ocidental, as mulheres em trabalho de parto continuam a optar pela posição vertical e realizarem a deambulação (Souza JP, 2006). Talvez por se ter apercebido que a introdução da posição horizontal prejudicava a evolução do trabalho de parto, o Mauriceau voltou a defender a ideia da posição supina (Mamede FV, 2007) Apesar de todas as evidências favoráveis à posição supina, esta foi completamente ignorada, sendo considerado irónico o fato de que predominou a conveniência da posição dorsal da parturiente para aqueles que as atendiam (Sabatino H, 2000). Somente nos últimos 30 anos é que foram retomadas as discussões acerca das desvantagens da posição dorsal no trabalho de parto, e as vantagens da mobilidade da mãe e da postura ereta nesse processo (Mamede FV, 2007). “Fisiologicamente, é muito melhor para a mãe e para o feto quando a mulher se mantém em movimento durante o trabalho de parto, o útero contrai-se mais eficazmente, e o fluxo sanguíneo que chega ao bebê através da placenta é mais abundante, o trabalho de parto se torna mais curto, sendo a dor menor” (Mamede FV, 2007). Na posição supina, a adaptação

da apresentação fetal ao estreito da bacia é facilitada pela postura materna, prevenindo complicações do trajeto. A ação da gravidade sobre o trajeto e descida fetal é favorecida pela posição ereta da parturiente no trabalho de parto, impedindo a compressão dos grandes vasos maternos, aumentando desta forma o diâmetro do canal de parto, ângulo de encaixe, ventilação pulmonar e equilíbrio acidobásico, para além da eficiência das contrações uterinas (Sabatino H, 2000). O objetivo da adoção de uma posição ereta é a valorização das contrações uterinas e condição fetal, bem como a promoção do conforto maternal (Souza JP, 2006). No entanto, embora a questão tenha sido frequentemente examinada, a alternativa ideal ainda não está clara. (Souza JP, 2006).

As relações funcionais entre as contrações uterinas, o feto e a bacia materna são alteradas pela posição adotada pela mãe. As posições verticais são vantajosas e contribuem para a progressão do TP, pois a irrigação uterina é mais eficaz, as contrações são mais eficientes, o tempo do TP é abreviado, o diâmetro pélvico aumenta e diminui o avanço do sacro e do cóccix para a escavação pélvica. Por outro lado, a força da gravidade e o movimento ajudam o feto a adaptar-se à bacia materna, a dor durante o TP é menor e melhora a capacidade da mulher para fazer esforços expulsivos eficazes, minorando a exaustão materna, a necessidade de episiotomia, fórceps ou ventosa (Lawrence A., 2013; Lowdermilk e Perry, 2009). As reações psicológicas da mulher podem condicionar a progressão do TP. A ansiedade causada pelo medo e dor do TP quando moderada é considerada normal, mas, se excessiva, prejudica o desenrolar do mesmo

A liberdade de movimentação permite a deambulação e a mudança de posição durante o trabalho de parto, o que constitui importante medida de conforto e proporciona à parturiente a sensação de maior controle sobre o TP (CY. et al., 2011).

Para Barbieri et al, 2015, a livre movimentação ou a denominada deambulação durante o TP tem como objetivo o alívio da dor sentida durante todo o processo de dilatação do colo uterino. a movimentação tem como benefício a própria gravidade, ou seja, esta passa a ser um fator importante na progressão fetal. A gravidade associada à deambulação, o movimento pélvico proporcionado na medida em que a parturiente se movimenta faz com que o tempo do primeiro período de parto seja diminuído, por promover auxílio ao processo de rotação interna do feto e dilatação cervical. Existem diversas técnicas não farmacológicas para o alívio da dor e benéficas para o parto como é o caso da deambulação. Esta por seu

lado é uma técnica simples não necessitando de meios de apoio para que esta se possa desenvolver e proporciona um resultado positivo.

Nesse contexto, é importante que o EEEMOG oriente a parturiente para que ela possa entender como os métodos, mesmo os mais simples, são capazes de lhe proporcionar alívio na dor e na duração do no seu TP. Quando esta compreende, após ser elucidada dos benefícios da deambulação, ela passa a ter segurança e domínio sobre o próprio parto (Silva AM, 2017). A deambulação proporciona alguns benefícios como a diminuição do tempo de parto, diminuição da dor, conforto materno, controle materno, redução do número de cesarianas. Estudos revelam que ao ser relacionada à diminuição do tempo de parto, a deambulação reduz o tempo das parturientes que a praticam, quando comparados às que permanecem em decúbito dorsal ou lateral (Silva AM, 2017). Em outro estudo, a diminuição da dor também foi citada como um dos benefícios da livre movimentação visto, que ao deambular a mulher redireciona sua concentração e a dor deixa de ser foco principal, passando a ser sentida com menor intensidade (Mafetoni RR, 2014). O conforto materno, leva a que esta expresse os seus sentimentos de forma mais confiante e veja no enfermeiro um apoio positivo e não de forma negativa. Ao sentir-se confortável com o seu parto, a parturiente deixa de sentir-se como uma expectadora simplesmente, para tomar parte ativa em todo o seu TP. A humanização nesse momento é percebida na sua forma mais real, pois a parturiente sai da condição passiva em que costuma ser colocada, para tomar o papel que em momento nenhum deveria ter deixado de ter (Rocha & Fonseca, 2010).

De acordo com o Regulamento de Competências específicas do EESMO (2011), o Enfermeiro Especialista deve promover a saúde da mulher durante o TP, devendo implementar e avaliar intervenções adequadas à evolução do TP, bem como intervenções de promoção do conforto, bem-estar e controlo da dor. Como foi possível verificar anteriormente, o recurso a posições verticalizadas durante o TP favorece a evolução do TP e permite um maior autocontrolo da mulher do seu bem-estar e nível de dor, constituindo, portanto, uma importante estratégia para o EEESMOG otimizar as suas competências na área da condução do TP.

O conceito da humanização consiste em linhas gerais, ao acompanhamento da mulher, fornecendo orientações, conforto, esclarecimentos e a disponibilidade para escutar em todas as etapas, comprometendo-se com o nascimento de um novo ser, de uma forma

digna, responsável e segura. Desta forma consegue-se que garantir que a parturiente seja a protagonista neste processo único.

3.3 - A PARTICIPAÇÃO DA MULHER NO SEU TP

Autonomia é um termo com origem grega, que se refere à capacidade que um indivíduo tem de se governar pelos seus próprios meios, ou seja, de ser independente e autossuficiente. A APEO (2009, p. 16) refere-nos que “a autonomia da mulher em TP está associada à sua participação nas decisões no que ao parto diz respeito, depois de devidamente informada das evidências científicas disponíveis para indicação da melhor conduta na sua situação específica”.

As recomendações da OMS concluem que se pode melhorar as taxas de mortalidade neonatal e materna com o respeito do processo fisiológico do trabalho de parto e parto, o respeito pela individualidade de cada mulher, a sua autonomia decisiva e o acontecimento familiar que representa o nascimento do bebé, tendo em consideração a segurança e o intervir apenas quando necessário (Oliveira, 2017).

Segundo Leitão (2010, p. 14), a mulher ao ser internada tem frequentemente a sensação de perda de controlo da situação, pois nesse “momento a sua capacidade de tomar decisões sobre os procedimentos e ações a serem levadas a cabo sobre o seu corpo e o do seu filho, encontra-se por vezes francamente diminuída”.

Vários autores, tal como Leitão (2010), e instituições, tal como a OMS, a APEO e a FAME têm referido que ao longo dos tempos a maioria das mulheres passou a ter um papel passivo decorrente do aumento substancial de tecnologia e de intervenções realizadas maioritariamente de forma rotineira e muitas vezes desnecessária com algumas consequências negativas para a mulher, o bebé e a sociedade. Griboskr & Guilbem (2004) chamam a atenção para a particular vulnerabilidade da mulher neste período, descrevendo três tipos de vulnerabilidade que são espelho da mudança de comportamento da mulher: vulnerabilidade individual, programática e social. A primeira diz respeito ao desconhecimento sobre o parto e os seus direitos, e sobre o papel que deveriam desempenhar os profissionais de saúde. A segunda refere-se à relação estabelecida com os profissionais de saúde e à forma como o serviço de saúde está organizado e qual a rotina/protocolo que estabeleceu para o parto. A terceira refere-se a toda a exclusão, discriminação e enfraquecimento de grupos sociais, onde a vulnerabilidade da mulher é ainda potenciada.

A mulher deve ser respeitada como uma pessoa no seu todo, considerando-se o seu desejo e a sua vontade no seu parto, sendo indispensável a promoção de um ambiente seguro, de confiança e favorável para dar resposta a todas as suas necessidades (OE, 2010, p.1).

“A humanização do parto pretende enriquecer a relação de ajuda, a realização de procedimentos comprovadamente benéficos, a redução de medidas intervencionistas, privilegiando a autonomia e privacidade da mulher, aumentando o respeito pela individualidade de vida da mesma” (Ferreira et al., 2013). Permite à mulher a sua presença física e emocional, sendo a sua participação um direito. Consegue-se assim com o respeito da mulher a criação de mecanismos de integração da mãe no processo de parir. Para a humanização do parto é importante que se tenha uma equipa preparada para apoiar e orientar a mulher. Neste enquadramento é importante realçar o papel do enfermeiro com o cuidar como essência profissional. A sua intervenção ao longo de todo o processo deve ser desempenhado com ética, competência, delicadeza e responsabilidade, valorizando a mulher. A humanização traduz-se na promoção do conforto, acolhimento e disponibilidade à parturiente. Ao humanizar o nascimento é devolvido o protagonismo às mulheres no trabalho de parto e parto. Para tal, deve entender-se o nascimento como um evento social e humano, e não apenas médico. É um momento “apical da feminilidade sobre o qual atuam forças sociais, emocionais, psicológicas, afetivas, espirituais (...) numa configuração subjetiva e intransmissível” (Balaskas, 2017, p. 15). Esta “nova” tendência do cuidado à parturiente é uma necessidade de recuperar o biológico e natural em que as suas inúmeras vantagens estão cientificamente comprovadas para mãe e bebé a favor das intervenções e procedimentos de rotina aplicados.

4 - METODOLOGIA DE PESQUISA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

O presente relatório foi elaborado de acordo com os princípios metodológicos da revisão sistemática da literatura com base nas orientações do *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2014).

Define-se o protocolo de pesquisa conducente à prática baseada na evidência, a metodologia PI[C]O: População de interesse, Intervenções, [Comparações] e Outcomes (resultados), é através desta metodologia que se formula a pergunta PI[C]O que é o ponto de partida para a revisão sistemática da literatura a proceder. “Tal como na investigação, o processo baseado na evidência decorre da questão colocada,” e “quanto mais explícita é a questão, mais fácil é pesquisar nas bases de dados eletrónicas...” (Craig. e Smyth, 2004).

Quais as Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (I) junto da parturiente (P) no incentivo à deambulação para a evolução do 1º estágio do trabalho de parto (O)?

Tabela nº 1 - Critérios utilizados para a formulação da pergunta PICO

P	Participantes	Alvo do estudo	Parturientes	Palavras-Chave:
I	Intervenções	O que foi feito	Deambulação no 1º estágio do TP	EEESMOG 1ºestádio do TP Deambulação Progressão
(C)	Comparações	-	-	
O	Outcomes	Resultados	Diminuir a duração do TP	
Descritores		Obstetric Nursing, Walking , Birth		

Fonte: Joana Briggs Institute (2014)

As palavras-chave foram validadas como descritores na plataforma MeSH Browser (URL: <https://meshb.nlm.nih.gov/search>) em 11 de agosto de 2019. (Anexo III)

Procedeu-se à pesquisa, nas seguintes bases de dados da plataforma EBSCO – *host*: Medline, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Nursing &

Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Database of Systematic Review, Cochrane Central of Controlled Trials, Cochrane Methodology Register, Medclatina. tendo em consideração os critérios de inclusão e exclusão discriminados no protocolo de pesquisa (anexo IV).

A pesquisa foi realizada a 12 de agosto de 2019 no distrito de Évora pelas 14h30m com a seguinte expressão de pesquisa: **“Obstetric Nursing” AND “Walking” AND “Birth**. Os limitadores usados para cada base de dados foram os seguintes (tabela 2):

Tabela nº 2 - Limitadores de pesquisa utilizados nas Bases de Dados

CINAHL complete	Booleano/frase; Texto completo; Resumo disponível; Data janeiro de 2008- julho 2019; Humano; Sexo feminino; Gravidez; Idade adulta: 19-44 anos; Texto completo em PDF
Medline Complete	Booleano/frase; Texto completo; Resumo disponível; Data janeiro de 2008- julho 2019; Língua inglesa; Humano; Sexo feminino; Idade adulta: 19-44 anos.
Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Texto completo em pdf; Texto completo; Data janeiro de 2008- julho 2019; Booleano/frase.
Cochrane Database of Systematic Reviews	Texto completo; Data janeiro de 2008- julho 2019; Booleano/frase.
Cochrane Central of Controlled Trials	Booleano/frase; janeiro 2008 – julho 2019; Texto completo; Resumo Disponível
Cochrane Methodology Register	Booleano/frase; janeiro 2008 – julho 2019
Mediclatina	Texto completo em pdf; Texto completo; Data janeiro de 2008- julho 2019; Booleano/frase

A tabela seguinte refere-se aos dados extraídos nas bases de dados anteriormente referidas.

Tabela nº 3 - Resultados das bases de dados

Palavras-Chave	Resultado da Base de Dados
Obstetric Nursing	179
Walking	7396

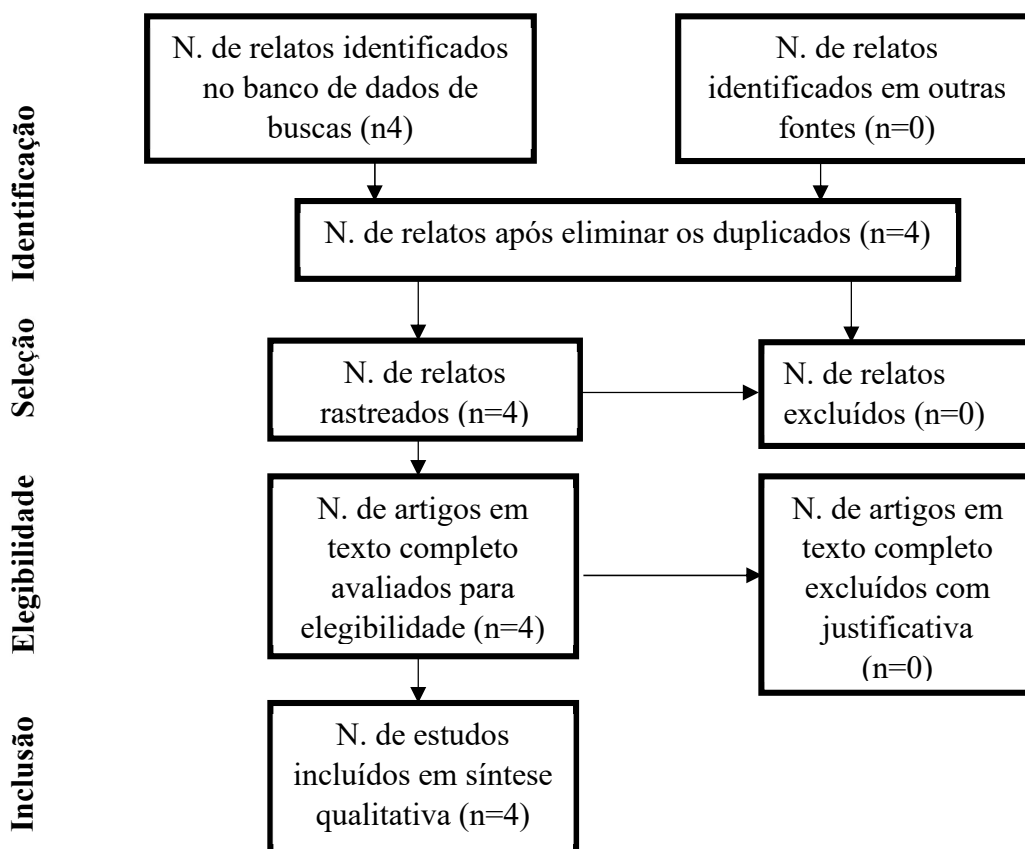
Birth	25479
Obstetric Nursing AND Walking	5
Obstetric Nursing AND Birth	55
Walking AND Birth	66
Obstetric Nursing AND Walking AND Birth	4

Partindo de cada descritor e do seu cruzamento de forma sequencial com cada um dos outros, até ao cruzamento final de todos os conceitos, foram identificados 4 artigos.

Tabela nº 4: Critérios de inclusão e de exclusão para seleção dos artigos a analisar

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Artigos com evidência científica, independentemente do método de estudo utilizado (qualquer tipo de estudo).	Artigos sem evidência científica.
Artigos que tenham texto completo em PDF	Artigos que não tenham texto completo em PDF.
Artigos de janeiro de 2008 (inclusive) até julho de 2019 (inclusive).	Artigos anteriores a dezembro de 2007 (inclusive).
Artigos que abordem a parturiente.	
Artigos que abordem a deambulação no 1º estágio do trabalho de parto e a sua progressão(duração).	Artigos que não abordem a deambulação no 1º estágio do trabalho de parto e a sua progressão(duração).
Artigos escritos em Inglês, Espanhol, italiano ou Português	Artigos não estejam escritos em Inglês, Espanhol, italiano ou Português

Após a leitura dos títulos e resumos, considerando os critérios de inclusão e exclusão definidos, foram considerados incluídos 4 artigos, tal como representado no PRISMA (esquema 1).



Esquema nº 1 – PRISMA, Adaptado de Prisma 2009 Flow Chart (The Joanna Briggs Institute, 2014, p. 127)

Posteriormente procedeu-se à análise dos artigos selecionados, enumerados na seguinte tabela.

Tabela nº 5 - Resumo dos artigos incluídos na Revisão Sistemática da Literatura (RSL)

	Artigo 1	Artigo2	Artigo 3	Artigo 4
Identificação do Artigo	Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a perceção de um grupo de puérperas	Care and outcomes of relaxation room assistance at a public maternity hospital, Rio de Janeiro, Brazil	Visão de puérperas sobre a não utilização das boas práticas na atenção do parto	Non-Pharmacological management of relief in deliveries assisted by an obstetric nurse

Autor/ Ano	Wei <i>et al.</i> 2011	Pereira <i>et al.</i> 2012	Oreano <i>et al.</i> ; 2014	Lehuteur <i>et al.</i> 2017
Participantes	35 puérperas de parto vaginal	648 registos de atendimentos na sala de relaxamento	310 puérperas	232 puérperas (dados obtidos através dos processos das mesmas).
Orientação Metodológica	Exploratório Descritivo Qualitativo	Descritivo e retrospectivo	Exploratório – descritiva e qualitativa.	Quantitativo Transversal Descritivo Retrospectivo
Objetivos	Conhecer a experiência e a percepção de um grupo de mulheres em relação à deambulação e à dieta durante o TP.	Caraterizar o perfil obstétrico das parturientes admitidas na sala de relaxamento; identificar os cuidados prestados nessa sala e examinar as características maternas e neonatais dos partos resultantes desses serviços.	Identificar quais os motivos alegados pelas puérperas para a não utilização de boas práticas no TP e parto.	Caraterizar os partos assistidos pela enfermeira obstétrica quanto aos métodos não farmacológicos de alívio da dor non TP e parto. Realizado em um grande hospital público localizado em Porto Alegre, Brasil.
Nível de evidência	4	3	4	4

É de salientar que o resumo completo dos artigos se encontra em anexo, respetivas fichas de leitura (anexo VII)

5- ANÁLISE REFLEXIVA DOS RESULTADOS

Neste capítulo efetuar-se-á um confronto entre a teoria e a prática, identificar-se-ão os aspetos que podem contribuir para melhorar a prática de enfermagem e irá rever-se a prática realizada à luz dos novos conhecimentos adquiridos, visando a melhoria da qualidade dos cuidados.

Com esta revisão sistemática da literatura efetuada foi possível consolidar conhecimentos relativamente à deambulação no primeiro estágio do TP como favorece a sua evolução. quais as suas vantagens e desvantagens e qual a intervenção do enfermeiro EEESMOG neste âmbito

Segundo o estudo de Wei et al, 2011 foram encontradas duas percepções entre as mulheres: mais da metade referiu que a movimentação e a deambulação são benéficas durante o TP, enquanto as restantes relataram que preferiam ficar deitadas. O primeiro grupo atribui à movimentação o alívio da dor e a aceleração do TP. Por seu lado, o segundo grupo houve preferência em permanecer no leito, devido ao risco de o bebé nascer durante a movimentação e à dificuldade de realizar esforços expulsivos na posição vertical. Esta noção por parte das parturientes também é referida no estudo de Oreano et al, 2014 onde se pode constatar que os motivos para a não deambulação e movimentação durante o trabalho de parto não foi por falta de informação ou estímulo dos profissionais que assistem a mulher, mas sim por questões pessoais como a vontade de não realizar a prática, ou o desconforto associado à realização da atividade

No primeiro grupo, a liberdade para deambular foi referida pelas mulheres como importante para suportar e aliviar as dores do TP, uma vez que retira o foco de atenção da mulher da dor. Referem ser preferível andar ao permanecer deitada (Wei et al.2011).

A pesquisa de Pereira et al, 2012, identificou que os enfermeiros que prestam cuidados promovem o conforto e relaxamento, fazendo com que as mulheres experimentem o trabalho de parto com liberdade de movimento e posição, de acordo com a WHO. Segundo os mesmos autores, a relação empática do enfermeiro e a presença do companheiro são considerados os fatores mais importante para TP e parto. Os enfermeiros por fornecerem informações e explicações de acordo com os desejos e necessidades das mulheres e respeitarem a sua privacidade no ambiente do parto. A International MotherBaby Childbirth

Initiative, refere um dos passos para otimizar o trabalho de parto e parto:” transmissão de informação à mulher sobre os benefícios do suporte contínuo e afirmação dos seus direitos para receber um acompanhante escolhido por si, durante o trabalho de parto e parto” (IMBCI, 2017).

Constatou-se que a deambulação reduz a duração da primeira etapa do trabalho de parto e que a imersão na água reduz a dor materna. A dimensão relacional do cuidado também foi identificada nas atividades de enfermagem prestadas nas salas de relaxamento. Os resultados desta pesquisa mostram que os cuidados individualizados, atendendo às necessidades de cada mulher durante o trabalho de parto pode influenciar favoravelmente o resultado do trabalho de parto, reduzindo a incidência de parto de cesariana.

Portanto, o EESMOG pode contribuir para um cuidado centrado nas mulheres, ao analisar de forma antecipada as preferências de cada uma, no que se refere às posições de parto durante a gravidez, trabalho de parto e nascimento, como sublinham Nieuwenhuijze et al(2012). Orem afirma que “ensinar o outro é um método de ajuda valioso para desenvolver conhecimento sobre habilidades particulares. (Orem, 1993,) Assim, a preparação para o nascimento tem um papel muito importante, de forma a capacitar as mulheres durante a gravidez para escolher as posições mais adequadas para cada uma delas, durante o trabalho de parto e nascimento.

Foi interessante verificar que o estudo de Pereira et al 2012 vai de encontro ao que diz Oreano et al.;2014, a não utilização das boas práticas obstétricas no que concerne ao parto, em uma maternidade que preconiza a implementação das recomendações da OMS e das evidências científicas na assistência ao parto, esteve relacionada tanto com as atitudes dos profissionais como a decisão da mulher e a indisponibilidade de seu acompanhante. A liberdade de movimentos implica o suporte contínuo por parte do EESMOG e pessoas significativas ao longo do TP promovendo o autocontrolo, a participação ativa e a satisfação da parturiente. A restrição de alimentos e a privação do contato imediato com o RN estiveram diretamente ligadas com a atitude dos profissionais, já que em ambos os casos os profissionais de saúde não privilegiaram adoção dessas boas práticas, motivados pela visão do parto como um evento de risco, que poderia necessitar de uma intervenção cirúrgica. Muitas delas também não deambularam e não se movimentaram durante o trabalho de parto pelo simples fato de não o desejarem ou não se sentirem confortáveis. Dois estudos distintos onde, as categorias para um parto normal, boas práticas recomendadas pela OMS (anexo V)

são referidas, mas, num pelo aspeto positivo e outro pelo aspeto negativo. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015) é primordial a promoção do parto normal por parte dos EEESMOG. Os mesmos consideram que o EEESMOG é o elemento de referência mais especializado no atendimento ao parto natural. A humanização nos cuidados durante o trabalho de parto e nascimento visa promover uma assistência integral, respeitando e atendendo a parturiente nas dimensões espiritual, psicológica e biológica. O respeito pela fisiologia do parto é realizado através da diminuição de intervenções desnecessárias e na inserção de intervenções que reduzam o desconforto emocional e físico (Almeida et al, 2015).

Os métodos não farmacológicos de alívio da dor, como deambulação, banho, massagem, variedade de posições, aromaterapia, bola e musicoterapia. Todos os métodos usados neste estudo têm baixo custo, fácil aplicabilidade e prática não invasiva. (Lehugueur et al, 2017). A presença da enfermeira obstétrica no parto, o ambiente, a implementação. práticas de humanização e recuperação de protagonismo feminino, favorecem todo o processo de TP e parto. Neste estudo, referido anteriormente, as mulheres puderam optar como queriam que decorresse o seu parto, o que lhes deu a autonomia e respeito. Os cuidados respeitavam a fisiologia do parto e uso de intervenções era realizada de forma seletiva e criteriosamente. O RCEEEESMOG (Ordem dos enfermeiros, 2010, p.4) o EEESMOG “Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção da saúde pré-natal”. Assim, torna-se fundamental facultar e habilitar as mulheres grávidas e parturientes para o autocuidado, promovendo a sua saúde pré-natal e a promoção do parto normal, através da educação. Esta educação torna-se mais adequada se os EEESMOG fornecerem informação e educação sobre a gravidez, preparação para o nascimento e parentalidade centrada nas necessidades da mulher/casal/família, pelos profissionais de referência e confiança na vigilância pré-natal (DGS, APEO, & OE, 2012).

No estudo realizado por Lehugueur et al, 2017 todos nos métodos não farmacológicos disponíveis a deambulação foi a mais utilizada e constataram que a evolução do trabalho de parto foi mais rápida. A possibilidade de alternar de posição é uma prática que deve ser encorajada durante o trabalho de parto e parto, de acordo com a necessidade da mulher, adotando um posicionamento confortável quando surge a contração. Os mesmos autores referem que a criação de um ambiente propício para a deambulação, promovendo a privacidade e tendo em conta o material existente na sala/quarto (ex. cadeiras) que possa condicionar o movimento ou posicionamento da grávida, este é outro contributo que o EEESMOG poderá dar para a melhoria da qualidade de cuidados à parturiente.

Por vezes as mulheres têm de ser incentivadas e/ou esclarecidas sobre as boas práticas, preconizadas pela OMS para um parto normal, mas através deste estudo os profissionais também precisam de atualizar os seus conhecimentos e prestar cuidados onde a mulher tem poder de decisão, algumas parturientes referiram que os profissionais de saúde não as incentivaram (Oreano et al.;2014). Por esse motivo, o EEESMOG deve informar as mulheres acerca dos benefícios da mobilização durante o trabalho de parto e nascimento, porque “as mulheres podem estar menos relutantes a mudar de posição se os benefícios forem explicados”. (Pearson, 2012).

Segundo Orem “guiar o outro é um método de ajuda válido em situações em que a pessoa deve fazer escolhas”. (Orem, 1993). Este método requer que ambas pessoas estejam em comunicação: a condução proporcionada deve ser apropriada e pode ser em forma de “sugestões, instruções, direções ou supervisão” (Orem, 1993, p. 11) Esta autora defende que deve realizar-se um acordo entre ambas as partes em que é avaliada cada situação e são estabelecidas prioridades, de acordo com as necessidades identificadas. (Orem, 1993). A liberdade de movimentos implica o suporte contínuo por parte do EEESMOG e pessoas significativas ao longo do TP promovendo o autocontrolo, a participação ativa e satisfação da parturiente.

Para a promoção do parto normal e pelo respeito dos direitos da mulher os EEESMOG devem fomentar a investigação sobre práticas clínicas, considerando a fisiologia e processos de gravidez, trabalho de parto, parto, amamentação e pós-parto, é necessário estimular a formação contínua dos médicos e enfermeiros sobre as práticas promotoras do parto normal, bem como, o treino regular na assistência a mães e recém-nascidos em situações de emergência (DGS, APEO, & OE, 2012).

No estudo de Oreano et al.,2014, refere que foram os profissionais de saúde que não possibilitaram as boas práticas de assistência ao parto normal, assim sendo os EEESMOG devem estar em constante formação, que é um dos passos das IMBCI contempla a formação contínua dos profissionais referindo a promoção de cuidados baseados em evidência científica para beneficiar o trabalho de parto e parto (evidência científica para beneficiar o trabalho de parto e parto (International MotherBaby Childbirth Initiative, 2017).

6- CONCLUSÃO

A evidência científica comprova os benefícios da deambulação no TP, para a mãe e para o feto. Segundo os resultados do ano de 2014 referentes à implementação dos Projetos de Maternidade de Qualidade nas várias instituições envolvidas, verificou-se que a mobilidade adequada da parturiente durante o TP aumenta a tolerância à dor e, por conseguinte, evita o uso de fármacos, favorece a dilatação e reduz o tempo da fase ativa do TP. No entanto é importante que o EEESMOG continue a atualizar os seus conhecimentos, a questionar-se sobre a prática para assim contribuir para a evolução dos cuidados e conhecimento.

Também a OE (2009) refere que o enfermeiro especialista deve assentar “*a praxis clínica especializada em sólidos e validos padrões de conhecimento*”, que contribuam para a identidade do EEESMOG enquanto profissional de saúde e detentor de um vasto conhecimento que contribui não só para a melhoria da prestação de cuidados de saúde no âmbito da saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, mas também capaz de construir um corpo de saberes caraterísticos da enfermagem, que lhe conferem particular importância enquanto ciência da saúde. A realização deste relatório, teve também como finalidade repensar a importância da mobilidade da mulher no primeiro estágio do trabalho de parto, sendo esta uma prática, não comum, no meu contexto profissional. Com este trabalho pretendo contribuir para a mudança no local onde exerço, enquanto futura EEESMOG defendendo com o que foi exposto, serem relevantes os benefícios da mobilidade da mulher durante o primeiro estágio do TP.

Considero que o EEESMOG tem um papel muito importante neste processo, e pode começar a desenvolvê-lo durante o período pré-natal, de forma a empoderara mulher/casal acerca desta temática. É importante incentivar não só as mulheres para esta prática, mas também os profissionais de saúde, pois muitos acomodam-se às rotinas do dia-a-dia, diminuindo a capacidade de refletir sobre os benefícios da mobilidade no TP e da necessidade de implementar a sua prática. De acordo com APEO (2009), é necessário desenvolver com os profissionais da área, um conjunto de medidas capazes de promover o apoio e segurança na assistência ao parto normal, sem intervenção, e cuja prática se baseie na evidência científica e não apenas na ajuda rotineira da tecnologia.

A revisão sistemática da literatura, demonstrou que já foram realizados alguns estudos sobre esta temática, provando que os benefícios da mobilidade, a liberdade de posicionamento da mulher no primeiro estágio do trabalho de parto, este é indicado por seu lado permanecer no leito, não traz benefícios, muito pelo contrário as mulheres necessitam ser incentivadas para não o realizarem.

Todos os objetivos delineados no início deste trabalho, foram alcançados na perspectiva de desenvolver competências específicas do EEESMOG e desenvolver atividades promotoras da mobilidade da mulher no primeiro estágio do TP.

Este trabalho poderá estimular a reflexão sobre o cuidado dos profissionais, procurando uma prática diferenciada, fundamentada e refletida. Também contribuir para sensibilizar e alertar os enfermeiros especialistas de saúde materna e obstetrícia, para uma prática esclarecedora das mulheres que cuidam e lhes darem liberdade de posicionamento, contribuindo com a iniciativa ao parto normal, parto humanizado e conseguindo desta forma ganhos em saúde. A deambulação encontra-se na categoria A das recomendações para o parto normal, OMS 1996, “Liberdade de posição e movimentação no TP”.

No futuro, procurarei ser um elemento de referência na equipa de enfermagem, tendo em vista uma luta pelo incremento dos benefícios da mobilidade da mulher no primeiro estágio do trabalho de parto e desta forma, contribuir para a iniciativa ao parto normal. Também procurarei apostar na investigação de modo a avaliar de forma sistemática as evidências demonstradas sobre as intervenções no trabalho de parto e parto, de forma a prestar cuidados especializados de qualidade.

Após análise reflexiva do trabalho, realizado em concordância com os artigos analisados, constatei que o principal obstáculo para a realização dos cuidados prestados com base nas boas práticas definidas pela OMS são os próprios enfermeiros. Quer pelo medo do desconhecido quer pela falta de atualização dos seus conhecimentos se recusam a realizar as mesmas. Logo é crucial a formação contínua por parte dos mesmos. “A aprendizagem dos adultos é concomitantemente dos enfermeiros, integra processos de transformação de conhecimentos, atitudes, valores e experiências individuais; neste sentido, o contexto de trabalho, é também um local privilegiado de aprendizagem, e de desenvolvimento de competências” (Sinais vitais - Enfermagem em revista nº111, 2013).

A intervenção diária do EEESMOG como prestador de cuidados e protetores da parturiente é fundamental para a consciencialização de todos os profissionais de saúde para

a importância do respeito pelas preferências da mulher durante o trabalho de parto e parto, bem como, a promoção do parto normal e humanizado.

Referências Bibliográficas

- Almeida, O. G. (Jan. - Jun. de 2015). *Humanização do Parto - a atuação dos enfermeiros*. Revista Enfermagem Contemporânea , pp. 79-90.
- Amendoeira, J. (2009). *Ensino de enfermagem: Perpetivas de desenvolvimento. Pensar enfermagem*.
- Annandale. (1998). *The Sociology of Health and Medicine: A Critical Introduction*, Polity Press.
- APEO, F. &. (2009). *Iniciativa parto normal*. Loures : Lusociência.
- Assistência do enfermeiro obstetra à mulher parturiente: em busca do respeito à natureza. (s.d.).
- Balaskas, J. (2017). *Parto Ativo- Guia prático para o parto natural*. São Pedro do Estoril: 4Estações-Editora, Lda.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Bento, M. d. (1997). *Cuidados de Enfermagem , que identidade?* Lisboa: Fim do Século Edições.
- Braden, P. S. (2000). *Enfermagem Materno-Infantil*. Reichmann.
- Brüggemann, O. P. (2005). *Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto /parto: uma revisão literatura*. Rio de Janeiro: Cadernos de Saude Pública.
- Couto, G. (2003). *Preparação para o parto: Representações Mentais de um grupo de grávidas de uma área rural*. Lusociência.
- Craig, Jean V. e Smyth, Rosalind L. (2004). *Prática Baseada na Evidência : Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- CY, W., DMR, G., & HPOS, J. (2011). *Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: percepção de um grupo de puérperas*. Florianópolis: Enfermagem texto.
- Davim, R. M. (2009). *Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto . Rev Esc Enfer*.
- DGS. (2015). *Programa Nacional para a vigilância da Gravidez d Baixo Risco*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Enfermeiros, O. d. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*.
- Ferreira, A. R. (2013). *Humanização do Parto e Nascimento: Acolher a Parturiente*. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 1398-1405.
- Ferreira, M., & Dias, M. O. (2005). *Ética e profissão: relacionamento interpessoal em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loure: Lusociência.: Lusociência.
- Graça, L. M. (2010). *Medicina Materno-Fetal 4ª Edição*. Lisboa: Lidel.
- Headings, M. S. (2019).

- Hodnett, E. (2011). *Pain and Women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review*. American Journal of Obstetrics and Gynecology.
- Initiative., I. M. (23 de novembro de 2017). *International MotherBaby Childbirth Initiative: www.imbco.weebly.com*.
- JBI. (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual*. Austrália: Edition, The University of The Joanna Briggs Institute.
- Kitzinger, S. (2008). *Letter from Europe: home birth reborn*. Birth.
- Lawrence A., L. (2013). *Maternal positions and mobility during first stage labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Lehuteur, D. S. (2017). Non-Pharmacological Management of relief in deliveries assisted by a an obstetric nurse. *Journal of Nursing UFPE On Line, Recife*, 4929-4937.
- Leitão, J. (2010). *Autonomia da mulher em trabalho de parto. (Dissertação de mestrado não publicado)*. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina.
- Lowdermilk, D. &. (2009). *Enfermagem na Maternidade, 7ª edição*. Loures: Lusodidata.
- M, B., MC, G., & AJ, H. (2015). Intervenções não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto: contribuições para a prática da enfermeira obstetra e da enfermagem.
- Mafetoni RR, S. A. (2014). Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. *REME- Rev. Min. Enfermagem* 18, 512-520.
- Mamede FV, M. M. (2007). Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Revista de Enfermagem, obtida através scielo.br*. Obtido de Mamede FV, Mamede MV, Maria L, Dotto G. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Esc Anna Nery R Enferm*. 11(2):331-6.
- Mamede, F. V. (2005). *O efeito da deambulação na fase ativa do trabalho de parto- Tese de doutoramento*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
- MCEESMO-OE. (2014). *Maternidade com Qualidade. Obtido na Ordem dos Enfermeiros*.
- Midvives, I. C. (janeiro de 2019). *Essential Competencies. Essential Competencies for Midwifery Practice*.
- Nieuwenhuijze, M. D.-J. (2012). *Factors influencing the fulfillment of women's preferences for birthing positions during second stage of labor*. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics And Gynaecology*, 33(1), 25-31.
- Nightingale, F. (2005). *Notas de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- OE. (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal: Uma Visão Partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2015). *Livro de Bolso - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia/Parteiras*. Lisboa: Goody,S.A.
- Oliveira, L. B. (2012). Indicações e repercussões do uso da bola obstétrica para mulheres e enfermeiras. ciência cuidado e saúde/Indicações e repercussões do uso da bola obstétrica para mulheres e enfermeiras. ciência cuidado e saúde. *Ciencias Cuidados Saúde*.

