

Curso de Mestrado em Enfermagem


Saúde Materna e Obstetrícia

**A Utilização da Hidroterapia como Promotora de
Conforto na Parturiente: Um Cuidado Especializado de
Enfermagem**

Ana Rita Cerqueira da Costa

2013

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem
Saúde Materna e Obstetrícia

**A Utilização da Hidroterapia como Promotora de
Conforto na Parturiente: Um Cuidado Especializado de
Enfermagem**

Ana Rita Cerqueira da Costa

Professora Luísa Sotto-Mayor

2013



Aos meus pais, irmã, sobrinho e amigos pelo apoio e paciência...

À Enfermeira Fátima e Enfermeira Olívia
por terem tornado o impossível possível...

À Professora Luísa pela inspiração e orientação...

Às EESMO Ana, Paula, Elisabete e Sofia pela orientação, apoio e conhecimentos
partilhados...

Ao EESMO e Enfermeiro chefe Vítor por ter tornado um sonho realidade...

A todas as mulheres, seus RN e pessoas significativas, por partilharem o seu mundo
comigo...

Quando você começar o seu caminho vai encontrar uma porta com uma frase escrita- diz o mestre. - Volte e conte-me qual é essa frase. O discípulo entrega-se de corpo e alma à sua busca. Chega um dia em que vê a porta e volta para junto do mestre. – Estava escrito no começo do caminho: *isto não é possível*- diz. - Onde é que isso estava escrito, num muro ou numa porta?- pergunta o mestre. - Numa porta.- Responde o discípulo. - Pois coloque a mão na maçaneta e abra a porta. O discípulo obedece. Como a frase estava pintada na porta, também se move com ela. Com a porta totalmente aberta ele já não consegue ler a frase. - e segue em frente.

Paulo Coelho (2005)

ABREVIATURAS

APEO- Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

AWHONN- *Association of Women's Health, Obstetric & Neonatal Nursing*

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

EESMO- Enfermeiro Especialista de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FAME- *Federación de Asociaciones de Matronas de España*

ICM- *International Confederation of Midwives*

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

RN- Recém-Nascido

RSL- Revisão Sistemática da Literatura

TP- Trabalho de Parto

Resumo

O presente Relatório de Estágio reflete o caminho trilhado para o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais no cuidar especializado do EESMO durante o ensino clínico Estágio com Relatório, do 3º CMESMO da ESEL, nomeadamente no que diz respeito ao cuidado especializado da hidroterapia na promoção do conforto da parturiente.

A hidroterapia aplicada ao trabalho de parto compreende a utilização de água quente sob a forma de duche ou imersão. É uma intervenção não farmacológica, alternativa e efetiva de auxiliar a parturiente de baixo risco a gerir o parto, evitando ou atrasando a instrumentalização. O parto poderá ser realizado dentro de água se a parturiente/casal assim o desejarem e se estiverem reunidos critérios para tal.

Foi desenvolvido um estudo recorrendo a uma metodologia de investigação baseada na revisão sistemática da literatura complementando-a com entrevistas a peritos e elaboração de notas de campo. O estudo procurou responder à questão em formato PI[C]O:

Como pode a hidroterapia, enquanto cuidado especializado de enfermagem (I), ser utilizada na promoção do conforto (O) da parturiente (P)?

A pesquisa da melhor evidência disponível foi realizada nos interfaces eletrónicos da B-ON e EBSCO HOST, tendo sido selecionados oito artigos, aos quais se adicionaram notas de campo, obras de peritos e protocolos institucionais.

Durante o estudo, a hidroterapia, enquanto cuidado especializado de enfermagem, demonstrou atuar ao nível dos três estados e quatro contextos de desenvolvimento do conforto definidos por Katharine Kolkaba, sendo uma mais-valia na resposta às necessidades de conforto da parturiente e na criação de um tema de saúde positivo. Foram também identificadas importantes *guidelines* para nortear o EESMO na aplicação da hidroterapia à parturiente utilizando as modalidades: duche, imersão em trabalho de parto e parto na água.

Palavras-chave: Enfermagem; Trabalho de Parto; Hidroterapia; Duche.

Abstract

This Internship Report reflects the path taken in the development of technical and relational competencies in the specialized care of the midwife during clinical teaching Internship with Report of 3rd CMESMO of ESEL, in particular, with regard to the specialized care of the application of hydrotherapy in promoting comfort of the laboring woman.

Hydrotherapy applied to labor involves the use of hot water in the form of shower or immersion. It is a non-pharmacological intervention, and an effective alternative to help the low-risk mother to manage childbirth, avoiding or delaying the instrumentation. The delivery can be performed in water if the laboring woman/couple desire so and if some criteria are met.

It was developed a study using a methodology based on systematic review of literature and also interviews with experts and elaboration of field notes. The study sought to answer the question in the format PI [C] O:

How can hydrotherapy, while specialized nursing care (I), be used in the promotion of comfort (O) of the laboring woman (P)?

The research of the best evidence available was conducted in the electronic interfaces B -ON and EBSCO HOST having been selected eight articles, which have been complemented with field notes, works of experts and institutional protocols.

During the study, hydrotherapy, while specialized nursing care, demonstrated to act at the level of the three states and the four contexts of development of comfort defined for Katharine Kolkaba, meeting the comfort needs of the laboring woman and helping her to create a positive health topic. It was also identified important guidelines for implementation of hydrotherapy by midwives in the modalities of showering, labor immersion and waterbirth.

Keywords: Nursing; Labor; Hydrotherapy; Showering.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1- CONTEXTUALIZAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO	12
1.1- Finalidades e Objetivos	12
1.2- Análise Crítica das Competências Desenvolvidas	13
2- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
2.1- Hidroterapia	19
2.2- Questão Norteadora do Estudo	21
2.3- Modelo Teórico de Katharine Kolkaba	24
3- METODOLOGIA	27
3.1- Revisão Sistemática da Literatura	27
3.2- Outra Metodologia	30
4- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	32
4.1- Prática Baseada na Evidência	32
4.2- Limitações ao Estudo	48
4.3- Considerações Éticas	49
4.4- Sugestões para a Prática	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
BIBLIOGRAFIA	55
APÊNDICES	62

Apêndice I – Projeto Individual

Apêndice II- Diário de Aprendizagem I

Apêndice III: Diário de Aprendizagem II

Apêndice IV: Reflexão: A Condução do Parto Normal

Apêndice V: Notas de Campo

Apêndice VI: Tabelas de Síntese dos Estudos Selecionados

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio vem responder ao proposto pela Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

O ensino clínico Estágio Com Relatório desenvolveu-se durante o período de 18 de Fevereiro de 2013 a 12 de Julho de 2013 em salas de parto de dois hospitais públicos portugueses, tendo tido a duração total de 750 horas de ensino clínico distribuídas da seguinte maneira: 500 horas de estágio, 25 horas de orientação tutorial e restantes horas de trabalho autónomo do estudante. O ensino clínico decorreu sob a orientação da docente da ESEL professora Luísa Sotto-Mayor e de duas orientadoras locais Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO). O Relatório de Estágio foi realizado sob a orientação da docente da ESEL professora Luísa Sotto-Mayor.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), o enfermeiro especialista:

é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzido num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. (Regulamento N.º122/2011, 2011)

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 EESMO tem como competências específicas cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, do período pré-concepcional, pré-natal, trabalho de parto (TP), período pós-natal e climatério, incluindo também os processos de saúde doença ginecológica e cuidar o grupo alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade (Regulamento N.º127/2011, 2011).

O ensino clínico Estágio Com Relatório dá resposta ao exigido pelo plano de estudos do 3º CMESMO e ao mesmo tempo responde à Diretiva n.º 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho das Comunidades Europeias, de 7 de Setembro, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais, e a Diretiva n.º 2006/100/CE, do Conselho das Comunidades Europeias, de 20 de Novembro, que adapta determinadas diretivas no domínio da livre circulação de pessoas,

transposta para a ordem jurídica nacional, na Lei n.º 9/2009 de 4 de Março. De acordo com a Lei n.º 9/2009 de 4 de Março, na página 1515, durante a formação da parteira o ensino clínico ministrado sob orientação apropriada deverá contemplar:

- Consultas de grávidas incluindo, pelo menos, 100 exames pré-natais;
- Vigilância e cuidados dispensados a, pelo menos, 40 parturientes;
- Realização pelo aluno de pelo menos 40 partos (...)
- Participação ativa em partos de apresentação pélvica — Em caso de impossibilidade devido a um número insuficiente de partos de apresentação pélvica, deverá ser realizada uma formação por simulação;
- Prática de episiotomia e iniciação à sutura (...);
- Vigilância e cuidados prestados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco;
- Vigilância e cuidados, incluindo exame, de pelo menos 100 parturientes e recém-nascidos normais;
- Observações e cuidados a recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais, incluindo crianças nascidas antes do tempo e depois do tempo, bem como recém-nascidos de peso inferior ao normal e recém-nascidos doentes;
- Cuidados a mulheres que apresentem patologias no domínio da ginecologia e da obstetria;
- Iniciação aos cuidados em medicina e cirurgia (...). (Lei n.º 9/2009, 2009, p.1515)

Este ensino clínico atende também às competências que deverão ser desenvolvidas por um estudante do segundo ciclo, segundo o processo de Bolonha. Para a OE (2007), espera-se de um estudante do segundo ciclo: a aplicação dos seus conhecimentos e da sua capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos multidisciplinares, promovendo processos de inovação nas práticas de cuidados, muitas vezes em contexto de investigação e a reflexão sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais da sua prática (Ordem dos Enfermeiros, 2007, p.19).