- Oliveira, L. M., & Cruz, A. G. (2014). A utilização da bola suíça na promoção do parto Humanizado. *Revista Brasileira de Ciências de Saúde*, 175-180.
- Oliveira, S. (2017). *Nascer Saudável*. Porto Salvo: Edições Chá das Cinco Lda.
- OMS. (2002). *Essencial Antenatal, Perinatal and Postpartum care. Promoting Effective Perinatal Care. Training modules, Module 3*. Europe: WHO.
- Oreano, J. M. (2014). Visão de puérperas sobre a não utilização das boas práticas na atenção ao parto. *Ciencia, Cuidado e Saude*, 128-136.
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem: Conceptos de enfermeria em la Práctica*. Barcelona: Masson.
- Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice, 6ª Edição*. Missouri: Mosbi.
- Pearson, A. &. (2012). *Modelos para o exercício de enfermagem*. Lisboa: Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde.
- Pereira, A. L. (2012). Care and Outcomes of relaxation room assistance at a public maternity, Rio de Janeiro, Brazil. *Text Context Nursing, Florinópolis*, 566-573.
- Pinheiro, A. C. (2010). *Documento de Concenso "Pelo Direito ao Parto Normal - Uma Visão Partilhada"*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento das competências específicas em enfermagem de saude materna, obstétrica e ginecológica*. Diário da República nº 35/18-02-2011-II Série: Ministério da Saúde, Lisboa.
- Rocha CR, F. L. (2010). Assistência do enfermeiro obstetra à mulher parturiente: em busca do respeito à natureza. *Revista Pesquisa Cuid. Fund.*, 807-816.
- Rocha, I. M. (2009). *The partogram as instrument to analyze care during labor and delivery*. *Revista ESc. Enferm USP*, 43.
- Sabatino H, D. P.-B. (2000). Parto humanizado: formas alternativas. *Campinas (SP): Ed Unicamp*.
- Serrano, A., & Fialho, C. (2003). *Gestão do conhecimento: o novo paradigma das organizações*. Lisboa: Lidel.
- Silva AM, S. C. (2017). Os benefícios da livre movimentação no parto para alívio da dor. *Revista Recien*, 70-81.
- Simkin, P. &. (2011). *The labor progress Handbook_ Early Intervencions to prevent and Dystocia*. Iowa: Wiley-Blackwell.
- Souza JP, M. M. (2006). Maternal position during the first stage of labor: a systematic. *Reprod Health*, 331-336.
- Veladas, M. M. (1997). *Ajudar na sala de partos*. Lisboa: Lidel.
- Wei, C. Y. (2011). Movimentação e dieta durante o ntrabalho de parto: A percepção de um grupo de puérperas. *Texto & contexto Enfermagem , Florinópolis*, 717-725.
- WHO. (1996). *Care in Normal Birth: birth practeces*.
- Women centred care: position statemente*. (2011). Obtido de The Royal College of Midwives: <http://www.rcm.org.uk/Easysite Web/getresource.axd?AssetID=121546>

World Health Organization, W. (25 de junho de 2018). Who Recommendations. *Intrapartum care for a positive childbirth experience.*

Zugaib, M. (2008). *Zugaib Obstetrícia.* Editora Manole.

ANEXOS

ANEXO I Relatório do estágio IV



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTETRÍCIA

UNIDADE CURRICULAR: ENSINO CLÍNICO IV

ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA:

NA SALA DE PARTOS

RELATÓRIO DE ESTÁGIO IV

Mestranda: Paula Veloso

Professora Titular: Lurdes Torcato

SANTARÉM

Março de 2016

SIGLAS E ABREVIATURAS

AFU – Altura do Fundo do Útero

APPT – Ameaça de parto pré-termo

BCF – Batimentos Cardíacos Fetais

BSG- Boletim de Saúde da Grávida

Enf.^a – Enfermeira

EESMOG - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia e Ginecológica

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

CPLESMO – Curso pós licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

CTG - Cardiotocografia

DPP – Data Provável do Parto

DUM – Data da Última Menstruação

EV – Endovenosa

IM – Intramuscular

FC – Frequência cardíaca

FCF – Frequência cardíaca-fetal

GIG- Grande para idade gestacional

HESE – EPE _Hospital Espírito de Santo de Évora – Empresa Pública do Estado

HTA – Hipertensão arterial

HSB – EPE – Hospital de São Bernardo - Empresa Pública do Estado

IG – Idade Gestacional

IO – Índice Obstétrico

IMG – Interrupção médica da Gravidez

IVG – Interrupção voluntária da gravidez

MEC – Mecónio

LA – Líquido amniótico

PCR - Proteína C reativa

Prof.^a – Professora

REBA – Rotura espontânea das membranas amnióticas

RABA – Rotura artificial das membranas amnióticas

RN – Recém-Nascido

TP – Trabalho de Parto

TA – Tensão Arterial

VIH – Vírus da Imunodeficiência Adquirida

ÍNDICE

0 – INTRODUÇÃO	65
1 - CONTEXTUALIZAÇÃO.....	68
1.1 – Hospital Espírito Santo de Évora- EPE	68
1.2 – Hospital São Bernardo - EPE (incluído no centro hospital de Setúbal)	69
2 ANALISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	70
1 Conhecer a estrutura física, organização e funcional da sala de partos do HESE-EPE e do Hospital de São Bernardo	70
2 Desenvolver competências no âmbito da gestão de cuidados.	72
3 Aprofundar/Aperfeiçoar competências cognitivas, técnicas e relacionais no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/família no domínio da ginecologia em situação de urgência.	73
4 Aperfeiçoar/aprofundar competências cognitivas, técnicas, e relacionais no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados em ESMO à puérpera / família em situação de urgência.	75
5 Desenvolver competências técnicas, cognitivas e relacionais no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados à grávida/família em situação de urgência.	76
6 Desenvolver competências técnicas, cognitivas e relacionais no âmbito da prestação de cuidados especializados de enfermagem à parturiente/família em situação de Urgência Obstétrica.	80
7 Desenvolver competências técnicas, cognitivas e relacionais no âmbito da prestação de cuidados especializados de enfermagem à parturiente/família durante o I estadio do TP.	83
8 Desenvolver competências técnicas, cognitivas e relacionais no âmbito da prestação de cuidados especializados de enfermagem à parturiente/família durante o II estadio do TP.	90
9 Desenvolver competências técnicas, cognitivas e relacionais no âmbito da prestação de cuidados especializados de enfermagem à parturiente/família durante o III estadio do TP	94

10 Desenvolver competências técnicas, cognitivas e relacionais no âmbito da prestação de cuidados especializados de enfermagem à parturiente/família durante o IV estadio do TP.	96
11 Aperfeiçoar competências técnicas, cognitivas e relacionais no âmbito da prestação de cuidados especializados de enfermagem ao RN/família nos cuidados imediatos, até há 2ª hora de vida	98
12 Desenvolver competências cognitivas e relacionais no âmbito da ética e deontologia, em contexto de Bloco de Partos.	100
13 Desenvolver competências cognitivas, no âmbito da formação contínua em serviço.	100
14 Promover o desenvolvimento pessoal e profissional.	102
15 Planeamento/elaboração/ desenvolvimento do Relatório de Estágio	103
3 OBJETIVOS ESPECIFICOS A ATINGUIR AO LONGO DO ESTÁGIO.....	105
4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	106
5 – BIBLIOGRAFIA	108
6 – ANEXOS.....	52

0 – INTRODUÇÃO

A elaboração do relatório de estágio é um momento de reflexão individual. É o culminar de um longo e árduo percurso, durante o qual houve a intervenção de fatores internos e externos que, de forma direta ou indireta, contribuíram consideravelmente para a efetiva realização do meu estágio profissional.

A sua elaboração surge no âmbito da Unidade Curricular Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, do 2º ano, 2º semestre do 3º CMESMO/6º CPLEESMO da Escola Superior de Saúde de Santarém, cuja Área Temática Sala de Partos decorreu no Hospital Espírito de Santo –EPE (com duração de 9 semanas) e no Hospital São Bernardo – EPE em Setúbal (com a duração de 12 semanas), com carga horária de 35 horas semanais. É de salientar que realizei 2 turnos no período referente às férias do natal.

O estágio decorreu de 19/10/2015 a 15/4/2016, com duração de 22 semanas, sendo 20 semanas de estágio correspondentes a 700 horas e 2 semanas de Seminário e orientações tutoriais (dias 10/11/2015, 5/1/2016, 25/2/2016 e 11 a 15 de Abril de 2016). Durante este estágio ocorreram as férias de Natal (21/12/2015 a 1/01/2016) e as férias da Páscoa (21/03/2016 a 1/04/2016). Deste modo atingir os “*numerus clausulus*” impostos pela Directiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho Europeu de 7/09/2005., de acordo com o registo das actividades práticas em ensino clínico. A professora titular, professora Lurdes Torcato e como Enfermeiras Cooperantes a Enf.ª Mª Celeste Lopes (HESE-EPE) e a Enf.ª Carmen Segurado (HSB-EPE).

A Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Ginecologia procura promover a excelência do exercício profissional, desenvolvendo nos enfermeiros a autonomia e responsabilidade na prestação de cuidados especializados de qualidade, centrados na mulher/grávida/família, tendo como princípio a articulação efetiva entre a teoria e a prática, enquanto local de produção, por excelência, do conhecimento em enfermagem.

O enfermeiro especialista detém um âmbito de intervenção único com um leque de atividades que pressupõe competências de índole técnico-científicas, sócio relacionais, crítico-reflexivas e ético-deontológicas que lhe permitam o acompanhamento especializado à mulher/grávida/recém-nascido e família ao longo do seu crescimento e desenvolvimento. Deste modo, competência “surge como uma capacidade de integrar os saberes diversos e heterogêneos para os finalizar na realização de actividades” (Ferreira & Dias, 2005). O estágio constitui um momento pertinente para o desenvolvimento de saberes e competências técnicas e relacionais. Assim, o contato direto com novas e diferentes situações, promove a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e contribui para o enriquecimento individual. Em concordância com Kant, “todo o nosso conhecimento começa pela experiência” (Bento, 1997). Como tal, a experiência adquirida durante este ensino clínico, serve para a interiorização de competências e para a construção da identidade de Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

O estágio constituiu um momento ímpar de junção da teoria com a prática e de articulação dos conhecimentos adquiridos na prática e de experiências refletidas, contribuindo de forma inequívoca para o crescimento pessoal e profissional e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Pretende-se que o presente relatório consista numa análise crítica e reflexiva do ensino clínico de EESMOG em sala de partos, tendo por base o Projeto de Estágio elaborado inicialmente (ANEXO I), sendo também um instrumento de avaliação para a Unidade Curricular.

O relatório tem como objetivo descrever as atividades desenvolvidas ao longo do estágio para a aquisição de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica e Ginecologia e sua, conseqüente, reflexão crítica e refletir acerca da promoção do desenvolvimento pessoal e profissional.

O relatório encontra-se dividido em quatro capítulos. A presente introdução constitui o primeiro capítulo; no segundo é feita uma breve contextualização do estágio; no terceiro é feita a análise reflexiva das atividades desenvolvidas, dos objetivos atingidos e dos ganhos pessoais/profissionais obtidos, face ao projeto individual, às competências comuns do Enfermeiro Especialista e às específicas do EESMOG. Por fim, o último capítulo diz respeito à conclusão, onde é feita uma análise dos aspetos relativos ao processo de ensino-

aprendizagem. Em anexo, encontra-se o Projeto de Estágio (ANEXO I) e o trabalho desenvolvido no âmbito da educação (ANEXO II).

Neste ensino clínico, e relativo relatório foram mobilizados os conteúdos abordados nas unidades do curso, nomeadamente os conteúdos programáticos de:

- Enfermagem Avançada;
- Enfermagem de Saúde materna e Obstétrica;
- Novas formas de cuidar;
- Preparação para a maternidade/paternidade;
- Cuidar em ESMO nos extremos de vida reprodutiva;
- ESMO na comunidade; ESMO em situação de puerpério, gravidez e ginecologia;
- Enfermagem de neonatologia.

Ao longo do estágio emergiu uma área de maior interesse, as medidas não farmacológicas de alívio da dor. Mais concretamente o efeito da deambulação na fase ativa do TP. Esta temática surgiu nas diferenças observadas entre os dois contextos onde correu o estágio.

O horário do estágio realizado foi de acordo com o das en^{fn} cooperantes, vale a pena salientar que na totalidade realizei 81 turnos. Os turnos foram realizados de 2^a a Domingo de acordo com as atividades atribuídas às en^{fn} cooperantes e da aluna, tendo sido acordados previamente.

1 - CONTEXTUALIZAÇÃO

1.1 – Hospital Espírito Santo de Évora- EPE

O bloco de partos encontra-se situado no 3º piso, conjuntamente com o serviço de obstetrícia e ginecologia. As mulheres admitidas são provenientes da consulta externa, induções programadas e serviço de urgência de obstetrícia.

O serviço é composto por 3 quartos de dilatação, com 2 camas. A individualização dos cuidados é alcançada através de uma cortina (pouca privacidade). Cada unidade da doente é constituída por um cardiotocógrafo com ligação à central de monitorização, bomba e seringa infusora. O serviço só dispõe de uma casa de banho para utilização das grávidas que se situa no meio do corredor do lado oposto às salas de dilatação.

No final do serviço existe sala de partos, com marquesa em posição ginecológica, cardiotocógrafo e concomitante, outra sala onde são prestados os cuidados imediatos ao RN (com um reanimador).

Neste serviço as grávidas podem estar internadas para indução do TP, em fase latente ou em fase ativa do TP, as grávidas com APPT que se encontram a realizar tocolise (medicação inibidora da contratilidade), ou que registem contratilidade, também se encontram ali internadas, em vigilância.

No que se refere aos recursos humanos, o número de enfermeiras é sempre o mesmo, 2 enfermeiras especialistas por turno. Se ocorrer uma situação de urgência que seja necessário uma cesariana, o serviço fica só com um elemento devido a outra enfermeira acompanhar a parturiente para o bloco central e procede aos cuidados imediatos ao RN.

As medidas de alívio da dor estão limitadas às medidas farmacológicas, analgesia epidural com perfusão contínua o que limita a mulher no comando do TP e parto, deixando de ter um papel ativo num papel que deveria ser seu, fica limitada ao leito devido a ter parestesias nos membros inferiores. Aquando do período expulsivo a sua colaboração também é pouca o que acarreta uma maior manipulação do períneo por parte da enfermeira

especialista. Há-de salientar que a minha enf^a cooperante utilizava muitas vezes a musicoterapia e luminosidade como medida não farmacológica do alívio da dor.

O II estadio era realizado na sala de partos, as parturientes eram transferidas através de cadeira de rodas devido às suas limitações motoras e sensitivas. Sempre que ocorre um parto distócico o neonatologista encontra-se sempre presente.

O puerpério imediato decorre nouto quarto exterior à sala de partos, mas a responsabilidades dos cuidados é das enfermeiras da sala de partos. Em todo o processo a mulher vai ter de passar por 3 locais diferentes o que não favorece a sua privacidade, como a individualização dos cuidados.

1.2 – Hospital São Bernardo - EPE (incluído no centro hospital de Setúbal)

O bloco de partos encontra-se situado no 2º piso do bloco novo do hospital. As mulheres admitidas são provenientes da patologia da gravidez/indução e do serviço de urgência de obstetria.

O serviço é composto por 5 quartos individuais, boxes, com casa de banho privativa. Cada unidade da doente é constituída por um cardiotocógrafo com ligação à central de monitorização, bomba infusora e uma mesa de reanimação para o RN.

No que se refere aos recursos humanos, o número de enfermeiras é sempre o mesmo, 2 enfermeiras especialistas por turno e 2 enfermeiras generalistas. As cesarinas são realizadas no mesmo piso devido o bloco de partos estar equipado com um sala operatória e todos os cuidados são assegurados pelas enfermeiras de serviço. A anestesia e instrumentação são asseguradas pelas enfermeiras generalistas.

No que concerne às medidas de alívio da dor recorrem às medidas farmacológicas, analgesia epidural com administração de boles de 2/2h, se necessário, o que permite à mulher um papel ativo em tido o processo do TP e parto. As medidas não farmacológicas do alívio da dor são muito utilizadas, devido a ser uma maternidade com qualidade, recorrem muito ao duche em conjunto com a bola de pilates, deambulação livre e aquando do período expulsivo a mulher é livre de escolha da posição que deseja parir.

Um aspeto muito positivo é desde que a mulher é admitida, em fase ativa do TP, permanece sempre no mesmo espaço até ser transferida para serviço de puerpério.

2 ANALISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

A realização deste ensino clínico teve como objetivo fulcral a aquisição de conhecimentos no domínio da prática de Enfermagem, que permitam consolidar, os quais foram previamente adquiridos na teoria.

Com base no objetivo geral do ensino clínico de ESMO em Sala de partos e dos conteúdos programáticos que lhe estão inerentes, foram definidos os objetivos específicos individuais, bem como as atividades que promoveram a sua concretização, tendo por base as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros para o Enfermeiro Especialista e, especificamente, para o EESMOG.

Seguidamente realizarei uma análise dos objetivos específicos, tendo em conta a sua concretização, a justificação da não concretização, bem como uma reflexão da prática profissional exercida durante o decurso do estágio. É de salientar que a análise tem por base o Projeto de Estágio (ANEXO I) e os objetivos específicos delineados, bem como as atividades planeadas para serem desenvolvidas durante o mesmo. Estes tiveram como linha orientadora as competências comuns do enfermeiro especialista, tais como, as competências comuns do enfermeiro especialista (A1, A2, B3, C1, C2, D1, D2) e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica (H1,H2, H3, H4, H5, H6, H7).

Objetivos Específicos:

1 Conhecer a estrutura física, organização e funcional da sala de partos do HESE-EPE e do Hospital de São Bernardo

Facilitar a integração nos recursos físicos, materiais e humanos (equipa multidisciplinar) do serviço, conhecendo a dinâmica da equipa multidisciplinar e as atividades que desenvolvem, contribuindo para um progressivo desenvolvimento da autonomia e das relações profissionais, fundamental para a auto aprendizagem e por

consequente para um bom desenvolvimento e desempenho profissional e pessoal, como EESMOG.

Competências Adquiridas: A1, A2, B3, C1,C2, D1,D2, H2, H4, H6

A integração possibilita o conhecimento do contexto de modo mais aprofundado e específico, e conseqüentemente, ajuda na prestação de cuidados de forma global, continuada e conjunta, característica essencial de uma equipa multidisciplinar

Tornou-se crucial conhecer a estrutura física e a dinâmica dos serviços porque permitiu-me rentabilizar as intervenções de enfermagem especializadas prestadas às utentes, nos diferentes contextos de cuidados. O contato com o material e o equipamento existente, durante a primeira semana de estágio (e a 10ª semana devido à mudança de contexto de estágio), tornaram-se essenciais para a minha integração e aquisição de aprendizagens nos respetivos serviços, ou seja, cada contato com algo novo ou desconhecido exigiu um reequacionar de atitudes, de atividades e de prioridades que levaram a novas descobertas e, conseqüentemente, às minhas aprendizagens.

A primeira semana, em cada contexto, do estágio teve como principal preocupação/objetivo conhecer as particularidades dos serviços com a colaboração das enfermeiras cooperantes e posteriormente de outros elementos da equipa de enfermagem, com os quais colaborei em inúmeras atividades desenvolvidas, de modo a dar resposta ao objetivo delineado e a possibilitar a prestação de cuidados de enfermagem especializados. O método de distribuição do trabalho de enfermagem é realizado segundo o enfermeiro responsável, verificando-se este método de trabalho nos dois contextos de estágio.

A equipa multidisciplinar demonstrou-se com grande aceitação e disponibilidade na minha receção/integração no estágio, o que me permitiu uma maior abertura para esclarecer dúvidas e um grande apoio e colaboração na prestação de cuidados, essencialmente nos primeiros dias.

Para que o processo de desenvolvimento das aprendizagens profissionais possa ter lugar, é indispensável conhecer a estrutura física, organização e funcionamento do serviço em causa.

As primeiras atividades desenvolvidas permitiram validar alguns objetivos antes de aprofundar mais a integração, ajudando a direcioná-la, consoante as necessidades sentidas inicialmente.

Em termos de integração, esta foi atingida na primeira semana e à posteriori na 10ª semana, embora tenha sido aprofundada nas semanas subsequentes, como em qualquer processo de adaptação e aprendizagem contínua. A integração possibilita o conhecimento do contexto de modo mais aprofundado e específico, e conseqüentemente, facilitador à prestação de cuidados de forma global, contínua e conjunta, característica de uma equipa multidisciplinar.

A equipa multidisciplinar mostrou-se completamente disponível para colaborar na integração do serviço e na aquisição de novas competências. Penso que consegui atingir na plenitude os objetivos por mim delineados. A reflexão e consciencialização dos objetivos/metapas previamente delineados foram os fatores que promoveram o alcance deste objetivo, o que levou a uma modificação na forma de pensar, de atuar e de cuidar.

2 Desenvolver competências no âmbito da gestão de cuidados.

O domínio da gestão faz parte das competências comuns do enfermeiro especialista e, como tal, devem fazer parte dos objetivos do domínio de enfermeiro especialista na sala de partos. O profissional especializado detenha um conhecimento aprofundado e demonstre níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão no âmbito da gestão, a par dos outros domínios considerados.

Competências adquiridas: A1, A2 B3, C1,C2, D1, D2

No que concerne a este objetivo, primeiramente verificou-se a necessidade de identificar a área de maior interesse, com validação da enfermeira chefe de cada serviço. Para tal foi essencial saber o número de enfermeiros por turno, que variaram de contexto para contexto. No primeiro independentemente do número de ocupação da sala de Partos eram 2 enfermeiras especialistas por turno, estas também asseguravam as urgências de obstetrícia. No segundo contexto, na sala de partos existiam sempre 2 especialistas e 2 enfermeiras generalistas, a urgência era assegurada por uma enfermeira especialista.

Durante o decorrer do estágio ocorreram vários momentos de debate com o chefe de equipa sobre algumas características da organização, nomeadamente a distribuição os elementos da equipa; o funcionamento e gestão dos serviços.

No primeiro contexto de estágio o material era repostado em dias alternados pela enfermeira chefe. A esterilização ficava a cargo da assistente operacional, que procedia à desinfeção e confirmação diária dos materiais provenientes da esterilização.

No segundo contexto a organização era diferente. Diariamente o material era reposto nas boxes pelas enfermeiras, e mensalmente era revisto todo o material devido ao prazo de validade do mesmo. A esterilização também era a cargo das assistentes operacionais mas no concerne à receção do material oriundo da esterilização este era sempre confirmado pela enfermeira especialista chefe de equipa.

Foi possível colaborar na reposição de stocks de material nas salas de dilatação, sala de partos e respetivas boxes. Consegui atingir este objetivo, apesar da área de gestão ser uma área muito complexa mas motivante porque sempre foi uma área com muito interesse pessoal. Para o alcançar foi crucial a mobilização de conhecimentos adquiridos na unidade curricular de gestão, efetuando cuidados especializados de enfermagem tendo em conta a organização, normas e protocolos dos serviços, respeitando a gestão de recursos humanos e materiais. Colaborei na concretização de projetos e/ou atividades de promoção da qualidade e melhoria contínua, que se encontra em vigor no segundo contexto, Maternidade com Qualidade (tem como objetivo garantir a segurança e qualidade dos cuidados através da efetiva regulação do exercício profissional com a obtenção de mais e melhores cuidados de saúde).

3 Aprofundar/Aperfeiçoar competências cognitivas, técnicas e relacionais no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/família no domínio da ginecologia em situação de urgência.

O aperfeiçoamento de competências nesta área, apesar de esta temática já ter sido abordada anteriormente no estágio II, é essencial para o processo de aprendizagem a prestação de cuidados especializados em situação de urgência, adquirindo uma nova visão (de especialista) e contribuindo para a saúde da mulher/família, ao longo do seu ciclo vital.

Competências adquiridas: A1; A2; B3; C1; C2; D1; D2; H6

O estágio foi muito rico no concerne à prestação de cuidados na urgência, essencialmente no segundo contexto de estágio, devido se ter verificado um reduzido número de parturientes e para rentabilização da minha aprendizagens fui inúmeras vezes para o serviço de urgência.

Um dos princípios cruciais é proceder ao acolhimento da mulher/ casa/família de forma individualizada, tendo em conta os aspetos psicossociais, respeitando a privacidade e desenvolvendo uma relação de confiança mostrando disponibilidade, diminuindo a

ansiedade e promovendo a confiança. Deste modo promoveu-se uma comunicação verbal e não-verbal eficaz de forma a estabelecer uma relação profissional adequada. O acolhimento na área da saúde pode ser entendido como uma ciência e uma arte sendo um aspeto essencial do Cuidar em Enfermagem. Este não compreende somente informar sobre as rotinas, inserindo-se numa dimensão muito maior de relação de ajuda. (Correia, 2013)

Este primeiro contato com a unidade hospitalar é determinante, podendo dar-se início a uma relação de ajuda, cumplicidade, reciprocidade ou, pelo contrário, levar a um desajuste de relacionamento que irá afetar a parturiente de forma negativa, durante todo o internamento. (Ziegel e Cranley, 1985).

Para realizar a avaliação inicial à mulher/família que recorreu ao serviço de urgência, no sentido de identificar necessidades e potenciais complicações, realiza-se a identificação do motivo que desencadeou a recorrência ao serviço de urgência e consultando o processo e da colheita de dados realizada, previamente na triagem para aquisição de mais informações, completando os através da:

- Entrevista: antecedentes pessoais; obstétricos e ginecológicos, planeamento familiar, patologia mamária e/ou ginecológica, climatério; alergias; medicação; entre outras.)
- Observação física e emocional;

Após determinar o motivo que desencadeou a ida ao serviço de urgência é essencial planejar as intervenções de enfermagem, de acordo com os problemas identificados, estabelecendo as prioridades de atuação, de acordo com os dados colhidos e a observação realizada. A implementação dos cuidados especializados tem como base a promoção da autonomia e participação da utente. De acordo com a especificidade da patologia e os aspetos físicos, psicológicos, familiares e socioeconómicos, que possam intervir no processo de saúde/doença foram tidos em conta na prestação de cuidados à mulher/família. Para ter conseguido alcançar estes objetivos e serem atingidas as ações planeadas foi essencial demonstrar disponibilidade para a mulher/família para que esta exponha receios/dúvidas/necessidades de forma a estabelecer uma relação de ajuda de forma empática. A educação para a saúde à mulher/família, em relação aos cuidados realizados, de forma a minimizar as queixas da doente foram fundamentais para colmatar as lacunas de conhecimentos da utente em relação aos cuidados prestados.

No decorrer do estágio deparei várias vezes com senhoras que recorriam ao serviço de urgência por menometorragias, prurido vaginal e uma situação de emergência, em que uma senhora com uma gravidez ectópica que entrou em choque. Nesta situação foi necessário atuar de imediato colocando um soro (lactato de ringer) em curso para repor a volémia, monitorização cardíaca e avaliação dos valores tensionais e posteriormente procedi ao encaminhamento para o bloco operatório. Frequentemente prestei cuidados a senhoras com abortos em evolução, onde era essencial manter em vigilâncias as perdas hemáticas e realizar frequentemente a monitorização dos parâmetros vitais. Geralmente nestas situações ficaram internadas no serviço de patologia da gravidez.

É essencial que os registos de enfermagem sejam claros e precisos, realizados em supote de papel e no fim do estágio no SCLinic, de forma a evidenciar a situação e a evolução da mesma, de modo que permitam a continuidade dos cuidados. Sempre que necessário procedi ao encaminhamento para outras especialidades ou de internamento;

Foi muito importante a constante consulta de bibliografia para consolidação e atualização de conhecimentos.

Na maioria das situações que recorreram ao serviço de urgência, após a execução dos cuidados e da educação para a saúde, alertei a importância de uma vigilância regular nas consultas de planeamento familiar ou consultas de ginecologia.

4 Aperfeiçoar/aprofundar competências cognitivas, técnicas, e relacionais no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados em ESMO à puérpera / família em situação de urgência.

O aperfeiçoamento de competências nesta área, adquirindo uma visão de especialista e contribuindo para a saúde da puérpera/família em situação urgência.

Competências adquiridas: A1, A2, B3, C1,C2, D1,D2, H4

Embora tenha realizado muitos turnos no serviço de urgência nunca prestei cuidados a uma puérpera em situação de urgência. Apesar de ter planeado este objectivo não o consegui devido à situação descrita anteriormente.

5 Desenvolver competências técnicas, cognitivas e relacionais no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados à grávida/família em situação de urgência.

Pretende-se desenvolver competências referentes à prestação de cuidados de enfermagem especializados à grávida/família em situação de ida ao serviço de urgência.

Competências adquiridas: A1; A2; B3; C1; C2; D1; D2; H2

Inicialmente através da triagem procedia à identificação do motivo da ida ao serviço de urgência pela grávida, sem descuidar o acolhimento da grávida/casal de forma individualizada em ambiente calmo e acolhedor, tendo em conta os aspetos psicossociais da gravidez respeitando a privacidade e desenvolvendo uma relação de confiança mostrando disponibilidade, diminuindo a ansiedade e promovendo a confiança, promovendo uma comunicação verbal e não-verbal eficaz de forma a estabelecer uma relação profissional adequada.

Na avaliação inicial da grávida/família recorri à entrevista, observação, avaliação do bem-estar materno-fetal (exame físico, exame obstétrico, avaliação do bem-estar fetal), consulta de processo e boletim de saúde da mesma. Realizava a entrevista tendo como linhas orientadoras:

- Antecedentes de saúde pessoais: doenças com influência na gravidez, doenças crónicas, intervenções abdominais ou pélvicas, hábitos tabágicos, alcoólicos ou consumo de drogas, grupo sanguíneo e fator RH e estado vacinal;
- Antecedentes de saúde familiar: diabetes, hipertensão arterial, doenças genéticas, gemelaridade, doença psiquiátrica, consanguinidade);
- Antecedentes obstétricos: gestações anteriores, dados sobre partos anteriores, dados da gravidez atual (planeada ou não), presença de sinais presuntivos, de probabilidade ou positivos da gravidez; determinação da idade da gravidez e data provável do parto
- Observação física: sinais vitais, peso (aumento), pesquisa de proteinúria, glicosúria e cetonúria, pesquisa de alterações do esqueleto, observação das mamas e mamilos, pesquisa de edemas ou varizes, altura uterina, auscultação de batimentos cardio-fetais, pesquisa de problemas inerentes à grávida e de acordo com a idade gestacional, vacinação antitetânica/difteria, exames laboratoriais, ecográficos e avaliação do grau de risco;

- Avaliação emocional: alteração das emoções, aceitação da imagem corporal, adaptação ao futuro papel de mãe, relação mãe/pai/filho e estado emocional;
- Avaliação do bem-estar materno-fetal, exame físico, exame obstétrico, Manobras de Leopold, auscultação dos BCF, monitorização externa de CTG;
- Avaliação do estado de saúde do feto: auscultação da frequência cardíaca fetal, movimentos fetais, avaliação de sintomas anormais da mãe e/ou do feto;

Finda a colheita de dados procedia ao planeamento das intervenções de enfermagem, de acordo com os problemas identificados. Estabelecendo as prioridades de atuação, de acordo com os dados colhidos e a observação realizada. É de salientar que a implementação de cuidados especializados foi de acordo com a especificidade de cada situação, promovendo a sua participação e autonomia no processo de saúde/doença e a prestação de cuidados à grávida/família, teve em conta a especificidade da patologia associada e os aspetos físicos, psicológicos, familiares e socioeconómicos. Constatei que é nesta fase, grávida/casal/família em situação de urgência que estão mais suscetíveis a ensinamentos de educação para a saúde devido a estarem de certo modo vulneráveis, sendo a sua receptividade maior. Para se ter êxito neste aspeto é essencial demonstrar disponibilidade para a grávida/família expor receios/dúvidas/necessidades estabelecendo relação de ajuda de forma empática. Os ensinamentos realizados devem ir de acordo com o trimestre em que a mulher se encontra, de modo a minimizar/atenuar os problemas de saúde concomitantes com a gravidez e, conseqüentemente, controlar o risco gravídico. Sempre que me foi possível forneci informação sobre leis de proteção da parentalidade e seus direitos. É papel/competências do EESMOG a realização destas avaliações descritas anteriormente como a promoção/incentivação para a continuidade da vigilância da gravidez e a sua necessidade, no final é essencial a validação das informações fornecidas de forma a avaliar os ensinamentos realizados e combater as lacunas da mesma.

Os principais motivos de ida à urgência obstétrica que detetei foram: hemorragia do 2º trimestre, contratilidade, REBA, infeção do trato urinário, confirmação da gravidez, leucorreia, hiperémese gravídica, gastroenterite, vigilância do bem-estar fetal, entre outras. Dentro destas patologias a mais frequente eram grávidas de etnia cigana que vigiavam mal a gravidez e recorriam ao serviço de urgência para determinarem a idade gestacional e realizarem as ecografias dos respetivos trimestres. As grávidas que apresentavam contratilidade ficavam internadas, se não melhorassem com hidratação endovenosa. Nestes casos no primeiro contexto de estágio ficavam internadas na sala de partos para a

administração de tocolíticos para estarem sobre vigilância materno fetal contínua, durante o tratamento (monitorização externa e monitorização dos parâmetros vitais maternos); no segundo contexto as grávidas ficavam internadas na patologia da gravidez.

Realizados os cuidados planeados procedi a uma nova avaliação à grávida/família no sentido de avaliar os resultados dos cuidados prestados, a sua evolução. Efetuando os registos de enfermagem claros e precisos, em papel e no final do estágio no SCLinic, no primeiro contexto no ALERT, de modo a evidenciar a evolução da situação e permitam a continuidade dos cuidados.

Um das situações que no início me suscitaram mais dificuldades foram a identificação do trabalho de parto verdadeiro do falso. No caso de verdadeiro TP, encaminhei a grávida/casal para a sala de partos, demonstrei o espaço físico da sala de partos, e das boxes informei-os sobre as normas do serviço e procedimentos disponíveis, elucidei sobre a pretensão da analgesia epidural e se tinham executado algum plano de parto (no segundo contexto) e expliquei os direitos e deveres da grávida e do acompanhante.

O diagnóstico de TP nem sempre é evidente. Uma das definições mais comuns é aquela que refere a presença de contrações rítmicas capazes de promover a dilatação e a expulsão do feto; outra é a presença de contrações uterinas dolorosas acompanhadas de expulsão do rolhão mucoso com rotura da bolsa e expulsão do feto (Zugaib, 2008).

Pode se compreender por definição de trabalho de parto o conjunto de fenómenos que conduzem a (Graça, 2010):

- Apagamento e dilatação do colo uterino;
- Progressão do feto através do canal de parto;
- Expulsão do feto para o exterior.

Contrações uterinas que conduzem a apagamento e dilatação observáveis do colo. Início de contratilidade uterina regulares, involuntárias, dolorosas que diminuem de frequência mas aumentam de intensidade com o evoluir do trabalho de parto.

O processo de apagamento e dilatação do colo é diferente entre as nulíparas e as múltiparas. Nas primeiras inicialmente ocorre a dilatação do colo e posteriormente ao apagamento do colo. Nas múltiparas o apagamento e a dilatação são em simultâneo.

A contratilidade uterina origina modificações cervicais que conseqüentemente vão favorecer a descida da apresentação.

O diagnóstico incorreto de trabalho de parto inúmeras vezes leva a cesarianas, por esse motivo é crucial que o EESMOG saiba distinguir corretamente entre um trabalho de parto verdadeiro de um falso.

Trabalho de parto Verdadeiro	Trabalho de parto Falso
<p>1- Contrações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ocorrem regularmente, tornam-se mais intensas e mais prolongadas, ocorrendo cada vez mais próximas umas das outras; - Aumentam de intensidade com o caminhar; - Sentem-se na região lombar, irradiando para a porção inferior do abdómen; - Mantêm-se, apesar do uso de medidas de conforto. <p>2- Colo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mostra alterações progressivas (amolecimento, apagamento e dilatação assinaladas pelo aspeto sangrante); - Move-se de forma crescente para uma posição anterior; não podendo ser detetado sem exame vaginal. <p>3- Feto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A apresentação normalmente, está encravada na bacia, muitas vezes referida como a “descida” do feto (desanuviamento), o que facilita os movimentos respiratórios; ao mesmo tempo, a parte inferior da bexiga é comprimida pela pressão exercida pela apresentação. 	<p>1- Contrações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ocorrem de forma irregular, ou tornam-se regulares apenas temporariamente; - Muitas vezes param com o andar ou com a alteração de posição; - Sentem-se nas costas ou no abdómen acima do umbigo; - Muitas vezes podem ser eliminadas com medidas de conforto; <p>2- Colo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pode estar “mole” mas não há nenhuma alteração significativa no apagamento ou dilatação ou expulsão do rolhão mucoso; - Está muitas vezes numa posição posterior, não podendo ser detetado sem um exame vaginal. <p>3- Feto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A apresentação normalmente não está, encravada na pélvis.

(Bobak, Lowdermik, & Jensen, 1999)

Concluído este estágio atingi na plenitude este objetivo, tendo colmatado as minhas dificuldades com mais empenho da minha parte.

6 Desenvolver competências técnicas, cognitivas e relacionais no âmbito da prestação de cuidados especializados de enfermagem à parturiente/família em situação de Urgência Obstétrica.

O desenvolvimento de competências técnicas, cognitivas e relacionais, junto da parturiente/família integra-se dentro do objetivo geral do estágio, assim sendo, pretende-se desenvolver competências em situação de urgência obstétrica, contribuindo para o seu estado de saúde durante o TP.

Competências adquiridas: A1, A2, B3, D1, D2, H3.

O trabalho de parto é um processo fisiológico que tem por objetivo a expulsão do feto da cavidade uterina. Esse momento deve ter inerente inúmeros cuidados, no concerne à atenção, apoio físico e psicológico. Não só da parturiente mas também da família da mesma. É essencial que o parto ocorra em ambiente hospitalar, onde são asseguradas as melhores condições possíveis de assistência, quer ao recém-nascido como à mãe (Zugaib, 2008).

A assistência prestada pela enfermeira será adequada às condições da mulher, do feto e à evolução do trabalho de parto. Na admissão da grávida, a enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica (EESMOG) procede à colheita de dados. A entrevista, que nesta etapa, tem como objetivo obter informações sobre a aceitação da gravidez pela mulher e família, realização de consultas de vigilância pré-natal, conhecimento da grávida sobre fisiologia e conduta no trabalho de parto e parto, experiências e expectativas em relação ao parto e ao recém-nascido, preocupações, medos, queixas. Faz ainda parte do acolhimento orientar a grávida sobre as rotinas do serviço, tentando ambientá-la tanto quanto possível. O momento do internamento hospitalar reveste-se de alguma ansiedade para qualquer indivíduo. No contexto específico da gravidez e do trabalho de parto assume uma peculiaridade, associada à ansiedade e ao medo do desconhecido de que se revestem os momentos que precedem o nascimento do bebe (Graça, 2010).

No acolhimento da grávida devem-se proceder a determinadas avaliações e intervenções de enfermagem, que na maioria dos casos se encontram padronizados pelas instituições (Burroughs, 1995).

Inicialmente procedi à entrevista com a finalidade de obter informações inerentes à gravidez atual, e mas múltíparas às anteriores. Anteriormente constatei o motivo que levou a grávida a recorrer à urgência. No boletim verifiquei a vigilância pré-natal realizada, nº de

consultas, serologias, pesquisa de estreptococos B, doenças prévias à gravidez e decorrentes da gravidez. É de salientar que durante este período em que estamos a verificar a vigilância pré-natal deve ser mantido um diálogo com a grávida. Se referir desconforto as questões devem ser colocadas no intervalo das contrações, quando a mulher se consegue concentrar. A idade da mulher é de imensa importância para que possa realizar um plano de cuidados de acordo com a sua faixa etária. Mulheres nos extremos da idade reprodutiva (adolescentes ou após os 40 anos) têm necessidades diferentes e riscos inerentes à idade. A idade do pai da criança também deve ser facultada, bem como a profissão da grávida e do companheiro. A relação peso/altura pode ser indicador de risco de incompatibilidade feto-pélvica. Por exemplo uma mulher que teve um ganho ponderal elevado durante a gravidez (o ganho ponderal deve ser compreendido entre 17 – 20% em relação ao peso anterior à gravidez), pode ter uma incompatibilidade feto- pélvica. Nestas situações a cabeça do bebe possui uma configuração, tamanho ou está numa posição que não lhe permite atravessar a bacia materna. Por outro lado a bacia materna é demasiado pequena, possui uma configuração anormal ou alguma deformidade que impede a progressão do feto (Lowdermilk & Perry, 2008).

Também é de extrema importância a informação sobre os antecedentes pessoal e familiares de ambos os progenitores. Hábitos tabágicos, alcoólicos ou outras substâncias. Cirurgias anteriores a nível abdominal ou ginecológico.

Os antecedentes obstétricos, número de partos e características dos mesmos e respetivos pesos e índice de Apgar dos filhos anteriores (se prematuros ou de termo), caso de ser múltipara, É de extrema importância saber o índice obstétrico da mulher, para sabermos a história obstétrica da mesma, mas este dado pode ser constatado no boletim de grávida, só se pergunta se a gravidez foi mal vigiada (não possuía BSG). Questiona-se se ocorreram eventuais complicações no parto e puerpério anteriores. É determinante saber as intercorrências da atual gravidez. O grupo de sangue dos progenitores, se a mãe for Rh-, se efetuou a imunoglobulina Anti RH por volta das 28 semanas de gestação. Nos casos de ser Rh - deve-se proceder à identificação da grávida como tal, para que no momento do parto se proceda à colheita de sangue do cordão para tipagem do grupo do bebe.

A data da última menstruação para determinamos se a gravidez está bem data, podemos recorrer à regra de Naegele (UM + 7 dias – 3 meses, por vezes +1= DPP).

A avaliação analítica deve ser recente, pelo menos com menos de três mês, para determinar o estado geral da grávida, quer a anemias, função hepática e renal, imunidade à toxoplasmose, rubéola, VDRL, VIH 1 e 2, hepatites, citomegalovirus, como a determinação da proteína C reativa(PCR) que pode interferir no tipo de analgesia. Se existirem dúvidas devem-se proceder a uma nova colheita para confirmação dos valores.

No que concerne à pesquisa colonização de estreptococos B, se for positiva, institui-se terapêutica profilaxia segundo protocolo de cada unidade hospitalar (Zugaib, 2008). Se se verificar um parto vaginal com o estreptococo B positivo sem profilaxia antibiótica os bebés correm o risco eventual de infecção. Na entrevista também perguntei a existência de alergias medicamentosas ou alimentares.

A avaliação inicial da parturiente/família ocorreu com recurso a entrevista, observação, avaliação do bem-estar materno-fetal (exame físico, exame obstétrico, avaliação do bem-estar fetal), consulta de processo e boletim de saúde da mesma. No que concerne à observação física verifiquei: sinais vitais, peso, pesquisa de proteinúria, glicosúria e cetonúria, pesquisa de alterações do esqueleto, observação das mamas e mamilos, pesquisa de edemas ou varizes, altura uterina, auscultação de batimentos cardio-fetais, pesquisa de problemas inerentes à grávida e de acordo com a idade gestacional, vacinação antitetânica/difteria, exames laboratoriais, ecográficos e avaliação do grau de risco. Referente à avaliação do bem-estar materno-fetal, exame físico (descrito anteriormente), efetuei o exame obstétrico: Manobras de Leopold, auscultação dos BCF (IG inferior a 25 semanas), avaliação dos sinais de TP (descritos anteriormente), realização do toque vaginal para verificação das características do colo uterino (verificação do apagamento e dilatação), da estática fetal, da permeabilidade das membranas amnióticas (caraterística do LA, em caso de rotura) monitorização externa de CTG (avaliação e registo da atividade/dinâmica uterina e as respectivas caraterísticas). Após estabelecidas as prioridades de atuação, de acordo com os dados colhidos e a observação realizada procedi à implementação de cuidados especializados, de acordo com a especificidade de cada situação, promovendo a sua participação e autonomia no processo de saúde/doença. Os cuidados prestados à parturiente/família, sempre planeados e executados, tendo em conta a especificidade da patologia associada e os aspetos físicos, psicológicos, familiares e socioeconómicos, culturais/étnicos. É de extrema importância demonstrar disponibilidade para a parturiente/família para que esta exponha receios/dúvidas/necessidades, para tal estabeleci uma relação de ajuda de modo empático.

A integração do elemento significativo da parturiente (marido/companheiro, familiar, amigo(a), entre outras), que possa apoiar e transmitir segurança é fulcral para que esta sinta segurança durante todo o processo de TP e parto. Procedi sempre à verificação de plano de partos ou a vontade de realizar analgesia epidural, termo de consentimento informado assinado, dando especial atenção à elucidação da parturiente da singularidade da dor no TP. Independentemente da realização do curso de preparação para o parto, que a parturiente tenha ou não efetuado, na medida do possível, tenta-se aplicar os ensinamentos adequados e pertinentes à situação, que permitam a parturiente/família colaborar ativamente no TP, através do controlo respiratório e do relaxamento neuromuscular, de forma a minimizar/atenuar os desconfortos do TP, reforço positivo.

Sempre que solicitado pela mulher, ou periodicamente, disponibilizei roupa, penso/fralda, de acordo com a situação e sempre que solicitado a parturiente realizou higiene.

Após o acolhimento da parturiente, implementados e prestados os cuidados procedi à avaliação dos cuidados implementados efetuando os registos de enfermagem claros e precisos, em suporte de papel ou no ALERT, de modo a que evidenciar a evolução da situação e que permitam a continuidade dos cuidados.

Este objetivo foi atingido na sua plenitude, durante o decorrer do estágio, no primeiro contexto as senhoras desde que se encontrassem em TP eram internadas no bloco de partos, por seu lado no segundo contexto, as senhoras se estivessem em fase latente do TP eram internadas na patologia e só eram transferidas para o bloco de partos na fase ativa do TP, ou seja, com uma dilatação de 3/4cm.

7 Desenvolver competências técnicas, cognitivas e relacionais no âmbito da prestação de cuidados especializados de enfermagem à parturiente/família durante o I estadio do TP.

O desenvolvimento de competências técnicas, cognitivas e relacionais, junto da parturiente/família integra-se dentro do objetivo geral do estágio, como tal, pretende-se desenvolver competências durante o I estadio do TP, que consiste no apagamento e dilatação do colo. Tem início com a instalação de contrações uterinas regulares e termina com dilatação completa do colo.

Competências adquiridas: A1, A2, B3, D1, D2, H3.

Aquando da admissão da grávida no serviço, é feita uma apresentação da equipa de enfermagem que se encontra a prestar cuidados durante o turno. Em relação ao espaço físico, eram informadas acerca do funcionamento da sala de partos assim como das regras do serviço. Tentei introduzir aspetos que tornassem o ambiente mais tranquilo, como a existência de música (no primeiro contexto), regulação da temperatura e da luminosidade. A parturiente era, ainda, informada dos métodos de gestão da dor, tanto farmacológicos (anestesia epidural) como não farmacológicos (uso de bola pilates, deambulação livre ou duche). Neste momento, perguntava ainda à parturiente em relação à laqueação do cordão umbilical do RN, o desejo do contato pele com pele, onde o RN era colocado sobre o abdómen da mãe e, ainda, o desejo de amamentar, se o queria fazer na primeira hora de vida.

Segundo Lowdermilk e Perry (2008) o trabalho do EESMO não passa apenas pela parturiente. Este trabalho passa também pelo apoio aos acompanhantes, respeitando a sua decisão sobre o grau do envolvimento, informando-o sobre o desenvolvimento do TP, sobre as necessidades da mulher e ensinando-lhe medidas de conforto e formas de participação no decorrer do TP e parto. Para que o TP se desenrolasse com a maior das tranquilidades, a privacidade era valorizada, a iluminação da sala era desligada quando não necessária e o ruído era reduzido ao mínimo (salvo os casos em que a música era ligada, se a parturiente assim o desejasse). O acompanhante era encorajado a participar nos cuidados à parturiente para que esta sentisse segurança e livre para usar as técnicas de relaxamento que achasse mais indicadas, como preconizado por Lowdermilk e Perry (2008). Todo o processo e todos os procedimentos associados ao TP eram explicados à parturiente visando abertura por parte desta em relação às mudanças necessárias ao ambiente para o parto, sendo este desenvolvido num sentimento de cuidado e conforto. Desta forma tentávamos criar uma experiência positiva, minimizando os receios e as incertezas. Os sentimentos de receio e ansiedade surgem com naturalidade nas parturientes e acompanhantes, podendo estar relacionados com a questão do internamento, com o bem-estar materno-fetal ou mesmo com a falta de conhecimentos sobre o TP e seus procedimentos (Lowdermilk e Perry 2008).

Enquanto estudante do EESMOG desenvolvi as intervenções no âmbito do apoio emocional, cuidados físicos e medidas de conforto, aconselhamento e informação à parturiente e seu acompanhante. Hodnette (2011) afirmam que as parturientes com apoio contínuo têm maior propensão a um parto vaginal espontâneo, a um TP mais curto e apresentam uma menor probabilidade de complicações e intervenções obstétricas (como a

indução do TP, episiotomia ou partos distócicos) e têm menor necessidade de analgesia, resultando numa maior autoestima e satisfação.

Uma das primeiras atividades que desenvolvi durante este estadió do TP foi a avaliação e promoção do bem-estar físico e emocional da parturiente, que de certa forma condicionam todo o decorrer do processo. Uma mulher ansiosa tem maior dificuldade em manter o controlo e participar de forma ativa em todo o TP, onde ela deve ter um papel ativo e não passivo. Para que tal se verifique é necessário proceder à explicação/elucidação de todos os procedimentos à parturiente/ família dando especial atenção e esclarecimento de dúvidas que possam surgir. É uma das competências do EESMOG interpretar todas as verbalizações da parturiente quer as verbais como as não-verbais, através da interpretação da linguagem da mulher consegue o estabelecimento e manutenção da relação de ajuda de modo empático.

Através da realização das Manobras de Leopold pode identificar a apresentação, a posição e o nível de encravamento da apresentação e o tamanho do feto, fator que foi muito importante para o meu desenvolvimento e aquisição de competências. Através das Manobras de Leopold são adquiridos também outros dados importantes, tais como a situação (longitudinal, transversal e oblíqua), a posição (direita ou esquerda) e o local onde se deteta a intensidade máxima da FCF. As variações destes fatores podem revelar risco para o desenvolvimento de complicações durante o TP. A Manobra de Leopold permitiram-me obtém-se da orientação para a colocação do Tocodinamómetro e da Ultrassonografia de Doppler da CTG no abdómen materno, permitindo assim a monitorização da FCF, contrações uterinas e movimentos fetais.

Posteriormente procedia à avaliação dos sinais vitais, e este eram reavaliados conforme a necessidade, protocolo do serviço ou prescrição médica. No que concerne à avaliação do bem-estar materno-fetal, foi efetuado através de:

➤ Avaliação e interpretação dos parâmetros relativos à variabilidade, reatividade, FCF (linha média basal) e dinâmica uterina (intensidade, frequência e amplitude) com base no CTG. Segundo o que Graça (2010), demonstrou, o registo contínuo da FCF e das contrações uterinas permitem a avaliação da variabilidade da FCF, a deteção de padrões periódicos e a vigilância de mais um feto/mulher pelo EESMO. A interpretação do CTG possibilitou-me conhecer/determinar diversas situações relacionadas com a FCF, alterações da variabilidade, o aumento da contratilidade uterina, taquissistolias, a descida da apresentação, taquicardia fetal, entre outras, e consequentemente agia em consonância com as medidas terapêuticas ou

profiláticas, tais como: aumento da perfusão de soro glicosado, alternância de decúbito lateral, administração de oxigenoterapia, fornecimento de aporte de açúcar através de rebuçado ou chá açucarado, entre outras.

Através do toque vaginal era realizada a avaliação da progressão do TP, de forma a proceder à identificação das características do colo (posição, grau de apagamento, dilatação), tipo de bacia, integridade das membranas amnióticas, grau de descida do feto segundo os planos de Hodge, posição e variedade da apresentação. O toque vaginal foi efetuado consoante as queixas da parturiente, se alterações no CTG ou antes e depois de efetuada analgesia epidural e não de forma rotineira. Os primeiros toques realizados, com consentimento da mulher, foram também realizados pela Enf. Cooperante de modo a conferir e clarificar a minha avaliação. Este exame deverá ser realizado apenas após consulta da última avaliação no partograma e se o estado materno fetal o indicar, pois este exame causa desconforto na mulher, podendo gerar traumatismos nos tecidos e infeções (principalmente em RN de mães com streptococcus B positivo) (Lowdermilk e Perry 2008).

No primeiro contexto de estágio não era permitida a ingestão de líquidos durante o TP. No segundo contexto a ingestão de líquidos e gelatina era permitido, sempre que possível. Apesar de se manter a hidratação oral com líquidos cristalinos (água e chá) era essencial a hidratação EV, para tal era puncionada uma veia periférica e administração de terapêutica, se prescrita, se possível utilizar um abocat de calibre 18. Nos casos de a mulher querer um parto natural foi sempre negociado a com a mesma, através da elucidação dos benefícios de ter um acesso venoso para qualquer eventualidade, neste caso colocava-se um cateter obturado.

No decorrer do TP é da competência do EESMOG avaliar a dor da mulher e relacionar as queixas com o período e fase do TP, planeando e implementando intervenções farmacológicas e/ou não farmacológicas para promover o alívio da dor, tendo em conta a situação específica e as preferências da parturiente e acompanhante, sem descuidar a elucidação da parturiente da singularidade da dor no TP. Inicialmente promovi junto da parturiente para a adoção de uma posição confortável, dando preferência à posição de decúbito lateral, de modo a diminuir a obstrução dos grandes vasos sanguíneos pelo útero grávido, promovendo o repouso da parturiente. Os ensinamentos sobre os movimentos respiratórios e as técnicas de relaxamento a adotar entre as contrações e a sua importância para minimizar a dor são umas das estratégias não farmacológicas muito utilizadas em ambos os contextos de estágio.

O uso de analgésicos no TP de parto foi recorrente durante o decorrer do estágio, o que exigiu-me maior conhecimento sobre farmacologia e sobre os diferentes tipos de analgesias que podem ser usados durante o TP. Este conhecimento torna-se importante para que o EESMO seja capaz de colaborar com o anestesista de uma forma consciente e informada. Foi essencial a minha aprendizagem para colaborar na técnica de analgesia epidural ou sequencial, para tal era necessário:

➤ Verificar se a folha de consentimento da grávida está assinada, e se esta tinha alguma questão/duvida após leitura da mesma;

➤ Preparar física e psicologicamente da parturiente, tendo em conta a posição mais adequada, a dilatação do colo uterino e a presença de contração na altura da punção da anestesia epidural (punção do espaço intervertebral), em colaboração e de acordo com o anestesista;

➤ Preparar da mesa para realização da técnica anestésica, nomeadamente:

- ✓ Kit para anestesia epidural;
- ✓ Cateter epidural ou sequencial;
- ✓ Compressas;
- ✓ Preparação de Ropivacaina e Sufentanil, segundo indicação do anestesista;
- ✓ Soro Fisiológico;
- ✓ Betadine;
- ✓ Seringa de 5ml e 10ml;
- ✓ Agulha endovenosa e subcutânea;
- ✓ Adesivos e fixador do cateter epidural.

➤ Vigilância dos seus efeitos colaterais e despiste de complicações, incentivar a parturiente em realizar movimentos com os membros inferiores de modo a prevenir as parestesias;

➤ Administração de Lactato de Ringer EV (para promoção da expansão plasmática, a fim de evitar hipotensão arterial), com monitorização contínua da FC, TA e oximetria de pulso, esta vigilância foi sempre mantida nos 20 minutos após a administração da analgesia.

A analgesia permite à parturiente relaxar durante as contrações, acelerando a progressão do TP. Permite o controlo ou a diminuição da dor o que favorece a parturiente/casal a participar ativamente no nascimento do RN, uma vez que a fadiga foi minimizada. É de salientar que analgesia só era realizada na fase ativa do TP, anteriormente pode levar a uma não progressão do TP.

No primeiro contexto de estágio, procedi a indução do TP através de administração de PO (perfusão ocitócica, que tem como objetivo estabelecer uma dinâmica uterina que permita a evolução do TP (Graça, 2010)), em bomba infusora. Como através de prostaglandinas (misoprostol), segundo prescrição médica de acordo com a avaliação do índice de Bishop. Durante o período de administração de indutores do TP a mulher deve estar monitorizada cardiotocograficamente de modo a ser facilmente detetadas as alterações precocemente, que determinam a suspensão ou diminuição do ritmo da perfusão, nomeadamente quando se verifica: taquissístolia, desacelerações da FCF, não progressão no TP ou deteção da presença de mecónio no LA. Uma das práticas que em ambos os contextos de estágio realizei quando o TP se encontrava estacionário, foi a amniotomia. Inicialmente tive algum receio em realizá-la, devido ser necessário muita perícia e percepção da bolsa de águas, mas com o apoio das enfermeiras cooperantes e o decorrer do estágio este receio foi ultrapassado.

Um dos cuidados que por vezes são descurados mas são de enorme importância é a realização de cuidados de higiene e conforto, tais cuidados demonstram preocupação pelo bem-estar da utente, uma vez que existem TP muito prolongados, com observações vaginais frequentes e com as inerentes libertações de fluidos (rolhão mucoso, LA, urina) e fezes, o que se torna extremamente desconfortável e colocam as parturientes fragilizadas e o que pode levar ao constrangimento, que pode interferir negativamente no desenrolar do TP, para além de aumentar o risco de infeção.

No que concerne à vigilância da eliminação vesical deve ser frequente e em caso de retenção urinária procedi ao seu esvaziamento. Durante o TP as parturientes devem ser incentivadas a urinar frequentemente, para tal é essencial realizar a elucidação da importância de a bexiga não se encontrar cheia, porque é um motivo causador, de desconforto, atraso o TP, dificultador da descida da apresentação. Originada pela pressão que a bexiga exerce sobre o útero.

As alterações hemodinâmicas também são muito importante a sua deteção, pois podem ocorrer regularmente, para tal, é essencial dar valor às queixas que a parturiente manifeste, quer verbalmente ou não (por exemplo: sensação de lipotímia, tonturas, náuseas, hemorragia, palidez, entre outras) como a avaliação periódica das mesmas. A hipertermia foi uma das alterações mais frequente durante o estágio, que por vezes foi detetada através de taquicardia fetal. É um dos indicadores associado a infeções, logo, o seu despiste tem que ser realizado

frequentemente. Nas situações em que a rotura de membranas é superior a 6 horas (no primeiro local de estágio e 12 h no segundo local) ou na presença estreptococos B vaginais positivo, verificava-se um risco infeccioso acrescido. Nestas situações procedia-se à colheita de sangue para hemograma e PCR e era iniciado o protocolo profilático da infecção perinatal (2 g de Ampicilina EV inicial – dose de impregnação – e posteriormente 1 g de 6/6 horas, de acordo com a prescrição médica).

No que diz respeito a patologias concomitantes com a gravidez, só tive várias situações de diabetes gestacional ou diabetes prévia à gravidez, nestes casos atuei de acordo de acordo com os protocolos do serviço ou prescrição médica (que eram diferente entre os dois contextos). Os de registos de enfermagem foram efetuados no ALERT e em suporte de papel, partograma (incluindo a cervicometria). A progressão do TP era registada no partograma, no qual se realizava o registo da dilatação e extensão do colo e a descida da apresentação, além de outros dados relacionados com a FCF, integridade das membranas e contratilidade uterina.

No que concerne às atividades desenvolvidas, pode-se destacar a avaliação do bem-estar materno-fetal através de cardiotocografia externa, e tive uma experiência de colocação de uma monitorização interna (colocação do eletrodo é feita diretamente no escalpe fetal, longe das fontanelas e suturas, com um condutor próprio, não podendo ser aplicado nas apresentações de face e pélvicas (Graça, 2010)), para avaliação e interpretação dos parâmetros relativos à variabilidade, reatividade e linha basal da FCF, assim como as características do padrão das contrações uterinas (contratilidade uterina).

A vigilância dos CTG's é realizada através de um computador central onde se pode visualizar todas as mulheres internadas. Assim, aquando da admissão da parturiente, é essencial a identificação do CTG. Na central para que não se verifiquem cruzamento de dados. A central permite efetuar uma vigilância contínua do bem-estar materno-fetal sem estar junto da mulher. Na eventualidade de alguma alteração dos parâmetros/ características do CTG, o computador emite um alarme visível por todos, devido os monitores estarem colocados em local estratégico para ser de fácil observação.

No decorrer do estágio tive uma situação de sofrimento fetal agudo (bradicardia fetal) que não foi possível reverter com as medidas de atuação descritas anteriormente, que foi resolvido por um parto distócico por cesariana. O RN teve um bom IA:9/10, era uma compressão do cordão umbilical. Outra situação crítica foi um descolamento de placenta

com o RN à vulva que se conseguiu controlar com um parte eutócico porque a parturiente realizou de forma ativa, a colaboração nos esforços expulsivos e o nascimento ocorreu em menos de 5 minutos após se verificar a hemorragia. No segundo contexto de estágio também tive outra suspeita de descolamento de placenta, perda sanguínea abundante a aquando da contração, ecograficamente não se visualizava descolamento, esta situação só se confirmou após o parto através da revisão da placenta onde foi detetado o descolamento.

Outro sinal indicativo de possíveis complicações (por exemplo: descolamento de placenta, sofrimento fetal, infeção) é a presença de LA com características anómalas (por exemplo: sangue, “*tinto de mecónio*”, cheiro fétido). Deve-se dar especial atenção quando detetadas, devendo ser comunicadas de imediato à equipa médica. Durante o estágio, houve oportunidade de identificar algumas situações de LA “*tinto de mecónio*” e mec. III, as quais se resolveram em partos eutócicos não necessitando de cesariana.

As queixas maternas são um dos fatores determinantes na avaliação da progressão do TP, na determinação do bem-estar materno-fetal ou no despiste de possíveis complicações, como tal, faz parte das competências do EESMO identificá-las e valorizá-las durante todo o TP.

As atividades planeadas neste objetivo foram alcançados na sua plenitude, tendo adquirido as competências que me propus alcançar. Mas é importante salientar que é essencial o continuo trabalho para conseguir lapidar as mesmas e de certo modo as consolidar.

8 Desenvolver competências técnicas, cognitivas e relacionais no âmbito da prestação de cuidados especializados de enfermagem à parturiente/família durante o II estadio do TP.

O desenvolvimento de competências técnicas, cognitivas e relacionais, junto da parturiente/família integra-se dentro do objetivo geral do estágio, como tal, pretende-se desenvolver competências durante o II estadio do TP. É o período em que o feto nasce, começa com a dilatação completa e termina com a expulsão do feto.

Competências adquiridas: A1, A2, B3, D1, D2, H3

Após o primeiro período do TP segue-se o período expulsivo, que tem uma duração normal de cerca de 45 - 60 minutos na nulípara e de 15 – 20 minutos na múltipara (Graça, 2010). Tendo em conta essa estimativa, preparava-se e verificava-se todo o equipamento e

material necessário para executar o parto, mantinha-se o ambiente calmo e aquecido na sala, a privacidade e a realização de cuidados perineais à parturiente, quando necessário. Os esforços expulsivos maternos podem ser ou não orientados, precoces (logo após a dilatação completa) ou tardios (quando a parturiente sentir vontade de fazer força). A tomada de decisão no que diz respeito ao momento em que se deve orientar a parturiente para iniciar os esforços não deve ser baseada apenas e exclusivamente na dilatação cervical completa, pois a posição, a apresentação e o bem-estar fetal representam importantes fatores a ter em consideração (Graça, 2010).

A parturiente era incentivada a adotar a posição que mais lhe fosse confortável, sendo-lhe sugeridas estratégias para melhorar o puxo (uso das barras laterais ou afastar e fletir os joelhos), e recorrendo ainda ao incentivo e ao reforço positivo de forma a ajudar a mulher a manter os esforços expulsivos e a colaborar no parto. Além disso, os ângulos entre o feto e a bacia da mulher mudam constantemente conforme a adaptação e progressão do feto ao longo do canal de parto (Graça, 2010), logo, a parturiente pode assumir várias posições para o nascimento. Ao longo do período expulsivo, a parturiente era encorajada a continuar os esforços expulsivos, assistida nos posicionamentos e incentivada a repousar no intervalo das contrações, sendo instruída a respirar profunda e lentamente. No segundo contexto, a parturiente era encorajada a iniciar esforços expulsivos semi-sentada na cama com as pernas afastadas e fletidas, puxando os joelhos para si ou então verticalizada e aquando da contração realizava agachamento. Esta última posição permite que para além das contrações e dos esforços expulsivos maternos, se utilize a força da gravidade para a fase de descida.

A descida da apresentação fetal, o plano de Hodje e o mecanismo de parto iam sendo vigiados, assim como as contrações uterinas e a FCF atentamente monitorizadas através do traçado cardiotocográfico. As condições apresentadas pelo períneo eram avaliadas à medida que a cabeça começava a coroar. Neste período permanecia sempre junto à parturiente, realizando um acompanhamento contínuo.

Primeiramente eram asseguradas as condições ambientais da sala e providenciar a operacionalização do equipamento e material necessário para o parto, entre os quais a mesa de parto: trouxa de parto (Kit de ferros de parto), bata e máscara, luvas esterilizadas, compressas esterilizadas, linhas de sutura, se necessário e, de acordo com os diferentes planos (2/0 e 0), seringa de 20 ml, agulha de diluição e agulha IM, quando necessário efetuar anestesia local para episiotomia/episiorrafia, Kit para colheita de sangue do cordão para criopreservação de células estaminais, quando necessário, seringa de 5ml e agulha de diluição para proceder à colheita de sangue do cordão para determinação do grupo de sangue

do RN, no caso de mães rhesus negativas. Seringa de gases para colheita de sangue do cordão, se necessário (reba superior a 24h, patologia materna ou suspeita de sofrimento fetal).

É de enorme importância manter a parturiente/ acompanhantes informados da proximidade do parto, pedindo a sua colaboração.

No primeiro contexto de estágio tinha que ocorrer a decisão de realizar a transferência da mulher para a “sala de partos” (anteriormente encontravam-se nos quartos de dilatação) no segundo contexto não era necessário devido as mulheres permanecerem sempre na mesma boxe. O posicionamento da parturiente para realizar esforços expulsivos, de acordo com o plano de parto/vontade da utente, tendo em consideração as condições existentes e prática profissional, que não ponham em causa a segurança e o bem-estar materno-fetal.

A Enf.^a Celeste proporcionou um enorme apoio e incentivo, através de um ambiente de calma e tranquilidade sempre presente para me apoiar, que considero ter sido um fator facilitado no processo de aprendizagem, devido com a proximidade do parto, ter sentimentos de medo, insegurança e receio de que algo não corre-se bem. Mas tentei sempre transmitir à parturiente/casal tranquilidade e segurança, recorrendo o incentivo positivo sempre que casal agia corretamente e corrigindo o que estava menos correto

Após realizar avaliação dos sinais do período expulsivo, confirmando a progressão da apresentação procedi à transferência da parturiente para o bloco de partos, no caso do HESE-EPE, em Setúbal não se verifica porque existem quartos individualizados. Posicionar da parturiente para realizar esforços expulsivos, de acordo com o plano de parto/vontade da mulher, condições existentes e prática profissional, que não ponham em causa a segurança e o bem-estar materno-fetal, confirmação das condições/caraterísticas da bacia e a variedade da apresentação do móvel fetal (avaliar os sinais do período expulsivo: o ânus entreabre-se, o períneo distende-se e a vagina abre-se gradualmente a cada contração, confirmando a progressão da apresentação). Colocar os campos esterilizados e limpeza/ desinfeção da área perineal, mantendo sempre a estimulação verbal com reforço positivo para a necessidade de executar esforços expulsivos. Se necessário administrava analgesia no períneo. Nesta fase identificávamos a necessidade de realizar tricotomia local e episiotomia médio-lateral esquerda (exceto se a mulher tiver recusado a sua realização, anteriormente realizar a avaliação das características da bacia) Relativamente a este procedimento, inicialmente tive algumas dificuldades no que concerne à avaliação da elasticidade do períneo, o que originou

a sua realização após avaliação da enfermeira cooperante. A proteção do períneo, sem o manipular, apenas lubrificando com gel lubrificante (lidocaína gel) para ajudar, assim, a distender os tecidos sem existir manipulação do períneo (no segundo contexto) o mesmo não se verificou no primeiro contexto onde o a mulher era orientada através de indicação do local onde necessita exercer os esforços expulsivo, logo originava uma maior manipulação do períneo. Proteger o períneo para evitar lacerações e controlar a expulsão da cabeça fetal, no primeiro contexto realizei inúmeras vezes a Manobra de Ritgen modificada (auxiliar a cabeça fetal a progredir controladamente, impedindo uma extensão intempestiva que podia causar lesões graves na parte anterior do períneo, através da qual se exerce pressão no occiput do RN e simultaneamente com a outra mão, protege-se e ampara-se o períneo com uma compressa, para evitar a ocorrência de lacerações (Bobak; Lowdermilk e Jensen, 1999) a fim de evitar a exteriorização brusca da cabeça fetal.

A identificação da presença de circulares cervicais após a expulsão da cabeça, se possível procedi à sua redução, seguidamente procedi à extracção do corpo fetal (retenção da cabeça fetal, extracção do ombro anterior e posterior e apoio do corpo fetal). Verificação da hora do nascimento.

No que concerne adaptação imediata do recém – nascido à vida extra uterina, realizei primeiramente, através da expressão manual das vias aéreas superiores do feto para que favorecer à libertação de mucosidades e impedimento de aspiração de secreções. O RN era colocado em contato pele a pele com a mãe e o cordão só era laqueado e/ou cortado, dando a possibilidade ao acompanhante/ mulher de procederem ao corte, após deixar de pulsar, no caso de não existir indícios de sofrimento fetal que impedissem de o realizar. Deste modo promovi a vinculação precoce da díade/tríade.

Caso necessário procedi à colheita de sangue do cordão umbilical para gasimetria, do grupo de sangue do RN e para criopreservação de células estaminais, quando necessário.

Durante o decorrer do estágio, devido aos contextos, realizei poucas episiotomias devido as enfermeiras cooperantes só recorrerem à sua realização em casos de extrema necessidade, nos partos realizados tive mais lacerações do períneo. Segundo as diretrizes da ACOG (2007, cit. por Amorim; Porto e Souza, 2010), a realização da episiotomia não se deve tornar um procedimento de rotina mas sim por indicação materna ou fetal: evitar lacerações maternas graves ou facilitar partos difíceis. Tal como a maior parte das situações, cada caso é um caso e por isso mesmo deve ser individualizada a cada mulher e a cada situação.

A congratulação dos pais pelo momento tão particular e inesquecível das suas vidas. Elogiar o casal por todo o trabalho desenvolvido, promove a autoconfiança e foi uma forma de agradecimento pela participação ativa em todo o processo.

Durante o decorrer do estágio tive 3 distócias de ombros que foram resolvidas com a manobra de Mc Roberts e uma apresentação occipitosagrada (bebe a olhar para a lua).

Sempre que não foi possível um parto eutócico e teve que se realizar um parto distócico, ventosa, fórceps ou cesariana, colaborei nos instrumentais e realizei/executei os cuidados imediatos ao RN.

9 Desenvolver competências técnicas, cognitivas e relacionais no âmbito da prestação de cuidados especializados de enfermagem à parturiente/família durante o III estadio do TP

O desenvolvimento de competências técnicas, cognitivas e relacionais, junto da parturiente/família integra-se dentro do objetivo geral do estágio, como tal, pretende-se desenvolver competências durante o III estadio do TP. Caracteriza-se pelo período que vai desde a expulsão fetal até à expulsão da placenta e das membranas fetais.

Competências adquiridas: A1, A2, B3, D1, D2, H3

O terceiro período do TP é compreendido entre o nascimento e a dequitação e ocorre ao fim de alguns minutos por ação das contracções uterinas e da redução da área de inserção devido à diminuição do volume uterino após a expulsão do feto (Graça, 2010).

Se a perda sanguínea fosse escassa e a puérpera se apresentasse em boas condições (hemodinamicamente), podia aguardar-se, a dequitação até 30 minutos após o parto. Ainda assim, foram realizadas vigilâncias no âmbito das manifestações clínicas da mulher, da consistência e volume uterino, da perda hemática vaginal e dos sinais que confirmavam o descolamento (útero globoso e firme, sinal do cordão, golfada de sangue). Após a confirmação do descolamento era solicitado à mulher que realizasse pequenos esforços expulsivos para a placenta se exteriorizar.

Durante a expulsão da placenta deve ser realizada tração da placenta de forma controlada para facilitar o seu deslocamento integral. Procedi à avaliação dos sinais de descolamento da placenta (expulsão de sangue em grande quantidade, tipo jato através do intróito vaginal, após expressão uterina o cordão não recolhe). Verificar a expulsão da placenta por tração controlada do cordão e ligeira pressão suprapúbica, seguidamente realizar a dequitação.

No momento da dequitação era identificado o mecanismo de expulsão, Schultze (o mais frequente) ou Duncan. Apesar de não ter importância clínica, sabe-se que o mecanismo de Duncan acarreta maior perda de sangue, pelo que a sua presença é um indicador para o risco de hemorragia (Rezende, 2011). No decorrer do estágio observei 5 dequitações sobre o mecanismo de Duncan. Imediatamente após a dequitação confirmava a formação do globo de segurança de Pinard, massajando circularmente o fundo uterino e iniciava a perfusão de ocitocica, de acordo com as perdas hemáticas. No final procedia à inspeção/revisão da placenta (forma, inserção, integridade dos cotilédones e anormalidade), cordão umbilical (inserção na placenta, 2 artérias e 1 veia e anormalidades) e membranas (verificação da integridade e se tem os dois folhetos, (âmnio e córion), garantindo a sua normalidade e expulsão completa da cavidade uterina. Tive a experiência ao realizar uma revisão placentar detetar uma placenta velamentosa (quando os vasos do cordão umbilical se separam, correm sob as membranas e só depois entram na placenta. Neste caso, como os vasos deixam de estar protegidos pela geleia de *Wharton* do cordão umbilical, podem ser comprimidos ou mesmo lacerados durante o trabalho de parto, provocando hipoperfusão fetal ou hemorragia fetal no caso de lacerados (Graça, 2010) e também uma placenta circunvalada (quando a face fetal deste tipo de placenta extracorial, apresenta uma depressão central, rodeada por um anel espesso e acinzentado). No interior deste anel a face fetal apresenta o seu aspeto habitual, com a inserção do cordão e os grossos vasos, os quais terminam abruptamente no anel marginal, que é formado por uma dupla camada de âmnios e córion com decídua degenerada e fibrina interpostas. Podem ocorrer hemorragias anteparto por rotura dos capilares da decídua não coberta pelo córion (Graça, 2010).

Posteriormente avaliava as perdas hemáticas, quanto à quantidade e características, de forma a despistar hemorragias.

A observação do canal vaginal para despiste de possíveis lacerações, avaliação das dimensões da episiotomia. A reconstrução do períneo, episiorrafia ou de sutura de lacerações, foi realizada inicialmente com ajuda da enfermeira cooperante mas com decorrer do estágio realizava-o de forma autónoma. Realizava as suturas com pontos contínuos na mucosa com fio de *Vicryl* 0 ou 2 zeros, pontos isolados com *Vicryl* 0 ou 2 zeros no músculo e sutura intradérmica na pele com *Vicryl* 2 zeros. Para efetuar tal técnica procedia à administração de analgesia no períneo, se necessário.

Para finalizar realizava a revisão da vulva e do períneo, pesquisando zonas de hemorragia e pesquisando a integridade da ampola retal (toque retal).

Muito importante procedia à limpeza do períneo com água oxigenada e colocava uma fralda e gelo, se necessário. Para terminar a puérpera era posicionada numa posição confortável e dava ênfase à promoção da adaptação do RN à mama (caso a mãe assim o deseje) e do estabelecimento da vinculação precoce da díade/tríade.

Terminados os procedimentos eram realizados os registos do parto no livro de partos e do RN, no partograma e em suporte de papel, no sistema de Alert, no BSG.

No decorrer do estágio vivenciei uma situação de retenção placentar onde foi realizada uma dequitação manual.

10 Desenvolver competências técnicas, cognitivas e relacionais no âmbito da prestação de cuidados especializados de enfermagem à parturiente/família durante o IV estadio do TP.

O desenvolvimento de competências técnicas, cognitivas e relacionais, junto da parturiente/família integra-se dentro do objetivo geral do estágio, como tal, pretende-se desenvolver competências durante o IV estadio do TP. Compreende as primeiras duas horas após o parto a puérpera permanecerá no bloco de partos, devendo ser sujeita a uma adequada vigilância por parte do EESMO, segundo alguns autores é o IV estadio do TP.

Competências adquiridas: A1, A2, B3, D1, D2, H3

Através do apoio e disponibilidade à puérpera e ao acompanhante, que me facilitou a realização dos ensinamentos, sempre recorrendo ao reforço positivo.

Nas duas horas após o parto é essencial a avaliação dos sinais vitais para despiste de hemorragias e no caso de diabetes gestacionais a avaliação da glicémia capilar também é importante. Nas primeiras 2 horas após a dequitação, denominadas de puerpério imediato, as utentes permanecem no Bloco de Partos sob a vigilância do EESMO de modo que se possam detetar precocemente de sinais e sintomas de alerta para despiste de situações de urgência ou emergência (palidez, sudorese, hipotensão, taquicardia, hemorragia, entre outros). No que concerne à amamentação, observar as mamas e mamilos, quanto à consistência, formato e existência de colostro, com o objetivo da promoção da adaptação do RN à mama, se for desejo da mãe.

Terminado o puerpério imediato, realizei a avaliação global da puérpera verificando sempre:

- Avaliação do útero (AFU, consistência, presença de globo de segurança de pinard bem formado, localização) e realização da expressão uterina, observação das perdas hemáticas (cor, cheiro, quantidade, presença de coágulos);
- Avaliação dos sinais vitais de modo a despistar sinais de hipovolémia, observação das mucosas;
- Avaliação da bexiga, pesquisando a presença de globo vesical. Estimulando a puérpera a urinar espontaneamente, proporcionando privacidade. Se apresentar globo vesical e não conseguir urinar, proceder ao esvaziamento vesical;
- Avaliação/observação do aspeto exterior do penso operatório (nas cesarianas);
- Avaliação/observação da região perineal para despiste de hemorragia originada por episiotomia/laceração, pesquisa de edema, hematoma ou hemorroidal;
- Promoção de formas de alívio do desconforto do períneo, aplicando gelo, se necessário;
- Realização de cuidados de higiene e conforto;
- Proporcionar ambiente calmo promotor do descanso;
- Proporcionar roupa confortável, manutenção de roupa da cama limpa e seca, mudando periodicamente resguardos e lençóis;
- Avaliação de arrepios e tremores intensos, tranquilizando a puérpera que é um processo natural do pós-parto;
- Proporcionar uma pequena refeição à puérpera, desde que esta esteja estável;
- Prestação de cuidados de enfermagem inerentes à extração do cateter de analgesia epidural/sequencial e das perfusões endovenosas;
- Preparação e administração de analgesia, no caso de a puérpera referir dor;
- No caso das puérperas submetidas a cesarianas:
 - Observação de penso cirúrgico;
 - Verificação do globo de segurança de pinard e realizar expressão uterina;
 - Verificação da mobilização dos membros inferiores;
 - Vigilância do débito urinário e suas características;
 - Repicagem analgésica através do cateter de epidural
- Pesquisa de glicémia capilar às puérperas com diabetes gestacional ou diabetes prévios à gravidez, segundo avaliação médica ou conforme o protocolado;
- Vigilância da glicémia capilar há 2ª hora de vida, nos casos de RN de baixo peso e RN GIG; RN filhos de mães com diabetes gestacional ou diabetes prévia à gravidez.