O presente Relatório de Estágio tem como objetivos:

- Analisar e refletir criticamente sobre o percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências enquanto futura EESMO ao longo do ensino clínico;

- Desenvolver um estudo recorrendo à metodologia de Revisão Sistemática da Literatura, sobre a utilização da hidroterapia enquanto cuidado especializado de enfermagem na promoção de conforto na parturiente;
- Descrever as competências adquiridas enquanto futura EESMO e Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

Assim, no presente relatório, será realizada uma reflexão crítica sobre as competências desenvolvidas enquanto futura EESMO, durante o ensino clínico estágio com relatório. Durante este processo estarão sempre patentes as competências do EESMO definidas pela OE e pela *Internacional Confederation of Midwives* (ICM). A temática “hidroterapia enquanto cuidado especializado de enfermagem na promoção de conforto da parturiente” terá um papel de relevo, visto ter sido a temática que me propus aprofundar e desenvolver competências especializadas. Para tal recorri à metodologia da Revisão Sistemática da Literatura. Face a sua adequação à temática em estudo, elegeu-se como modelo teórico de referência o modelo de teórico de Katharine Kolkaba.

A nível de estrutura, o presente relatório estará dividido em cinco partes. Uma primeira parte que versará sobre a análise crítica e reflexiva sobre as competências desenvolvidas ao longo do ensino clínico enquanto futura EESMO. Uma segunda parte onde será definido o objeto de estudo, será realizado um enquadramento teórico e será apresentado o modelo teórico de referência subjacente ao estudo. Uma terceira parte onde se fará referência à metodologia de trabalho adotada. Uma quarta parte onde se fará a exposição da evidência recolhida e suas repercussões para o cuidado especializado do EESMO. E uma quinta e última parte, onde serão realizadas as considerações finais sobre o percurso de aprendizagem e competências desenvolvidas ao longo deste ensino clínico.

1- CONTEXTUALIZAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO

Este capítulo expõe a reflexão sobre o meu percurso de aprendizagem ao longo do ensino clínico Estágio com Relatório e o desenvolvimento das competências técnicas, científicas e relacionais que me propus desenvolver enquanto futura EESMO.

Os ensinamentos clínicos são “momentos de observação e intervenção em contextos de serviços de saúde e afins, com o objetivo de desenvolver capacidades atitudes e competências” (Alarcão & Rua, 2005, p.376).

Os contextos de trabalho assumem-se como:

o local indicado e adequado para a construção de saberes e gestos profissionais, relacionando o saber formalizado com a prática, isto é, o saber, com o saber fazer e o saber ser (da ação), construindo o saber cognitivo (saber emergente de reflexão na ação). (Alarcão & Rua, 2005, p.376)

1.1- Finalidades e Objetivos

O ensino clínico estágio com relatório tem como finalidade o desenvolvimento por parte do futuro EESMO de competências técnicas, científicas e relacionais que o habilitem a prestar cuidados especializados de excelência à mulher/recém-nascido/casal e pessoas significativas, no âmbito de ginecologia, período pré-natal, trabalho de parto (TP) e puerpério, visando a promoção de saúde e bem-estar e a diminuição da morbilidade e mortalidade da Mulher, perinatal e neonatal.

Tendo por base o preconizado no plano de estudos do 3º CMESMO, as competências do EESMO definidas pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento nº 127/2011, 2011) e as competências descritas pela *International Confederation of Midwives* (ICM, 2011) foram estabelecidos como objetivos para o ensino clínico Estágio com Relatório:

- Desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais no cuidar especializado da mulher inserida na família e comunidade, durante o período pré-natal;
- Desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais no cuidar especializado da mulher/pessoa significativa em TP, otimizando a saúde da parturiente;

- Desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais no cuidar especializado do recém-nascido (RN), otimizando a sua adaptação à vida extrauterina;
- Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências técnico-científicas e relacionais na utilização da hidroterapia enquanto cuidado especializado de enfermagem, na promoção de conforto da parturiente.

Os objetivos acima enunciados e as atividades delineadas para lhes dar resposta encontram-se patentes no Projeto Individual desenvolvido no início desta unidade curricular (Apêndice I).

1.2- Análise Crítica das Competências Desenvolvidas

O ensino clínico Estágio Com Relatório foi o culminar de uma jornada académica. Este decorreu de 18 de Fevereiro de 2013 a 12 de Julho em salas de parto de dois hospitais públicos portugueses. Numa delas, na qual decorreram as últimas quatro semanas de ensino clínico, com a singularidade de disponibilização da hidroterapia, quer sob a forma de imersão durante o TP ou parto na água, como cuidado especializado do EESMO na promoção do conforto da parturiente.

Tendo em conta o Modelo de Dreyfus de Aquisição de Competências aplicado à Enfermagem, posso considerar que fui uma enfermeira iniciada na maioria das competências a serem desenvolvidas durante o ensino clínico Estágio Com Relatório (Benner, 2001, p.49), ainda que tenha tido uma experiência profissional prévia (durante três meses) na área da saúde da mulher.

O ensino clínico estágio com relatório foi sem sombra de dúvidas desafiante, exigente, mas ao mesmo tempo motivador e prazeroso. A condição de enfermeira iniciada, associada a características pessoais, esteve por detrás de alguma ansiedade e insegurança que me acompanharam sobretudo nas primeiras semanas de ensino clínico e que, com o apoio dos docentes e da orientadora local, assim como restante equipa de enfermagem e colegas de mestrado, se foram diluindo, favorecendo o percurso de aprendizagem. Demonstrei uma boa capacidade de integração e socialização com a equipa de enfermagem e multidisciplinar, o que me permitiu uma crescente autonomização no desenvolvimento de competências na prestação de cuidados enquanto futura EESMO e o envolvimento no planeamento de cuidados da mulher grávida/puérpera e RN inseridos na família e comunidade. A mudança de instituição, com diferentes práticas de cuidados nas últimas quatro semanas de ensino clínico, exigiu da minha parte um novo processo de socialização e integração,

que por razões óbvias deveria ser mais célere. Este processo foi facilitado pelo saber cognitivo que já tinha sido construído e por um enorme nível motivacional, associado ao facto de vir a fazer parte de uma equipa de enfermagem que prestava cuidados especializados na utilização da hidroterapia enquanto promotora de conforto durante o trabalho de parto.

Em ambos os contextos o EESMO presta cuidados especializados de forma independente, interdependente e em cooperação, em realidades distintas mas interrelacionadas: urgência, sala de partos, bloco operatório e recobro operatório. No primeiro contexto de prática, o EESMO presta também cuidados na unidade de cuidados intensivos obstétricos e ginecológicos. Todas as competências do EESMO descritas pela OE e ICM são mobilizadas, para que sejam prestados cuidados especializados de excelência às mulheres/RN/casal/pessoas significativas. As competências e conhecimentos que desenvolvi em outros ensinamentos clínicos foram mobilizados e aprimorados, ao mesmo tempo de que novas competências e conhecimentos foram desenvolvidos.

Tendo em conta o cuidar “a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal” (Regulamento N.º127/2011, 2011), bem como a “prestação de cuidados pré-natais de alta qualidade de forma a maximizar a saúde durante a gravidez”¹ (Tradução) (ICM, 2011), tive a oportunidade de prestar cuidados especializados na monitorização do bem-estar materno-fetal e de participar, com a equipa multidisciplinar na identificação/controlo/tratamento de desvios da gravidez normal. Durante o ensino clínico no primeiro contexto de prática, por condicionantes inerentes à gestão interna de vagas, grávidas com indicação para internamento no Serviço de Medicina Materno-fetal permaneceram internadas na sala de partos, proporcionando uma panóplia de situações de aprendizagem que permitiram a consolidação e desenvolvimento de novos conhecimentos e competências, face aos desvios identificados. As patologias da gravidez que predominaram foram: a diabetes gestacional, a hipertensão arterial (crónica e induzida pela gravidez), a ameaça de parto pré-termo e as hemorragias do 2º/3º trimestre.