Elaboração dos registos de enfermagem no partograma e no Alert, posteriormente efectuava a transferência da puérpera e RN para o internamento de puérperas.

11 Aperfeiçoar competências técnicas, cognitivas e relacionais no âmbito da prestação de cuidados especializados de enfermagem ao RN/família nos cuidados imediatos, até há 2ª hora de vida

O desenvolvimento de competências técnicas, cognitivas e relacionais, junto da parturiente/família integra-se dentro do objetivo geral do estágio, como tal, pretende-se desenvolver competências relativamente aos cuidados imediatos ao RN e nas suas primeiras 2 horas de vida sendo da responsabilidade do EESMO esses cuidados.

Competências adquiridas: A1, A2, B3, D1, D2, H3

É da responsabilidade do EESMOG a verificação da unidade de reanimação do RN, preparando o material necessário para a prestação de cuidados imediatos, pois uma falha mínima que seja, pode ser fatal para o RN. Para que tudo decorra da melhor forma é essencial identificar precoce de situações de risco, devendo sempre ser assegurada a presença do pediatra.

Previamente deve-se colocar a roupa do RN e o pano que o recebe, a aquecer sobre fonte de calor para não se verifique uma grande perda de calor que pode originar hipotermia.

A receção do RN em campo esterilizado aquecido, se possível após contato pele a pele com a mãe, promovendo a relação da díade/tríade e da vinculação precoce, se o RN estiver estável. Verificação e confirmação da hora de nascimento.

Se não estiver estável, colocar o RN na mesa de reanimação e prestar de cuidados imediatos, conforme as necessidades: massagem/estimulação dorsal no sentido ascendente para drenagem de secreções, aspiração de secreções orofaríngeas e nasogastricas, manutenção da permeabilidade das vias aéreas, limpar e aquecer o RN, clampagem definitiva do cordão com mola/clampe específico. Realizar uma avaliação física do RN pormenorizadamente, nomeadamente:

- Choro;
- Reflexos;
- Pele e mucosas;
- Cabeça (configuração, fontanelas e suturas);
- Olhos (simetria);

- Boca (avaliação da cavidade oral para despiste de fendas);
- Nariz (permeabilidade);
- Pavilhão auricular;
- Pescoço;
- Tórax anterior (configuração, coto umbilical);
- Órgãos genitais externos;
- Tórax posterior (coluna vertebral, perfuração do ânus);
- Extremidades (simetria, tamanho, movimentos);
- Verificação dos dedos das mãos e dos pés (número e implantação dos mesmos);
- Verificação da presença de apêndices.

A manutenção da temperatura corporal, através do aquecimento sobre fonte de calor é de extrema importância para evitar sinais de hipotermia. Estabilizado o RN procedi à sua identificação com pulseira, junto da mãe para a sua confirmação. Determinação do IA ao 1º, 5º e 10º em consonância com o pediatra, proceder à pesagem do RN. O índice de Apgar permite avaliar a adaptação do RN à vida extra-uterina e a necessidade de reanimação através da verificação dos cinco indicadores fisiológicos: frequência cardíaca pela auscultação com estetoscópio, a frequência respiratória pela observação direta dos movimentos da parede torácica, o tônus muscular pelo grau de flexão e movimento das extremidades, irritabilidade reflexa pela resposta do RN à estimulação do pé e pela cor da pele (pálida, cianosa ou rosada). Cada um destes itens era pontuado de 0, 1 ou 2, consoante avaliação ao 1º, 5º e 10º minuto de vida (Lowdermilk e Perry 2008).

Previamente explicado aos pais, administrar de vitamina K IM no músculo vasto-lateral da coxa como medida preventiva da doença hemorrágica do RN.

Sempre que necessário realizei de cuidados de higiene (banho total) em caso de indicação, por patologia materna ou devido a LA com mecónio. No que diz respeito ao vestir o RN com a roupa fornecida pelos pais, sempre que possível deixei o pai realizá-lo. Por fim coloquei o RN junto da mãe de modo a adapta-lo à mama, se for esse o desejo da mesma. A amamentação na primeira hora de vida do RN é uma das recomendações da OMS correspondente ao quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés.

A elaboração dos registo de enfermagem, no Alert, no BSG mas previamente realizar a notícia de nascimento.

Nas situações de cuidados ao RN não tive nenhuma situação de urgência, apesar de ter prestado cuidados ao RN com hidrocefalia e também tive uma situação que devido ao baixo peso do RN, inferior a 2000 gr, foi transferido para neonatologia.

12 Desenvolver competências cognitivas e relacionais no âmbito da ética e deontologia, em contexto de Bloco de Partos.

O domínio da ética e deontologia faz parte das Competências Comuns do Enf.º Especialista e do plano de estudos do CMESMO/CPLEESMO, como tal, pretende-se desenvolver competências que possibilitem prestar cuidados especializados de acordo com valores e princípios profissionais da prática de enfermagem.

Competências adquiridas: A1, A2, B3, D1, D2

No decorrer do estágio vivenciei 5 situações de jovens que recorreram ao serviço de urgência para realizarem IVG, foi essencial realizar o reconhecimento da intervenção de enfermagem no domínio da ética. Apesar das minhas crenças e ideologias, encaminhei as utentes para a respetiva consulta de acordo com o código deontológico e ético das competências inerentes ao EESMOG.

No que se refere a problemas relacionados com a parentalidade, presenciei uma situação que o pai do RN não se encontrava presente. Após conversar com a parturiente ela me revelou que o pai a tinha deixado e queria que ela realiza-se uma IVG a qual recusou. Agi de acordo com o Código Deontológico de Enfermagem.

O EESMOG deve ainda tomar conhecimento da cultura/comunidade em que a mulher está inserida, de forma a adequar as suas ações, às suas práticas religiosas, e as suas formas de vivenciar as perdas, dado que apesar de bastante frequente, o aborto espontâneo nem sempre é devidamente valorizado na sociedade, o que por vezes leva a dificuldades na vivência do processo de luto pela mulher/casal/família

13 Desenvolver competências cognitivas, no âmbito da formação contínua em serviço.

Para melhorar a prestação dos cuidados é essencial a formação contínua, a pesquisa bibliográfica de modo a atualizar os conhecimentos.

Competências adquiridas: D1, D2, H1, H2, H4, H5

Para melhorar a prestação dos cuidados é essencial a formação contínua, a pesquisa bibliográfica de modo a atualizar os conhecimentos.

O objetivo específico que diz respeito ao planeamento de atividades, serviu para perspetivar o estágio, de modo a atingir objetivos individuais, suprimir necessidades, desenvolver capacidades e adquirir competências de especialista. Para tal, realizou-se um projeto de estágio durante a 1ª semana, onde constavam as linhas orientadoras, que foram delineadas após discussão, reflexão e partilha de experiências com a Enf.ª Cooperante, restantes elementos da equipa multidisciplinar e Professora Responsável.

A formação contínua e a pesquisa bibliográfica são importantes para a evolução e atualização dos conhecimentos e, conseqüentemente, para uma melhor prestação de cuidados, por isso decidiu-se criar atividades que pudessem dar cumprimento a este objetivo.

A formação, tanto pessoal como profissional, deve constituir um processo contínuo e dinâmico, resultado da interação do indivíduo com o meio, no qual ele deve funcionar como um sistema aberto capaz de receber conhecimento. “A formação, no sentido amplo, toma em consideração todas as atividades desenhadas para garantir que os trabalhadores estão devidamente equipados com conhecimentos e competências para desempenhar as suas funções” (Serrano & Fialho, 2003).

Inicialmente efetuei várias pesquisas bibliográficas que levaram à planificação da norma e validação da mesma com a professora orientadora.

Com elaboração desta norma promovi a partilha de conhecimentos com a equipa multidisciplinar, tendo em conta as necessidades, interesses e realidades vivenciadas;

O tema proposto e realizado foi: **Prolapso do cordão Umbilical** (ANEXO II).

A norma de atuação teve como objetivo uniformizar procedimentos de atuação da equipa de enfermagem em situações de emergência obstétrica, nomeadamente perante grávidas ou parturientes com prolapso do cordão umbilical. Foi apresentada à equipa de enfermagem em formação em serviço que decorreu no dia 16/12/2015, posteriormente foi validada pelo diretor do serviço e pela enfermeira chefe. Neste momento encontra-se para amolgação da direção hospitalar.

14 Promover o desenvolvimento pessoal e profissional.

Para a avaliação de desempenho e para o desenvolvimento pessoal e profissional o instrumento mais correto de avaliação é a prática reflexiva pois permite avaliar o trabalho realizado e reformular o que necessita ser lapidado.

Competências adquiridas: D1, D2

A prática reflexiva é um instrumento importante para a avaliação do desempenho e, conseqüentemente, para o desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo valorizar o que foi realizado corretamente e reformular o que estiver menos correto.

O primeiro exercício de reflexão do Ensino Clínico de EESMO em sala de Partos concretizou-se com a elaboração do Projeto de Estágio, enquanto documento orientador do processo de aprendizagem e de aquisição de competências, que serviu de guia ao longo das 20 semanas de estágio.

Inserida na área de prestação de cuidados também considerei competências relacionadas com o pensamento crítico. O “pensamento crítico poder-se-á, então, definir como sendo a capacidade de julgar com discernimento e raciocínio com vista a uma compreensão consciente dos fenómenos, de modo ordenado, objetivo, coerente e com recurso a provas, não admitindo afirmações sem reconhecer a sua legitimidade” (Santos, 2003)

O pensamento crítico constitui uma ferramenta essencial para os enfermeiros na medida em que devem ser capazes de pensar e refletir criticamente para poderem usar o conhecimento adequado e as habilidades de julgamento na prestação de cuidados.

Em enfermagem, o pensamento crítico consiste numa ferramenta altamente favorecedora do processo de resolução de problemas, na medida em que os enfermeiros necessitam tomar decisões complexas e adaptar-se a situações novas diariamente, bem como, atualizar os seus conhecimentos e desenvolver as suas competências continuamente.

“O enfermeiro especialista é o profissional de Enfermagem que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente” (Conselho de Enfermagem, 2010).

No decurso do estágio pude constatar que o EESMOG exerce um papel fulcral e efetivo pois presta cuidados de enfermagem à mulher/casal/família com elevado nível de qualidade

e autonomia, adequados às necessidades detetadas, demonstrando responsabilidade na tomada de decisão e um aprofundamento de conhecimentos na área da sua especialidade. Por isso, torna-se fundamental refletir sobre a prática, sobretudo em matéria dos cuidados de enfermagem EESMOG, para se obter uma maior compreensão da mulher/casal/família e do contexto onde se encontra inserida, identificar problemas reais ou potenciais, tomar decisões sobre um plano de ação, de modo a diminuir os riscos de se obter resultados indesejáveis e aumentar a probabilidade de se alcançar resultados benéficos.

Ao longo do estágio considerei sempre imprescindível disponibilizar algum tempo diário apenas para refletir sobre as experiências vivenciadas, com a enfermeira cooperante, sobre a minha prestação e utilização dos conhecimentos teóricos adquiridos no curso, de modo a otimizar a transferência desses conhecimentos e a contextualização dos saberes na prática. Esta prática reflexiva, assente no pensamento crítico, permitiu-me manter sempre atualizada, com interesse para adquirir mais conhecimentos e aplicá-los da melhor forma, de acordo com as situações e necessidades. Permitiu-me também uma melhor adaptação a novas situações, bem como, otimizar a capacidade para gerir situações complexas, decidir com autonomia e responsabilidade em matéria dos cuidados de enfermagem especializadas, tendo sempre presente as competências que um EESMOG deve possuir.

Por tudo isto, penso ter desenvolvido uma prática reflexiva, assente no pensamento crítico, para a tomada de decisão em matéria dos cuidados de enfermagem especializadas, que se revelou muito importante na aquisição de comportamentos de maior segurança, confiança e mais capacidade crítica, cruciais para o meu desempenho. Assim, considero que este objetivo foi concretizado com sucesso. A reflexão crítica pessoal não é uma tarefa fácil de se realizar, principalmente devido à dificuldade em se fazer um distanciamento do que foi idealizado e do que foi concretizado.

15 Planeamento/elaboração/ desenvolvimento do Relatório de Estágio

O relatório tem como objetivo descrever as atividades desenvolvidas ao longo do estágio para a aquisição de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica e Ginecologia e sua, conseqüente, reflexão crítica e refletir acerca da promoção do desenvolvimento pessoal e profissional

Competências adquiridas: A1,A2, B3, D1, D2, H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7

Com a elaboração do relatório, pretende-se desenvolver competências no âmbito da prática baseada na evidência, com o intuito de adquirir um conhecimento mais atualizado sobre uma temática, emergente da área do conhecimento especializado em EESMO, além de refletir as competências desenvolvidas no estágio.

Para tal, a partir do presente estágio de EESMO na sala de partos, identificou-se e após discursão com a enfermeira Carmen surgiu como temática de interesse: o efeito da deambulação na fase ativa do TP. Esta temática surgiu na divergência registada entre os dois campos de estágio e também ser uma área de interesse pessoal, medidas não farmacológicas de alívio da dor.

Atualmente, tenho a narrativa da situação realizada e estou a iniciar a pesquisa dos conceitos. A carga horária do estágio e o trabalho laboral limitaram-me a realização deste objetivo.

3 OBJETIVOS ESPECIFICOS A ATINGUIR AO LONGO DO ESTÁGIO

Em relação aos objetivos traçados para curto, médio e longo prazo, os estabelecidos a médio prazo, não foram atingidos exatamente no tempo estabelecido devido a condicionantes externas, nomeadamente o número reduzido de vigilâncias de TP e de partos eutócicos realizados, contudo, devido à mudança de local de estágio e a muita entrega e trabalho, foram concretizados mais tarde na sua globalidade.

Em suma o balanço do estágio:

- Partos eutócico: 40;
- Vigilâncias do TP: 141;
- Partos distócico: 29
 - Ventosas: 10;
 - Forceps: 2;
 - Cesarianas: 17;
- Cuidados imediatos a RN: 36.

No que diz respeito a períneos realizei:

- Episiotomias: 16
- Lacerações de grau I: 10
- Lacerações de grau II: 10
- Intatos: 8

4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste relatório visou espelhar a realidade que vivenciei ao longo do estágio, permitindo uma descrição e reflexão pormenorizada das atividades desenvolvidas para a aquisição de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

O ensino clínico de ESMO na sala de partos deu seguimento ao percurso iniciado com o primeiro estágio, embora este por ser específico devido ser o colmatar de toda aprendizagem.

A par das expectativas pessoais, este foi sem dúvida, um desafio enriquecedor para o percurso formativo, no qual houve oportunidade de vivenciar diversas experiências, de aprofundar e de pôr em prática vários conhecimentos. Contudo, a disponibilidade e o apoio que recebi por parte das equipas de Enfermagem dos serviços por onde passei, mas em particular das Enf.^a Celeste e, de certo modo, da Enf.^a Carmen, foi um fator fundamental para a conclusão deste percurso de forma tão positiva. Elas possibilitaram que eu aplicasse a minha autonomia. Este facto contribuiu para a minha postura adotada, assumindo a responsabilidade de ser enfermeira especialista com a humildade e interesse de ser aluna.

Penso que é importante ressaltar que a conciliação da vida profissional com as obrigações académicas são muito difíceis de realizar, uma vez que cada vez existe menos flexibilidade por parte das entidades empregadoras, o que acaba por ser insuficiente e influenciar negativamente a total disponibilidade para o estágio.

Em termos de dificuldades sentidas, identifico a carga horária semanal de 35 horas e a realização dos instrumentos de avaliação, devido à exigência pedida face ao que foi anteriormente exposto, o que acaba também por retirar tempo para pesquisa bibliográfica, aprofundamento de conhecimentos teóricos e esclarecimento de dúvidas.

O estágio permitiu-me o contato com mulheres/casais de diferentes faixas etárias nos diferentes contextos, com diferentes diagnósticos ou patologias; a aquisição progressiva de autonomia, confiança e destreza na execução de intervenções de enfermagem especializadas na área da saúde materna e obstétrica; o desenvolvimento de competências de comunicação e relacionais com as mulheres/casal/família, bem como, com os elementos da equipa multidisciplinar de saúde; a realização de atividades educativas e pedagógicas adequadas às necessidades formativas, entre outras.

Assim, considero ter desenvolvido intervenções de enfermagem especializadas na área da saúde materna obstétrica e ginecológica apoiada em pressupostos científicos, sempre em conformidade com as necessidades e as diferentes situações. Para isso, foi crucial o estudo e a atualização constante dos conhecimentos científicos, abordados nas unidades curriculares do curso, bem como a pesquisa de novas e úteis informações, para obter um bom desempenho.

O balanço que eu faço do estágio é bastante positivo, na medida em que foi um ótimo campo de estágio, repleto de experiência e diversos momentos de aprendizagem que contribuiu, sem dúvida, para o desenvolvimento de competências científicas, metodológicas e técnicas na prestação de cuidados e de assistência à mulher/casal/família nos diferentes contextos, bem como, de competências de pensamento crítico, sociais, éticas e culturais. De um modo global, considero que consegui concretizar todos os objetivos que me propus atingir ao longo do estágio, bem como, os objetivos propostos para a elaboração deste relatório.

De salientar, a articulação com a Prof.^a Lurdes Torcato, que decorreu sem problemas, aproveitando para agradecer a disponibilidade que demonstrou e a celeridade em responder às necessidades e situações menos agradáveis, sentidas no decorrer do estágio.

5 – BIBLIOGRAFIA

- American College of Obstetricians and Gynecologists - Episiotomy. Guideline. 2006.
- Amorim, M.; Porto, A.; Souza, A. - Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina*. Nov. vol 38. nº 11, 2010.
- APEO. (14 de Março de 2016). *Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras*. Obtido de www.apeobstetras.org:
http://www.apeobstetras.org/docs/APEO_FAME_PLANOparto2008.pdf
- Bento, M. d.- *Cuidados de Enfermagem , que identidade?* Lisboa: Fim do Século Edições,1997.
- Bobak, I. M., Lowdermik, & Jensen, M. D. -*Enfermagem na Maternidade,4ª edição* Lisboa: Lusociência,1999.
- Burroughs, A. - *Uma Introdução à Enfermagem Materna, 6ª edição*. Porto Alegre: Artes Medicas,1995.
- Concelho de Enfermagem 2010/2011 – Parecer N°33/2011. Ordem dos Enfermeiros
- Correia, C. A. (13 de março de 2016). *Acolhimento do Casal Grávido*. Obtido de www.ordemenfermeiros.pt:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Acolhimento%20do%20Casal%20Grávido%20EnfªClaudia%20Correia%2020%2006%202013.pdf>
- Ferreira, M., & Dias, M. O. -*Ética e profissão: relacionamento interpessoal em enfermagem*. Loures: Lusociência, 2005.
- Graça, L. M. -*Medicina Materno-Fetal*. Lisboa: 4ª ediçãoLidel - edições técnicas, Lda, 2010.
- Hodnett, ED; Gates S; Hofmeur GJ – *Continuous support for women during de childbirth*. Pubmed, 2011.

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM, ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM (2014/2015). *Ficha da Unidade Curricular Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, 3ºCMESMO/6ºCPLEESMO*. Santarém;

Lopes, Armandina; Nunes, Lucília – *Refletindo sobre o projecto profissional e o plano de acção*. Nursing, nº 131,1999.

Lowdermilk, D., Perry, S., Bobak, I.-. *O Cuidado em Enfermagem Materna*. 5ªedição. Artmed Editora, Ltda. Brasil, 1999.

Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E.-. *Enfermagem na Maternidade - 7ª Edição*. Loures: lusodidacta, 2008.

McDonald, G. - *Diagnosing the latent phase of labour: use of the partograma*. British Journal of Midwifery. October. Vol 18, No 10, 2010.

Ordem dos Enfermeiros – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. [Em linha] (2010). [Consult. 2015-03-12]. Disponível em URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf;

Ordem dos Enfermeiros – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. [Em linha] (2010). [Consult. 2015-03-12]. Disponível em URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf;

www.ordemenfermeiros.pt › [Projeto Maternidade com Qualidade -Ordem dos Enfermeiros-](#)
www.ordemenfermeiros.pt › Ordem dos Enfermeiros › Colégio

Rezende Filho, Jorge e Montenegro, Carlos A. - *Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2010. 978-85-277-1603-1, 2011.

Santos, E.-. *Pensamento crítico: estratégias de desenvolvimento no ensino da enfermagem*. Referência, 17-23, 2003.

Serrano, A., & Fialho, C.- *Gestão do conhecimento: o novo paradigma das organizações*. Lisboa: Lidel, 2003.

Ziegel, E., & Cranley, M. - *Enfermagem Obstétrica* (8ª ed.). Brasil: Guanabara,1985.

Zugaib, M. - *Zugaib Obstetrícia*. Brasil: Manolo Lda, 2008.

ANEXOS

Anexo I
(Projeto de Estágio)

Anexo II

(norma do prolapso do cordão umbilical)

ANEXO II Dados obtidos após análise do relatório do estágio IV

Os dados obtidos após análise do relatório do estágio IV.

Na tabela 1 estão registados os resultados de todas as vigilâncias de TP realizadas durante o estágio IV, encontra-se a codificação IO de cada vigilância, se ocorreu parto eutócico, parte distócico ou se simplesmente não ocorreu nascimento durante o período do turno realizado. No contexto HAPD realizei 95 vigilâncias e no contexto HAP realizei 46 vigilâncias.

Tabela nº1– Listagem com os resultados de todas as vigilâncias realizadas nos dois contextos

Nº Vigilância	Contexto	IO	Cuidados de enfermagem					
			VTP	PE	PDF (Forceps)	PDV (Ventosa)	PDCST (Cesariana)	IA
1	HAPD	1001	x	x				9/10
2	HAPD	1001	x		x			9/10
3	HAPD	0010	x					
4	HAPD	1001	x					
5	HAPD	1001	x	x				9/10
6	HAPD	1001	x	x				10/10
7	HAPD	1001	x					
8	HAPD	0010	x				x	
9	HAPD	0000	x					
10	HAPD	0000	x					
11	HAPD	1001	x					
12	HAPD	2002	x	x				8/10
13	HAPD	0000	x					
14	HAPD	1001	x					
15	HAPD	1001	x					
16	HAPD	0000	x					
17	HAPD	0000	x	p				7/9
18	HAPD	0000	x		x			6/9/10
19	HAPD	1001	x					
20	HAPD	2002	x					
21	HAPD	1001	x			x		7/8
22	HAPD	1011	x			x		4/5
23	HAPD	2002	x	x				9/10
24	HAPD	0000	x	x				10/10
25	HAPD	0000	x					
26	HAPD	1001	x					
27	HAPD	1011	x					
28	HAPD	1011	x					
29	HAPD	0000	x				x	10/10
30	HAPD	0120	x					
31	HAPD	0020	x					

A DEAMBULAÇÃO NA EVOLUÇÃO DO PRIMEIRO ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO
Intervenção do EEESMOG

32	HAPD	1001	x					
33	HAPD	1001	x			x		8/10
34	HAPD	0000	x			x		7/10
35	HAPD	0010	x					
36	HAPD	0000	x					
37	HAPD	0000	x	x				9/10
38	HAPD	0000	x	x				9/10
39	HAPD	0020	x					
40	HAPD	1001	x					
41	HAPD	0010	x					
42	HAPD	1001	x	x				9/10
43	HAPD	0000	x					
44	HAPD	0010	x					
45	HAPD	0001	x					
46	HAPD	0000	x					
47	HAPD	0000	x					
48	HAPD	0000	x					
49	HAPD	0000	x				x	
50	HAPD	0000	x				x	
51	HAPD	1001	x	x				9/10
52	HAPD	0000	x					
53	HAPD	1001	x					
54	HAPD	0000	x					
55	HAPD	0000	x					
56	HAPD	0000	x					
57	HAPD	0000	x				x	9/10
58	HAPD	0000	x	x				10/10
59	HAPD	1001	x			x		8/9/10
60	HAPD	2012	x					
61	HAPD	0000	x					
62	HAPD	1001	x					
63	HAPD	0000	x					
64	HAPD	0000	x					
65	HAPD	3003	x					
66	HAPD	0000	x					
67	HAPD	0000	x			x		7/9/10
68	HAPD	1001	x	x				6/8/10
69	HAPD	0000	x				x	
70	HAPD	1001	x	x				9/10
71	HAPD	0000	x					
72	HAPD	0000	x					
73	HAPD	1001	x					
74	HAPD	1011	x					
75	HAPD	1011	x	x				9/10
76	HAPD	0000	x					

A DEAMBULAÇÃO NA EVOLUÇÃO DO PRIMEIRO ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO
Intervenção do EEESMOG

77	HAPD	0000	x					
78	HAPD	0000	x					
79	HAPD	1001	x			x	9/10	
80	HAPD	0000	x	x			9/10	
81	HAPD	1001	x				x	10/10
82	HAPD	1011	x					
83	HAPD	0000	x	x				7/9/10
84	HAPD	3013	x	x				9/10
85	HAPD	0000	x	x				8/9
86	HAPD	0000	x	x				9/10
87	HAPD	1021	x					
88	HAPD	2012	x					
89	HAPD	0000	x					
90	HAPD	4004	x			x		9/10
91	HAPD	0010	x				x	
92	HAPD	1001	x				x	
93	HAPD	0000	x				x	
94	HAPD	0000	x				x	
95	HAPD	1001	x	x				9/10
1	HAP	2002	x					
2	HAP	0000	x					
3	HAP	1011	x					
4	HAP	0000	x					
5	HAP	1011	x	x				10/10
6	HAP	2002	x	x				7/9
7	HAP	0000	x	x				10/10
8	HAP	1001	x	x				10/10
9	HAP	1110	x	x				9/10
10	HAP	0000	x					
11	HAP	0000	x	x				10/10
12	HAP	1001	x				x	9/10
13	HAP	0010	x					
14	HAP	0000	x					
15	HAP	1001	x	x				10/10
16	HAP	0000	x					
17	HAP	1001	x	x				10/10
18	HAP	0000	x				x	
19	HAP	2002	x	x				9/10
20	HAP	4014	x	g				
21	HAP	0000	x					
22	HAP	0010	x					
23	HAP	1011	x	x				2/8
24	HAP	0000	x			x		9/9
25	HAP	2002	x	x				10/10

A DEAMBULAÇÃO NA EVOLUÇÃO DO PRIMEIRO ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO
Intervenção do EEESMOG

26	HAP	1011	x	x				10/10
27	HAP	0020	x	x				8/10
28	HAP	1001	x	x				10/10
29	HAP	1001	x	x				10/10
30	HAP	1001	x					
31	HAP	0011	x					
32	HAP	1001	x			x		8/10
33	HAP	1001	x					
34	HAP	2002	x				x	
35	HAP	1011	x					
36	HAP	0000	x					
37	HAP	0021	x					
38	HAP	1001	x	x				10/10
39	HAP	0010	x					
40	HAP	0010	x	x				10/10
41	HAP	1021	x	x				10/10
42	HAP	2002	x	x				10/10
43	HAP	0010	x	x				10/10
44	HAP	0000	x				x	10/10
45	HAP	2002	x				x	
46	HAP	0000	x				x	

Devido ao número de vigilâncias realizadas e o formato da tabela anterior foi efetuada outra com os dados organizados por contextos de estágio.

Tabela nº 2 – Resultados por contexto de estágio

Contexto	VTP	Total de partos	PE	VTP (sem TP)	PDCST	PDF ou PDV
HAPD	95	41	20	54	11	10
HAP	46	28	20	18	6	2

Na tabela 3 encontram-se resumida a taxa IA 10/10 vs PE nos dois contextos, com 75% dos PE no HAP com taxa IA 10/10 enquanto no HAPD só teve 15% de taxa IA 10/1.

Tabela nº3 – Índices de Apgar

		IO									Total	Taxa IA 10/10 vs PE
		0000	0010	0020	1001	1011	1021	1110	2002	3013		
IA	HAPD	8			8	1			2	1	20	
	10/10	2			1						3	15%
	6/8/10				1						1	
	7/9/10	1								1		
	8/10							1			1	
	8/9	1									1	
	9/10	4			6	1		1	1		13	
	HAP	2	2	1	6	3	1	1	4		20	
	10/10	2	2		6	2	1		2		15	75%
	2/8					1					1	
	7/9								1		1	
	8/10			1							1	
	9/10							1	1		2	
	TOTAL	10	2	1	14	4	1	1	6	1	40	

Com base na tabela 2 foram produzidos os gráficos apresentados no corpo do neste relatório, com o agrupamento e análise dos dados por contexto de estágio.

Gráfico nº 1- Cuidados no primeiro contexto onde decorreu o estágio

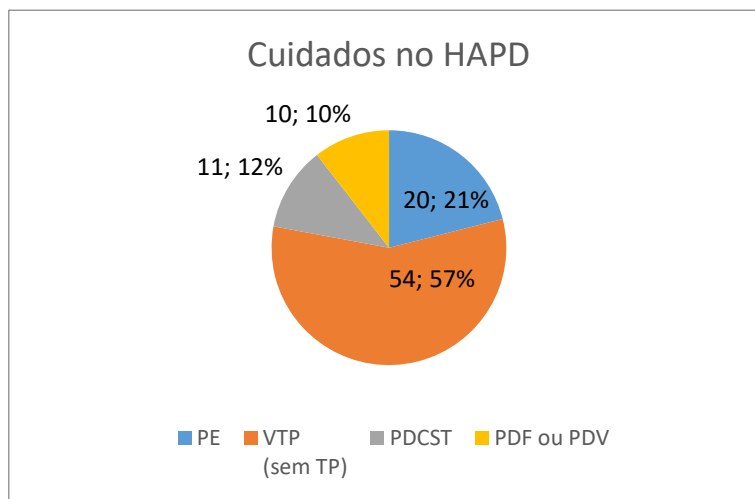
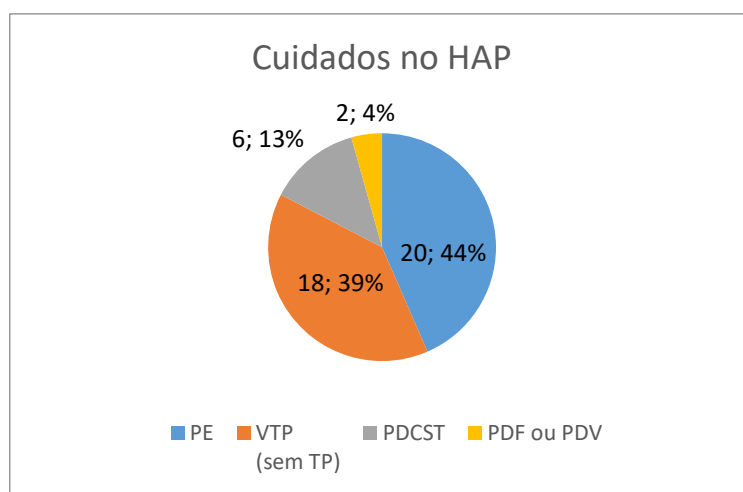


Gráfico nº 2- Cuidados no segundo contexto onde decorreu o estágio



Os valores vivenciados, resultaram no interesse pela temática da deambulação evolui o primeiro estágio do TP, no qual se baseia este relatório.

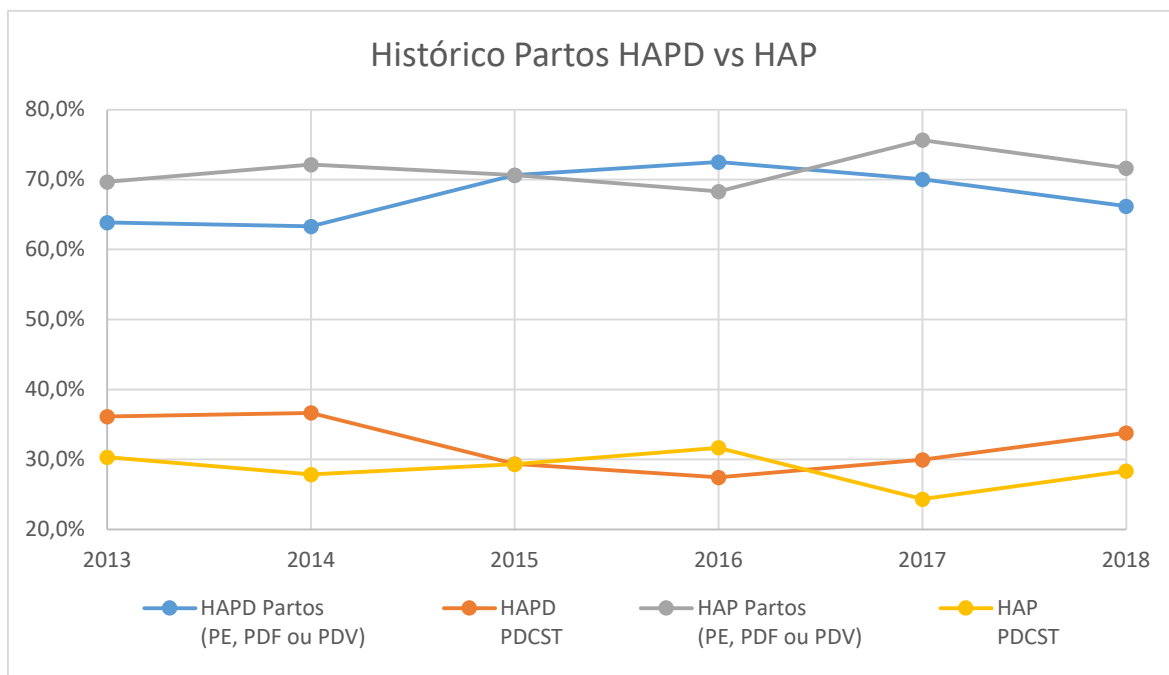
Para complementar esta informação, foi analisado o comportamento dos hospitais envolvidos nos dois cenários. Foi possível com informação do SNS desde 2012 até final de 2018, obtida no site do SNS (<https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/table/?disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo&location=8,38.72409,-7.90192>)

Tabela nº4 - Percentagens dos tipos de partos realizados nos dois contextos

Ano	HAPD Partos (PE, PDF ou PDV)	HAPD PDCST	HAP Partos (PE, PDF ou PDV)	HAP PDCST
2013	63,8%	36,2%	69,7%	30,3%
2014	63,3%	36,7%	72,1%	27,9%
2015	70,6%	29,4%	70,7%	29,3%
2016	72,5%	27,5%	68,3%	31,7%
2017	70,1%	29,9%	75,7%	24,3%
2018	66,2%	33,8%	71,6%	28,4%

Pode-se observar que, analisando a tabela 2 e 3, os valores percentualmente mais elevados de PDCST no HAPD relativamente ao HAP.

Gráfico 3 - Evolução histórica dos contextos considerados HAPD vs HAP

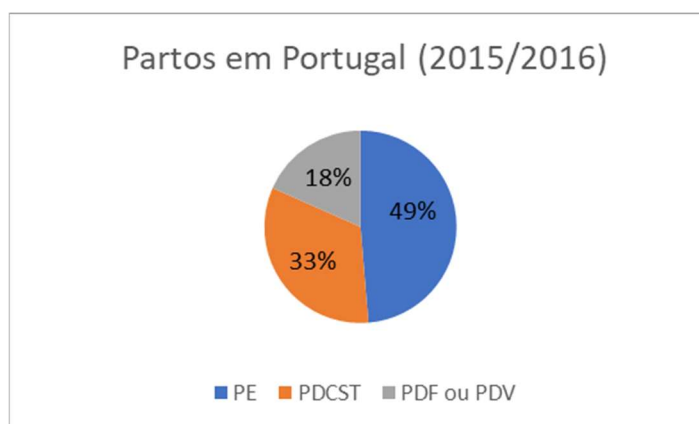


Através do site PORDATA, suportado por dados fornecidos pelo INE se verifica que a nível nacional a percentagem dos partos eutócicos ronda os 48%. No que concerne às cesarianas, o valor é cerca de 33%, valor que se tem mantido nos últimos anos, segundo a mesma fonte. Abaixo a tabela que suporta o gráfico apresentado relatório.

Tabela nº5- Partos em Portugal no período que decorreu o estágio IV

Total partos	Total partos	PE	PDCST	PDF ou PDV
2015	83.957	40.864	27.653	15.440
2016	85.444	41.492	28.273	15.679
2017	84.684	40.381	28.022	16.281

Gráfico nº 4- Partos em Portugal no período que decorreu o estágio IV



Fontes/Entidades: INE | DGS/MS, PORDATA

<https://www.pordata.pt/Portugal/Partos+nos+hospitais+total+e+por+tipo-1509>

ANEXO III Mesh Descriptor

(URL: <https://meshb.nlm.nih.gov/search>) em 11 de agosto de 2019)



Obstetric Nursing MeSH Descriptor Data 2019

Details

Qualifiers

MeSH Tree Structures

Concepts

MeSH Heading

Obstetric Nursing

Tree Number(s)

H02.478.676.570

N02.421.533.571

Unique ID

D009773

Scope Note

A nursing specialty involving nursing care given to the pregnant patient before, after, or during childbirth.

Entry Version

OBSTETRIC NURS

Entry Term(s)

Nursing, Obstetric

Nursing, Obstetrical

Obstetrical Nursing

Previous Indexing

Nursing (1966)

Nursing Care (1966)

Obstetrics (1966)

Public MeSH Note

67

History Note

67

Date Established

1967/01/01

Date of Entry

1999/01/01

Revision Date

2015/06/29

page delivered in 0.251s

Copyright , Privacy , Accessibility , Site Map , Viewers and Players

U.S. National Library of Medicine, 8600 Rockville Pike, Bethesda, MD 20894

National Institutes of Health, Health & Human Services, Freedom of Information Act





Walking MeSH Descriptor Data 2019

Details

Qualifiers

MeSH Tree Structures

Concepts

MeSH Heading

Walking

Tree Number(s)

G11.427.410.568.900

G11.427.410.698.277.937

I03.350.937

I03.450.642.845.940

Unique ID

D016138

Annotation

human & animal; differentiate from GAIT, the way one walks

Scope Note

An activity in which the body advances at a slow to moderate pace by moving the feet in a coordinated fashion. This includes recreational walking, walking for fitness, and competitive race-walking.

Entry Term(s)

Ambulation

Previous Indexing

Exercise (1989-1990)

Exertion (1966-1990)

See Also

Gait

Public MeSH Note

91

History Note

91

Date Established

1991/01/01

Date of Entry

1990/03/23

Revision Date

2016/05/20

page delivered in 0.138s

Copyright , Privacy , Accessibility , Site Map , Viewers and Players

U.S. National Library of Medicine, 8600 Rockville Pike, Bethesda, MD 20894

National Institutes of Health, Health & Human Services, Freedom of Information Act





Parturition MeSH Descriptor Data 2019

Details

Qualifiers

MeSH Tree Structures

Concepts

MeSH Heading

Parturition

Tree Number(s)

G08.686.784.769.490

Unique ID

D036801

Scope Note

The process of giving birth to one or more offspring.

Entry Term(s)

Birth

Childbirth

NLM Classification

WQ 300

Previous Indexing

Labor (1966-2002)

Pregnancy (1965-2002)

Public MeSH Note

2003

History Note

2003

Date Established

2003/01/01

Date of Entry

2002/07/02

Revision Date

2016/06/17

page delivered in 0.134s

[Copyright](#) , [Privacy](#) , [Accessibility](#) , [Site Map](#) , [Viewers and Players](#)

U.S. National Library of Medicine, 8600 Rockville Pike, Bethesda, MD 20894

National Institutes of Health, Health & Human Services, Freedom of Information Act



ANEXO IV Protocolo de pesquisa

Initial Search Strategy

Review Title- Intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia no incentivo à deambulação para a evolução do 1º estágio do trabalho de parto.

Reviewers

Veloso, Paula

Dias, Hélia

Cruz, Olimpia

Corresponding author:

Paula Veloso

Email: pmv3110@gmail.com

Center conducting the review

Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Saúde

Review question/objective

Quais as Intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia (I) junto da parturiente (P) no incentivo à deambulação para a evolução do 1º estágio do trabalho de parto (O)?

Objective: Identificar estudos que referenciam as intervenções de enfermagem que incentivam à deambulação para diminuir a duração do 1º estágio do trabalho de parto.

Key word (MesH Descriptors):

As palavras-chave são descritoras da Mesh Browser (2019):

- Obstetric Nursing;
- Walking;
- Birth.

(URL: <https://meshb.nlm.nih.gov/search>) em 11 de agosto de 2019 (Anexo III)

Background

Tabela nº 1 - Critérios utilizados para a formulação da pergunta PICO

P	Participantes	Alvo do estudo	Parturientes	Palavras-Chave:
I	Intervenções	O que foi feito	Deambulação no 1º estágio do TP	EEESMOG 1ºestádio do TP Deambulação Progressão
(C)	Comparações	-	-	
O	Outcomes	Resultados	Diminuir a duração do TP	
Descritores		Obstetric Nursing, Walking, Birth		

Fonte: Joana Briggs Institute (2014)

Inclusion criteria

Types of participants

- Mulheres parturientes em idade adulta (19-44 anos): com gravidez de baixo risco, sem patologia prévia à gravidez

Concept

- Intervenções de enfermagem que incentivam à deambulação para a evolução do 1º estágio do trabalho de parto.

Context

- Pesquisa nas bases de dados.

Types of studies

- Todos os tipos

Search strategy

Com base nas palavras-chave descritoras Mesh Browser procuraram-se estudos que identifiquem intervenções de Enfermagem incentivam à deambulação para diminuir a duração do 1º estágio do trabalho de parto. Para ir ao encontro do objetivo procede-se à pesquisa nas seguintes bases de dados da plataforma EBSCO – host:

- Medline;
- Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL);
- Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive

- Cochrane Database of Systematic Review
- Cochrane Central of Controlled Trials
- Cochrane Methodology Register
- Mediclatina

A pesquisa foi realizada a 12 de agosto de 2019 no distrito de Évora pelas 14h 30m com a seguinte expressão de pesquisa: **“Obstetric Nursing” AND “Walking” AND “Birth.**

Os limitadores usados para cada base de dados foram os seguintes (tabela 2):

Tabela nº 2 - Limitadores de pesquisa utilizados nas Bases de Dados

CINAHL complete	Booleano/frase; Texto completo; Resumo disponível; Data janeiro de 2008- julho 2019; Humano; Sexo feminino; Gravidez; Idade adulta: 19-44 anos; Texto completo em PDF
Medline Complete	Booleano/frase; Texto completo; Resumo disponível; Data janeiro de 2008- julho 2019; Língua inglesa; Humano; Sexo feminino; Idade adulta: 19-44 anos.
Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Texto completo em pdf; Texto completo; Data janeiro de 2008- julho 2019; Booleano/frase.
Cochrane Database of Systematic Reviews	Texto completo; Data janeiro de 2008- julho 2019; Booleano/frase.
Cochrane Central of Controlled Trials	Booleano/frase; janeiro 2008 – julho 2019; Texto completo; Resumo Disponível
Cochrane Methodology Register	Booleano/frase; janeiro 2008 – julho 2019
Mediclatina	Texto completo em pdf; Texto completo; Data janeiro de 2008- julho 2019; Booleano/frase

A tabela seguinte refere-se aos dados extraídos nas bases de dados anteriormente referidas.

Tabela nº 3 - Resultados das bases de dados

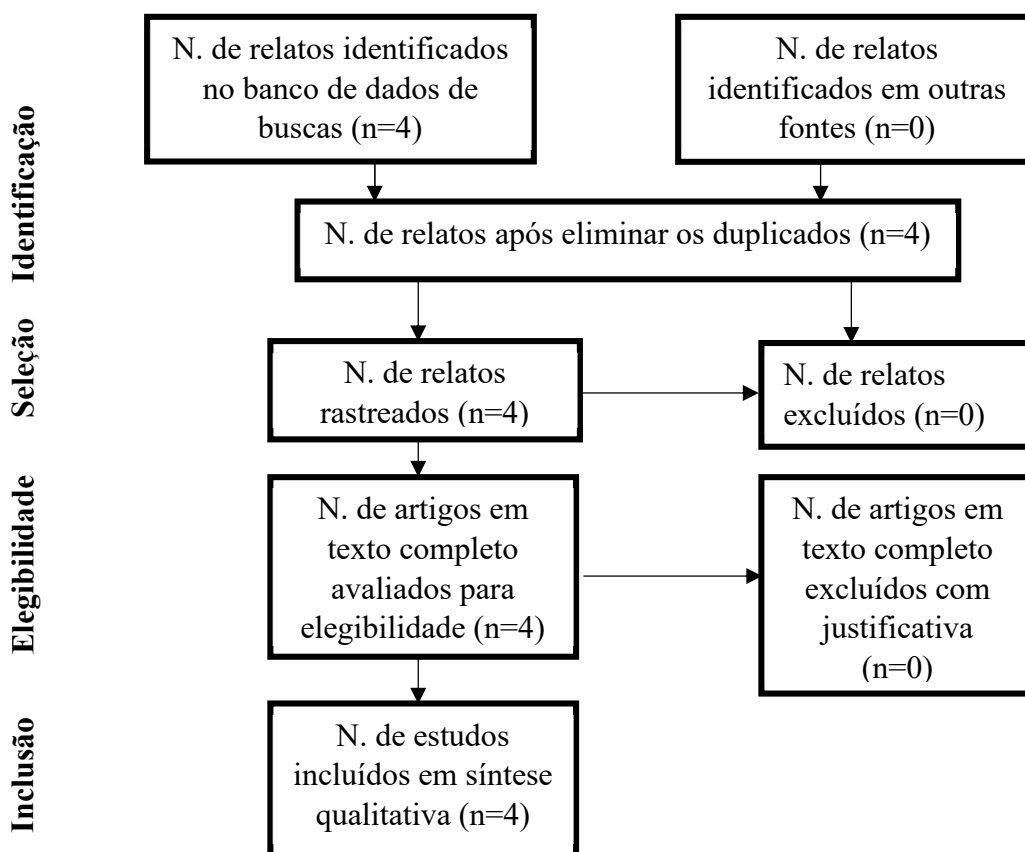
Palavras-Chave	Resultado da Base de Dados
Obstetric Nursing	179
Walking	7396
Birth	25479

Obstetric Nursing AND Walking	5
Obstetric Nursing AND Birth	55
Walking AND Birth	66
Obstetric Nursing AND Walking AND Birth	4

Partindo de cada descritor e do seu cruzamento de forma sequencial com cada um dos outros, até ao cruzamento final de todos os conceitos, foram identificados 4 artigos.

Após a leitura dos títulos e resumos, considerando os critérios de inclusão e exclusão definidos, foram considerados incluídos os 4 artigos, tal como representado no PRISMA (esquema 1).

PRISMA 2009 Flowchart



Esquema 1 – PRISMA, Adaptado de Prisma 2009 Flow Chart (The Joanna Briggs Institute, 2014, p. 127)

Data collection

Tabela 5 - Artigos incluídos na Revisão Sistemática da Literatura (RSL)

Identificação do Artigo	Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas	Care and outcomes of relaxation room assistance at a public maternity hospital, Rio de Janeiro, Brasil	Visão de puérperas sobre a não utilização das boas práticas na atenção do parto	Non-Pharmacological management of relief in deliveries assisted by an obstetric nurse
--------------------------------	--	--	---	---

Posteriormente foram realizadas as filhas de leitura dos respectivos artigos (anexo VII)

Data synthesis

A análise descritiva dos resultados encontra-se realizada no presente trabalho no capítulo 5

Conflicts of interest

O autor não tem conflitos de interesse a declarar

**ANEXO V OMS – Recomendações para o Parto Normal Categorias para
classificação de parto normal**

Tabela 6 - Categoria A: Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas

Categoria A: Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas

1. Plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro e, se aplicável, a sua família
2. Avaliação dos fatores de risco da gravidez durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde e no momento do primeiro contato com o prestador de serviços durante o trabalho de parto e o parto.
3. Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto, assim como ao término do processo de nascimento.
4. Oferecimento de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto
5. Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações.
6. Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico em que o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante.
7. Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto.
8. Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e o parto.
9. Respeito à escolha da mulher quanto ao acompanhante durante trabalho de parto e parto.
10. Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejarem.
11. Métodos não-invasivos e não-farmacológicos para alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto e parto
12. Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente
13. Uso de materiais descartáveis apenas uma vez e desinfecção adequada de materiais reutilizáveis durante todo o trabalho de parto e parto.
14. Uso de luvas no exame vaginal, durante o parto do RN e no manuseio da placenta
15. Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto.
16. Estímulo a posições não-supinas durante o trabalho de parto.
17. Monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS.
18. Utilização profilática de ocitocina profilática no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia pós-parto, ou que correm perigo em consequência de até uma pequena perda de sangue.
19. Condições estéreis ao cortar o cordão.
20. Prevenção da hipotermia do recém-nascido
21. Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, segundo as diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno.
22. Exame rotineiro da placenta e das membranas.

Tabela 7 – Categoria B. Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas

Categoria B. Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas
1. Uso rotineiro de enema.
2. Uso rotineiro de tricotomia.
3. Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto
4. Cateterização venosa profilática de rotina
5. Uso rotineiro da posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto.
6. Exame retal.

7. Administração de ocitócicos em qualquer momento antes do parto, de um modo que não se permita controlar seus efeitos.
8. Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto.
9. Esforços de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto.
10. Massagens ou distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto.
11. Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de controlar hemorragias
12. Uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto
13. Lavagem uterina rotineira após o parto.
14. Revisão uterina (exploração manual) rotineira do útero depois do parto.

Tabela 8 – Categoria C: práticas em relação a quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão

Categoria C: práticas em relação a quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão
1. Métodos não-farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em água e estimulação de nervos
2. Amniotomia precoce no primeiro estágio do trabalho de parto.
3. Pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto.
4. Manobras relacionadas à proteção ao períneo e ao manejo do polo cefálico no momento do parto.
5. Manipulação ativa do feto no momento do parto.
6. Uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão ou combinação de ambas durante o terceiro estágio do trabalho de parto.
7. Clampeamento precoce do cordão umbilical.
8. Estimulação do mamilo para aumentar contrações uterinas no terceiro estágio do trabalho de parto.

Tabela 9 – Categoria D: práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado

Categoria D: práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado
Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto.
Controle da dor por agentes sistêmicos.
Controle da dor por analgesia epidural.
Monitoramento eletrônico fetal.
Uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto.
Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviços.
Correção da dinâmica com a utilização de ocitocina.
Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto.

Cateterização da bexiga.
Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a própria mulher sinta o puxo involuntário.
Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, como, por exemplo, uma hora, se as condições maternas e fetais forem boas e se houver progressão do trabalho de parto.
Parto operatório.
Uso liberal ou rotineiro de episiotomia
Exploração manual do útero depois do parto.

Fonte: OMS – Recomendações para o Parto Normal (WHO, 1996)

ANEXO VI Artigos obtidos através da RSL

MOVIMENTAÇÃO E DIETA DURANTE O TRABALHO DE PARTO: A PERCEPÇÃO DE UM GRUPO DE PUERPÉRAS¹

Chang Yi Wei², Dulce Maria Rosa Gualda³, Hudson Pires de Oliveira Santos Junior⁴

¹ Trata-se de um recorte da dissertação - Ações humanizadoras na assistência ao parto: experiência e percepções de um grupo de mulheres em um hospital-escola, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), em 2008.

² Mestre em Enfermagem. Chefe da seção de enfermagem do Centro Obstétrico do Hospital Universitário da USP. São Paulo, Brasil. E-mail: changwei@hu.usp.br

³ Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem (EE) da USP. São Paulo, Brasil. E-mail: drgualda@usp.br

⁴ Doutorando em Enfermagem no Programa Interunidades de Doutorado da EE-EERP/USP. Bolsista FAPESP. São Paulo, Brasil. E-mail: hudsonjr@usp.br

RESUMO: Este estudo teve como objetivo conhecer a experiência e a percepção de um grupo de mulheres em relação à deambulação e à dieta durante o trabalho de parto. Pesquisa qualitativa descritiva, realizada em hospital de ensino de São Paulo. Os dados foram coletados por meio de entrevista com 35 mulheres que tiveram filhos de parto vaginal, em dois momentos distintos, no referido hospital. Os resultados apontam que, para algumas mulheres, a deambulação contribui no alívio da dor e na progressão do parto, enquanto que para outras há insegurança para fazer força, devido ao medo de o bebê cair no chão. Quanto à dieta, as mulheres que se alimentaram, relataram sentir mais força durante o parto, e as que não quiseram receber dieta, justificaram medo de atrapalhar no parto. Conclui-se que é crucial levar em consideração a individualidade e a autonomia de escolha das mulheres; premissas básicas quando se busca a assistência humanizada.

DESCRIPTORES: Parto humanizado. Humanização da assistência. Enfermagem obstétrica.

WALKING AND DIET DURING LABOR: PERCEPTIONS FROM A GROUP OF POSTPARTUM WOMEN

ABSTRACT: The objective of this study was to better understand the experience and perceptions of a group of women with respect to walking and diet during labor. This is a qualitative, descriptive study, performed in a teaching hospital in São Paulo, Brazil. Data was collected through interviewing a sample of 35 women who had vaginal deliveries at two different moments in that hospital. The results show that walking helps some of these women to relieve pain and contributed to their labor progression, while others felt insecurity forcing themselves during delivery, due to fear of the baby falling to the floor. With respect to diet, the women who ate reported feeling stronger during childbirth, and those who declined food justified it through their fear of disturbing labor. One concludes that it is crucial to take into consideration the individuality and autonomy of the woman's choice; basic premises when seeking humanized care.

DESCRIPTORS: Humanizing delivery. Humanization of assistance. Obstetrical nursing.

CAMINADA Y DIETA DURANTE EL PARTO: LA PERCEPCIÓN DE UN GRUPO DE PUÉRPERAS

RESUMEN: Este estudio intenta comprender la experiencia y percepción de un grupo de mujeres en relación a caminar y a la dieta durante el parto. Este es un estudio cualitativo descriptivo realizado en un hospital universitario en Sao Paulo. La recolección de datos se hizo mediante entrevistas a treinta y cinco mujeres que dieron a luz por vía vaginal en dos momentos diferentes en el mismo hospital. Los resultados muestran que para algunas mujeres caminar ayuda a aliviar el dolor y la progresión del trabajo del parto, mientras que para otras hay inseguridad para hacer fuerza, debido al temor de que el bebé se caiga al piso. En relación a la dieta, las mujeres que se alimentaron, manifestaron sentirse más fuertes durante el parto y las que no la aceptaron, lo justifican por el temor de perjudicar el parto. Se concluye que es crucial tener en cuenta la individualidad y la autonomía de elección de las mujeres, los supuestos básicos en la búsqueda de una atención humanizada.

DESCRIPTORES: Humanización del parto. Humanización de la asistencia. Enfermería obstétrica.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) vem estimulando iniciativas que favoreçam mudanças no atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Dentre elas está a implantação de uma proposta de atendimento mais humanizado ao parto nos serviços de saúde.

No documento "Assistência ao parto normal: um guia prático"¹, a OMS apresenta um conjunto de práticas que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e à prevenção da mortalidade materna e perinatal. Tais práticas incluem o respeito ao processo fisiológico e à dinâmica de nascimento, nos quais as intervenções devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis. O guia defende, ainda, como objetivo da assistência obstétrica, o menor nível possível de intervenção, compatível com a segurança, definindo o papel do prestador de serviço como requisito necessário para a concretização deste objetivo. Neste guia, as práticas assistenciais estão categorizadas em quatro grupos.

Categoria A: práticas claramente úteis e que devem ser encorajadas. Estas implicam no reconhecimento da mulher e da família como protagonistas do processo de nascimento, portanto, com poder de decisão.

Categoria B: práticas que são consideradas prejudiciais ou ineficazes e que devem ser abandonadas, pois visam a aceleração do parto em prol do conforto do profissional.

Categoria C: práticas que são utilizadas, porém necessitam ser melhoradas, devendo, por isso, ser adotadas com cautela, pois ainda não possuem fundamento científico consistente e, na maior parte, não levam em consideração a decisão das mulheres em aceitá-las ou não.

Categoria D: práticas frequentemente utilizadas, porém inapropriadas, causando mais dano que benefício. Englobam, principalmente, os procedimentos cirúrgicos, incluindo os partos cesáreos e por fórceps, sem indicação criteriosa para a sua realização.

Dentre os itens que compõem cada categoria, destacamos como objeto de estudo neste artigo, os seguintes tópicos: 1 - Permitir a liberdade de posição e movimento no trabalho de parto (categoria A, item 15); e 2 - Restrição de comida e líquido, durante o trabalho de parto (categoria D, item 1).

A razão para esta escolha se deve à necessidade de refletir sobre esses tipos de práticas na

perspectiva das pacientes, ampliando, assim, a compreensão dos profissionais sobre o processo assistencial, de forma a contribuir para a amenização de barreiras na implementação de uma assistência científica e humanisticamente adequada, que esteja em conformidade com a medicina baseada em evidências,² de forma que as decisões no atendimento ao indivíduo sejam tomadas perante o uso criterioso, consciente e explícito das práticas assistenciais.

No que concerne à liberdade de posição e movimento no trabalho de parto (categoria A, item 15), um estudo experimental mostrou que mulheres capazes de se mover livremente, durante o trabalho de parto, reportaram a movimentação como meio para encontrar um posição confortável.^{3,4} Outra pesquisa aponta que mulheres que foram incentivadas a ficar em pé, caminhar ou se sentar tiveram, em média, trabalhos de partos mais curtos do que mulheres que permaneceram deitadas.⁵

Contudo, criou-se nos hospitais um ritual para o acompanhamento das parturientes, por meio de aparelhos cada vez mais sofisticados, resultando na restrição das parturientes ao leito, a fim de acompanhar cada variação dos batimentos cardíofetais. Como consequência, a restrição na movimentação das parturientes se tornou uma prática inserida no universo cultural dos profissionais, gerando inseguranças quanto à adequada evolução do trabalho de parto e ao bem-estar do feto, caso esse não esteja sendo constantemente monitorado.

Outro ponto a ser explorado é a restrição de comida e líquido, durante o trabalho de parto (categoria D, item 1). Para as mulheres que estão na fase inicial do trabalho de parto e desejam comer, o jejum obrigatório pode causar uma progressão insatisfatória, recaindo na cascata de intervenções que culminam em uma cesariana.⁶ Durante o processo de parturição, o dispêndio de energia é o equivalente ao exercício físico moderado contínuo e, no caso do trabalho de parto prolongado associado ao jejum, há o aumento progressivo de cetonas urinárias. Essa preocupação excessiva dos profissionais com a restrição alimentar deve-se ao risco de aspiração do conteúdo gástrico, caso a parturiente venha a regurgitar durante um procedimento anestésico; porém, evidências apontam que o risco de aspiração está diretamente associado ao uso de anestesia geral no parto, que atualmente é muito baixo, além dos cuidados do profissional que administra a anestesia.⁵

Assim, a necessidade de estudos que avaliem práticas obstétricas emergem, devido à medicalização da assistência, que criou um cenário de uso indiscriminável de intervenções, que contribuem para o impacto negativo sobre a morbimortalidade materna, desde meados do século XX.⁷

Considerando fatores que podem contribuir para melhoria da prática assistencial e para o bem-estar materno-fetal, este estudo tem como objetivo conhecer a experiência e a percepção de um grupo de mulheres em relação à deambulação e à ingestão de alimentos e líquidos durante o trabalho de parto. Trata-se de um recorte da dissertação de mestrado, que teve como objetivo geral conhecer a experiência e a percepção de parturientes – atendidas em dois eventos de parto distintos, sendo um antes e outro após a implantação de ações humanizadoras em um hospital de ensino – sobre as práticas obstétricas.⁸

METODOLOGIA

Optou-se por um estudo exploratório, descritivo, com análise qualitativa, pela possibilidade de se captar a maneira pela qual as pessoas pensam e reagem frente às questões focalizadas e de se conhecer a dinâmica e a estrutura da situação do estudo, sob o ponto de vista de quem o vivencia.⁹

O estudo foi desenvolvido no Alojamento Conjunto (AC) do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU/USP), localizado no campus universitário de São Paulo. Este hospital está inserido no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a instituição de referência para as unidades básicas de saúde pertencentes à Coordenadoria de Saúde da Subprefeitura do Butantã, região oeste no município de São Paulo, com cerca de 450.000 mil habitantes. Além dessa clientela, são também atendidos discentes, docentes e servidores da universidade, assim como seus dependentes. Em relação à parturição, a média é de 320 partos mensais, sendo cerca de 70% de partos vaginais e 30% de partos cesáreas.

Como critério de inclusão das participantes, estabeleceu-se: mulheres que tiveram seus filhos de parto vaginal no HU/USP, em dois momentos distintos: anterior ao ano de 2001 (ocasião em que as ações humanizadoras ao parto não estavam totalmente implementadas na instituição) e entre 2006 e 2007, período que as medidas já estavam sendo adotadas.

Para compor o grupo de participantes, os pesquisadores, primeiramente, consultaram a

relação de mulheres internadas na maternidade, que haviam tido partos vaginais. Revisando os prontuários, verificou-se se essas mulheres também haviam tido parto vaginal no HU/USP, em período anterior a 2001, sendo esse dado também confirmado pessoalmente com as puérperas. Assim, a amostra do estudo foi constituída por 35 mulheres, sendo estas identificadas de E1 a E35, no corpo do trabalho, garantindo o anonimato.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas, através de um roteiro com as questões norteadoras e com espaço para a identificação da participante.

A análise das 35 entrevistas realizadas e transcritas foi efetuada após exaustiva leitura dos seus conteúdos, depois da edição das narrativas, com a supressão de vícios de linguagem e de ideias repetidas, preservando as diferenças individuais de expressão. Após releituras do conteúdo das entrevistas, foram agrupados os relatos de cada entrevistada e realizado o agrupamento dos temas, quando se conseguiu estabelecer com maior clareza as percepções e as categorias emergentes de cada item, pela similaridade dos discursos. Esse processo de análise foi realizado por um dos pesquisadores e, então, comparado com a análise dos demais pesquisadores, de forma a validar os achados.

Em decorrência desse processo, foram identificados os seguintes temas: percepção sobre a experiência de ter feito enema; sobre a possibilidade de deambulação; sobre a oferta de líquidos e alimentos; e sobre a necessidade de tricotomia e episiotomia. A ênfase nas questões da deambulação e da alimentação e ingestão de líquidos emergiu como forte influência no processo de humanização do trabalho de parto para as mulheres, razão pela qual está sendo abordada neste artigo.

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e Câmara de Ensino e Pesquisa do HU/USP sob nº 639/06, estando em conformidade com as normas da Resolução 196/96 e da Declaração de Helsinque.

RESULTADOS

Caracterização das participantes

A idade das colaboradoras deste estudo variou de 22 a 41 anos. O grau de instrução predominante foi o ensino fundamental incompleto, sendo São Paulo a unidade da federação preponderante enquanto origem das participantes. Quanto ao estado civil, a maior parte respondeu que convive

em união consensual. No que se refere à ocupação, apenas 21 entrevistadas exerciam atividades remuneradas. Quanto à paridade, incluindo o parto atual, para 10 participantes era a sua segunda experiência de parto; para 17 mulheres, a terceira; e era acima do quarto parto para oito entrevistadas. Quanto à realização do pré-natal na gestação atual, mais da metade das mulheres realizou de seis a 10 consultas.

A seguir, estão descritas as categorias temáticas referentes à deambulação e à alimentação e ingestão de líquidos durante o trabalho de parto.

Deambulação durante o trabalho de parto

Nesta pesquisa, em relação à movimentação durante o trabalho de parto, foram encontradas duas percepções entre as mulheres: mais da metade das entrevistadas referiu que a movimentação e a deambulação são benéficas durante o trabalho de parto, enquanto as outras relataram que preferiam ficar deitadas.

O primeiro grupo aponta que a movimentação proporciona o alívio da dor, possibilita ir ao chuveiro para o banho de ducha e acelera o trabalho de parto. Já o segundo grupo, relaciona a preferência por permanecer deitada, devido ao risco de o bebê nascer durante a movimentação e à dificuldade para fazer força na posição vertical.

No primeiro grupo, a liberdade para deambular foi referida pelas mulheres como importante para suportar e aliviar as dores do trabalho de parto, uma vez que retira o foco de atenção da mulher na dor. Citam que é preferível andar ao permanecer deitada.

[...] fiquei me movimentando bastante, porque parece que alivia a dor. Melhor andar! Ficar deitada parece que a dor aumenta, não sei. Pra mim, melhor se andar. Eu fiquei andando em volta da cama, perto do banheiro, parece que alivia um pouco a dor [...] [parto atual] (E20).

A possibilidade da livre movimentação, associada ao banho, foi citada como outra alternativa para aliviar a sensação de dor e como meio para acelerar o trabalho de parto. Outro aspecto citado foi o fato de o banho distrair e relaxar, minimizando a impaciência da mulher naquele momento.

[...] eu acho que, às vezes, a gente está tão impaciente, que se levantar da cama um pouco, tomar um banho, é melhor que ficar só na cama sentindo a dor. Eu andei, tomei banho, sentei, levantei, porque eu cheguei de madrugada e fui ganhar meuino cinco horas da tarde [...] [parto atual] (E9).

[...] além de andar, o banho também alivia bastante, nossa! Desta vez, eu gatilhei rapidinho, porque eu tomei banho e fiquei mais calma; aquela água quente na barriga, né, graças a Deus, foi tudo rapidinho, por causa do banho demorado [...] [parto atual] (E5).

O incentivo, por parte da equipe de saúde, para o banho, foi percebido como uma experiência positiva. O outro aspecto foi o reconhecimento da reforma do Centro Obstétrico, percebida positivamente, pela adequação do banheiro com a instalação de barras de apoio e cadeira, que deram melhores condições para que as mulheres pudessem relaxar durante o banho.

[...] o pessoal que trabalha lá deu atenção, falava pra ficar jogando água na barriga, que nasce mais rápido, eu, naquela loucura de ver nascer logo. O banho relaxa bastante, tem a cadeirinha que a gente pode estar sentado... não tinha... eu fiquei um pouco e aí já começou a doer [...] [parto atual] (E29).

Comparando-se com a experiência do parto anterior, houve uma percepção de progressão mais rápida, além de alívio da dor. A rápida dilatação do colo uterino foi atribuída à movimentação. O incentivo da equipe para a deambulação foi percebido como importante para a evolução do trabalho de parto.

[...] eu estava com um dedo de dilatação e uma enfermeira me aconselhou a ficar andando, eu andei do meio-dia à 1h30 e consegui ficar com quatro dedos de dilatação. Adianta o parto andar, que você consegue obter a dilatação, quando você está andando e vem a contração, você pára, respira, pra poder continuar [...] [parto atual] (E23).

[...] vou falar da minha parte, andar me ajudou porque fiquei um tempão estacionada com quatro de dilatação, quando o médico deixou andar uns 40 minutos, fui pra seis, sete dedos, até o médico percebeu que andar ajudou [...] [parto anterior] (E6).

A prática da movimentação antes de se internar no hospital foi citada, pelas mulheres, como uma forma de chegar à instituição em uma fase mais avançada do trabalho de parto.

[...] quando começam as contrações, eu fico em casa espumando, fico me movimentando. Eu acho que o movimentar ajuda sim, porque, né na hora que vem aqui, já está mais adiantado. Eu acho que se mexer em casa ajuda no trabalho de parto [...] [parto atual] (E25).

A possibilidade de poder se movimentar foi percebida como uma mudança positiva, pois, nos partos anteriores, havia a prática da monitorização contínua dos batimentos cardíofetais. Foi apontado que essa prática gerava incômodo

e tensão nas mulheres pela necessidade de permanecerem imóveis.

[...] *na época do Mateus, eu não levitava da cama pra nada, colocaram um monte de aparelho em mim, pra ouvir o coração do neném, não podia nem me virar direito, foi horrível! Eu fiquei praticamente aquelas 12 horas ali, parada [parto anterior]. Nesse, a enfermeira perguntava pra mim como eu preferia ficar: em pé, se eu queria sentar, ficar deitada, que eu ficasse do jeito que fosse melhor pra mim. Eu ficava mais deitada, na hora que vinham as contrações mesmo, você não queria andar muito. Aí, eu falei pra ela que estava sentindo muita dor; ela recomendou que eu tomasse um banho, foi aí que ele desembestou a querer nascer, foi rapidinho. Falei: se soubesse, tinha tomado banho antes [...] [parto atual] (E2).*

Contudo, algumas participantes trouxeram “percepções negativas”, apontando para as seguintes questões: preferência em ficar deitada, risco de o bebê nascer durante a movimentação e dificuldade para fazer força na posição vertical.

Apesar de um grupo de mulheres considerar a posição deitada desconfortável e preferir movimentar-se como relatado anteriormente, outras preferiram permanecer deitadas durante as contrações do trabalho de parto, associando a isso às diferenças de cada organismo, que responde diferentemente para cada mulher.

[...] *eu sempre vou para a cama, que já está pertinho de nascer quando eu vou pro hospital. E antes de ir pro hospital, fico deitada, eu não gosto de andar, acho que incomoda mais, eu prefiro ficar deitada [...] [parto atual] (E13).*

[...] *depende de cada organismo, de cada pessoa, como a outra moça que tinha chegado na noite anterior e até aquela hora ela não tinha dor. No meu caso, eu prefiro ficar deitada esperando [...] [parto atual] (E21).*

O medo de o bebê nascer durante a deambulação também foi citado como um fator determinante para que permanecessem deitadas e, mesmo recebendo orientação de um profissional, a mulher se recusou a caminhar.

[...] *no dela, logo comecei a sentir as contrações e logo ela já estava nascendo; então é um risco muito grande você ir ao banheiro, de ficar andando e acabar nascendo. Na hora que estava com dor, a enfermeira mandava eu andar, mas fiquei deitada, não senti vontade de andar. Aí, na hora da dor, você não sabe o que quer fazer [...] [parto atual] (E19).*

[...] *no outro, eu fiquei deitada o tempo todo na sala de pré-parto [parto anterior] e desse também. Olha, se dissessem pra mim na hora, você pode mudar,*

eu não ia andar, porque ia ficar com medo de andar, e sei lá, de repente, nascer [...] [parto atual] (E3).

Além da manifestação de medo citada, o fato de estar em posição vertical (em pé ou sentada) foi visto como uma dificuldade a mais para se fazer força por ocasião das contrações. A posição horizontal foi vista como facilitadora para se fazer força e sem risco de o bebê cair no chão.

[...] *não sei, quando a gente está em pé, vem contração, é pior, a gente está sentada, vem do mesmo jeito, então eu prefiro deitada logo, porque quando vinha a dor mesmo, é melhor a gente está deitada do que em pé; é perigoso, e se o neném estiver nascendo e a gente em pé? Prefiro deitada, quando vinha contração, você puxa mais força, deitada mesmo, com segurança. Em pé, como que você botava força? [...] [parto atual] (E28).*

A análise das narrativas junto com a observação no campo de pesquisa indicam mudança positiva na assistência prestada às mulheres no pré-parto, pois já se adota a movimentação como uma estratégia para evolução do trabalho de parto. Em experiências de parto anteriores na instituição, as mulheres raramente se movimentavam durante o trabalho de parto, mesmo aquelas que sentiam a necessidade de andar eram impedidas de fazê-lo. Outro ponto importante levantado foi em relação à autonomia das mulheres, que não sentiram necessidade de se movimentar e foram respeitadas em relação à suas preferências.

Alimentação e ingestão de líquidos durante o trabalho de parto

Da mesma forma que no item anterior, a possibilidade de ingestão de líquidos durante o trabalho de parto foi percebida pelas mulheres de maneira tanto positiva quanto negativa. As entrevistadas que “aceitaram algum tipo de alimentação e líquidos”, durante o trabalho de parto, apontaram aspectos positivos, comparando-se com os partos que tiveram anteriormente, nos quais o jejum era indicado para todas as mulheres.

[...] *da outra vez, eu fiquei com fome, não deram nem água [parto anterior]! Dessa, me deram sopa. O chá da tarde eu já não quis mais, porque já estava doendo muito e a água eles deixaram tomar à vontade, foi bom [...] [parto atual] (E1).*

[...] *no meu caso, tinha só tomado café na minha casa, então, quando foi à noite, pedi qualquer coisa, nem que seja água, estava morrendo de fome. Me deram chá, bolacha e chocolate. Foi bom, porque eu estava morrendo de fome [parto atual]. Na época do meu outro filho, fiquei em jejum [...] [parto anterior] (E30).*

A disponibilização de chocolate em barra também foi citada como uma alternativa, quando a mulher não conseguiu ingerir outros alimentos, além de ter tido um resultado positivo nesse caso.

[...] *do primeiro, nos nove meses, eu vomitei, dieguei aqui, vomitei, aí, ainda bem que eu não estava com fome, mas elas me deram chocolate e falaram: olha, você tem que comer que está com a pressão baixa, aí me deram chocolate antes da sala do parto, e eu melhorei* [...] [parto atual] (E28).

A mudança referente à oferta de alimentos durante o trabalho de parto foi percebida positivamente e houve a constatação que a ingestão de alimentos, naquele momento, além de não causar nenhum transtorno durante o parto, propiciou às mulheres melhores condições físicas para fazer força no período expulsivo.

[...] *dessa agora já teve essa modificação* [parto atual], *que, das outras vezes, não tinha, não davam água nem alimentação nenhuma, até ter o parto* [parto anterior]. *Agora não: teve o café, teve o almoço, eles não cortaram nada. Dessa vez, foi diferente. É bom porque eu achei que ia ter uma diferença na hora do parto, mas foi tudo normal, tudo a mesma coisa. É melhor você se alimentar pra ter mais força do que você ficar enfraquecida* [...] [parto atual] (E19).

A melhor condição física da mulher, tanto no parto, como no pós-parto, foi atribuída à alimentação recebida durante o trabalho de parto. O fato de ter ficado em jejum no parto anterior foi apontado como responsável pela fraqueza vivenciada, além da necessidade de maior aporte medicamentoso para sua recuperação física.

Em contrapartida, algumas participantes do estudo “não concordaram em se alimentar e somente aceitaram líquido” durante o trabalho de parto. A razão apontada foi que a ingestão de comida poderia atrapalhar o parto.

[...] *eu acho que o líquido sim, porque a gente sente muita sede; agora a alimentação já não acho bom, porque pode atrapalhar no parto; no meu caso, se eu tivesse comido o macarrão que nem a moça do meu lado quis comer, imagina o que não tinha saído na hora que eu tinha tido esse menino. Acho que uma coisa pesada assim já não dá, mas acho que um suco, uma água em sempre bom a gente estar tomando lá* [...] [parto atual] (E2).

Um dos fatos de recusarem a alimentação oferecida é devido ao temor de passar mal e vomitar durante o trabalho de parto. Outra questão é ter experiência anterior de parto em que se sentiu enjoada e vomitou durante as contrações. A dor

também foi apontada como uma razão para que as mulheres se recusassem a aceitar qualquer alimentação oferecida.

[...] *elas perguntaram se eu queria chá com bolachas, mas eu não aceitei* [parto atual], *porque, das outras duas filhas, na hora das contrações, eu acabei vomitando e estava com o estômago vazio* [...] [parto anterior] (E21).

[...] *me trouxeram um chá com umas bolachas, mas eu não aguntei comer nada, estava com muita dor, então não aguntei comer* [...] [parto atual] (E2).

Frente a esses dois pontos, aceitação ou não de alimentos e líquidos durante o trabalho de parto, emerge a “incompreensão das mulheres”. Essa, em parte, devido à falta de explicação, pelos profissionais, sobre tais questões.

[...] *nessa parte aí eu não entendo muito. Às vezes, eles não dão porque diz que a gente pode vomitar na hora do parto; foi isso que o doutor falou pra mim. Eu falei: doutor, eu quero água e ele falou: não, que você já vai ter o neném e pode, na hora, querer vomitar; foi isso que ele falou pra mim, mas não explicou nada* [...] [parto anterior] (E15).

[...] *como eu não entendo muito, não posso falar, acho que pode prejudicar alguma coisa, pra não deixarem comer. Porque as mulheres que estavam certo do parto normal, eles davam, no meu caso, como estava duvidoso, então podia prejudicar em alguma coisa. Mas não entendo quando pode e quando não pode comer* [...] [parto atual] (E6).

Conforme os relatos, a justificativa alegada pelos profissionais para o jejum no momento do trabalho de parto foi a prevenção contra náuseas e vômitos, sendo este argumento aceito pelas mulheres, porém sem possibilidade de contestação. Há uma aceitação plena por parte das mulheres quanto às orientações recebidas durante a assistência, não havendo questionamentos em relação às condutas e intervenções realizadas. Porém, é importante frisar, cabe o direito a essas mulheres de participarem das decisões na sua assistência, e isso somente ocorrerá, de forma plena e consciente, quando as relações entre os profissionais de saúde e os pacientes se processarem de forma horizontal, com troca de informações entre os dois lados e não apenas um lado (dos profissionais) falando e decidindo.

DISCUSSÃO

Nos resultados apresentados neste artigo, comparando-se as duas experiências de parto das mulheres no HU/USP, percebeu-se uma mudança na postura dos profissionais em relação à movimen-

tação das parturientes. Atualmente, não somente é dada liberdade para que a mulher se movimente, como também é incentivado que ela o faça, visando maior efetividade das contrações e melhor evolução do trabalho de parto. A autonomia das parturientes para a movimentação no pré-parto também foi respeitada, pois aquelas que não sentiram vontade de andar puderam permanecer no leito.

Essa autonomia da mulher na escolha da posição e da movimentação durante o trabalho de parto é recomendada no Guia de Atenção Humanizada ao Parto do Ministério da Saúde¹⁰ e, no geral, o que se percebe é que há uma alternância espontânea nas posições escolhidas pelas mulheres.⁴ A OMS recomenda que essa busca por posições agradáveis seja estimulada pelos profissionais.¹

Porém, antes da disseminação de tais recomendações, no Centro Obstétrico do HU/USP a prática predominante era a monitorização contínua das mulheres no trabalho de parto, pela utilização de modernos monitores fetais e pelo modelo assistencial pautado em protocolos. Atualmente, já ocorre maior flexibilização na monitorização eletrônica das parturientes, isso em decorrência de estudos que apontam para os benefícios da movimentação no trabalho de parto,³ além da experiência de alguns elementos da equipe que atuam em outras instituições nas quais tal prática da movimentação traz resultados positivos.