A promoção de saúde visa o alcance do máximo potencial de saúde. Ela compreende:

a identificação da situação de saúde (...), a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados; a promoção do potencial de saúde do cliente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente. (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p.12)

¹ “provide high quality antenatal care to maximize health during pregnancy” (ICM, 2011)

No período pré-natal, a promoção de saúde é uma das principais atividades a ser desenvolvida pelo EESMO para promover o bem-estar materno fetal. Desta forma, procurei informar/ensinar/capacitar a grávida/casal/pessoas significativas para: estilos de vida saudáveis; medidas de suporte e alívio para os desconfortos da gravidez; sinais e sintomas de risco e estratégias para reduzir o impacto da patologia identificada no bem-estar materno e fetal.

Através dos “meios clínicos e técnicos apropriados” (Regulamento nº 127/2011, 2011), avaliei o bem-estar materno e fetal, fazendo recurso entre outros, da cardiocografia, detetando desvios à normalidade e referenciando à equipe multidisciplinar as situações que estavam além das minhas competências.

Em todos os cuidados que prestei, promovi a privacidade da mulher/casal e a tomada de decisão informada e esclarecida.

Durante este ensino clínico, foi constante o recurso à revisão da literatura publicada de forma a suportar a partir da evidência os cuidados prestados pelo EESMO. O enfermeiro especialista “baseia a sua *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (Regulamento Nº122/2011, 2011, p.8653). Em algumas situações de gestão de conflitos com a equipe médica, relativamente a opções de cuidados, os resultados resultantes da revisão da literatura suportaram a posição do EESMO. No primeiro contexto de prática de cuidados foi deixado um dossiê com os artigos científicos resultantes da revisão da literatura realizada, esperando ter contribuído para a divulgação de “dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem.” (Regulamento Nº122/2011, 2011, p.8653).

A identificação e monitorização do trabalho de abortamento exigiram muito de mim a nível emocional. Tive necessidade de gerir os meus próprios sentimentos face à morte e ao sofrimento do outro, para suportar a mulher e pessoas significativas durante o trabalho de abortamento e luto. O EESMO tem um papel preponderante no apoio emocional à mulher e pessoas significativas em processo de luto, tendo sentido necessidade de refletir mais sobre esta temática (Apêndice II – Diário de Aprendizagem I).

Face ao desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais no cuidar especializado da “mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto” (Regulamento N.º127/2011, 2011) de forma a otimizar a saúde da parturiente e recém-nascido na sua adaptação à

vida extrauterina num ambiente seguro, foram desenvolvidas várias atividades, encontrando-se algumas descritas seguidamente.

A maioria das grávidas e casais com quem contactei (sobretudo no primeiro contexto de prática de cuidados), não possuíam plano de parto estruturado. No entanto, tentei auscultar e fazer com que os seus desejos para o trabalho de parto fossem respeitados. O EESMO “atua de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado” (Regulamento N.º127/2011, 2011). É também competência do EESMO criar condições para que os planos de parto possam ser construídos podendo recorrer para tal a “programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável” (Regulamento N.º127/2011, 2011). Existe um longo caminho a ser trilhado neste campo.

Adquiri e consolidei competências na identificação e monitorização do risco materno-fetal, na identificação e monitorização do trabalho de parto e dos desvios ao seu padrão normal utilizando o partograma, referenciando sempre as situações que estavam além das competências do EESMO. Consolidei e adquiri também competências na avaliação da “adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto” (Regulamento N.º127/2011, 2011); na avaliação do Índice de Bishop e na avaliação da estática fetal. Foi um processo de progressiva autonomização apoiando-me, na orientação facultada na prática pelas orientadoras locais e nos conhecimentos teóricos.

Tendo em vista “a promoção de conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos”, incluindo a “prevenção e controlo da dor” (Regulamento N.º127/2011, 2011), suporrei e promovi o suporte por parte da pessoa significativa à parturiente, tendo constatado na prática de cuidados a importância desta intervenção do EESMO (Apêndice III). Promovi a liberdade de movimentos, o controle da luminosidade, temperatura e som ambiente, a ingestão de líquidos/bebidas isotónicas e a implementação de medidas não farmacológicas de controlo da dor (onde se incluiu a hidroterapia) que se adequassem à singularidade da parturiente/casal. A educação para a saúde à parturiente e pessoas significativas foi uma constante, tendo fornecido informação, esclarecido dúvidas e suportado a tomada de decisão esclarecida.

A “aplicação de técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica” (Regulamento N.º127/2011, 2011), foi um desafio ansiado e superado com o apoio da orientadora local. Foram momentos únicos, plenos de emoção e de partilha. Assisti ao todo quarenta e quatro partos eutócicos de forma autónoma, sob a supervisão das orientadoras locais, e apoiei cerca de vinte

partos que, por etiologia variada, acabaram por ser distócicos. Promovi a clampagem tardia do cordão umbilical, o contacto precoce pele-a-pele mãe/RN/pai após o parto, e a amamentação na primeira hora de vida, apoiando-me nos benefícios destas intervenções com base na evidência científica.

A avaliação “da integridade do canal de parto” e a aplicação “de técnicas de reparação” (Regulamento N.º127/2011, 2011), exigiu grande empenho da minha parte pela necessidade de desenvolver destreza manual que abreviasse o período de reparação, o que foi atingido. Desenvolvi também competências na preservação da integridade perineal. No total realizei cerca de 5 episiotomias (essencialmente por sofrimento fetal para abreviar o período expulsivo). Em quatro dos partos assistidos os períneos maternos permaneceram intatos. Nos restantes partos ocorreram lacerações de grau I e II, só tendo havido necessidade de pedir a colaboração da equipa médica para a reparação de uma das lacerações, por friabilidade acrescida da mucosa vaginal.

No terceiro estágio do trabalho de parto ocorreram três situações de retenção placentar, pelo que desenvolvi competências na “extração manual e revisão uterina” (Regulamento N.º127/2011, 2011). No quarto estágio do TP, visto que o EESMO “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de recuperação pós-parto”, informei e capacitei a puérpera para a realização de exercícios de Kegel. Realizei educação para a saúde relativamente a: autocuidado pós-parto; contraceção e sexualidade pós-parto; aleitamento materno; sinais e sintomas de complicações pós-parto; assim como, para o crescimento, desenvolvimento, cuidado e sinais e sintomas de risco no RN, promovendo os processos de adaptação e transição para a parentalidade. Visitei algumas puérperas nos dias a seguir ao parto, tendo tido a oportunidade de reforçar a educação para a saúde iniciada na sala de partos, observar a qualidade da técnica de reparação perineal e a evolução do processo de cicatrização. Foram momentos importantes para a continuidade dos cuidados prestados pelo EESMO e satisfação das puérperas/casais.

No desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais no cuidar especializado do RN, otimizando a sua adaptação à vida extrauterina: preparei a unidade; verifiquei a operacionalidade de todos os equipamentos de suporte previamente ao nascimento; prestei os primeiros cuidados ao recém-nascido com o consentimento informado da mãe/casal; avaliei o Índice de Apgar; e promovi a vinculação precoce, o aleitamento materno na primeira hora de vida e o contacto pele-a-pele. O Ensino Clínico V, integrado no ensino clínico estágio com relatório, trouxe-me grandes contributos a nível dos cuidados a prestar ao RN. Pela minha condição de

enfermeira iniciada e por apenas ter assistido a duas situações de reanimação de RN, senti necessidade de investir na revisão bibliográfica, de forma a consolidar conhecimentos e desenvolver competências nesta área, já que compete ao EESMO “a reanimação do recém-nascido em situação de emergência” (Regulamento N.º127/2011, 2011). Com o mesmo objetivo, na sala de partos do segundo contexto de prática de cuidados aproveitei todas as oportunidades de prestação de cuidados imediatos aos RN de parto por cesariana.

A transição para a sala de partos do hospital onde decorreram as últimas quatro semanas do ensino clínico permitiu-me a consolidação e desenvolvimento de competências na área de prestação de cuidados especializados à mulher/pessoa significativa em TP, nomeadamente no que diz respeito ao parto natural. Observei, refleti e participei na prestação de cuidados especializados, numa instituição onde existe a profunda convicção de que cada mulher consegue ativamente conduzir o seu trabalho de parto e parto. Nesta realidade, o papel do EESMO durante o TP passa pela vigilância, monitorização, suporte e assistência, deixando que a parturiente e feto trabalhem em parceria, com o mínimo de intervenções possíveis, para o tão ansiado nascimento (Apêndice IV).

Este contexto de prática de cuidados foi extremamente importante para aprofundar conhecimentos e desenvolver competências técnico-científicas e relacionais, na utilização da hidroterapia enquanto cuidado especializado de enfermagem na promoção de conforto da parturiente. Tive a possibilidade de participar numa ação de formação subordinada ao tema “A respiração do RN no parto na água”. E aprofundei e desenvolvi competências e conhecimentos na utilização do duche, imersão e parto na água para a promoção do conforto na parturiente. Assisti à imersão em água durante um TP e a um parto na água. Estes dois momentos foram marcantes e reconfirmaram o meu desejo de querer a vir a desenvolver a aplicação da hidroterapia na promoção de conforto à parturiente enquanto futura EESMO (Apêndice V- Nota de Campo 6 e 4).

2- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo irei refletir sobre o móbil para a escolha da temática, abordarei o conceito de hidroterapia em trabalho de parto e finalizarei com uma breve revisão sobre o modelo teórico de enfermagem eleito para o presente estudo.

2.1- Hidroterapia

A água está presente em todo o ciclo de vida do Homem. “*A água existe no princípio, e volta no final (...): ela tem a capacidade de conferir vida, defender a vida, e transformar a morte numa nova vida*”² (Tradução) (Ryrie, 1999, p.28)

Desde os primórdios da existência do ser humano estabeleceu-se uma relação íntima entre a espiritualidade e a água. Várias foram as civilizações reverenciaram a água, ligando-a ao sagrado (Ryrie, 1999, p.28). No antigo império egípcio, o nascimento na água era um ritual necessário para o sacerdócio. Já na Grécia antiga, acreditava-se que Afrodite (deusa do amor, beleza e sexualidade) teria nascido do casamento entre as ondas do oceano e Vénus (Garland, 2011, p.11).

A água é vista em todo o mundo como um poderoso elemento feminino. Ela é indissociável da fertilidade. O milagre da vida, o trabalho de parto e o nascimento estiveram desde o início dos tempos ligados à água, pela sua simbologia e pela analogia que pode ser feita entre o ventre materno da água e o ventre materno da mulher.

A água exerce uma particular atração nas mulheres em trabalho de parto (Johnson & Odent, 1995, p.65). Esta atração e utilização das propriedades terapêuticas da água não são novas. Na Europa, as mulheres estavam habituadas a utilizar as suas propriedades terapêuticas na promoção do conforto durante o trabalho de parto.

As mulheres europeias viajavam até as piscinas naturais em Clach Bhan e Bem Avon (...) na Escócia, por se acreditar terem um efeito poderoso sobre as dores do parto (...) Um popular livro médico alemão publicado na

² “*Water exists in the beginning, and returns at the end (...): it has the ability to confer life, uphold life, and transform death into new life*” (Ryrie, 1999, p.28)

viragem do século XX, prescrevia banhos de água à temperatura do corporal, seguidos de banhos de água fria, para auxiliar o trabalho de parto difícil.³(Tradução) (Garland, 2011, p.11)

Existem relatos sobre a existência de partos na água por todo o globo, nomeadamente, no Panamá, Nova-Zelândia, Austrália e América (Garland, 2011, p.11).

O primeiro parto na água documentado ocorreu em França, em 1803. Em 1963, o paramédico russo Igor Tjarkowsky introduziu o parto na água na antiga União Soviética. De 1978 a 1985, Michel Odent, um obstetra francês, promoveu partos na água no hospital público de Pithiviers (França). A ideia inicial em Pithiviers seria a utilização das propriedades terapêuticas da água na promoção de conforto durante o TP. No entanto, as parturientes mostravam-se relutantes em sair da água no final do primeiro estágio do TP, tendo ocorrido os primeiros nascimentos em meio aquático. Em 1975, Leboyer, outro obstetra francês, debruçou-se sobre os efeitos fisiológicos do nascimento na água para o RN. Ele considerava que o parto na água permitia uma transição mais suave do meio intrauterino para o extrauterino. Michael Rosenthal, em 1985, introduziu o parto na água nos Estados Unidos da América. Yehudi Gordon e Janet Balascas, dois obstetras ingleses, promoveram o parto na água no Reino Unido (Richmond, 2003, p.10). Por todo o mundo, especialistas pioneiros começaram a promover esta prática. Atualmente mais de 100 países promovem o parto na água (Garland, 2011, p.14). O aumento da sua procura nas últimas décadas está associado a uma maior procura por um TP normal (Richmond, 2003, p.10).

A hidroterapia aplicada ao trabalho de parto compreende a utilização de água quente sob a forma de duche ou imersão em banhos de banheira e hidromassagem. É uma intervenção não farmacológica, alternativa e efetiva de auxiliar a parturiente de baixo risco a gerir o parto (Stringer & Hanes, 1999). O parto poderá ser realizado dentro de água se a parturiente/casal assim o desejarem e se estiverem reunidos critérios para tal.

O EESMO assume como competência específica cuidar a família e comunidade durante o TP, o que implica: a conceção, o planeamento, a implementação e a avaliação de intervenções no que diz respeito à promoção de conforto e bem-estar para a parturiente e conviventes significativos; intervenções adequadas à evolução do TP, otimizando as condições de saúde da mãe e feto; a cooperação com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e

³ *“european women travelled to the natural pools in Clach Bhan and Bem Avon (...) Scotland, which were purported to have a powerful effect on labor pains.(...) A popular German Medical Book published at the turn of the twentieth century prescribed bathing in water at body temperature, followed by a cooler bath to assist with difficult labor.”* (Garland, 2011, p.11)

controlo da dor; e a aplicação de técnicas adequadas à realização do parto de apresentação cefálica (Regulamento N.º 127/2011, 2011).

As medidas de conforto no TP são dirigidas para a diminuição da tensão, abrangendo a totalidade do corpo da mulher, e visando o estabelecimento de um sentimento de bem-estar, de modo a potenciar a normal fisiologia do processo de TP (Koehn, 2000, p.67).

A utilização da água durante o TP influencia a psicologia e fisiologia materna. Garland (2011), refere que a hidroterapia está associada aos efeitos fisiológicos de: aumento de relaxamento; aumento dos diâmetros pélvicos (pelas posições verticais e liberdade de movimentos); aumento da produção de endorfinas e ocitocina; aumento da estimulação da pele - provocando alteração da condução da dor; diminuição da dor; aumento da velocidade de condução nervosa; aumento da temperatura periférica/muscular/da pele; melhoria da dinâmica uterina, diminuição da gravidade (pela imersão); diminuição da pressão sobre a veia cava inferior (pelas posições verticais); melhoria da perfusão e oxigenação uterina; diminuição da pressão sobre os músculos abdominais/articulações/ligamentos (pela imersão) e relaxamento dos tecidos perineais (Garland, 2011, p.25). Relativamente aos efeitos psicológicos, a hidroterapia está associada: às sensações de serenidade, prazer e segurança; à promoção de um ambiente acolhedor, privado e calmo; à diminuição do medo e raiva; ao aumento do limiar da dor; ao aumento do autocontrolo e alteração do estado de consciência; a uma experiência mais positiva de gravidez, TP e período expulsivo; a uma maior receptividade ao RN e maior interação entre mãe e RN (Garland, 2011, p.22).

A hidroterapia pode ser uma poderosa aliada do EESMO na promoção do conforto da parturiente, na otimização do TP normal/natural e atrasando ou eliminando intervenções que possam aumentar o risco materno e fetal.

2.2- Questão Norteadora do Estudo

Até meados do século XX, o parto foi tido como um processo natural, um evento social e emocional, partilhado pela mulher com a sua família e amigos, decorrendo maioritariamente no seio familiar. No entanto, face às elevadas taxas de morbilidade e mortalidade maternas e neonatais associadas à infeção, o parto passou da casa para o hospital, tornando-se num evento médico. “Cuidava-se como se o trabalho de parto fosse uma disfunção patológica, em vez de ser

biologicamente normal e saudável. As parteiras foram substituídas por médicos”⁴ (Tradução) (Zwelling, 2008, p.85). Ao mesmo tempo que a mulher deixou de ter um papel ativo no TP, ocorreu um aumento substancial da utilização da tecnologia e das intervenções aplicadas no decorrer do mesmo. As intervenções que são realizadas de forma rotineira e desnecessária podem ter consequências negativas no parto, na mãe e no RN. Como defendem a Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (APEO) e a *Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME)* (2009):

em mulheres de baixo risco (...) o uso rotineiro e desnecessário de intervenções altera o curso fisiológico do parto e pode desencadear uma cascata de eventos (...) Neste processo o aumento do nível de complexidade do procedimento está associado ao aumento do risco decorrente dele, quer para a mãe quer para o filho. (APEO & FAME, 2009, p.15)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (1996), a *International Confederation of Midwives (ICM)* e a Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (APEO) defendem o parto normal.

A OE (2012) no Consenso Pelo Direito Ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada, define o parto normal como:

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 37 e as 42 semanas completas de gravidez. Depois do parto a mãe e o bebé apresentam-se em boa condição. (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.18)

As vantagens do parto normal são inúmeras, pois a natureza segue o seu curso, englobando o nascimento na hora certa do recém-nascido, a sua melhor adaptação à vida extrauterina, a potencialização do processo de vinculação e a recuperação mais célere da mulher. (APEO & FAME, 2009, p.15). As práticas obstétricas devem pautar-se pelo respeito pelo processo fisiológico e dinâmica própria de cada nascimento, sendo as intervenções cuidadosas, evitando-se excessos e fazendo-se um uso criterioso da tecnologia. (APEO & FAME, 2009, p.15)

O EESMO “assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos.” (Regulamento N.º127/2011, 2011). É da competência específica do EESMO a realização do parto normal. É também competência do EESMO a conceção, o planeamento, a implementação e a

⁴ “Care was provided as if the maternity process was a pathologic dysfunction rather than biologically healthy and normal. Midwives were replaced by physicians” (Zwelling, 2008, p.85)

avaliação de “intervenções de promoção de conforto e bem-estar da mulher” (Regulamento N.º127/2011, 2011), que a apoiem durante o trabalho de parto.

A promoção da hidroterapia, como medida de conforto não farmacológica, pode ser utilizada pelo EESMO na mulher em TP, de forma a promover a sua participação ativa e prevenir ou atrasar a necessidade de instrumentalização, favorecendo o parto normal.

A parteira possui a competência e/ou a habilidade para: promover o parto normal (...) fornecer (...) medidas não farmacológicas de conforto durante o trabalho de parto (...) estimular ou potenciar a contratilidade uterina utilizando agentes não-farmacológicos (...) realizar as técnicas apropriadas para o nascimento de vértice.⁵ (Tradução) (ICM, 2011)

Após revisão narrativa da literatura, consulta de peritos na área e reflexão sobre o tema, assumiu-se como questão norteadora do estudo:

Como pode a hidroterapia, enquanto cuidado especializado de enfermagem, ser utilizada na promoção do conforto da parturiente?

Foram identificados como descritores para a pesquisa e realização do estudo: Hidroterapia (*hydrotherapy*); TP (*labor*); duche (*showering*) e Enfermagem (*nursing*).

Com a realização deste estudo pretendeu-se conhecer melhor a aplicação da hidroterapia durante o TP e parto, bem como desenvolver competências nas suas diversas modalidades para a promoção de conforto da parturiente. Pretendeu-se ainda a melhoria da qualidade dos cuidados especializados prestados e a contribuição para o corpo de conhecimentos da Especialidade de Saúde Materna e Obstetrícia.

Ainda que não esteja a exercer a minha atividade profissional num serviço de saúde materna e obstétrica, perspetivo a curto prazo vir a fazê-lo. O desenvolvimento de um estudo subordinado ao tema da utilização da hidroterapia como um cuidado especializado de enfermagem na promoção de conforto na parturiente será, a meu ver, um contributo importante para a prestação de cuidados especializados de qualidade às mulheres em trabalho de parto e pessoas significativas, no meu próximo local de trabalho. É também a oportunidade para satisfazer um desejo pessoal: o de

⁵ “The Midwife has the skill and/or the ability to: promote normal birth (...) provide (...) non-pharmacologic comfort measures during labor and birth (...) stimulate or augment uterine contractility, using non-pharmacologic agents (...) perform appropriate hand maneuvers for a vertex birth.” (ICM, 2011)

aprofundar conhecimentos e desenvolver competências ao nível da hidroterapia, nomeadamente no parto na água, e de poder, com o término do curso de mestrado, vir a aplicá-los.

2.3- Modelo Teórico de Katharine Kolkaba

As terapias alternativas ou complementares à medicina convencional, nas quais se inclui a hidroterapia, promovem o conforto holístico, que compreende o equilíbrio espiritual, físico, psicológico e social da experiência do parto (Koehn, 2000, p.75).

O modelo teórico de enfermagem de Katharine Kolkaba serviu como modelo referência para o desenvolvimento deste estudo. Ele compreende a teoria de médio alcance do conforto holístico. A sua escolha teve por base a adequação à questão de partida mencionada anteriormente.

De acordo com Kolkaba, o conforto em enfermagem pode ser definido como: “a satisfação (ativa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas de alívio, bem-estar ou transcendência decorrentes de situações de cuidados de saúde destabilizadoras”⁶ (Tradução) (Kolkaba, 1994, p.1178).

O conforto é um resultado holístico de pessoas dinâmicas multifacetadas. (Kolkaba, 1994, p.1179). Ele é composto por três estados: alívio (experiência de ver uma necessidade específica atendida), bem-estar (estado de calma ou contentamento, necessário a uma *performance* eficiente), e transcendência (estado mediante o qual capacidades normais são superadas), e por quatro contextos de desenvolvimento: o físico (sensações corporais), o psicoespiritual (consciência interna do *self*), o social (relações interpessoais, familiares e culturais, aspetos financeiros e informativos) e o ambiental (luz, som, temperatura...). Quando as dimensões e os estados de conforto são interrelacionados surgem doze facetas de conforto (Kolkaba, 1994, p.1179), intimamente relacionadas. O conceito de conforto é holístico e complexo. Compreendendo-se desta forma que, ainda que a parturiente vivencie dor no decorrer do TP, se consiga sentir confortável por ver outras dimensões do conforto atendidas.

⁶ “the satisfaction (actively, passively or co-operatively) of the basic human needs for relief, ease or transcendence arising from health care situations that are stressful” (Kolkaba, 1994, p.1178)

A teoria do conforto holístico assume que: os seres humanos têm respostas holísticas a estímulos complexos; o conforto é um resultado holístico que é inerente à disciplina de enfermagem e que os seres humanos lutam para satisfazer, ou para que lhes sejam satisfeitas, as suas necessidades básicas de conforto (Kolkaba, 1994, p.1178).

Kolkaba considera que a **soma do ambiente interno e externo** dos seres humanos se pode definir como **ambiente total**. É neste ambiente total que surgem as **situações estímulo de cuidados de saúde**. As situações estímulo originam a **pressão alfa** (*alfa-press*). A pressão alfa é constituída pelas **forças obstrutivas**, pelas **forças facilitadoras** e as **forças de interação** face às necessidades de conforto geradas por uma determinada situação estímulo de cuidados de saúde. As **forças obstrutivas** são o total dos estímulos negativos que se geram durante uma situação de cuidados. Nas **forças facilitadoras** estão incluídas a capacidade individual de resposta à situação estímulo e os cuidados de enfermagem. As **forças de interação** englobam as experiências passadas da pessoa, a idade, a atitude, o estado emocional, o sistema de suporte e a totalidade dos elementos envolventes da situação de cuidados de saúde.

A partir da dinâmica que se estabelece entre os elementos constituintes da pressão alfa surge a **pressão beta** (*beta-press*). Ela evidencia quão bem as necessidades de conforto (físico, psicoespiritual, ambiental e social), derivadas das forças obstrutivas, em conjugação com as forças de interação, foram satisfeitas pelas forças facilitadoras, resultando em alívio, bem-estar e transcendência. Se o **resultado for positivo** promove-se o desenvolvimento da expectativa que outras situações também terminem positivamente, contribuindo para a chamada **tendência unitária** (*unitary-trend*). A tendência unitária é a coordenação comportamental de atividades para atingir um determinado efeito. Padrões de hábitos de sucesso e objetivos geram um **tema** (*thema*) que fornece direção em ações futuras. O **tema de saúde** compreende os **comportamentos de busca de saúde**, intrinsecamente relacionados com a **promoção do conforto**. Segundo esta teoria os cuidados de enfermagem passam pela determinação das necessidades de conforto da pessoa; pelo desenvolvimento de intervenções, visando a mudança da tensão patente na pressão alfa, numa direção positiva promovendo ou reforçando o conforto, promovendo padrões de hábitos de saúde de sucesso; e pela avaliação da implementação dessas mesmas intervenções (Kolkaba, 1994, p.1180-1181).

Transpondo a teoria holística do conforto para o TP, os estímulos externos e internos do ambiente total podem provocar um desequilíbrio entre as forças obstrutivas e facilitadoras da parturiente (ex.:

dor, ambiente hostil, experiências passadas...). Os enfermeiros vão intervir, tentando em conjunto com a parturiente identificar forças facilitadoras que invertam o sentido do desequilíbrio, atuando ao nível dos estados e contextos do conforto. Após a identificação e implementação das intervenções, a parturiente e o enfermeiro avaliam se o resultado do conforto foi atingido. O aumento de conforto indica que as forças facilitadoras foram repostas, levando a comportamentos positivos por parte da parturiente (Koehn, 2000, p.71), aumentando e potenciando assim a sua capacidade para a participação ativa no parto normal.

De acordo com Koehn (2000) a teoria do conforto holístico de Kolkaba pode guiar os enfermeiros, neste caso específico o EESMO, para o ensino, aplicação e avaliação de medidas de conforto, particularmente no que diz respeito a terapias alternativas durante o TP, como é o caso da hidroterapia.