Incentivando a assistência baseada nas evidências, no Centro Obstétrico do HU/USP, após reforma, foi afixado, em todas as salas de pré-partos, um quadro elaborado pela *Japan International Cooperation Agency* (JICA) que, através de figuras ilustrativas, demonstra as posições que favorecem o alívio da dor no trabalho de parto e traz orientações quanto à massagem de conforto na região lombar e à deambulação.¹¹

Com a deambulação, uma das possibilidades para o alívio da dor no trabalho de parto, é o banho de ducha com água morna. Essa possibilidade é oferecida às mulheres no pré-parto, pois proporciona uma sensação de relaxamento físico e mental, o que, no caso das parturientes, traz efeitos benéficos para a evolução do trabalho de parto.

Sobre esse tema, em um estudo conduzido no HU/USP, no qual se investigou a relação do banho de aspersão com o alívio à dor do trabalho de parto, 79% das parturientes de uma amostra experimental de 20 mulheres relataram que o banho trouxe relaxamento e conforto físico, naquele momento. Além da melhora da sensação de dor, as mulheres também perceberam que houve aumento

das contrações e aceleração do trabalho de parto. Com a divulgação dos resultados dessa pesquisa, consensuou-se, entre o grupo de enfermeiras do Centro Obstétrico do HU/USP, que a indicação do banho durante o trabalho de parto era uma estratégia a ser utilizada de forma sistemática para o alívio da dor, antes de se iniciarem as intervenções farmacológicas.¹²

Pelos resultados apresentados neste artigo, percebe-se um indicativo que tal prática está incorporada na referida instituição, pois mesmo as mulheres que preferiram ficar deitadas, foram estimuladas a irem ao banho.

Nossos resultados corroboram uma pesquisa clínica experimental, controlada e randomizada, realizada em um Centro de Parto Normal, na qual as mulheres do grupo experimental atribuíram valores menores nos índices para a dor do trabalho de parto com o banho de imersão, não havendo diferenças estatísticas em relação à duração do trabalho de parto, comparando-se com o grupo controle. Dessa forma, o banho de imersão mostrou-se como uma estratégia eficaz, como método não farmacológico para alívio da dor.¹³

Em um outro estudo, do tipo ensaio clínico controlado prospectivo, realizado também na referida instituição, foi constatado que a ação na estrutura osteomuscular facilitou a progressão da fase ativa e que a mobilidade pélvica promoveu a evolução da dilatação.¹⁴ Outra pesquisa demonstrou que as mulheres que tiveram orientações de um profissional, em relação à movimentação durante o trabalho de parto, sentiram-se mais seguras para se movimentarem e fizeram uso consciente do corpo, fato que favoreceu o parto vaginal.¹⁵

Em relação à categoria que trata a ingestão de alimentos e líquidos, as mulheres também se posicionaram com percepções positivas e negativas. As entrevistadas, que aceitaram algum tipo de alimentação, afirmaram que tiveram mais força durante o trabalho de parto. Já as que não concordaram em se alimentar, justificaram-se pelo fato de temerem problemas durante o trabalho de parto. A aceitação de líquidos foi unânime.

Contudo, apesar de as mulheres se posicionarem a favor ou contra essa questão da alimentação, nas narrativas percebe-se a falta de entendimento sobre o assunto. Elas não entendem os motivos da necessidade ou não do jejum e os profissionais não se detêm a dar explicações.

No Centro Obstétrico do HU/USP, a oferta de líquidos e alimentos às parturientes teve início em 2003, apoiada pelas chefias locais – médica e

de enfermagem. Antes dessa iniciativa, a regra geral era o jejum para todas as mulheres que estivessem em trabalho de parto e as raras exceções eram aquelas mulheres com quadros de inibição de trabalho de parto prematuro ou observações por abortamento e hiperemese gravídica. Essa norma era apoiada em um modelo tecnocrático de assistência, no qual o processo de parto era visto como um evento "fisiologicamente patológico" que, a qualquer momento, poderia necessitar de intervenção cirúrgica.

Porém, no caso de gestantes, o jejum não atinge o objetivo de manter o estômago vazio, pois haverá sempre um resíduo mínimo de 100ml no volume gástrico, independente do período da última refeição. O que indica, como preferível ao jejum, a ingestão de alimentos pobres em resíduos e de líquidos de sabor agradável a intervalos frequentes.⁵ Segundo a OMS, a adoção de dietas brandas, para repor as fontes de energia requeridas no trabalho de parto, previne a desidratação e a cetose, garantindo o bem-estar da mulher.¹ Portanto, a oferta de líquidos e alimentos leves por via oral à parturiente, respeitando o seu desejo, além de não interferir no desenvolvimento do trabalho de parto e do parto, pode ser benéfica.¹⁶

Baseando-se nas evidências dos efeitos negativos da restrição alimentar durante o trabalho de parto, as equipes de obstetras e enfermeiras do Centro Obstétrico do HU/USP propuseram a oferta de alimentos leves e líquidos para as parturientes, iniciativa essa que gerou conflitos junto à equipe de anestesistas, naquela ocasião, relutantes em aceitar essa mudança. Além disso, havia a questão operacional do fornecimento dos alimentos, do acondicionamento na unidade e do estabelecimento de critérios para a oferta.

Nesse sentido, a colaboração do Serviço de Nutrição e Dietética do hospital foi essencial para que essa iniciativa tivesse sucesso. No início, houve a necessidade de ajustes, tanto em relação à quantidade de alimentos quanto ao tipo fornecido. Dentro das possibilidades da instituição, a alimentação fornecida rotineiramente às parturientes segue os critérios estabelecidos pelas equipes. A normatização final a que se chegou foi que mulheres, em fase latente ou no início do trabalho de parto, receberiam uma dieta considerada geral branda, de fácil digestão, após avaliação do seu quadro. Para aquelas em fase ativa do trabalho de parto, a oferta seria de uma dieta líquida composta basicamente de sopa e gelatina e/ou uma barra de chocolate, pelo seu valor energético e pela fa-

cidade na digestão. Em todos os períodos, ainda há a possibilidade de se oferecer à parturiente chá com bolachas ou chocolate em barra.

Por outro lado, considerando que a experiência de se alimentar durante o trabalho de parto é uma prática recente no nosso meio, há ainda insegurança nas mulheres de que isso possa trazer alguma complicação. A incorporação das justificativas dadas pelos profissionais à necessidade de jejum, em experiências anteriores, é, também, um dos fatores que levam as mulheres a recusarem a alimentação oferecida.

Além disso, as características individuais das mulheres também devem ser respeitadas, pois pessoas reagem diferentemente em cada situação: nervosismo e dor podem trazer inapetência ou desencadear acessos de fome.⁷

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres participantes deste estudo tiveram opiniões divergentes sobre deambulação e alimentação e ingestão de líquidos durante o trabalho de parto e isso deve ser levado em consideração ao se estabelecerem normas e rotinas dentro de uma instituição que visa prestar assistência de qualidade à mulher. As mulheres constroem, a partir de suas experiências, saberes que vão embasar as formas de reagir às situações específicas, determinando, no contexto da saúde, a adoção ou não de determinadas recomendações profissionais.

Várias estratégias, como a deambulação, o banho, a oferta de alimentos e líquidos durante o trabalho de parto, podem contribuir para o alívio da dor e para uma experiência significativa da mulher. Contudo, os resultados desse estudo sugerem que é crucial levar em consideração a individualidade e a autonomia de escolha das mulheres, premissas básicas quando se busca a assistência humanizada. Além disso, o respeito pela perspectiva da mulher, associada à experiência profissional e às evidências científicas são o fundamento para a construção de assistência à saúde com qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Maternidade segura. assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra (CH): OMS; 1996.
2. Barratt A. Evidence based medicine and shared decision making: the challenge of getting both evidence and preferences into health care. *Patient Educ Couns*. 2008 Dec; 73(3):407-12.

3. Miquelutti MA, Cecatti JG, Morais SS, Makuch MY. The vertical position during labor: pain and satisfaction. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2009 Out-Dec; 9(4):393-8.
4. Miquelutti MA, Cecatti JG, Makuch MY. Upright position during the first stage of labor: a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007; 86:553-8.
5. Mouta RJO, Progianni JM. Estratégias de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto. *Texto Contexto Enferm*. 2009 Out-Dez; 18(4):731-40.
6. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2005.
7. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005 Jul-Set; 10(3):627-37.
8. Wei CY. Ações humanizadoras na assistência ao parto: experiência e percepção de um grupo de mulheres em um hospital-escola [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2007.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo (SP): HUCITEC; 2006.
10. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.
11. Japan International Cooperation Agency. Manual do parto humanizado. Fortaleza (CE): JICA; 2000.
12. Ochiai AM. O banho de chuveiro como medida de alívio da dor no trabalho de parto [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2000.
13. Silva FMB, Oliveira SMJV. O efeito do banho de imersão sobre a dor e a duração do trabalho de parto. *Rev Esc Enferm USP*. 2006 Mar; 40(1):57-63.
14. Bio ER, Bittar RE, Zugaib M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006; 28(11):671-79.
15. Carraro TL, Knobel R, Frello AT, Gregório VRP, Grudtner DI, Radunz V et al. O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puerpéras. *Texto Contexto Enferm*. 2008 Jul-Set; 17(3):502-9.
16. Torcata A, Gualda DMR. Práticas comprovadamente úteis e que devem ser estimuladas durante o trabalho de parto e parto, que estão sendo realizadas por enfermeiras obstétricas: revisão da literatura. *Rev Tec-cientif Enf*. 2010; 25(8):152-59.

Correspondência: Dulce Maria Rosa Gualda
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem
Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
05403-000 - Cerqueira Cesar, São Paulo, SP, Brasil
E-mail: drgualda@usp.br

Recebido: 27 de agosto de 2010
Aprovação: 10 de outubro de 2011

Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011 Out-Dez; 20(4): 717-25.

Copyright of Texto & Contexto Enfermagem is the property of Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pos-Graduacao de Enfermagem and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.

**CARE AND OUTCOMES OF RELAXATION ROOM ASSISTANCE AT A
PUBLIC MATERNITY HOSPITAL, RIO DE JANEIRO, BRAZIL**

*Adriana Lenho de Figueiredo Pereira¹, Sílma de Fátima da Silva Araújo Nagipe², Gabrielle Parrilla Vieira
Lima³, Sabrina Damazio do Nascimento⁴, Monique da Silva Ferreira Gouveia⁵*

¹ Ph.D. in Nursing, Adjunct Professor of the Maternal-Child Nursing Department, Rio de Janeiro State University (UERJ),
College of Nursing, Rio de Janeiro, Brazil. E-mail: adrianalenho.uerj@gmail.com

² RN, Head of Nursing at Alexander Fleming Maternity Hospital, Rio de Janeiro Municipal Department of Health and Civil
Defense, Rio de Janeiro, Brazil. E-mail: s.nagipe@gmail.com

³ Nursing undergraduate, UERJ College of Nursing, Rio de Janeiro, Brazil. E-mail: gabi_vieira@yahoo.com.br

⁴ Nursing undergraduate, UERJ College of Nursing, Rio de Janeiro, Brazil. E-mail: sasadamazio@hotmail.com

⁵ Nursing undergraduate, UERJ College of Nursing, Rio de Janeiro, Brazil. E-mail: monique.gouveia-ent@hotmail.com

ABSTRACT: This descriptive and retrospective study analyzed 648 healthcare records of from the relaxation room for women in labor, in 2007. The participants were low risk pregnant women, nuliparae, and in the active phase of labor. The most frequent care interventions were: warm bath (76.4%), walking (56.2%) and massage (52.8%). Most (86.3%) women had a vaginal delivery, and cesareans accounted for 11.1% of the deliveries. Nurse midwives assisted 56.5% of the vaginal deliveries, while physicians assisted the others (44.5%). Regarding the Apgar score, 1.4% of the live births achieved a score below seven at the fifth minute. The other newborns showed good vital signs at birth. The relaxation room is a care environment that promotes the humanization of care in labor and encourages vaginal childbirth.

DESCRIPTORS: Obstetric labor. Parturition. Humanization of assistance.

**CUIDADOS E RESULTADOS DA ASSISTÊNCIA NA SALA DE
RELAXAMENTO DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA, RIO DE JANEIRO,
BRASIL**

RESUMO: Trata-se de estudo descritivo e retrospectivo que analisou 648 registros dos atendimentos na sala de relaxamento para gestantes em trabalho de parto no ano de 2007. O perfil obstétrico foi de gestantes de baixo risco, nulíparas, e em fase ativa do trabalho de parto. Os cuidados mais realizados foram: banho morno (76,4%), deambulação (56,2%) e massagem (52,8%). A maioria (86,3%) das parturientes teve parto normal e as cesarianas representaram 11,1% dos partos. As enfermeiras obstétricas assistiram 56,5% dos partos normais e os demais foram atendidos pelos médicos (44,5%). O índice de Apgar abaixo de sete no quinto minuto foi atribuído em 1,4% dos nascidos vivos. Os demais apresentaram boas condições de vitalidade no nascimento. A sala de relaxamento é um ambiente de cuidado que promove a humanização da assistência ao trabalho de parto e favorece o parto normal.

DESCRIPTORES: Trabalho de parto. Parto. Humanização da assistência.

**CUIDADOS Y RESULTADOS DE LA ASISTENCIA EN LA SALA DE
RELAJACIÓN DE UNA MATERNIDAD PÚBLICA, RIO DE JANEIRO,
BRASIL**

RESUMEN: Estudio descriptivo-retrospectivo que examinó 648 registros de atendimientos en la sala de relajación para las embarazadas en trabajo de parto, en el año 2007. El perfil obstétrico fue de embarazadas de bajo riesgo, nulíparas y en la fase activa del trabajo de parto. Los cuidados más realizados fueron: baño con agua caliente (76,4%), deambulación (56,2%) y masaje (52,8%). La mayoría (86,3%) tuvo parto vaginal y las cesáreas representaron el 11,1% de los partos. Las enfermeras obstétricas asistieron 56,5% de los partos vaginales y los demás fueron atendidos por los médicos (44,5%). El índice de Apgar menor que siete en el quinto minuto fue atribuido en 1,4% de los nacidos vivos, los demás presentaron buenas condiciones de vitalidad al nacer. La sala de relajación es un ambiente de cuidado que promueve la humanización del trabajo de parto y favorece el parto normal.

DESCRIPTORES: Trabajo de parto. Parto. Humanización de la atención.

INTRODUCTION

The theme of humanization in childbirth care has guided the agenda of discussions in social, academic and public health policy groups in recent decades. Humanized care practices add new value to childcare and delivery assistance, including the recovery of subjectivity, affection, pleasure, freedom and a return to nature, opening the door to other care practices, such as relaxing massage, the use of aromatic oils, chromotherapy and music therapy, among others.¹

Humanization is associated with values and principles related to respect, dignity and appreciation of the human being. It requires a reflexive process of professional practice, and ethical behavior in professional activities and institutional work processes, ensuring decent, supportive and welcoming care on the part of health professionals. Therefore, humanization is a process of transformation of organizational culture towards the acknowledgment of subjectivity and the social context of clients and professionals and improvement in the quality of care and working conditions in healthcare.²

Care is much more than a technique. What differentiates care from a procedure is concern, interest and motivation, as well as the attitudes incorporated such as kindness, respect and consideration for others. Moreover, there is the intention to promote well-being and to keep people safe and comfortable, offering support, minimizing risks and reducing their vulnerability.³

Under government policies, humanization in childbirth means receiving the woman, her family and the newborn with dignity, and it involves ethical and sympathetic attitudes on the part of health professionals and the organization of the institution. Thus, care should be provided in a welcoming environment, and hospital practices should be adopted that are beneficial to the woman and the baby, avoiding the isolation imposed on women and the interventions that are unnecessary and harmful to both.⁴

Since 1998, obstetric nurses have been participating in normal childbirth scenarios in the five major public maternity hospitals of the Municipal Health Secretary and Civil Defense (*Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil* - SMSDC) in the city of Rio de Janeiro, Brazil. Their participation seeks to improve prenatal care and to offer women the chance to experience labor and birth of their babies in a more humanized way.

Towards these goals, obstetric nurses from a municipal public maternity unit created an environment of individualized labor care attached to the obstetric service, which aims to provide women with an experience of parturition which affords privacy, safety and comfort. This specialized environment has been operating since December 2000 and was named the "Relaxation Room".

Because of this local initiative towards care quality during labor this study was proposed, which aimed to characterize the obstetric profile of pregnant women admitted to the relaxation room, identify the care provided in this room and examine the maternal and neonatal characteristics of births resulting from these services.

METHODS

This study utilized a quantitative, exploratory, descriptive and retrospective approach, using the technique of documentary research. The sources of information were the records of the relaxation room, complemented by the records of normal deliveries and caesarean sections of the obstetric unit from the year 2007. The investigation was approved by the Research Ethics Committee of SMSDC, under protocol 206A/10.

The area of data collection was a large public maternity unit located in the city of Rio de Janeiro. This institution has a large obstetric unit with twelve prenatal beds and serves more than five thousand parturients each year, including pregnancies of both low and high risk.

The physical area of the obstetric ward underwent renovation but the labor and delivery rooms remained separated. In the labor care setting, there are no individual rooms as in some other municipal public maternity hospitals. However, the beds have curtains to protect the privacy of the pregnant women.

The relaxation room was designed as an individualized environment and was differentiated from the labor room. It was created to feel home-like. This room measures about 9m², intended for the care of one patient at a time, and includes the presence of a companion. Inside, the decor is in pastel colors. The room enables staff/patients to alter the brightness of the lights and to use ambient music and oils for body massage and incense, as per the need and desire of each woman.

In this room there is also a padded platform, the dimensions of which are of a large

double bed. The room also contains parallel bars and a *bobath* ball to provide freedom of movement and the ability to assume different body positions, such as squatting, so that women can indulge in swaying of the pelvis and/or a squatting posture during the active phase of labor. There is a bathroom attached, where a warm spray bath can be taken.

The admittance and residency of the mother in this room depends on her obstetric profile, her current condition and the condition of her baby. This profile is evaluated according to the institutional protocol regarding obstetric nursing care during normal birth. The medical team is informed of all referrals to this room. If there are changes in maternal condition, fetal condition, or in the course of labor, the procedure calls for the routing of the mother to pre-delivery and medical evaluation.

The variables investigated were the obstetric data of the pregnant women cared for during childbirth (age, parity, gestational age, amniotic membrane integrity, use of oxytocin, cervical dilation and the presence of a companion), the specific care provided in the room and the outcome of the delivery (delivery type, performance of episiotomy, weight at birth and Apgar score at the 5-minute mark).

A structured instrument utilizing closed questions and the data generated were tabulated. During this tabulation, we were faced with a wide variety of records regarding the care provided to pregnant women, which required thematic grouping according to their purpose or therapeutic effect, such as comfort and relaxation to facilitate the delivery process.

The grouping of the care records as an educational and relational tool contain descriptions of guidelines and dialogues established between nurses and the women they cared for. The guidelines and the dialogues were already listed as sections in the record book of the relaxation room, which were summary descriptions of recommendations, explanations and statements of the support provided to women in labor.

Data were submitted to descriptive statistics and are presented through tables with their absolute and relative frequencies. The analyses of these data were based on their distribution and dispersion measures and are compared to the findings of research published in national and international journals on the subject.

RESULTS

In 2007, 5,671 births occurred at the maternity ward. Of this total, 3,383 were born via vaginal delivery (59.7%) and were live births (LB), while 1,854 (54.8%) births were assisted by obstetric nurses; and physicians assisted the others.

That same year, 648 (100%) parturients were cared for in the relaxation room. These were young women in a reproductive age, with most aged between 19 to 32 years (70.4%). The pregnant women who were under 19 years of age accounted for 22.1% of all visits, and the age of 13 was the lowest in this age group. Regarding obstetric characteristics, more than half (63.9%) of the pregnant women were nulliparous and between 39 and 41 weeks in gestation (70.5%). On admission to this room, most women were in the active phase of labor, with 45.1% of cases dilated between four and six cm and 27% with a cervical dilation greater than 6 cm. This distribution can be seen in Table 1.

Table 1 - Distribution of pregnant women (n=648) according to age and obstetric characteristics at admission to the relaxation room of a municipal public maternity hospital. Rio de Janeiro, 2007

Admission data	n	%
Age (years)		
Less than 19	143	22.1
19 - 32	456	70.4
Over 32	40	6.1
No record	9	1.4
Parity (previous births)		
None	414	63.9
1 to 3	209	32.2
Over 3	18	2.8
No record	7	1.1
Gestational age (weeks)		
Less than 36	16	2.5
36 to 38	118	18.2
39 to 41	457	70.5
Over 41	15	2.3
No record	42	6.5
Cervical dilatation (cm)		
Less than 4	165	25.5
4 to 6	292	45.1
Over 6	175	27.0
No record	16	2.4

Source: Relaxation room records - Obstetric Center.

On admission to the relaxation room, the majority of pregnant women had intact amniotic membranes (71.7%), did not require an oxytocin infusion (58%) and relied on the presence of a companion (45.2%). With regard to companions, there were a significant number of cases where this information could not be found (23.6%), as observed in Table 2.

Table 2 - Distribution of pregnant women (n=648) according to the integrity of the amniotic membrane, the use of oxytocin and the presence of a companion on admission to the relaxation room of a municipal public maternity hospital. Rio de Janeiro, 2007

Admission data	n	%
Amniotic membrane		
Intact	465	71.7
Ruptured	147	22.7
No record	36	5.6
Use of oxytocin		
Yes	213	32.9
No	376	58.0
No record	59	9.1
Presence of a companion		
Yes	293	45.2
No	202	31.2
No record	153	23.6

Source: Relaxation room records - Obstetric Center.

Nursing care performed during the stay in the room was grouped into two categories, "comfort and relaxation" and "educational and relational." Among the types of care provided related to comfort and relaxation, there was a predominance of warm baths, massage, and walking, corresponding to 76.4%, 56.2% and 52.8% of all pregnant women seen, respectively. The guidelines were recorded in 317 (48.9%) consultations and the dialogue was used for 34.7% women in labor. These data are displayed in Table 3.

The vast majority (n=559, 86.3%) of pregnant women who were admitted in the relaxation room had a vaginal birth. Those who required cesarean section accounted for only 11.1% (n= 72) of the pregnant women. In 2.6% (n=17) of the visits, data were not found in the logbook of normal deliveries and cesarean sections.

Table 3 - Distribution of pregnant women (n=648) according to type of care performed at the relaxation room of a municipal public maternity hospital. Rio de Janeiro, 2007

Type of care	n	%
Comfort and relaxation		
Warm bath	495	76.4
Walking	364	56.2
Massage	342	52.8
Pelvic exercises	67	10.3
Breathing exercises	43	6.6
Other	35	5.4
Educational and relational		
Guidance	317	48.9
Dialogue	225	34.7

Source: Relaxation room records - Obstetric Center.

Of all the vaginal deliveries, the obstetric nurses assisted in 56.5% (n=310) of the deliveries; the other births were assisted by physicians (n=249, 43.5%).

In terms of the women with a vaginal birth, there was a significant difference regarding the care of the perineum, depending on the professional who attended the birth. In the group assisted by nurses, the episiotomy rate was 19%, while among the group assisted by physicians the rate was 63.9%, as described in Table 4.

Table 4 - Distribution of pregnant women seen in the relaxation room who gave birth by vaginal delivery according to the professional who assisted the delivery and performance of episiotomy in a municipal public maternity hospital. Rio de Janeiro, 2007

Episiotomy	Nurse		Physician	
	n	%	N	%
Yes	59	19.0	159	63.9
No	225	72.6	56	22.5
No record	26	8.4	34	13.6
Total	310	100	249	100

Source: Records of vaginal deliveries and cesarean sections. Obstetric Center.

The survey of the degree of perineal laceration among the pregnant women who did not undergo episiotomy was impaired due to the high

number of cases lacking records. The absence of records accounted for 33.8% (n=76) of normal deliveries without episiotomy attended by nurses, whose frequency was lower only in regards to the quantity of first-degree lacerations (n=135, 60%).

Among the group of women giving birth who were assisted by doctors, information was lacking in 58.9% of normal deliveries without episiotomy. Therefore, the survey of the data regarding the type of perineal trauma was impaired in this study.

There were 649 (100%) LB resulting from care in the relaxation room. There was a case of twin pregnancy among these patients. Considering all the births, nine neonates achieved an Apgar score below 7 at the fifth minute. There were no cases of severe neonatal asphyxia, neonates who had Apgar scores less than 4. The expressive majority (93.4%) of the LB achieved a score between 7 and 10 at the fifth minute. Considering the birth weight there were 7.1% LB that weighed less than 2.500 g, classified as low birth weight. The others were within the normal range on that criterion. This distribution is observed in Table 5.

Table 5 - Distribution of characteristics of newborns whose mothers were assisted in the relaxation room according to birth weight and Apgar score at five minutes in a municipal public maternity hospital. Rio de Janeiro, 2007

Neonatal Characteristics	n	%
Apgar score at five minutes		
Below 7.	9	1.4
7 to 10	606	93.4
No record	34	5.2
Weight		
Below 2.500g.	46	7.1
2.500 g or more.	534	82.3
No record	69	10.6

Source: Records of normal deliveries and caesarean sections. Obstetric Center.

DISCUSSION

The representation of natural birth as a painful and suffering experience outweighs the positive images associated with life and joy of the birth as a result of the hegemonic culture of care in birth hospitals.⁵ The birth scenario became a unknown and frightening place for women, working as a "locus" of the performance of the professionals and not of the woman.⁶

Overcoming this problem in obstetric care requires a perspective of a humanized, comprehensive and individualized care, where the expectations, needs and rights of pregnant women are considered. In this sense, the presence of the companion must be guaranteed as a legal right defended by Federal law 11.108/2005 and as a beneficial factor for women in the process of childbirth.⁷

It was shown that about one-third (31.2%) of pregnant women assisted in the relaxation room did not have the presence of a companion, signaling the need for advances in the research institution in relation to the guarantee of this right. Despite this challenge, there was an expansion of the percentage of pregnant women with companions in childbirth compared with the proportion of 21.4% found in the maternity wards of Rio de Janeiro, from 1999 to 2001.⁸

Studies⁹⁻¹⁰ show that nursing has played an active role in the establishment of humanistic care at maternity wards, encouraging labor physiology and implementing technologies for care and comfort. This experience of care has promoted relational care practices that promote dialogue among subjects, users and professionals, promoting dignity, solidarity and a welcoming posture.

This research identified that nurses deliver services that promote comfort and relaxation, causing women to experience labor with freedom of movement and position. These precautions are classified by the World Health Organization as a non-pharmacological method for pain relief, which aim at reducing a painful perception by means of noninvasive methods that reduce the need for analgesic medication and improve the experience of childbirth.¹¹

The empathetic support of the professional and of the companion to the woman is considered the most important factor for this non-pharmacological approach, which means to give information and explanations according to the desires and needs of women and respect their privacy in the childbirth environment.¹¹

Research showed that the free movement reduces the duration of the first stage of labor and that immersion in water reduces maternal pain levels request for pharmacological analgesia.¹²⁻¹³

The relational dimension of care was also identified in the nursing activities in the relaxation room. Studies have identified that the relationship with health professionals have an important influence on women's perception about the as-

sistance.¹⁴⁻¹⁵ The assistance is perceived positively to the extent that women feel being taken care of by the professionals. Satisfaction with care is related to the professional interest in addressing the needs and placing yourself available to help, which means to be involved, be present and establish a dialogue.

Regarding the use of oxytocin, the routine care of the institution under research provides for the prescription of this drug during labor is the responsibility of the medical team. The nurse only performs this prescription postpartum and intramuscularly, as recommended in childbirth assistance programs of the Ministry of Health.

The research methodological design does not establish the relationship between the use of oxytocin and the type of care provided by nurses. However, the use of this drug is associated with increased pain sensation, and may cause a more confined posture to bed, greater susceptibility to the occurrence of uterine hyperstimulation and alterations in fetal heart rate.³

In a given type of delivery it was found a proportion of Cesarean Sections of only 11.1% among pregnant women cared for in the relaxation room. Although the obstetric profile predominant within these services is within the parameters of the classification of low-risk pregnancy, this rate of Cesarean Section was much lower than that found in epidemiological studies.

In the analysis of 347,255 births in 93 hospitals in the city of Rio de Janeiro in 2004, a proportion of a 49.5% (165,905) births was found by caesarean section. Of the births occurring in the network funded by the Unified Health System (*Sistema Único de Saúde* - SUS), it was found that 67.9% corresponded to vaginal delivery, and in those of the private network, 83.2% corresponded to Cesarean Section¹⁶. In São Leopoldo, Rio Grande do Sul, it was identified that 52.8% women who had their children per Cesarean Section in 2003, whose childbirth funding occurred in 68.6% of the cases by SUS.¹⁷

In São Paulo there was variation in Cesarean Section rates in hospitals in the city of São Paulo, according to the type of assistance in the period 2003 to 2008. In the hospitals funded by SUS, which service low risk pregnancies, the percentage of Cesarean Section was of 28.1% while those that serve risk pregnancies, this proportion increased to 33.3%. The largest percentage of this surgery was observed in university and private hospitals, representing 57.1% and 87% of births, respectively.¹⁸

SUS data relating to births in the period 1994 to 2006 show that there was a significant increase of Cesarean Sections in Brazil, while in 1970 the rate was 14.6%; 2006 records the proportion of 45% of live births. Considering this percentage and taking as a basis the recommendation of the World Health Organization, which believes there is no medical justification for rates above 15% by Cesarean Section, the amount of unnecessary Cesareans sections is significant in the country, implying in increased costs ranging from US\$139.00 and US\$2,294.00, when compared to the cost of a vaginal delivery versus to elective Cesarean Section. In addition to this economic consequence, there are social repercussions that impact on maternal and neonatal health when surgical intervention is performed unnecessarily.¹⁵

The results of this research show that careful and individualized care, sensitive to the needs of each woman during labor may favorably influence the outcome of labor, reducing the incidence of Caesarean section delivery among low risk pregnant women in hospitals.

This positive effect was also observed in childbirth behavior, such as episiotomy. This procedure has been criticized for not having evidence about its benefits. Actions are recommended to reduce rates and about 15% should be reached.¹⁹ On the other hand, it is estimated that the country would no longer spend around 15 to 30 million dollars if it stopped performing unnecessary episiotomies.²⁰

Despite this evidence, this practice is still widespread in routine care, especially among primiparae. Research²¹ performed in 416,852 hospital births performed in 16 Latin American countries over the period 1995 to 1998, found the proportion of episiotomy in 9 and of 10 primiparous women whose children were born spontaneously. In Brazil, the rate of this procedure was 94.2%, with similar proportion to public and private hospitals. A study conducted in the city of Rio de Janeiro found the frequency of episiotomies in 77.7% of births in a public maternity.²² In the present study, the frequency of episiotomy was 15% in vaginal births assisted by obstetric nurses, indicating that these professionals perform less unnecessary interventions in relation to the perineum, in compliance with scientific evidence.

While recommending the restricted use of this procedure, the Ministry of Health does not establish an adequate or maximum rate of episiotomy in childbirth. Evidence shows that the

routine use of episiotomy does not reduce the risk of severe perineal trauma - lacerations of 3 and 4 degrees - and does not prevent injuries in the head and does not improve Apgar scores. On the other hand, episiotomy is one of the single surgical procedures performed without any previous consent from the patient.²³

Indications for performing episiotomy were investigated in a study developed in a university hospital in the city of São Paulo.²⁴ Perineal rigidity, primiparity and fetal macrosomia were the most frequent indications. The prevailing episiotomy technique was the middle-right side, the choice had as main justifications the academic learning, to be adopted routinely, less chance of damaging the anal sphincter and lower risk of complications.

These results show the importance of aligning academic references with others such as gender, care paradigms, human rights, sexual and reproductive rights and the scientific evidence, based on critical pedagogy so that tradition does not overlap the possibilities of transformation of knowledge and in their resulting practices.

In relation to perinatal conditions, the percentage (7.1%) of low birth weight among newborns whose mothers were treated in the relaxation room was close to that found in research²⁵ on newborns in the municipality of Rio de Janeiro. In 2001, we identified 6,820 (8.7%) live births with low birth weight among the 78,582 live births. It is noteworthy that the sample size and limitations of this study do not allow for comparison between these percentages.

A study¹⁶ on the conditions of the vitality of live births in the municipality of Rio de Janeiro found that 4.6% of newborns obtained the Apgar score at five minutes less than seven in 2004. Regarding this datum, the research found the percentage of 1.4% of the live births of the pregnant women who were cared for in the relaxation room.

The research²⁷ showed that births of low-risk pregnant women assisted by obstetric nurses have good maternal and neonatal outcomes, as well as births attended in the collaborative model between obstetric nurses and doctors.

CONCLUSIONS

The relaxation room is a care environment of obstetric nursing that promotes the humanization of labor, favors normal childbirth and presents good indicators of vitality among newborns whose mothers were treated in this room.

According to data found, the obstetric profile was predominantly of low risk pregnant women in active phase of labor and who were experiencing their first delivery. The types of care that were most performed during the stay in that room were the warm bath, walking and massage.

The quantity of pregnant women undergoing Cesarean Section was within the limit recommended by the World Health Organization, suggesting that individualized, humane, care and continuous professional presence during labor can favorably influence the results of care.

On the other hand, the relaxation room was a strategy established by the nurses so that the principles and values of human care could be delivered within the hospital environment. This fact reveals the need for architectural change in the Brazilian maternity obstetric centers. The organization and functionality of the care environment are directly related to the paradigm of health care and its work process in resulting health.

Other challenges were identified in relation to care practices during labor such as the rate of episiotomy between doctors and the presence of a companion, who may represent the persistence of the hegemonic assistance model and the need for advances in institutional and governmental actions for the humanization of labor and birth.

The attendance records of the relaxation room also need to be improved in order to reduce the lack of important information to assess the quality of care to pregnant women in the institution under research. The results found may support similar initiatives in other maternity hospitals, to achieve sensible and humane care to women and their babies.

REFERENCES

1. Pereira ALF. Atuação da enfermeira obstétrica na política pública de humanização ao parto no Rio de Janeiro. *REME-Rev Min Enf.* 2006 Jul-Set;10(3):233-9.
2. Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: re-significação de valores e princípios pelos profissionais da saúde. *Rev Latino-am Enferm.* 2007 Jan-Fev; 15(1):34-41.
3. Svärdbý K, Nordström L, Sellström E. Primiparas with or without oxytocin augmentation: a prospective descriptive study. *J Clin Nurs.* 2007 Aug;16(1):179-84.
4. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e

- diretrizes. Brasília (DF): Secretaria de Políticas de Saúde; 2004.
5. Domingues RMS M, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(supl.1): S52-62.
 6. Gama AS, Giffin KM, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, d'Orsi E. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. *Cad Saúde Pública* 2009 Nov;25(11):2480-8.
 7. Longo CSM, Andraus LMS, Barbosa MA. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. *Rev Eletr Enf [online]*. 2010 [acesso 2011 Jan 16]; 12(2):386-91. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a25.htm>
 8. Oliveira MIC, Dias MAB, Cunha CB, Leal MC. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. *Rev Saúde Pública*. 2008 Out; 42(5):895-902.
 9. Progianti, JM e Vargens, OMC. As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias não invasivas de cuidado como estratégias na desmedicalização do parto. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2004 Ago; 8(2): 194-7.
 10. Sescato A, Souza S, Wall M. Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2008 Out-Dez;13(4):585-90.
 11. Organização Panamericana de Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 1996.
 12. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour (Cochrane review). *The Cochrane Library*. Oxford: Update Software; 2009. [cited 2010 Dez 01] Available from: Disponível em: <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab003934.html>
 13. Gayeski ME, Brüggemann OM. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto Contexto Enferm*. 2010 Dez; 19(4):774-82.
 14. Silveira SC, Camargo BV, Crepaldi MA. Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde. *Psicol Reflex Crit*. 2010 Jan-Abr; 23(1):1-10.
 15. Rodrigues DP, Fernandes AFC, Rodrigues MSP, Jorge MSB, Silva RM. Representações sociais de mulheres sobre o cuidado de enfermagem recebido no puerpério. *Rev Enferm UERJ*. 2007 Abr-Mai; 15(2):197-204.
 16. Knupp VMAO, Melo ECP, Oliveira RB. Distribuição do parto vaginal e da cesariana no município do Rio de Janeiro no período de 2001 a 2004. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008 Mar; 12(1):39-44.
 17. Schreiner M, Costa JSD, Olinto MTA, Meneghel SN. Assistência ao parto em São Leopoldo (RS): um estudo de base populacional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010 Jun; 15(supl.1):1411-6.
 18. Sass N, Hwang SM. Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil. *Diagn. Tratam*. 2009 Out-Dez; 14(4):133-7.
 19. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J Jr, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA*. 2005 May; 293(17): 2141-8.
 20. Carvalho CCM, Souza ASR, Moraes Filho OB. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. *Rev Femina*. 2010 Mai; 38(5):265-70.
 21. Althabe F, Belizán J, Bergel E. Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. *BMJ*. 2002 Apr; 324(7343):945-6.
 22. D'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública*. 2005 Ago; 39(4):645-54
 23. Previatti JF, Souza KV. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. *Rev Bras Enferm*. 2007 Mar-Abr; 60(2):197-201.
 24. Oliveira SMJV, Miquilini EC. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. *Rev Esc Enferm USP*. 2005 Set; 39(3):288-95.
 25. Barbas DS, Costa AJL, Luiz RR, Kale PL. Determinantes do peso insuficiente e do baixo peso ao nascer na cidade do Rio de Janeiro, Brasil, 2001. *Epid Serv Saúde*. 2009 Jun;18(2):161-70.
 26. Hastings-Tolsma M, Vincent D, Park JH, Pan D. Treatment patterns and outcomes in a low-risk nurse-midwifery practice. *Appl Nurs Res*. 2009 Feb; 22(1):10-7.

Correspondence: Adriana Lenho de Figueiredo Pereira
Boulevard 28 de Setembro, 157, sala 625
20551-030 - Vila Isabel, Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: adrianalenho.uerj@gmail.com

Received: February 16, 2011
Approved: March 22, 2012

Copyright of Texto & Contexto Enfermagem is the property of Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pos-Graduacao de Enfermagem and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.