3- METODOLOGIA

No desenvolvimento das suas competências gerais e específicas é importante que o EESMO se pautar pela prática baseada na evidência. Craig e Smyth, citando o Departamento de Saúde do Reino Unido, referem que: “A perspectiva para a enfermagem do século vinte e um é que todos os enfermeiros procurem evidência e a apliquem na sua prática quotidiana, com uma proporção crescente de participação ativa em investigação e desenvolvimento.” (Craig & Smyth, 2004, p.4).

A prática baseada na evidência pode ser definida como o uso consciente, explícito e criterioso da melhor evidência obtida através da investigação, tendo em conta a competência clínica e os valores do cliente (Craig & Smyth, 2004, p.9). Ela permite a melhoria da qualidade da prática de cuidados, com aumento da eficácia e elevação dos padrões.

Na realização deste estudo será feito recurso à metodologia de investigação: revisão sistemática da literatura (RSL). A RSL pode ser utilizada como atalho para o processo da prática baseada na evidência, pela estratégia de pesquisa global, apreciação e síntese da evidência pela investigação (Craig & Smyth, 2004, p.164).

3.1- Revisão Sistemática da Literatura

A RSL consiste na produção de resumos fiáveis da evidência relevante para uma investigação, através de métodos rigorosos que reduzam o viés (Craig & Smyth, 2004, p.164).

A RSL, enquanto metodologia de investigação desenvolve-se ao longo de um conjunto de 4 etapas (Craig & Smyth, 2004, p.171).

A **primeira etapa** consiste no desenvolvimento da questão de investigação.

“Os problemas a serem abordados pela revisão devem ser expostos sob a forma de perguntas claras, inequívocas e estruturadas antes do início do trabalho de revisão”⁷ (Tradução) (Khan, Kunz, Kleijnen & Antes, 2003, p.118).

⁷ “The problems to be addressed by the review should be specified in the form of clear, unambiguous and structured questions before beginning the review work” (Khan, Kunz, Kleijnen & Antes, 2003, p.118)

A utilização do acrónimo PICO torna-se útil para que se definam previamente ao início da RSL todos os elementos chave para o estudo. (Uman, 2011, p.57). (P) representa a população; (I) representa a Intervenção; (O) representa os *outcomes* (resultados ou contexto) e (C) representa a comparação, um elemento opcional (Uman, 2011, p.57). Neste estudo foi então definida como questão de Partida:

- Como pode a hidroterapia enquanto cuidado especializado de enfermagem (I), ser utilizada na promoção do conforto (O) da parturiente (P)?

Depois de definida a questão de partida importa estabelecer as palavras-chave ou descritores da pesquisa, os critérios de inclusão e exclusão dos estudos e as bases de dados a utilizar (Uman, 2011, p.58).

A **segunda etapa da RSL** é a pesquisa da melhor evidência disponível.

a pesquisa dos estudos deve ser extensa. Devem ser mobilizados vários recursos (...) sem restrições de linguagem. Os critérios de seleção dos estudo devem derivar diretamente das questões de revisão e serem delineados *à priori*. Os critérios de inclusão e exclusão devem ser registrados (Khan, Kunz, Kleijnen & Antes de 2003, p.118)⁸ (Tradução) (Khan, Kunz, Kleijnen & Antes, 2003, p.118)

A primeira pesquisa foi realizada entre Março e Junho de 2012, no interface eletrónico da B-ON (biblioteca do conhecimento online) e EBSCO HOST, abrangendo as bases de dados da : MEDLINE *with Full Text*, NHS *Economic Evaluation Database*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Cochrane Methodology Register*, *Database of Abstracts of Reviews of Effects*, *Health Technology Assessments*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, MedicLatina, Academic Search Complete, Library e Information Science & Technology Abstracts. Foi também realizada consulta presencial em biblioteca. Os descritores utilizados na pesquisa foram: **hydrotherapy**, **labor** e **nursing**. Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos encontrados na pesquisa foram: disponibilidade em *full text* (texto integral) ou passíveis de serem disponibilizados pelas bibliotecas do Centro Hospitalar de Lisboa – Zona Central; estudos quantitativos e qualitativos publicados; realizados há menos de treze anos; publicados em português, inglês ou espanhol e que abordassem a temática da hidroterapia como

⁸ “the search for studies should be extensive. Multiple resources (...) should be searched without language restrictions. The study selection criteria should flow directly from the review questions and be specified a priori. Reasons for inclusion and exclusion should be recorded” (Khan, Kunz, Kleijnen & Antes, 2003, p.118)

cuidado de enfermagem na promoção do conforto das parturientes. Os critérios de exclusão foram: estudos repetidos nas bases de dados e que não contemplassem o cuidar em enfermagem.

Como a primeira pesquisa não conseguiu abranger estudos que versassem sobre a hidroterapia sob a forma de duche, foi necessária a identificação de novos descritores e a realização de uma segunda pesquisa. Os descritores identificados foram: *showering, labor e nursing*. A pesquisa foi realizada entre Maio e Junho de 2013, nos mesmos interfaces e abrangendo as mesmas bases de dados que a primeira pesquisa. Mantiveram-se os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos.

A **terceira etapa** compreende a seleção dos estudos e a extração dos dados.

“Assim que se obtenha e se reveja uma lista abrangente de resumos, todos os estudos que pareçam cumprir os critérios de inclusão, deverão ser adquiridos e analisados na íntegra.”⁹ (Tradução) (Uman, 2011, p.58).

Deverá ser avaliada a qualidade dos estudos obtidos. “A avaliação da qualidade dos estudos é relevante em todas as etapas da revisão”¹⁰ (Tradução) (Khan, Kunz, Kleijnen & Antes, 2003, p.118).

É útil criar uma tabela que organize a informação extraída de cada estudo selecionado, que inclua dados sobre: autores, ano de publicação, desenho do estudo, participantes, resultados obtidos, entre outros (Uman, 2011, p.58).

Na primeira pesquisa realizada, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, dos vinte e quatro estudos inicialmente obtidos, foram selecionados cinco. Na segunda pesquisa realizada, dos quatro estudos inicialmente obtidos, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados dois. A estes sete estudos selecionados somou-se um novo, após a replicação da pesquisa inicial no período de Maio a Junho de 2013. Na totalidade foram então selecionados oito estudos, cujas tabelas de síntese estão disponíveis no Apêndice VI.

Na **quarta etapa** é realizada a análise e interpretação de resultados de forma aplicar a evidência na prática clínica.

⁹ “Once a comprehensive list of abstracts has been retrieved and reviewed, any studies appearing to meet inclusion criteria would then be obtained and reviewed in full.” (Uman, 2011, p.58)

¹⁰ “Study quality assessment is relevant to every step of a review” (Khan, Kunz, Kleijnen & Antes, 2003, p.118)

uma cultura da prática baseada na evidência é aquela em que um maior número de boas (...) decisões é tomado, e onde a evidência científica, preferências do doente, recursos disponíveis e competência clínica, desempenham parte ativa no processo de tomada de decisão. (Craig & Smyth, 2004, p.214)

No capítulo 5 será exposta a análise e interpretação dos estudos selecionados tendo por base modelo teórico de referência.

A metodologia de RSL implica o esgotar da globalidade das bases de dados disponíveis e a participação de dois revisores para a diminuição do viés, na impossibilidade de se cumprirem os critérios supramencionados a metodologia utilizada foi uma revisão sistematizada da literatura.

3.2- Outra Metodologia

Entrevista a Peritos

A entrevista “ é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo” (Bogdan & Biklen, 2010, p.134)

Durante os meses de Março de 2012 e Junho de 2012 foram consultados dois EESMO peritos na utilização da hidroterapia para a promoção de conforto das parturientes, que contextualizaram a temática em estudo face à realidade portuguesa.

Observação Participante

“A finalidade da observação participante é apreender o ponto de vista dos informantes, a sua relação com a vida, conhecer a sua visão do mundo” (Craig & Smyth, 2004, p.142)

Pela riqueza das experiências que iriam ser vividas em prática clínica senti que a observação participante e a realização de notas de campo seriam um complemento importante para a revisão sistematizada da literatura.

As notas de campo são “o relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiencia e pensa no decurso da recolha”. (Bogdan & Biklen, 2010, p.150)

Notas de campo férteis oferecem uma:

A Utilização da Hidroterapia como Promotora de Conforto na Parturiente: Um Cuidado Especializado de Enfermagem

boa descrição e diálogos relevantes para o que acontece no meio e qual o seu significado para os seus participantes. Os dados férteis estão recheados de provas, com pistas que você começa a pôr junto para fazer um juízo analítico daquilo que está a estudar. (Bogdan & Biklen, 2010, p.164-165)

4- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados e analisados criticamente os resultados da revisão sistematizada da literatura, de forma a compreender como a hidroterapia pode ser utilizada enquanto cuidado especializado na promoção de conforto da parturiente.

A análise e discussão dos resultados serão realizadas à luz do modelo teórico de referência e terão em conta as competências do EESMO descritas anteriormente, bem como no contexto de ensino clínico.

Neste capítulo serão também abordados os aspectos que em minha opinião constituíram limitações ao estudo, algumas considerações éticas, bem como algumas sugestões para a prática.

4.1- Prática Baseada na Evidência

Durante a revisão sistematizada da literatura, o cuidado especializado da hidroterapia aplicado ao TP e parto, enquanto cuidado especializado de enfermagem, demonstrou atuar ao nível dos três estados do conforto (alívio, bem-estar e transcendência) e dos quatro contextos de desenvolvimento (físico, psicoespiritual, social e ambiental), sendo uma mais-valia na resposta às necessidades de conforto da parturiente e na criação de um tema de saúde positivo. A hidroterapia (sob a forma de duche ou imersão) promove o normal desenvolvimento da fisiologia do trabalho de parto, evitando ou atrasando a instrumentalização.

Ao cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, o EESMO deve implementar intervenções de promoção do conforto e de prevenção e controlo da dor (Regulamento N.º127/2011, 2011).

A dor do TP assumiu-se ao longo dos tempos como principal condicionante ao conforto da parturiente, como tal compete ao EESMO o desenvolvimento de competências e intervenções que respondam às necessidades de cuidados por ela gerados.

a dor é, sem dúvida, o aspecto mais importante do trabalho de parto; as mulheres ao longo dos séculos e milénios, até aos dias de hoje, têm-se sentido por um lado atraídas e fascinadas pela dor, e por outro assustadas ou até aterrorizadas¹¹ (Tradução) (Schmid, 2010, p.23)

A dor em TP tem um carácter intermitente e dinâmico, variando consoante factores individuais da parturiente e sendo regulada pelas necessidades da mulher e do feto.

O EESMO pode:

fazer muito para facilitar e incentivar essa alternância, guiando a mulher através da dor, oferecendo-lhe ferramentas para o controlo da dor, ajudando-a a relaxar rápida e profundamente enquanto a contração se desvanece, de forma a que a dor diminua até o nível fisiológico mínimo sendo perfeitamente suportável.¹² (Tradução) (Schmid, 2010, p.62)

Segundo Schmid (2010), o carácter intermitente da dor no TP permite o recurso à analgesia natural. A hidroterapia pode ser utilizada individualmente ou em associação com outras terapias complementares no controlo natural da dor (Garland, 2011, p.77).

A hidroterapia é eficaz no alívio da dor no TP quer sob a forma de duche, quer sob a forma de imersão (Benfield, Herman, Katz, Wilson & Davis, 2001; Benfield, 2002; Davim et al, 2008; Benfield, Hortobágyi, Tanner, Swanson, Heitkemper & Newton, 2010; Lee, Liu, Lu & Gau, 2013). O alívio da dor faz-se sentir mais intensamente numa fase inicial da utilização da hidroterapia e a sua eficácia diminui à medida que a dilatação do colo uterino aumenta (Benfield et al, 2001; Benfield, 2002; Benfield et al, 2010; Davim et al, 2008). O alívio da dor encontra-se associado ao efeito hidrotérmico da água (a condução de calor promove o relaxamento muscular), à massagem proporcionada pela água e no caso da imersão, aos efeitos hidrocínéticos e propriedades hidrostáticas da água, em que abolição da gravidade e uma distribuição uniforme da pressão exercida sobre a superfície corporal, promovem o relaxamento muscular e a descompressão articular (Stark, Craig & Miller, 2011; Richmond, 2003). O impacto da hidroterapia a nível da função hormonal também infere nos mecanismos de controlo da dor. A hidroterapia está associada ao aumento de libertação de beta-endorfinas e à diminuição dos níveis de cortisol. Os estudos

¹¹“el dolor es, sin duda, el aspecto más relevante del parto, por el que las mulleres, a largo de siglos y milenios, hasta hoy en día, se han sentido atraídas y fascinadas, por un lado, y por otra parte, asustadas y hasta incluso atemorizadas.” (Schmid, 2010, p.23)

¹² “hacer mucho para facilitar y fomentar esta alternancia, guiando a la mujer a través del dolor, ofreciéndole herramientas de control del dolor y ayudándola a relajar-se rápida y profundamente en cuanto la contracción disminuye para que el dolor se reduzca al mínimo fisiológico, perfectamente soportable.” (Schmid, 2010, p.62)

selecionados não encontraram evidência sobre a sua eficácia na diminuição dos níveis de adrenalina e noradrenalina (Benfield et al, 2001; Benfield et al, 2010).

A Hidroterapia permite a liberdade de movimentos e em imersão, a flutuabilidade encoraja o movimento (Stark & Rudell, 2008). A liberdade de movimentos e a verticalidade assumem-se de particular importância na gestão da dor em TP.

o movimento é a necessária resposta fisiológica à dor (...) a liberdade de movimentos permite que a mulher assumira instintivamente posturas antiálgicas, que são as de menor compressão e resistência. Ao proteger-se a si mesma de danos (...) protege também o seu bebé.¹³ (Tradução) (Schmid, 2010, p.23)

Por outro lado, a liberdade de movimentos e a verticalidade proporcionadas pela hidroterapia facilitam a progressão do próprio TP, quer através do aumento da eficiência da contratilidade uterina (Reflexo de Ferguson), quer pela melhoria da irrigação uterina e facilitação da progressão fetal no canal de parto (Stark & Rudell, 2008) pelo aumento dos diâmetros pélvicos. “A flutuação proporcionada pela água promove contrações uterinas eficientes e melhor perfusão sanguínea.”¹⁴ (Tradução) (Sprague, 2011, p.220) “A água proporciona maior conforto e mobilidade do que o trabalho de parto em terra. A mulher move-se livremente e com maior facilidade auxiliando a descida do bebé através da pelve materna.”¹⁵ (Sprague, 2011, p.221).

A eficácia da hidroterapia enquanto cuidado especializado de enfermagem no controlo da dor durante o TP pôde ser verificada em várias situações durante o ensino clínico, como:

quando o jato de água a tocou, transpareceu na sua expressão uma sensação de alívio. Referiu: Ajuda mesmo!... A intensidade da dor diminuiu. (Apêndice V- Nota de Campo 5)

com a nossa ajuda e a do marido entrou na água. A sua expressão alterou-se rapidamente, transmitiu uma sensação de alívio imediato. Poucos minutos após a imersão, referiu “ é uma sensação de bem-estar, relaxamento, leveza...As contrações são mais toleráveis...entre as contrações adormeço...sonho. (Apêndice V- Nota de Campo 6)

¹³ “el movimiento es la necesaria respuesta fisiológica al dolor (...) La libertad de movimiento permite a la mujer instintivamente las posturas más antiálgicas, que son las de menor resistencia y compresión. Protegiendo-se a sí misma del daño (...) protege también a su bebé.” (Schmid, 2010, p.23)

¹⁴ “The buoyancy provided by water promotes efficient uterine contractions and better blood circulation.” (Sprague, 2011, p.220)

¹⁵ “Water provides greater comfort and mobility than labor on ‘land’. The woman is able to move easily and spontaneously and this assists the baby descent within maternal pelvis.” (Sprague, 2011, p.221)

Para Kolkaba (1994), o bem-estar é um estado do conforto caracterizado pela calma ou contentamento necessários a uma performance eficiente.

A hidroterapia permite igualmente diminuir os níveis de ansiedade das parturientes. Tal como acontece no alívio da dor, esta redução é mais acentuada numa fase inicial deste cuidado especializado. Aliás, por razões lógicas estas duas situações estímulo apareceram moderadamente correlacionadas (Benfield et al, 2001; Benfield, 2002; Benfield et al, 2010). Se a intensidade da dor diminuir, diminuirá acessoriamente a ansiedade da parturiente face à mesma e aumenta a sua capacidade de autocontrolo e autoconforto.

O seu *facies* estava agora fechado, contraído, apresentava labilidade emocional. Referiu: “ a dor está a ser tão forte que me tirou toda a energia, não estou a conseguir gerir...”(...) Levámo-la até ao duche das urgências, onde permaneceu durante cerca de 20 minutos sob nossa supervisão. O seu *facies* modificou-se progressivamente, ficou mais aberto. A certa altura referiu “ estou-me a sentir mais relaxada... a intensidade da dor diminui... com a dor controlada consigo usufruir o momento. (Apêndice V – Nota de Campo 1)

O facto de a água ser um meio familiar às parturientes contribui também para a diminuição dos níveis de ansiedade (Benfield et al, 2001). “As mulheres sentem-se menos inibidas dentro de água, ficando desta forma menos vulneráveis e expostas. A água proporciona um esconderijo”(Sprague, 2011, p.233)”¹⁶ (Tradução) (Sprague, 2011, p.233). “As mulheres recordam-se de ter experienciado o ambiente seguro e protetor da água em outros momentos de suas vidas, (...) durante a dismenorreia (...) ou situações destabilizadoras.” (Garland, 2011, p.23).”¹⁷ (Tradução) (Garland, 2011, p.23).