VISÃO DE PUÉRPERAS SOBRE A NÃO UTILIZAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO AO PARTO¹

Joana Moreira Oreano*
Odaléa Maria Brüggemann**
Manuela Beatriz Velho***
Marisa Monticelli****

RESUMO

Pesquisa exploratório-descritiva, qualitativa, derivada de um projeto mais amplo desenvolvido em uma maternidade-escola, cujo objetivo foi identificar quais são os motivos alegados pelas puérperas para a não utilização de boas práticas no trabalho de parto/parto. Foram entrevistadas 310 puérperas de outubro de 2008 a dezembro de 2009, das quais 26 não tiveram acompanhante no trabalho de parto, 40 no parto e 22 no pós-parto; 156 não receberam alimentação, 62 não deambularam no trabalho de parto e 27 não tiveram contato imediato com o recém-nascido. Os relatos acerca dessas práticas foram organizados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Constatou-se que as mulheres ou não quiseram acompanhante ou ele não estava disponível; não receberam alimentação, porque os profissionais não ofereceram ou porque tinham indicação de cesariana; não deambularam por não desejarem ou por indicação obstétrica; e não tiveram contato imediato com o recém-nascido devido a alguma intercorrência clínica, porque não quiseram ou os profissionais não propiciaram tal encontro. Conclui-se que a não utilização de algumas das boas práticas obstétricas está relacionada em grande parte com a atitude dos profissionais, mas em algumas situações a decisão da mulher.

Palavras-chave: Trabalho de parto. Parto humanizado. Avaliação de serviços de saúde. Enfermagem obstétrica.

INTRODUÇÃO

A partir da década de 40, com a intensificação da institucionalização do parto, esse processo, que era privativo e familiar, passou a ser vivenciado sob a batuta dos profissionais do hospital. A mulher deixou de ser a protagonista, sendo submetida a normas e intervenções aparentemente seguras e, muitas vezes, sem o seu consentimento⁽¹⁾.

Em 1985, foi realizada a Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Parto, em Fortaleza-CE. Esse encontro teve como resultado um relatório denominado "Carta de Fortaleza", onde consta a recomendação de algumas práticas obstétricas que devem ser implementadas, a fim de garantir a segurança e o bem-estar da parturiente e de seu recém-nascido (RN), como a liberdade de a mulher escolher a melhor posição a fim de parir e a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.

Por outro lado, também recomenda a abolição de outras técnicas consideradas prejudiciais como o enema, a tricotomia, a amniotomia, a episiotomia de rotina e a indução do parto⁽²⁾.

No Brasil, a assistência obstétrica tem sido caracterizada pelo excesso de intervenções no parto, o que tem contribuído para o aumento de taxas de cesáreas e a morbimortalidade materna e perinatal⁽¹⁾. De forma geral, a implementação dessas intervenções é questionável quanto à necessidade e eficácia. Preocupada com essa realidade, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou, em 1996, recomendações para a atenção ao parto normal, distribuindo-as em quatro categorias: A - práticas demonstradamente úteis que devem ser estimuladas; B - práticas claramente prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas; C - práticas em relação às quais não existem evidências suficientes; e D - práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado⁽³⁾.

¹ Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em 2012.

* Enfermeira graduada pela UFSC. E-mail: joanaoreano@gmail.com

** Enfermeira obstétrica. Doutora em Tocoginecologia. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da UFSC. Pesquisadora do CNPq. E-mail: odalea.ufsc@gmail.com

*** Enfermeira Obstétrica. Doutoranda em Enfermagem pelo PEN/UFSC. Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da UFSC. E-mail: manuelavelho@hotmail.com

**** Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. E-mail: marisa@ccs.ufsc.br

As evidências disponíveis para a assistência ao primeiro período do trabalho de parto apontam que procedimentos como jejum, tricotomia e enteróclise devem ser evitados, uma vez que não existe fundamentação para sua utilização, assim como o manejo ativo do trabalho de parto com ocitocina e amniotomia de rotina. Já as práticas classificadas pela OMS na categoria A, como deambulação, massagens e a presença do acompanhante de escolha da parturiente, devem ser inseridas na assistência ao parto⁽⁴⁾.

Essas práticas obstétricas têm sido avaliadas em revisões sistemáticas desde 1979, quando foi criado um Comitê Europeu, que tinha como objetivo estudar as intervenções para reduzir a morbimortalidade perinatal e materna. O movimento pela Medicina Baseada em Evidências (MBE) tem uma proposta assistencial e pedagógica que procura completar a lacuna entre a pesquisa e a prática correta, por meio da busca de evidências que embasam as condutas e procedimentos. Na medicina perinatal, a primeira revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados controlados foi publicada em 1989⁽⁵⁾.

As práticas recomendadas pela OMS e as amparadas pelas evidências científicas têm sido, de maneira geral, nominadas como boas práticas para a assistência ao parto. Mesmo assim, com todas as evidências científicas apoiando a implementação dessas práticas nas instituições de saúde, algumas ainda não são utilizadas⁽⁶⁾.

A maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), ativada em 1995, possui uma filosofia que norteia a assistência prestada desde a sua ativação, apoiada em 12 princípios, pautados na humanização da assistência e na interdisciplinaridade. A instituição estabeleceu que as ações obstétricas e neonatais desenvolvidas devem respeitar as recomendações da OMS e os fundamentos das evidências científicas na área da saúde⁽⁷⁾.

Um grupo multiprofissional ligado à Direção Geral da instituição, formado para assegurar a implementação de tais princípios, sentiu a necessidade de avaliar como eles estão sendo aplicados na prática assistencial, sob a ótica das usuárias. Os resultados de alguns estudos até agora realizados identificaram que, de maneira

geral, as condutas obstétricas condizentes com as evidências científicas e as recomendações da OMS vêm sendo utilizadas durante o transcorrer do trabalho de parto, entretanto algumas usuárias são submetidas à restrição alimentar e ao repouso no leito, privadas do contato imediato com o RN e sem apoio de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto⁽⁷⁾.

A partir desses resultados, surgiu a inquietação de identificar porque algumas parturientes nessa maternidade foram privadas de assistência com práticas recomendadas pelas evidências científicas durante o trabalho de parto e parto, ou seja, de boas práticas obstétricas. Assim, o presente estudo teve como objetivo identificar os motivos da não utilização das boas práticas obstétricas durante o trabalho de parto e parto, sob a ótica das puérperas.

Este estudo poderá contribuir para que sejam revisadas algumas rotinas e condutas relacionadas com a assistência na maternidade estudada e também fomentar a reflexão de profissionais de saúde, de outras instituições, que estejam envolvidos na atenção ao parto e nascimento, com vistas a serem adotadas estratégias para que todas as mulheres possam usufruir dos benefícios das boas práticas obstétricas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, operacionalizado utilizando-se uma parte da matriz de dados de um projeto de pesquisa mais amplo, intitulado "A Filosofia da Maternidade do HU/UFSC na visão dos usuários, profissionais e acadêmicos", e cujo objetivo geral foi avaliar a implementação da filosofia da referida maternidade, sob a ótica dos profissionais, dos acadêmicos e dos usuários (puérperas e acompanhantes). Tal macroprojeto foi desenvolvido nas dependências da Maternidade do HU/UFSC, e os dados foram coletados de outubro de 2008 a janeiro de 2010.

Em uma das etapas do macroprojeto, quando se buscou avaliar a filosofia da maternidade na visão dos usuários (acompanhantes e puérperas), foram entrevistadas 310 puérperas no alojamento conjunto, nas primeiras 12-24 horas de pós-parto. O tamanho da amostra foi calculado com

base na realização de 1.600 partos anuais realizados no HU. Estimou-se a satisfação com o atendimento recebido em 50%, intervalo de confiança de 95% e erro máximo de 5%⁽⁷⁾. Foram incluídas as puérperas que tiveram parto vaginal ou cesariana, excluídas as submetidas à cesariana eletiva, ou cujo feto ou RN foram a óbito. A coleta de dados desta etapa ocorreu entre outubro de 2008 a dezembro de 2009, e se deu por meio de entrevista, em que as puérperas responderam a um questionário com perguntas abertas e fechadas. As perguntas abertas possibilitaram às puérperas expressarem sua opinião acerca do atendimento recebido, inclusive sobre aspectos assistenciais relacionados com a implementação das boas práticas durante o trabalho de parto/parto.

Os dados selecionados para análise no presente estudo são relativos as 310 participantes do macroprojeto, uma vez que todas relataram que não foram submetidas a pelo menos uma boa prática durante o trabalho de parto/parto, ou seja, não tiveram acompanhante durante o trabalho de parto (26), parto (40) e pós-parto (22); foram submetidas à restrição de alimentos sólidos ou líquidos durante trabalho de parto (156); não deambularam ou não se movimentaram durante o trabalho de parto (62); e não tiveram contato imediato com o RN (27)⁽⁷⁾. Estas respostas, por sua vez, foram dispostas em categorias analíticas que permitiram o alcance do objetivo deste recorte de pesquisa, vale dizer, identificar os motivos para a não utilização das boas práticas obstétricas durante o trabalho de parto e parto, sob a ótica das puérperas.

Para organizar os dados, optou-se pela análise de conteúdo⁸, que implica a priorização dos significados, levando a uma análise temática. A operacionalização abrangeu pré-análise, com organização do material; exploração do material ou codificação; além de tratamento dos resultados, inferência e interpretação⁽⁸⁾. A interpretação esteve ancorada na literatura científica relacionada com a área do conhecimento e no teor das políticas públicas referentes à temática abordada no estudo. Para garantir o anonimato das participantes, na apresentação e discussão dos resultados, optou-se pelo uso de nomes de flores.

O projeto de pesquisa que originou o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em

Pesquisa da UFSC, protocolo n° 263/07. Todos os aspectos que envolveram a pesquisa estiveram de acordo com a Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Todas as entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total das puérperas que participaram do estudo (310), a mediana da idade foi de 25 anos (14–43 anos), a maioria casada ou em união consensual (84,9%), branca (75,2%) e católica (66,4%). Quanto à escolaridade, 41,6% haviam concluído o ensino fundamental e 37,0%, o médio. Com relação às características obstétricas, 51,3% eram primíparas, e 48,7%, múltiparas; 70,3% realizaram seis consultas ou mais de pré-natal; 67,4% tiveram parto vaginal e 32,6% foram submetidas à cesariana⁽⁷⁾.

A seguir serão apresentadas as categorias relacionadas com a não utilização das boas práticas.

CATEGORIA 1 - AUSÊNCIA DE ACOMPANHANTE NO TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO

Nessa categoria temática, os motivos relatados pelas mulheres para não terem tido acompanhantes foram diversos. A maioria delas referiu que “*não deu tempo*” de o acompanhante escolhido chegar à maternidade antes do nascimento. Esse fato revela a necessidade de que a mulher escolha o seu acompanhante de parto durante a gestação, e ele seja o responsável em levá-la para a maternidade. Caso isto não seja possível, é fundamental que ele seja contatado assim que ela se interne.

Meu marido tinha ido embora, pois foi de surpresa (Camélia).

Outras não o tiveram, por escolha própria, ou seja, preferiram ficar sozinhas. Apesar de ser considerada uma prática benéfica, além de se revestir num pré-requisito que caracteriza a assistência humanizada na atenção ao parto⁽⁹⁾, a vontade da parturiente em ser acompanhada ou não deve ser resguardada, assim como a escolha de quem a acompanhará. Para que sejam garantidos os direitos de cidadania, a parturiente

deve ser respeitada em sua totalidade, participando ativamente das decisões que envolvem o atendimento.

Em algumas situações, os motivos foram relacionados com o próprio acompanhante. Para a maioria, o acompanhante escolhido não quis entrar na sala de parto, por medo ou cansaço, embora também houvesse casos em que o acompanhante não podia ficar na maternidade, pois tinha de ir para casa cuidar dos outros filhos.

Meu acompanhante ficou com medo (Orquídea).

A rotina institucional também parece ter interferido um pouco na participação inicial do acompanhante nas dependências da maternidade, uma vez que uma das puérperas participantes do estudo referiu que o marido fora orientado a dar entrada nos procedimentos burocráticos para a internação, e, quando retornou ao centro obstétrico, o parto já havia ocorrido. Dessa forma, é necessário que os profissionais de saúde que atuam na admissão obstétrica estejam atentos para o estágio do trabalho de parto que a mulher se encontra, a fim de evitar que fatos semelhantes, ainda que não frequentes, venham a ocorrer. Além disso, as instituições hospitalares devem oferecer espaço físico adequado e preparar os profissionais para a presença do acompanhante, favorecendo uma melhor interação entre ele e a família da usuária. O pensamento unânime dos profissionais é importante, já que os receios e a falta de convicção podem interferir negativamente no processo de inserção do acompanhante⁽¹⁰⁾, mesmo que a instituição adote a Lei do acompanhante e lhe obedeça⁽¹¹⁻¹²⁾.

Em adição, com relação ao espaço físico, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36, editada em 2008, prevê que as instituições de saúde devam ter espaços destinados aos acompanhantes, como uma poltrona removível junto à parturiente, uma sala de estar e/ou reuniões, além de sanitários masculino e feminino para acompanhantes, visitantes e familiares⁽¹¹⁾.

Os achados demonstram que a instituição em que o estudo foi desenvolvido não cerceia o direito da mulher em ter um acompanhante, uma vez que os motivos foram mais relacionados com problemas de ordem pessoal da parturiente e do acompanhante. Pode-se inferir que a Lei n.

11.108 de 2005, conhecida como “Lei do acompanhante”, que passou a obrigar os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, a permitirem a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente durante todo o período do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato⁽¹²⁾, está sendo respeitada e cumprida. Vale lembrar que a maternidade do HU/UFSC permite e estimula essa boa prática obstétrica desde a sua ativação, em 1995.

CATEGORIA 2 - RESTRIÇÃO DE ALIMENTOS SÓLIDOS OU LÍQUIDOS NO CENTRO OBSTÉTRICO

Nessa segunda categoria temática, as respostas das mulheres também foram diversas. As que foram submetidas à cesariana ou as que tinham a possibilidade de serem submetidas a esse procedimento alegaram não ter-se alimentado ou ingerido líquido, devido ao jejum para a cirurgia.

Acho que não ofereceram por causa da cesárea (Margarida).

Não sabiam se ia ser cesárea ou não (Rosa).

Explicaram que caso fosse necessário fazer cesárea, não poderia estar com estômago cheio (Gérbera).

O jejum durante o trabalho de parto era recomendado em face da preocupação com o risco de aspiração do conteúdo gástrico, no caso de uma cesariana de emergência com a utilização de anestesia geral. No entanto, atualmente, sabe-se que o uso da anestesia geral durante o trabalho de parto é muito rara⁽⁵⁾.

Segundo revisão sistemática publicada na Biblioteca *Cochrane*, não existem evidências suficientes para que o jejum seja imposto às mulheres em trabalho de parto, mesmo as que possuem risco de complicações⁽¹³⁾.

Algumas das mulheres relataram que não sabiam o motivo da restrição de alimentos sólidos ou líquidos, outras não receberam informações dos profissionais sobre a dieta, ou a única coisa que lhes foi dita era que “não podia” alimentar-se, sem oferecer mais explicações sobre o motivo de tal restrição.

Acho que não pode, não sei (Violeta).

Não falaram o porquê (Girassol).

Só falaram que não podia comer (Crisântemo).

Só falaram que não podia comer; só tomar água (Petúnia).

Um estudo realizado no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo mostrou resultados semelhantes, uma vez que muitas parturientes não possuíam conhecimento a respeito da restrição de alimentos sólidos ou líquidos; elas não entenderam os motivos da necessidade ou não do jejum e os profissionais, por sua vez, não deram explicações⁽⁶⁾.

Algumas mulheres referiram que os profissionais não ofereceram ou não quiseram dar a dieta quando elas solicitaram, o que mostra que houve vontade da mulher em se alimentar durante o período, mas foi cerceada pelos profissionais.

Eu que pedi; não sei porque não ofereceram (Flor de Liz).

Não falaram o porquê. Apenas foi dito que após sete cm de dilatação não podia tomar água (Begônia).

Também houve mulheres que não se alimentaram ou ingeriram líquidos, porque não tiveram vontade, e ainda, algumas não o fizeram, para evitar vômitos durante o trabalho de parto, seja por orientação dos profissionais ou medo de que o mal-estar ocorresse.

Não quis (Azálea).

Me disseram que se eu tomasse eu poderia vomitar (Copo de Leite).

Evitar de não vomitar (Dália).

Em outro estudo sobre a experiência e a percepção das parturientes em relação à ingestão de alimentos durante o trabalho de parto, as entrevistadas que não quiseram se alimentar também temiam que acontecesse algum problema durante o trabalho de parto, como passar mal e vomitar, já que no parto anterior, isso havia ocorrido⁽⁶⁾.

As mulheres que tiveram uma evolução rápida do trabalho de parto relataram que não houve tempo para se alimentarem. Nesses casos, não foi oferecida alimentação ainda no centro obstétrico.

Foi tudo muito rápido e já estava perto do bebê nascer (Camélia).

Tinha acabado de chegar e já tive bebê logo (Jasmim).

A partir dos depoimentos de grande parte das mulheres, pode-se perceber que a restrição alimentar ainda é uma prática utilizada, apesar das evidências científicas não indicarem prejuízos associados à oferta de alimentos sólidos ou líquidos durante o trabalho de parto, para as mulheres com baixo risco de complicação. As mulheres devem ter a autonomia e a liberdade de escolher se querem ou não comer ou beber durante o trabalho de parto⁽¹³⁾.

Os resultados deste estudo apontam que alguns profissionais apoiam suas práticas no modelo tecnocrático de assistência, em que o parto é visto como um evento patológico e pode, a qualquer momento, precisar de intervenção cirúrgica, necessitando assim de um tempo de jejum mínimo, para que não ocorra risco de aspiração do conteúdo gástrico sob uma anestesia geral.

CATEGORIA 3 - NÃO DEAMBULAÇÃO E MOVIMENTAÇÃO DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Algumas mulheres, ao serem questionadas sobre as justificativas de não terem deambulado e/ou se movimentado durante o trabalho de parto, referiram que não quiseram e a dor as impediu, apesar de terem recebido orientações sobre os benefícios da prática.

Estava com muita dor e não queria me mexer muito (Lavanda).

Fui orientada, mas não usei (Magnólia).

Sabe-se que a deambulação ou qualquer atividade que a parturiente realize proporciona o alívio da percepção dolorosa e acelera o trabalho de parto. Estudo sobre a percepção das mulheres a respeito dessa prática mostra que as que as utilizaram consideraram que foi melhor deambular do que permanecer deitada, uma vez que a atividade ajudou a suportar e aliviar as dores do parto⁽⁶⁾.

Em uma revisão de literatura sobre as práticas demonstradamente úteis, que devem ser estimuladas, indicadas pela OMS⁽³⁾, a posição vertical foi usada e preferida pelas parturientes,

por possibilitar a redução da dor durante o trabalho de parto e parto, diminuir o tempo do trabalho de parto e do parto, melhorar a contratilidade uterina e proporcionar mais conforto⁽¹⁴⁾.

Além das mulheres que não deambularam ou não se movimentaram devido à dor, também houve aquelas que não realizaram essas práticas por terem uma percepção desfavorável quanto à postura ativa durante o trabalho de parto, referindo não gostarem dos métodos, como a bola e o “cavalinho”, utilizados para facilitar a movimentação durante este período.

O cavalinho é um pouco desconfortável (Perpétua).

Não gostei da bola, estava com muita dor e fiquei pouco (Lótus).

O uso da bola e do cavalinho estimula a posição vertical, permite liberdade na adoção de diferentes posições, possibilita o exercício do balanço pélvico, por sua característica de objeto lúdico, traz benefícios, além de ter baixo custo financeiro⁽¹⁵⁾. Entretanto os achados desse estudo mostram que nem todas as mulheres se sentem confortáveis e desejam utilizar tais dispositivos. Diante disso, os profissionais devem respeitar a decisão da mulher e oferecer outros recursos.

A indicação de cesárea, a indução do trabalho de parto por sonda e a contra-indicação por patologia obstétrica foram motivos relatados pelas mulheres para não terem deambulado e feito movimento durante o trabalho de parto. Sabe-se, no entanto, que em algumas situações obstétricas, é necessário que a parturiente permaneça em repouso relativo ou absoluto.

Em alguns casos, as mulheres referiram que “não deu tempo”, pois internaram em período expulsivo ou próximo a ele. Essa condição de internação realmente pode impossibilitar que a mulher seja orientada a deambular ou movimentar-se, especialmente nas instituições em que o trabalho de parto é acompanhado em local diferente de onde ocorre o parto, como na maternidade em estudo.

As instituições de saúde, que possuem salas ou quartos em sistema PPP (pré-parto, parto e pós-parto), no qual a mulher permanece todas as fases clínicas do parto no mesmo ambiente, possibilitam que a mulher deambule e mude de posição até o momento do período expulsivo.

Esses locais devem ser desenvolvidos de forma que atenda as ações preconizadas pela RDC n. 36, como o acesso a métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio da dor e a escolha das diversas posições no trabalho de parto^(11,16).

Chama atenção que parte das entrevistadas disse que não precisou deambular, pois já estava em trabalho de parto ou porque estava com dilatação e bolsa rota. Esses motivos não justificam a não utilização dessa prática. No entanto, os dados não permitem afirmar se foram os profissionais que orientaram ou se foi devido à própria compreensão delas sobre o processo vivenciado.

Não precisou, pois já estava em trabalho de parto (Gerânio).

Não precisou, já cheguei com dilatação e bolsa rota (Mimosa).

A partir dos resultados, podemos notar que os motivos para a não deambulação e movimentação durante o trabalho de parto não foi por falta de informação ou estímulo dos profissionais que assistem a mulher, mas sim por questões pessoais, como a vontade de não realizar a prática, ou o desconforto associado à realização da atividade.

CATEGORIA 4 - AUSÊNCIA DO CONTATO IMEDIATO COM O RECÉM-NASCIDO

Quando questionadas porque não interagiram com o bebê logo após o parto, algumas mulheres responderam que o contato só aconteceu após o RN ter sido avaliado pelo profissional ou após os cuidados de rotina; outras apenas viram o RN, porém sem tocá-lo. Essas respostas sugerem que não foi priorizado o contato pele a pele imediato com a criança, mas sim a realização de cuidados a ela ainda na sala de parto.

Só depois do banho na sala de recuperação que vi o bebê e peguei pela primeira vez (Lírio).

Primeiro fizeram os procedimentos, só mostraram [o RN] um pouquinho (Narciso).

Apenas vi, porque a sala estava fria, e levaram a criança para uma sala mais aquecida (Brinco-de-princesa).

A atitude dos profissionais de saúde em não assegurar o contato pele a pele logo após o

nascimento também foi observada em outra pesquisa realizada na maternidade em estudo. Os resultados mostraram que, algumas vezes, os profissionais removiam o RN para outro ambiente, separando-o do binômio mãe-filho, no momento em que as primeiras interações entre eles estavam sendo concretizadas, com o objetivo de realizar procedimentos imediatos ao bebê. Essa separação pode prejudicar o início do apego e deixar escapar um momento essencial para o estabelecimento do vínculo⁽¹⁷⁾.

Essa postura não é compreensível, uma vez que para a OMS⁽³⁾ um dos cuidados imediatos do RN é o contato pele a pele imediato com a sua mãe. Imediatamente após o nascimento, ele deve ser seco e colocado sobre o abdômen ou nos braços da mãe. Esse contato pode fazer com que a queda da temperatura do bebê não seja tão intensa, especialmente nas salas de parto frias. Além disso, ele entra em contato com a flora cutânea da mãe e evita que seja colonizado por bactérias dos profissionais de saúde⁽³⁾. Esse primeiro contato imediato é marcante para a mulher, pois se trata de uma experiência nova e gratificante que influencia positivamente na trajetória e no sucesso da amamentação⁽¹⁸⁾.

Outros motivos para o impedimento do contato precoce foram as intercorrências com o RN no nascimento, a internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, ou mesmo as intercorrências maternas no parto. Nessas situações, a preservação do bem-estar do neonato e da mãe é prioritária e, muitas vezes, requer a separação imediata do binômio.

Era prematuro e tava com o cordão enrolado no pescoço (Cravo).

Nasceu bem roxo, estava enroscado no cordão (Açucena).

Tive complicação pós-parto (Lisianto).

Eu não quis ficar com o bebê, estava muito cansada (Gerânio).

O bebê não ficou comigo logo que nasceu porque não queria (Lótus).

A opção materna em não ter contato precoce com o RN também foi um dos motivos relatados. Dessa forma, apesar de todos os efeitos positivos dessa prática, apontados pelas evidências científicas, seja na duração da amamentação, na

manutenção da temperatura do RN, na sua glicemia, ou na redução do choro⁽¹⁹⁾, deve-se respeitar a escolha da mulher após o fornecimento das informações sobre esses benefícios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A não utilização das boas práticas obstétricas na atenção ao parto, em uma maternidade que preconiza a implementação das recomendações da OMS e das evidências científicas na assistência ao parto, esteve relacionada tanto com as atitudes profissionais, quanto com a decisão da mulher e indisponibilidade de seu acompanhante.

A restrição de alimentos e a privação do contato imediato com o RN estiveram diretamente ligadas com a atitude profissional, já que em ambos os casos os profissionais de saúde não privilegiaram adoção dessas boas práticas, motivados pela visão do parto como um evento de risco, que poderia necessitar de uma intervenção cirúrgica ou por priorizarem a realização dos cuidados de rotina com o RN, que poderiam ser postergados.

No entanto motivos de cunho pessoal, da própria parturiente, também impossibilitaram a implementação de boas práticas, como a presença do acompanhante e a movimentação e deambulação durante o trabalho de parto. A indisponibilidade do acompanhante e a vontade em não tê-lo presente foram as principais justificativas apresentadas pelas mulheres. Muitas delas também não deambularam e não se movimentaram durante o trabalho de parto pelo simples fato de não desejarem ou não se sentirem confortáveis.

Os achados desta pesquisa permitem concluir que algumas boas práticas ainda não são utilizadas na maternidade em estudo. A restrição de alimentos sólidos ou líquidos e a restrição do contato imediato com o RN são práticas inadequadas, que devem ser revisadas e repensadas junto à equipe profissional, uma vez que não estão congruentes com os princípios filosóficos que norteiam a assistência prestada na maternidade e com as atuais evidências científicas. Além disso, reafirma a necessidade de que a decisão da mulher sobre a não adoção de algumas boas práticas deve ser respeitada

pelos profissionais de saúde, desde que não interferiram negativamente no bem-estar da parturiente, do feto e do RN.

VISION OF RECENT MOTHERS ABOUT THE NON-UTILIZATION OF GOOD PRACTICE IN ATTENTION TO CHILDBIRTH

ABSTRACT

Exploratory-descriptive, qualitative research, derived from a wider project developed in a maternity-school, whose goal was to identify what are the alleged reasons for recent mothers for not using good practices in the labor/childbirth. 310 recent mothers were interviewed from October 2008 to December 2009, of which 26 had no follow-up in labor, 40 in childbirth and 22 post-labor; 156 did not receive food, 62 did not walk around in labor and 27 did not have immediate contact with the newborn. The reports about these practices were organized using the technique of content analysis of Bardin. It was noted that women did not want escort or he was not available; did not receive food, because the professionals not offered or because they had indication of caesarean; they did not walk around not wishing or obstetric indication; and did not have immediate contact with the newborn due to any clinic complication, because they did not want to or professionals did not provided such meeting. It is concluded that the non-utilization of some obstetric practices is related in large part with the professionals attitude, but in some situations the woman decision.

Keywords: Labor. Humanized childbirth. Evaluation of health services. Obstetric nursing.

VISIÓN DE LAS PARTURIENTAS ACERCA DE LA NO UTILIZACIÓN DE LAS BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN AL PARTO

RESUMEN

Investigación exploratoria-descriptiva, cualitativa, derivada de un proyecto más amplio desarrollado en una maternidad-escuela, cuyo objetivo fue identificar cuáles son los motivos alegados por las puérperas para la no utilización de las buenas prácticas en el trabajo de parto/parto. Fueron entrevistadas 310 puérperas de octubre de 2008 a diciembre de 2009, de las cuales 26 no tuvieron acompañante en el trabajo de parto, 40 en el parto y 22 en el postparto; 156 no recibieron alimentación, 62 no deambularon en el trabajo de parto y 27 no tuvieron contacto inmediato con el recién nacido. Los relatos sobre estas prácticas fueron organizados utilizándose la técnica de análisis de contenido de Bardin. Se constató que las mujeres o no quisieron acompañante o él no estaba disponible; no recibieron alimentación, porque los profesionales no ofrecieron o porque tenían indicación de cesárea; no deambularon por no desearlo o por indicación obstétrica; y no tuvieron contacto inmediato con el recién nacido debido a algún inconveniente clínico, porque no quisieron o porque los profesionales no proporcionaron tal encuentro. Se concluye que la no utilización de algunas de las buenas prácticas obstétricas está relacionada en gran parte con la actitud de los profesionales, pero en algunas situaciones con la decisión de la mujer.

Palabras clave: Trabajo de parto. Parto humanizado. Evaluación de servicios de salud. Enfermería obstétrica.

REFERÊNCIAS

1. Moura FMJS, Crizostomo CD, Nery IS, Mendonça RCM, Araújo OD, Rocha SS. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. *Rev bras enferm.* 2007 jul-ago; 60(4):452-55.
2. World Health Organization. *Appropriate Technology for Birth.* The Lancet. 1985 ago; 24:436-37.
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: guia prático.* Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1996.
4. Porto AMF, Amorim MMR, Souza ASR. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina.* 2010 out; 38(10):527-37.
5. Brüggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJD. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão de literatura. *Cad saúde pública.* 2005 set-out; 21(5):1316-27.
6. Wei CY, Gualda DMR, Santos Junior HPO. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. *Texto & contexto enferm.* 2011 out-dez; 20(4):717-25.
7. Brüggemann OM, Monticelli M, Furtado C, Fernandes CM, Lemos FN, Gayeski M. Filosofia assistencial de uma maternidade-escola: fatores associados à satisfação das mulheres usuárias. *Texto & contexto enferm.* 2011 out-dez; 20(4):658-68.
8. Bardin L. *Análise de conteúdo.* 5a. ed. Lisboa: Edições 70; 2009.
9. Carvalho VF, Kerber NPC, Busanello J, Gonçalves BG, Rodrigues EF, Azambuja EP. Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. *Rev Esc Enferm USP.* 2012 fev; 46(1):30-7.
10. Brüggemann OM, Oliveira ME, Martins HEL, Alves MC, Gayeski ME. A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil. *Esc. Anna Nery.* 2013 jul-set; 17(3):432-8.

11. Resolução-RDC no36 de 03 de junho de 2008 (BR). Dispões sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. Diário Oficial da União. 2008 jun 3. [citado 2012 out 15]. Disponível em: http://www.brasilsus.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13840
12. Lei n. 11.108 de 07 de abril de 2005 (BR). Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as 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. Diário Oficial da União. 08 abr 2005. [citado 2012 out 15]. Disponível em: <http://www.010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2005/11108.htm>
13. Singata M, Tranmer J, Gyte GML. Restricting oral fluid and food intake during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010; no. 1. Art. No.: CD003930. DOI: 10.1002/14651858.CD003930.pub2.
14. Miquelutti MA, Cecatti JG, Morais SS, Makuch, MY. The vertical position during labor: pain and satisfaction. Rev bras saude mater infant. 2009 out-set; 9(4):393-8.
15. Silva LM, Oliveira SMJV; Silva FMB; Alvarenga MB. Uso da bola suíça no trabalho de parto. Acta Paul Enferm. 2011; 24(5):656-62.
16. Stancato K, Vergílio MSTG, Bosco CS. Avaliação da estrutura e assistência em sala de pré-parto, parto e pós-parto imediato-ppp de um hospital universitário. Cienc cuid saude. 2011 jul-set; 10(3):541-48.
17. Rosa R, Martins FE, Gasperi BL, Monticelli M, Siebert ERC, Martins NM. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. Esc Anna Nery. 2010 jan-mar; 14(1):105-12.
18. Barbosa V, Orlandi FZ, Dupas G, Beretta MIR, Fabbro MRC. Aleitamento materno na sala de parto: a vivência da puérpera. Cienc cuid saude. 2010 abr-jun; 9(2):366-73.
19. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012; no. 5. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub3.

Endereço para correspondência: Joana Moreira Oreano. Rua Leopoldo Malheiro, 15, Apto 107. Centro. CEP. 89251-490. Jaraguá do Sul, Santa Catarina, Brasil.

Data de recebimento: 17/10/2012

Data de aprovação: 27/11/2013

Copyright of *Ciência, Cuidado e Saúde* is the property of Universidade Estadual de Maringá and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.



**NON-PHARMACOLOGICAL MANAGEMENT OF RELIEF IN DELIVERIES ASSISTED
BY AN OBSTETRIC NURSE**

**MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO DE ALÍVIO DA DOR EM PARTOS ASSISTIDOS POR
ENFERMEIRA OBSTÉTRICA**

**MANEJO NO FARMACOLÓGICO DE ALIVIO DEL DOLOR EN PARTOS ASISTIDOS POR UNA ENFERMERA
OBSTÉTRICA**

Danielle Lehueur¹, Márcia Rejane Strapasson², Edegar Fronza³

ABSTRACT

Objective: to characterize a delivery assisted by an obstetric nurse regarding non-pharmacological methods of pain relief in the parturition process. **Method:** this is a quantitative, transversal, descriptive, retrospective study with 232 records of parturients with vaginal delivery assisted by an obstetric nurse. Data collection was carried out in patients' records and data analyzed using the SPSS Program version 21.0, presented in figures and tables. **Results:** there were 98.3% of patients using some non-pharmacological method of pain relief, such as: ambulation (79.2%), bath (73.1%), massage (60.0%), position variety (58.8%), aromatherapy (46.9%), ball (42%), among others. **Conclusion:** new studies can be performed focusing on the efficacy of non-pharmacological management of pain in the parturition process. **Descriptors:** Natural Childbirth; Pain; Labor Pain; Obstetric Nursing.

RESUMO

Objetivo: caracterizar os partos assistidos por enfermeira obstétrica quanto aos métodos não farmacológicos de alívio da dor no processo de parturição. **Método:** estudo quantitativo, transversal, descritivo e retrospectivo com 232 prontuários de parturientes com parto vaginal assistido por enfermeira obstétrica. A coleta das informações foi realizada em prontuários de pacientes, e os dados foram analisados usando o programa SPSS, versão 21.0, sendo apresentados em uma figura e quatro tabelas. **Resultados:** 98,3% utilizaram algum método não farmacológico de alívio da dor, a saber: deambulação (79,2%), banho (73,1%), massagem (60,0%), variedade de posição (58,8%), aromaterapia (46,9%), bola (42%), entre outros. **Conclusão:** novos estudos podem ser realizados com enfoque na eficácia do manejo não farmacológico da dor no processo de parturição. **Descritores:** Parto Normal; Dor; Dor do Parto; Enfermagem Obstétrica.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar a los partos asistidos por una enfermera obstétrica sobre los métodos no farmacológicos de alivio del dolor, en el proceso de parturición. **Método:** estudio cuantitativo, transversal, descriptivo, retrospectivo con 232 prontuarios de parturientes con parto vaginal asistido por una enfermera obstétrica. La recolección de las informaciones fue realizada en prontuarios de pacientes y los datos analizados usando el Programa SPSS versión 21.0, presentados en figura y tablas. **Resultados:** 98,3% utilizaron algún método no farmacológico de alivio del dolor, entre ellos: deambulación (79,2%), baño (73,1%), masaje (60,0%), variedad de posición (58,8%), aromaterapia (46,9%), bola (42%), entre otros. **Conclusión:** nuevos estudios pueden ser realizados con enfoque en la eficacia del manejo no farmacológico del dolor, en el proceso de parturición. **Descriptor:** Parto Normal; Dolor; Dolor de Parto; Enfermería Obstétrica.

¹Estudante, Curso de Enfermagem, Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, São Leopoldo (RS), Brasil. E-mail: tresvenus@hotmail.com.br;
²Enfermeira, Professora Mestre em Enfermagem, Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade do Vale do Rio dos Sinos/UNISINOS, São Leopoldo (RS), Brasil. E-mail: marciastra@unisinis.br; ³Biólogo, Professor Mestre em Biociências, Doutor em Biotecnologia, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Caxias do Sul/UCS, Caxias do Sul (RS), Brasil. E-mail: fronzabio@yahoo.com.br

INTRODUCTION

The process of childbirth and birth are normal physiological phenomena that can cause significant pain, constituting a unique experience with different answers for each woman. Without harm to the fetus or the parturient, controlling the pain of labor is one of the main goals of women's care in the process of parturition.¹ Pain is a subjective experience involving a complex interaction between the physiology of the body, the spirit, and the environment. It is an emotional, sensitive and unpleasant experience associated with tissue injury.² In labor, the dilation of the cervix is an important component of pain, added to other factors, such as contraction and distension of the uterine fibers; traction of appendages and peritoneum; distension of the vaginal canal; pressure on the pelvic structures, the urethra, the bladder, and the roots of the loin-sacral plexus. Pain discomfort can be alleviated through the use of non-pharmacological methods.³ The reduction of pain sensation allows the parturient to participate actively in childbirth, increasing self-esteem, enabling a better relationship with the newborn (NB) and contributing to the construction postpartum positive memories.⁴

Seeking strategies for equitable, integral and humanized care, the Ministry of Health (MS) published in 2000, through Ordinance/GM number 569, the Prenatal and Birth Humanization Program (PHPN), which aims to ensure the improvement of access, coverage and quality in the monitoring of prenatal care, delivery and puerperium care for pregnant women and the newborn, encouraging comprehensive obstetric care and guaranteeing women's rights of choice. One of the fundamental aspects adopted by PHPN is the use of useful practices to follow birth and birth, avoiding unnecessary interventions.⁵

In this context, complementary or integrative practices have been taking up space and becoming prominent in the current world panorama, both in developed countries and in developing countries.⁶ (In Brazil, complementary or integrative practices in the healthcare model were officially regulated on the national level, with Administrative Rule number 971, of May 3, 2006 - approving the National Policy on Integrative and Complementary Practices in the SUS.⁷ Complementary practices include drug therapies (such as the use of medicinal herbs) and therapies without medicines - such as acupuncture, yoga, aromatherapy, and other physical, mental, and spiritual therapies.

In this perspective, the birth and delivery scenario should have humanized practices, as well as pharmacological and non-pharmacological pain relief methods, to minimize the discomfort caused in the parturition process. Non-pharmacological methods can be couple oriented during prenatal care and/or taught/applied by the nurse or multi-professional team during labor and delivery. They include psychoprophylactic method, acupuncture, transcutaneous electrical stimulation (TENS), ambulation, music therapy, body massages, baths (shower or immersion), breathing and relaxation techniques, comforting touches, use of the Swiss ball, aromatherapy and reflexology, among others. Ideally, the multi-professional team should establish a relationship of closeness and empathy with the woman during the delivery event, as well as adequate assistance in the provision and implementation of humanized practices.⁹

In this scenario, the presence of the obstetric nurse in assisting the woman in the process of parturition favors the implementation of humanized care practices as non-pharmacological methods of pain relief. The humanization of childbirth care allows the professional to respect the aspects of the physiology of the woman, offering emotional support and facilitating the affective bond between mother and baby.¹⁰ According to Law number 7,498, dated June 25, 1986, the obstetric nurse is legally able to assist the parturient in normal delivery and to identify obstetric distorts, being able to intervene until the doctor's arrival, perform episiotomy and episioraphy, and apply local anesthesia if necessary.¹¹

It is necessary to raise the awareness of obstetric professionals regarding the assistance to women in the process of parturition in an individualized and integral way, especially regarding the implementation of humanized practices in pain relief. The relevance of this study lies in the importance attributed to the theme of non-pharmacological management of pain relief in childbirth and birth, characterizing obstetric care in a humanized and integral way. This study may contribute to the strengthening and visibility of obstetric nursing work in humanization and delivery and birth care, in the perspective of women's role and autonomy during the birth and delivery process. It is expected that the knowledge generated by this study contributes to the qualification of women's care in the parturition setting and the awareness of the professionals in the obstetric area regarding pain relief practices.

Lehugueur Danielle, Strapasson MR, Fronza E.

Non-pharmacological management of...

Considering the implementation of non-pharmacological methods of pain relief, in the process of labor and birth, as humanized practices of care, the following research question arises: how are the deliveries assisted by an obstetric nurse in the Normal Delivery Center to the non-pharmacological management of pain relief?

OBJECTIVE

- To characterize deliveries assisted by the obstetric nurse for non-pharmacological methods of pain relief in the parturition process.

METHOD

This is a quantitative, cross-sectional, descriptive, retrospective study conducted in a large public hospital located in Porto Alegre, Brazil.

The sample consisted of the analysis of records of parturients who performed vaginal delivery assisted by an obstetric nurse from January 1, 2015, to December 31, 2015. The medical records of women who had their deliveries attended by a physician, fetus dead and those who were initially attended by the nurse and who began to be attended by the doctor due to the dystocia presented throughout the labor.

For this study, an average of 4,400 births per year was considered, with 62% occurring vaginally. Of them, 20% are assisted by the obstetric nurse. For a confidence level of 95% - and 5% margin of error -, the sample size was calculated by WinPEPI (Programs for Epidemiologists for Windows) version 11.43 in 232 records in the defined temporal cut-off.

The access to medical records was through the computerized system of the "Mother and Baby Care Line" and the birth registration booklet of the delivery room, later accessed through the Medical and Statistical Archive

Service (SAME). The data were collected by the researcher, using a standardized form, and later inserted into a database in the Excel program. The variables were characterized as: maternal age, color, maternal education level, occupation, marital status, number of pregnancies, parity, number of prenatal consultations, gestational age by the baby, water bag conditions, amniotomy, aminorex, clear liquids or food during labor, touch examination, non-pharmacological methods of pain relief used, chaperone, delivery position, episiotomy, laceration, Apgar, newborn weight and skin to mother/baby contact.

Descriptive statistics were used for data analysis, based on absolute and relative frequency for categorical variables and mean, and standard deviation for the quantitative variables. The association between categorical variables was assessed by Pearson's chi-square test. In case of statistical significance, the tests of adjusted residuals were adopted. To support the analysis, SPSS software version 21.0 was used, with a significance level of 5% ($p \leq 0.05$).

For this study, ethical issues were considered, according to Ministerial Resolution 466/2012, which deals with research on human beings.¹² The research was carried out after the approval of this project by the Ethics and Research Committee (CEP) of the University of Vale of Sinos River - UNISINOS - and of the Cooperating Institution, under protocol number 1,588,497.

RESULTS

Of the 232 records of parturients analyzed, the non-pharmacological methods of pain relief used in labor and delivery were: ambulation (79.2%), bath (73.1%), massage (60.0%), range (58.8%), aromatherapy (46.9%), Swiss ball (42.0%), shawl (12.7%), foot-scrubbing (2.4%) and music therapy (2%) as shown in figure 1.

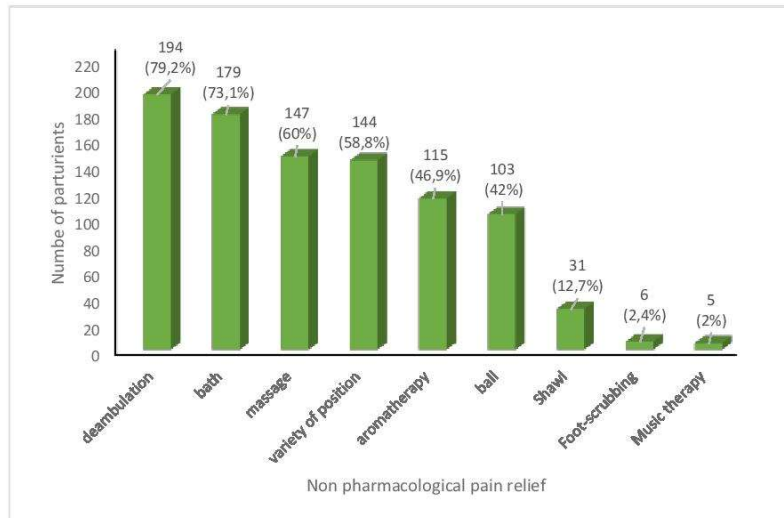


Figure 1. Sample distribution for non-pharmacological methods of pain relief during labor and delivery. Porto Alegre (RS), Brazil, 2016.

Table 1. Sociodemographic characterization of parturients. Porto Alegre (RS), Brazil, 2016.

Variables	n=232	n%
Skin Color		
White	168	72.4
Black	39	16.8
Yellow	1	0.4
Other	24	10.3
Marital status		
Single	215	92.7
Married	15	6.5
Divorced	1	0.4
Other	1	0.4
Level of education		
Incomplete Elementary school	14	6.0
Complete Elementary school	102	44.0
Incomplete High school	42	18.1
Complete High school	65	28.0
Incomplete Higher education	2	0.9
Complete Higher education	7	3.0
Most frequent occupations		
Housewife	122	49.8
Seller	11	4.5
Cashier operator	8	3.4
Clerk	7	2.9
General services assistant	6	2.4
Student	5	2.0
Packing assistant	4	1.6
Waitress	4	1.6
Secretary	4	1.6

Parturients assisted at the normal birthing center under study presented around two pregnancies each and more than six prenatal visits in the current gestation. All of them had undergone vaginal delivery in a previous

gestation. At hospital admission, almost (80%) of the parturient sample had intact amniotic membranes, and more than (45%) had amniotomy during the parturition process, according to Table 2 and Table 4.

Table 2. Obstetric data of parturients in the sample. Porto Alegre (RS), Brazil, 2016.

Variables	n=232	n%
Obstetric data		
Number of normal deliveries	232	100
Number of previous cesareans	14	6.0
Previous abortion	40	17.2
Bag of water in the hospital		
Whole	185	79.7
Broken	47	20.3
Had amniotomy	107	46.1
H3ad aminiorex	78	33.6
Amniotic fluid characteristic		
Not registered	1	0.4
Clear with grumous	211	91.0
Meconium red	20	8.6

n: Frequência absoluta; n%: Frequência relativa.

Almost 100% of the parturients were attended during the parturition process, (77.5%) of the women accepted clear liquids in labor and most of them used one or more non-pharmacological practices of comfort and pain relief. Women were able to choose the desired delivery position, such as the positions semi-sedentary (62.5%), lateralized (14.3%), squatting (3.0%), four supports (1.3%), while only (12.5%) gave birth in the lithotomy position. Three women underwent episiotomy

and (60.8%) presented some type of laceration, and the other parturients had intact perineum. Regarding the perinatal conditions, the neonates presented around 39 weeks and 5 days of gestation by the test of the baby and weight superior to 3,200 g. The Apgar in the first minute of life varied between 8 and 9 and in the fifth minute between 9 and 10. Of the total of newborns, more than 50% were female, as presented in table 3 and table 4.

Table 3. Birth data and perinatal outcomes. Porto Alegre (RS), Brazil, 2016.

Variables	n=232	n%
Had accompanying	220	94.8
Intake of clear liquids	176	77.5
Position of childbirth		
Lithotomy	29	12.5
Semi-existent	145	62.5
Lateralized	34	14.7
Squatting	17	7.3
Four supports	7	3.0
Performed episiotomy	3	1.3
Had laceration	141	60.8
Sutured the laceration	100/141	70.9
Child's Gender		
Male	109	47.0
Women	123	53.0

*husband (n=156 ± 70.9%), mother (n=28 ± 12.7%), sister (n=15 ± 6.8%) and others (n=21 ± 9.5%).

Table 4. Characterization of the sample - numerical variables. Porto Alegre (RS), Brazil, 2016.

Variables	n=232
Maternal age (years) - mean ± SD	25.5 ± 6.0
Number of prenatal visits mean ± SD	7.5 ± 2.9
Number of pregnancies - md (P25 - P75)	2 (1 - 3)
Apgar 1 min - md (P25 - P75)	9 (8 - 9)
Apgar 5 min - md (P25 - P75)	9 (9 - 10)
Gestational age by the baby (days) - mean ± SD	277 ± 22.3
Weight (g) - mean ± SD	3240 ± 449

SD: Standard deviation; md: median; P25-p75: 25-75 percentage.

DISCUSSION

The maternity adhered to the strategy of the Stork Network and the recommendations advocated by this policy in the care of childbirth and birth, constituting a reference in the state of Rio Grande do Sul. In this institution, the obstetric nurse is inserted in the delivery assistance of usual risk and, it seeks to implement pain management its care practice, characterizing a model of care centered on the physiology of childbirth and the role of women. All parturients in the sample used one or more non-pharmacological methods of pain relief during labor and delivery. For the World Health Organization (WHO), the inclusion of obstetric nursing in the delivery scene is an important strategy in the reduction of cesareans, and its staff acts in a humanized way, using non-invasive practices of pain relief, stimulating the autonomy of women and physiological delivery.¹³

When characterizing the profile of parturients that participated in this study, it was verified that the number of pregnancies registered varied between two or three for each woman. The mean maternal age was 25 years old and all were literate, with different levels of education. Currently, there is a reduction in the number of births in women under 24 years old, resulting in a progressive increase in maternal age, averaging 25.7 years old. Maternal education has been increasing proportionally to the population. In a survey carried out in 2009 in Brazil, (8.2%) of the puerperal women reported having between zero and three years of education, while (28.7%) were between four and seven years old and (63.1%) had eight years or more of study.¹⁴

The number of prenatal consultations is an important indicator of access to maternal and child health services. MS recommends at least six visits so adequate prenatal care is considered. Prenatal coverage since 2000 has been increasing considerably, as shown in the survey carried out between 2000 and 2009, in which the proportion of pregnant women with no consultation decreased from (4.7%) to (1.8%) in all the country.¹⁴ The results obtained in this study registered an average of 7.5 prenatal consultations per pregnant woman, which constitutes the growing scenario of coverage, in addition to meeting the MS recommendation.

Pain management includes a series of complementary practices and non-pharmacological methods, such as immersion or sprinkler bath, Swiss ball, aromatherapy,

music therapy, acupuncture, massage, continuous emotional support, woman verticalization and variety of position, among others. Pain during labor can lead to loss of emotional control of the woman, constituting a stressful and traumatic event that can lead to mental disorders. In this perspective, pain management through complementary and alternative practices has been implemented in the care of women in labor in a powerful way.¹⁵

One of these alternative practices is aromatherapy, which uses the power of plants through specific essential oils, such as jasmine and lavender, for the evolution of labor and pain relief. The essential oils used can be absorbed by inhalation or topical use on the skin. In the practice of foot-scrubbing, a few drops of diluted oils are also used in the water for the purpose of inhalation to reduce pain.¹⁶⁻¹⁷

However, ambulation is a therapeutic method capable of accelerating labor, facilitated by the upright position and the favorable effect of gravity, which, together with pelvic mobility, increases the speed of cervical dilatation and fetal decline.¹⁸ The variety of position is one a practice that should be encouraged during labor because the parturient change of position and can move according to their need, adopting a comfortable positioning when the contractions arise.¹⁹

Adopting alternate positions during labor promotes the speed of cervical dilatation, promotes pain relief during contractions and facilitates fetal descent. Therefore, the variation of positions between sitting, lateral decubitus, kneeling, crouching, four supports and standing, among others, can be encouraged.^{3,18}

The shower bath reduces anxiety and relieves pain in labor, promoting relaxation. The hot bath stimulates the thermoreceptors of the epidermis, reaching the central nervous system and blocking the perception of pain. The heat of the water increases the blood circulation, reducing the stress caused by the contractions.²⁰

Massage is a method of sensory stimulation characterized by systemic touch and tissue manipulation. In labor, massage provides comfort, analgesia and relieves pain, as well as promoting a bond between the professional and the parturient. The Swiss ball or pilates ball is a feature used to facilitate the process of parturition and provide a position of greater comfort to the woman. The ball is also a playful instrument, which can contribute to the distraction of the woman in labor, making

Lehugueur Danielle, Strapasson MR, Fronza E.

Non-pharmacological management of...

labor calmer. This feature can be associated with other techniques, such as massage and shower bath, through pelvic stretching and active circumference exercise, among others.¹⁶ The continuous support includes offering physical comfort, emotional support and effective communication between the health team, the parturient, and her partner.²¹

The shawl is an exercise that uses a type of shawl used by Mexican women to carry the baby. During labor, this method is used with the parturient in the upright position or squatting, with the shawl tied at the top, or through pelvic stretches performed during contractions, associated with friction in the lumbar with this tissue.²²

Thus, the humanization of childbirth and birth constitutes a movement of struggle and appreciation of women as the protagonist of the process of parturition. It aims to rescue its autonomy and rights, giving it conditions of choice and participation during all phases of the reproductive life, starting with family planning, gestation, childbirth, birth and postpartum.

Regarding the presence of the partner during labor and delivery, it was verified that almost 100% of the women had an accompanist when giving birth. Federal Law 11,108, in 2005, guarantees women the presence of partners of their choice during the process of delivery, birth and postpartum.²³ These data are similar to those of Silva and colleagues in a normal delivery center, (94.5%) of the women with a partner in the delivery room.²⁴ Corroborating with these findings, Diniz and colleagues affirm that at this moment, the partner can transmit to the woman emotional support, encouraging her in the face of the experiences.²⁵

Despite advances in these spaces, some practices and pain management are still a challenge for obstetrics, due to the lack of studies and protocols that legitimize its implementation. In some maternity wards, women are still forced to be confined to bed during labor and delivery.²⁶ However, it is known that women should be encouraged to adopt the position they prefer and desire. Ambulation and upright positions reduce the duration of labor and reduce the need for analgesia.^{18,27-29} The verticalization of labor improves strength intensity, fetal oxygenation during the expulsive period, and increases the pelvic and anteroposterior pelvic diameters and transverse in the squatting and kneeling positions.³⁰

This study reported that in the expulsive period: (62.5%) of the women adopted the

semi-settled position; (14.7%), the lateralized position; (3.0%), squatting; (1.3%), four grants; and (12.5%) the lithotomy position. Although the lithotomy position is not the best option for women, it is still widely used in maternity wards. With the institutionalization of childbirth, women are routinely admitted and then oriented to use the dorsal position, as it facilitates obstetric intervention.²⁸ The episiotomy occurred in only (1.3%), and (60.8%) presented perineal laceration, and only (39.1%) required raffia, which indicates that most of the women had intact perineum. These findings show that the practice of episiotomy is carefully and selectively used, diverging from other studies that presented rates of 16% and 29.1% of episiotomies.³¹⁻³² Regarding the neonatal data found in this study, mean gestational age calculated by the baby remained above 39 weeks, the first-minute Apgar ranged from 8 to 9 and in the fifth minute from 9 to 10, and the mean weight was 3,240 kg. These perinatal outcomes characterize the usual risk or low-risk care performed by the obstetric nurse. These data corroborate a less interventionist delivery and birth attendance, indicating that respect for the physiology of childbirth favors the health conditions of the mother/baby binomial.¹³

CONCLUSION

This study enabled to characterize obstetric-assisted deliveries in a normal delivery center regarding non-pharmacological management for pain relief in labor and delivery. From the total sample during the parturition process, almost all the pregnant women used some non-pharmacological method of pain relief, such as ambulation, bathing, massage, position variety, aromatherapy, ball, shawl, foot-scrubbing, and music therapy. All methods used in this study have low cost, easy applicability, and a non-invasive practice.

Women were able to opt for the position they wanted to give birth, which gave the parturient autonomy and respect. The care model sought to respect the physiology of childbirth and the use of interventions occurred selectively and judiciously. The perinatal outcomes were favorable and characterized the usual risk assistance performed by the obstetric nurse. These findings were similar to data from other national studies on the implementation of non-pharmacological management of labor pain and its perinatal outcomes.

The obstetric nurse's presence in the birth and birth scenario favors the implementation

Lehugueur Danielle, Strapasson MR, Fronza E.

Non-pharmacological management of...

of humanization practices and the recovery of women's protagonism.

Since this was a retrospective study, this study had as a limitation the search of information recorded in medical records, which impacted on its results. It is suggested that new studies, especially randomized clinical trials, related to the non-pharmacological management of pain, should be performed focusing on the efficacy and safety of the applicability of the methods in the parturition process.

REFERENCES

1. Ricci SS. Enfermagem neonatal e saúde da mulher. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
2. Sociedade Brasileira para Estudo da Dor. 5º sinal vital: hospital sem dor [página na Internet]. São Paulo: SBED; 2014 [cited 2015 Oct 05]. Available from: http://www.sbed.org.br/materias.php?cd_secao=65
3. Ministério da Saúde (BR). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF): MS; 2001.
4. Rezende J, Montenegro CAB. Obstetrícia fundamental. 12th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
5. Ministério da Saúde (BR). Programa de humanização do parto humanizado e no pré natal e nascimento. Brasília (DF): MS; 2002.
6. Barnes PM, Bloom B, Nahin RL. Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States 2007. Natl Health Stat Report [Internet]. 2008 [cited 2016 Oct 20];12:1-23. Available from: <https://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr012.pdf>
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 971 de 03 de maio de 2006. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília (DF);2006 [cited 2016 May 06]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html
8. World Health Organization. WHO traditional medicine strategy 2002-2005 [página na Internet]. Geneva: WHO; 2002 [cited 2016 Oct 20]. Available from: http://www.wpro.who.int/health_technology/book_who_traditional_medicine_strategy_2002_2005.pdf
9. Ministério da Saúde (BR), Universidade Estadual do Ceará. Humanização do parto e do nascimento [Internet]. Brasília (DF): MS; 2014. [cited 2016 May 06]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizacv4_humanizacao_parto.pdf
10. Porfírio AB, Progiante JM, Souza DOM. As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar. Rev Eletr Enf [Internet]. 2010 [cited 2016 Oct 28];12(2):331-6. Available from: <https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a16.htm>
11. Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF); 1986 [cited 2016 May 06]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm
12. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. Brasília (DF); 2005 [cited 2016 May 19]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
13. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretriz nacional de assistência ao parto normal. Brasília (DF): MS; 2016. [cited 2017 Apr 21]. Available from: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf
14. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília (DF); 2011.
15. Namazi M, Amir Ali Akbari S, Mojab F, Talebi A, Alavi Majd H, Jannesari S. Effects of citrus aurantium (bitter orange) on the severity of first-stage labor pain. Iran J Pharm Res [Internet]. 2014 [cited 2016 Oct 21];13(3):1011-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4177623/>
16. Gallo RBS, Santana LS, Marcolin AC, Ferreira CHJ, Duarte G, Quintana SM. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. Femina. 2011; 39(1): 41-8.
17. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2006 [cited 2016 Oct 17];4:CD003521. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003521.pub2>
18. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane

Lehugueur Danielle, Strapasson MR, Fronza E.

Non-pharmacological management of...

Database Syst Rev [Internet]. 2009 [cited 2016 Oct 17];(2):CD003934. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub2>

Anna Nery R Enferm [Internet]. 2007 June [cited 2016 Oct 28];11(2):331-6. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a23>.

19. Montenegro CAB, Rezende Filho J. Obstetrícia fundamental. 13th ed. Rio de Janeiro: Koogan; 2014.

29. Shorten A, Donsante J, Shorten B. Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: informing women about choices for vaginal birth. *Birth*. 2002;29(1):18-27.

20. Lee SL, Liu CY, Lu YY, Gau ML. Efficacy of warm showers on labor pain and birth experiences during the first labor stage. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2013;42(1):19-28.

30. Golará M, Plaat F, Shennan AH. Upright versus recumbent position in the second stage of labor in women with combined spinal-epidural analgesia. *Int J Obstet Anesth*. 2002; 11: 19-22.

21. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. *Biblioteca Cochrane Plus* [Internet]. 2011 Feb 16 [cited 2016 Oct 21]. Available from:

<http://www.cochrane.org/es/CD003766/apoyo-continuo-para-las-mujeres-durante-el-parto>.

31. Carvalho CCM, Souza ASR, Moraes Filho OB. Prevalence and factors associated with practice of episiotomy at a maternity school in Recife, Pernambuco, Brazil. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2010 [cited 2017 Apr 21];56(3):333-9. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000300020

22. Colacioppo PM, Koiffman MD, Gonzalez Riesco ML, Schneck CA, Osava RH. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. *Rev Enf Ref* [Internet]. 2010 [cited 2017 Feb 1st];3(2):81-90. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserllln2/serllln2a09.pdf>

32. Pitangui ACR, Carvalho NHMG, Siqueira CV, Castro JFL, Araújo RC. Ocorrência e fatores associados à prática de episiotomia. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2014 [cited 2017 Apr 21];8(2):257-63. Available from:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5820>

23. Brasil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir 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 [Internet]. Brasília (DF); 2005 [cited 2016 May 06]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm

24. Silva FMB, Paixão TCR, Oliveira SMJV, Leite JS, Gonzalez Riesco ML, Osava RH. Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. *Rev Esc Enf USP*. 2013;47(5):1031-8.

25. Diniz CSG, D'Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(1):140-53.

26. d'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuestac A, Barbosa GP, Gama AS, et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública* 2005;39(4):646-54.

27. Souza ENS, Aguiar MGG, Silva BSM. Métodos não farmacológicos no alívio da dor: equipe de enfermagem na assistência a parturiente em trabalho de parto e parto. *Enferm Rev*. 2015;18(2):42-56.

28. Mamede FV, Mamede MV, Dotto LMG. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Esc*

Submission: 2017/05/27

Accepted: 2017/10/27

Publishing: 2017/12/01

Corresponding Address

Márcia Rejane Strapasson
Avenida Armando Fajardo, 2.100, Bloco 5, Ap.
504
Bairro Igara
CEP: 92410040 – Canoas (RS), Brazil

Copyright of Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE is the property of Revista de Enfermagem UFPE and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.

ANEXO VII Resumo dos artigos obtidos através da RSL

ARTIGO 1				
Título: Movimentação e Dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas.				
AUTORES	METODO	OBJETIVO	Participantes	INTERVENÇÕES
- Chang Yi Wei; - Dulce M. R. Gualda; - Hudson Pires O. S. Junior	Qualitativa Descritiva	Conhecer a experiência e a percepção de um grupo de mulheres em relação à deambulação e à dieta durante o TP.	35 mulheres que tiveram partos vaginais, em dois momentos distintos no Hospital de ensino de São Paulo.	Os dados foram colhidos através de entrevistas, utilizando um guia com questões orientadas e espaço para a identificação da participante.
Ano/País 2011/ Brasil	Nível de Evidencia 4			
Resultados e Conclusões	A idade das mulheres deste estudo variou de 22 a 41 anos; O grau de instrução predominante foi o ensino fundamental incompleto;			

Estado civil, a maior parte respondeu união de facto;

No que se refere à ocupação, apenas 21 entrevistadas exerciam atividades remuneradas;

Quanto à paridade, incluindo o parto atual, para 10 participantes era a sua segunda experiência de parto; para 17 mulheres, a terceira; e era acima do quarto parto para oito entrevistadas.

Na gestação atual, mais de metade das mulheres realizou de seis a 10 consultas.

Deambulação durante o TP

-Foram encontradas duas perceções entre as mulheres: mais da metade referiu que a movimentação e a deambulação são benéficas durante o TP, enquanto as restantes relataram que preferiam ficar deitadas;

- O primeiro grupo atribui à movimentação, o alívio da dor e a aceleração do TP;

- O segundo grupo houve preferência em permanecer no leito, devido ao risco de o bebé nascer durante a movimentação e à dificuldade de realizar esforços expulsivos na posição vertical;

- No primeiro grupo, a liberdade para deambular foi referida pelas mulheres como importante para suportar e aliviar as dores do TP, uma vez que retira o foco de atenção da mulher da dor. Referem ser preferível andar ao permanecer

deitada.

Algumas mulheres perceberam a deambulação como aspecto positivo:

A possibilidade da livre movimentação, associada ao banho, foi citada alternativa para aliviar a sensação de dor e como meio para acelerar o TP. Referiram que o banho distrai, relaxa e minimiza a impaciência da mulher naquele momento.

Comparando com a experiência do parto anterior, a progressão do TP mais rápida, sentiram alívio da dor. A dilatação rápida do colo uterino foi atribuída à movimentação. O incentivo da equipa para a deambulação foi percebido como importante para a evolução do TP.

A prática da movimentação prévia ao internamento no hospital foi citada, pelas mulheres, como uma forma de chegar à instituição numa fase mais avançada do TP.

A possibilidade de movimentação foi percebida como uma mudança positiva, pois, nos partos anteriores tiveram monitorização cardiotocográfica contínua. As mulheres referiram que esta prática (monitorização contínua) era geradora de incómodo e tensão pela necessidade de permanecerem imóveis.

Outras mulheres percecionavam a deambulação como aspecto negativo:

Preferiram permanecer deitadas durante as contrações do TP, associando esta opção ao fato de cada organismo

reagir de maneira diferente.

O medo do bebê nascer durante a deambulação também foi citado como um fator inibidor da deambulação, mesmo depois de terem recebido orientação do profissional, a mulher se recusou a caminhar.

Além da manifestação de medo referida, o fato de estar em posição vertical (em pé ou sentada) foi visto como uma dificuldade durante a realização de esforços expulsivos durante as contrações. A posição horizontal foi vista como facilitadora para fazer força e sem risco de o bebê cair no chão.

A autonomia das parturientes para a movimentação no pré-parto também foi respeitada, pois aquelas que não sentiram vontade de andar puderam permanecer no leito.

Resumindo, para algumas mulheres, a deambulação contribui para alívio da dor e progressão do parto enquanto que, para outras é geradora de insegurança quando realizam esforços expulsivos, devido ao medo de o bebê cair no chão. Quanto à dieta, as mulheres que se alimentaram, relataram sentir mais força durante o parto. As que não quiseram receber dieta fizeram-no por medo de prejudicar o parto e intervir numa eventual necessidade de cesariana.

Conclusões:

Os resultados deste estudo sugerem que é crucial levar em consideração a individualidade e a autonomia da escolha das mulheres, premissas básicas quando se procura o cuidado humanizado. Além disto, o respeito pela perspectiva

da mulher, associada à experiência do profissional e às evidências científicas são o fundamento para a construção de cuidados de saúde com qualidade.

Verificou-se que através da liberdade de movimentos e o seu incentivo obteve-se um melhor controlo da dor aquando da contração e evolução do trabalho de parto mais rápido.

ARTIGO 2

Título: Care and Outcomes of relaxation room assistance at a public maternity hospital, Rio de Janeiro, Brazil

AUTORES	METODO	OBJETIVO	Participantes	INTERVENÇÕES
<ul style="list-style-type: none"> - Adriana L.F.Pereira; - Silma F. S. A. Nagipe; - Gabrielle P. V. Lima; - Sabrina D. Nascimento; - Monique S. F. Gouveia 	<p>Quantitativo, exploratório, descritivo, retrospectivo usando a técnica de pesquisa documental.</p>	<p>Caraterizar o perfil obstétrico das parturientes admitidas na sala de relaxamento; identificar os cuidados prestados nessa sala e examinar as características maternas e neonatais dos partos resultantes desses serviços.</p>	<p>648 registros de atendimento na sala de relaxamento de parturientes no ano 2007.</p>	<p>Cuidados de enfermagem foram agrupados em duas categorias: “conforto e relaxamento” e “educativo e relacional”</p> <p>A sala de relaxamento foi projetada como um ambiente individualizado e diferenciado da sala de parto. Foi criado com a finalidade da parturiente se sentir em casa.</p>
<p>Ano/País</p> <p>2012/Brasil</p>	<p>Nível de Evidencia</p> <p>3</p>			

Resultados e Conclusões	<p>As 648 (100%) parturientes foram atendidos na sala de relaxamento. Estas foram mulheres jovens em idade reprodutiva, entre 19 e 32 anos (70,4%). As grávidas com menos de 19 anos representavam em 22,1% de todas as visitas, e a idade de 13 foi a mais baixo nesta faixa etária. Em relação às características obstétricas, mais da metade (63,9%) das parturientes eram nulíparas e com gravidezes entre 39 e 41 semanas de gestação (70,5%). Na admissão a este quarto, a maioria das mulheres estava na fase ativa de TP, com 45,1% dos casos com dilatação entre quatro e seis cm e 27% com dilatação cervical superior a 6 cm.</p> <p>Os cuidados de enfermagem realizados durante a permanência na sala foram agrupados em duas categorias, “Conforto e relaxamento” e “educação” e entre os tipos de cuidados prestados em relação ao conforto e relaxamento. Houve predomínio de banhos quentes, massagens e deambulação, correspondendo a 76,4%, 56,2% e 52,8%. A grande maioria (n = 559, 86,3%) das parturientes que foram admitidas na sala de relaxamento teve um parto vaginal. Aqueles que precisaram de cesariana A seção representou apenas 11,1% (n = 72) das mulheres grávidas. Em 2,6% (n = 17) das visitas, os dados não foram encontrados no diário de entregas normal e cesarianas.</p> <p>Os partos vaginais, realizados pelos enfermeiros especialista foram de 56,5% (n = 310) dos partos; os outros nascimentos foram assistidos por médicos (n = 249, 43,5%). Em termos de mulheres com parto vaginal, houve uma diferença significativa em relação aos cuidados com o períneo, dependendo do profissional quem participou do nascimento. No grupo assistido pelos enfermeiros, a taxa de episiotomia foi de 19%, enquanto no grupo assistido por médicos a taxa foi de 63,9%,</p>
-------------------------	---

Esta pesquisa identificou que os enfermeiros prestam cuidados que promovem conforto e relaxamento, fazendo com que as mulheres experimentem o trabalho de parto com liberdade de movimento e posição, de acordo com a WHO.

A relação empática do enfermeiro e a presença do companheiro é considerado o fator mais importante para o TP e parto, por fornecer informações e explicações de acordo com os desejos e necessidades das mulheres e respeitar a sua privacidade no ambiente do parto.

Constatou-se que a deambulação reduz a duração da primeira etapa do trabalho de parto e que a imersão na água reduz a dor materna. A dimensão relacional do cuidado também foi identificada nas atividades de enfermagem na sala de relaxamento.

Os resultados desta pesquisa mostram que os cuidados individualizados, atendendo às necessidades de cada mulher durante o trabalho de parto pode influenciar favoravelmente resultado do trabalho de parto, reduzindo a incidência de Parto de cesariana entre grávidas de baixo risco mulheres em hospitais.

Conclusões:

A sala de relaxamento possui um ambiente de cuidado de enfermagem obstétrica que promove a humanização trabalho de parto, favorece o parto normal e apresentando bons indicadores de vitalidade entre os recém-nascidos

as mães foram cuidadas nesta sala.

De acordo com os dados encontrados, o perfil obstétrico era predominantemente de gravidez de baixo risco na fase ativa do trabalho de parto e nulíparas. Os tipos de cuidados que eram mais realizados durante a permanência naquele quarto foram o banho quente, deambulação e massagem. A quantidade de parturientes submetidas a cesariana estava dentro do limite recomendado pela Organização Mundial da Saúde, sugerindo que cuidado individualizado, humano e a presença do profissional contínua durante o trabalho de parto podem influenciar favoravelmente os resultados dos cuidados prestados.

ARTIGO 3

Título: Visão de puérperas sobre a não utilização das boas praticas na atenção ao parto.

AUTORES	METODO	OBJETIVO	Participantes	INTERVENÇÕES
- Joana M. Oreano; - Odaléa M. Brüggemann; Manuela B. Velho; Marisa Montecelli.	Exploratório – descritiva e qualitativa.	Identificar quais os motivos alegados pelas puérperas para a não utilização de boas práticas no TP e parto.	310 puérperas que pariram num período de um ano.	Foram entrevistadas 310 puérperas no internam, nas primeiras 12-24 horas de pós-parto. Na entrevista, as puérperas responderam a um questionário com perguntas abertas e fechadas. As perguntas abertas possibilitaram às puérperas expressarem a sua opinião acerca do atendimento recebido, inclusive sobre aspetos assistenciais relacionados
Ano/País 2014/Brasil	Nível de Evidencia 4			

				com a implementação das boas práticas durante o trabalho de parto/parto
Resultados e Conclusões	<p>O estudo foi dividido em quatro categorias como as boas práticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoria 1 – Ausência do acompanhante no TP, parto e pós-parto. <p>Referem que nesta categoria preferiram ficar sozinha; parto rápido que não o acompanhante não conseguiu chegar a tempo (por vezes por causa das burocracias das instituições); o próprio acompanhante não quis e as instituições não tem condições físicas para a permanência do mesmo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoria 2- Restrição de alimentos sólidos ou líquidos <p>Neste caso a resposta mais comum era que não sabiam que podiam ingerir alimentos e outras simplesmente recusaram. O jejum durante o trabalho de parto era recomendado em face da preocupação com o risco de aspiração do conteúdo gástrico, no caso de uma cesariana de emergência (esta era a desculpa que mencionaram que os enfermeiros lhe respondiam).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoria 3 - Não deambulação e movimentação durante o TP 			

Algumas mulheres, ao serem questionadas sobre a razão por não terem deambulado/ou se movimentado durante o trabalho de parto, referiram que não quiseram e a dor as impediu, apesar de terem recebido orientações sobre os benefícios da prática. a deambulação ou qualquer atividade que a parturiente realize proporciona o alívio da percepção dolorosa e acelera o trabalho de parto. O estudo comprovou que a percepção das mulheres a respeito a esta prática mostra que as que as utilizaram consideraram que foi melhor deambular do que permanecer deitada, uma vez que a atividade ajudou a suportar e aliviar as dores do parto.

A partir dos resultados, podemos notar que os motivos para a não deambulação e movimentação durante o trabalho de parto não foi por falta de informação ou estímulo dos profissionais que assistem a mulher, mas sim por questões pessoais, como a vontade de não realizar a prática, ou o desconforto associado à realização da atividade

- Categoria 4 – Ausência do contato imediato com o recém-nascido

Algumas mulheres responderam que o contato só aconteceu após o RN ter sido avaliado pelo profissional ou após os cuidados de rotina; outras apenas viram o RN, sem lhe poder tocar, ou então por opção materna.

Conclusões:

A não utilização das boas práticas obstétricas no que concerne ao parto, em uma maternidade que preconiza a implementação das recomendações da OMS e das evidências científicas na assistência ao parto, esteve relacionada

tanto com as atitudes dos profissionais, como a decisão da mulher e indisponibilidade de seu acompanhante.

A restrição de alimentos e a privação do contato imediato com o RN estiveram diretamente ligadas com a atitude dos profissionais, já que em ambos os casos os profissionais de saúde não privilegiaram adoção dessas boas práticas, motivados pela visão do parto como um evento de risco, que poderia necessitar de uma intervenção cirúrgica

Muitas delas também não deambularam e não se movimentaram durante o trabalho de parto pelo simples fato de não o desejarem ou não se sentirem confortáveis.

Em suma, as mulheres têm de ser incentivadas, esclarecidas sobre as boas praticas, preconizadas pela OMS para um parto normal, mas através deste estudo os profissionais também precisam de atualizar os seus conhecimentos e prestar cuidados onde a mulher tem poder de decisão.

ARTIGO 4

Título: Non-Pharmacological management of relief in deliveries assisted by an obstetric nurse.

AUTORES	METODO	OBJETIVO	Participantes	INTERVENÇÕES
<p>- Danielle Lehueur; - Márcia R. Strapasson; - Edegar Fronza.</p>	<p>Quantitativo, transversal, descritivo e retrospectivo.</p>	<p>Caraterizar os partos assistidos pela enfermeira obstétrica quanto aos métodos não farmacológicos de alívio da dor non TP e parto.</p> <p>Realizado em um grande hospital público localizado em Porto Alegre, Brasil.</p>	<p>232 puérperas (dados obtidos através dos processos das mesmas).</p>	<p>A colheita de dados foi realizada em processos de pacientes e os dados foram analisados recorrendo ao programa SPSS, versão 21.0, sendo apresentados em figura e tabelas.</p>
<p>Ano/País 2017/Brasil</p>	<p>Nível de Evidencia 4</p>			
<p>Resultados e Conclusões</p>	<p>Dos 232 registos de parturientes analisados, os métodos não farmacológicos de alívio da dor utilizados no trabalho de parto e parto foram: deambulação (79,2%), banho (73,1%), massagem (60,0%), faixa (58,8%), aromaterapia (46,9%), bola suíça (42,0%), xale (12,7%), esfregar os pés (2,4%) e musicoterapia (2%).</p>			

O Índice de Apgar no primeiro minuto de vida variou entre 8 e 9 e no quinto minuto entre 9 e 10.

As mulheres que preferiram deambular verificou-se que a evolução do trabalho de parto foi mais rápida, facilitada pela posição vertical e pelo efeito favorável da gravidade, que juntos com mobilidade pélvica, aumenta a velocidade de dilatação cervical e descida fetal. A possibilidade de alternar de posição é uma prática que deve ser encorajada durante o trabalho de parto, de acordo com sua necessidade, adotando um posicionamento confortável quando surge a contração.

Adoção de posições alternativas durante o parto promove a velocidade da dilatação cervical, promove o alívio da dor durante as contrações e facilita a descida fetal. Portanto, a variação de posições entre sentado, lateral decúbito, ajoelhado, agachado, quatro apoios e em pé, entre outros, pode ser incentivado.

A humanização do parto e nascimento constitui um movimento de luta e de valorização da mulher como protagonista do TP e parto. Visa resgatar sua autonomia e direitos, dando-lhe condições de escolha e participação em todas as fases da vida reprodutiva, começando pela família planejamento, gravidez, parto, nascimento e pós-parto.

Verificou-se, que em algumas maternidades, as mulheres ainda são forçadas a ficar confinadas na cama durante o parto e parto. No entanto, é sabida que as mulheres deveriam ser encorajadas a adotar a posição que preferem e desejam. A deambulação e as posições verticais reduzem a duração do trabalho e reduzir a necessidade de analgesia.

A verticalização do trabalho de parto melhora a intensidade da força, oxigenação fetal durante o período expulsivo e aumenta a diâmetros pélvicos, pélvicos e anteroposteriores e transversal no agachamento e ajoelhado posições.

Conclusões:

Os métodos não farmacológicos de alívio da dor, como deambulação, banho, massagem, variedade de posições, aromaterapia, bola, esfregar os pés, e musicoterapia. Todos os métodos usados neste estudo têm baixo custo, fácil aplicabilidade e prática não invasiva.

A presença da enfermeira obstétrica no parto, o ambiente, a implementação. práticas de humanização e recuperação de protagonismo feminino, favorecem todo o processo de TP e parto.

As mulheres puderam optar como queriam parir, o que lhe deu a autonomia e respeito. O cuidado, modelo buscava respeitar a fisiologia do parto e uso de intervenções ocorreu seletiva e criteriosamente. O os resultados perinatais foram favoráveis e caracterizou a assistência de risco usual realizada pela enfermeira obstétrica.

De todos nos métodos não farmacológicos disponíveis a deambulação foi a mais utilizada. Constataram que a evolução do trabalho de parto foi mais rápida. A possibilidade de alternar de posição é uma prática que deve ser encorajada durante o trabalho de parto e parto, de acordo com sua necessidade da mulher, adotando um posicionamento confortável quando surge a contração.