A Hidroterapia proporciona a privacidade e segurança necessária para que a parturiente não ative o reflexo de ‘fuga e luta’ e se mantenha a normal evolução do TP (Johnson & Odent, 1995, p.58-60). “Quando uma parturiente não se sente segura ou protegida, ou quando a evolução normal do seu trabalho de parto é alterada, os níveis de catecolaminas aumentam e o trabalho de parto desacelera ou pára”¹⁸ (Tradução) (Lothian, 2004, p.4).

¹⁶ “Women feel less inhibited in the water helping them to feel less vulnerable and exposed. The water provides a ‘cover’” (Sprague, 2011, p.233)

¹⁷ “Women recall the safe and secure environment of water that they may have experienced to deal with other times in their lives (...) during dysmenorrhea (...) or stressful situations.” (Garland, 2011, p.23)

¹⁸ “When a laboring woman does not feel safe or protected or when the progress of her normal labor is altered, catecholamine levels rise and labor slows down or stops” (Lothian, 2004, p.4)

É importante que o EESMO compreenda que:

Dar à luz é um instinto. Isto significa que quando uma mulher está em trabalho de parto, a parte mais ativa do seu corpo é o seu cérebro primitivo (...) Uma mulher-ou qualquer mamífero-não pode parir sem que tenha produzido uma determinada quantidade de hormonas, como ocitocina, endorfinas e prolactina. Todas estas hormonas são produzidas direta ou indiretamente pelo cérebro primitivo (...) Quando ocorrem inibições durante o trabalho de parto, elas derivam do *neocortex*. (...) Ao compreendermos os papéis dos dois cérebros estamos agora em posição de ver (...) que a água facilita o trabalho de parto (...) harmonizando a relação entre o cérebro velho e o novo.”¹⁹ (Tradução) (Johnson & Odent,1995, p.57).

O ambiente que envolve a hidroterapia deverá ser o mais relaxante possível, sendo importante a eliminação de distrações e o controle da luminosidade, sons e temperatura envolventes de forma à mínima estimulação do *neocortex*. Durante o contexto de prática clínica houve uma parturiente que fez uma alusão clara a esta necessidade: “A D. S. pede que todos permaneçam em silêncio para se concentrar e se manter em controlo: Xiu, senão não me consigo concentrar!” (Apêndice V – Nota de Campo 6).

No entanto nem todas as mulheres sentem a água como um meio familiar e seguro, como pude constatar na prática clínica: “A D. N. ao fim de 10 minutos saiu do duche, está impaciente, tensa, refere preferir deambular livremente. “Já chega!... Prefiro andar.” (Apêndice V – Nota de Campo 7). Neste contexto a hidroterapia em vez de atuar como intervenção promotora de conforto atua como um foco de tensão contraindicando a sua utilização.

Para muitas parturientes a água é também um veículo para a realização de cuidados de higiene, o que proporciona conforto através do bem-estar físico e psicoespiritual. Não encontrei referência a esta propriedade na revisão sistematizada da literatura, no entanto duas notas de campo conseguiram captá-la: “À saída referiu: “ Estava mesmo a precisar do duche, com o líquido amniótico sempre a correr...” Referia uma sensação de bem-estar, leveza e profundo relaxamento.” (Apêndice V – Nota de Campo 5); “ (...) mantinha perdas de líquido amniótico e estava desconfortável: “ Eu sou tão preocupada em andar sempre limpa e agora...”, propusemos que realizasse duche como medida de conforto” (Apêndice V – Nota de Campo 2).

¹⁹ *Giving birth is an instinct. This means that when a woman is in labor, the most active part of her body is her primitive brain(...)*A woman-or any female mammal-cannot give birth without releasing a certain number of hormones such oxytocin, endorphins and prolactin. All this hormones are produced directly or indirectly by the primitive brain (...) when there are inhibitions during the birth process, they come from the neocortex.(...) By understanding the roles of the two brains we are now in position to see (...) water can make giving birth easier (...) harmonizing the relationship between the old and new brain.” (Johnson & Odent,1995, p.57)

Lee et al (2013) concluíram que a hidroterapia permite: “um maior suporte por parte dos prestadores de cuidados”²⁰ (Tradução) (Lee et al, 2013, p.25). A hidroterapia implica o suporte contínuo por parte do EESMO e pessoas significativas ao longo do TP promovendo o autocontrolo, a participação ativa e satisfação da parturiente. A hidroterapia “oferece aos prestadores de cuidados (parteiras, enfermeiras e/ou parceiros) uma oportunidade para o desenvolvimento das competências necessárias ao cuidar centrado na mulher, ao estabelecimento de uma relação terapêutica com a mulher, ao *empowerment* da mulher no processo de tomada de decisão, e à participação da mulher e controlo sobre o seu corpo”²¹ (Tradução) (Lee et al, 2013, p.25).

A APEO e FAME (2009) defendem a presença contínua de um EESMO por cada mulher na fase ativa do parto. Para a APEO e FAME (2009):

as mulheres deveriam contar com as pessoas próximas e profissionais que as apoiem durante o trabalho de parto e nascimento, já que esse apoio melhora a fisiologia do parto e a sensação de confiança materna. Este apoio também reduz as consequências adversas do medo e do *stress* associado ao trabalho de parto num lugar desconhecido. (APEO & FAME, 2009, p.74)

Apesar de não ter existido uma referência direta sobre o papel da hidroterapia no desenvolvimento do estado de transcendência nas parturientes no decorrer da revisão sistematizada da literatura efetuada facilmente compreendemos que a hidroterapia suporta a parturiente nesta jornada. Ao controlar a dor do TP e ao proporcionar suporte contínuo, privacidade e segurança contribui para o pleno funcionamento do cérebro primitivo, conduzindo a um estado alterado de consciência, onde se torna mais fácil assumir uma posição de abandono e rendição com a superação dos limites pessoais e transformação interna.

Enfrentar uma dor desconhecida provoca medo e ansiedade,, e suportá-la durante tantas horas desafia a força individual (...) leva a mulher aos seus limites mais extremos, até dar a impressão que todos os seus recursos foram esgotados, este momento coincide com a rendição (...) o abandono representa a superação dos limites pessoais, a transformação, conduzindo à progressão do trabalho de parto, ao nascimento e a um aumento do poder pessoal da mulher.²² (Tradução) (Schmid, 2010, p.69)

²⁰ “enhanced support from the care givers” (Lee et al, 2013, p.25)

²¹ “offers caregivers (midwives, nurses and/or partners) an opportunity to develop the skills required to provide woman-centered care, form therapeutic rapport with women, empower their decision making and participation, and control over their bodies”(Lee et al, 2013, p.25).

²² “enfrentarse a un dolor desconocido provoca miedo y angustia, y sopórtalo durante tantas horas pone a prueba la fuerza individual (...) lleva a la mujer a sus límites más extremos hasta darle la impresión de haber utilizado ya todos sus recursos; este momento coincide con la rendición. (...) El abandono representa la superación de los límites personales, transformación, conduce al progreso del parto, al nacimiento y potencia el poder personal de la mujer.” (Schmid, 2010, p.69)

Até à realização da revisão sistematizada da literatura os conhecimentos que possuía sobre a implementação da hidroterapia sob a forma de duche eram francamente escassos e pouco fundamentados. A revisão sistematizada a literatura forneceu contributos importantes sobre como o cuidado especializado duche com água quente deverá ser implementado pelo EESMO. Estes contributos aliados à prática clínica permitiram o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais na sua aplicação.

O duche terapêutico com água quente deverá ser sempre realizado sob supervisão e suporte do EESMO e/ou da pessoa significativa.

Antes que o duche possa ser aplicado é necessário que o EESMO avalie do bem-estar materno-fetal (Lee et al, 2013; Stark et al, 2011).

Sendo a hidroterapia eficaz no alívio rápido da dor e da ansiedade das parturientes o tempo médio de aplicação dos duches de água quente nos estudos seleccionados variou entre os vinte e os trinta minutos (Lee et al, 2013; Stark et al, 2011).

A monitorização da temperatura da água e temperatura materna é premente, visto que a hipertermia materna poderá levar a taquicardia fetal e conseqüente comprometimento do bem-estar fetal (Lee et al, 2013; Stark et al, 2011). Para Lee et al (2013), a temperatura ideal para água do duche será de 37°C, enquanto Davim et al (2008) utilizaram no seu estudo água à temperatura ambiente. A temperatura ambiente deverá ser ajustada antes da aplicação do duche (Lee et al, 2013). A parturiente também deverá poder controlar a temperatura da água e ambiente durante o decorrer do duche. Uma temperatura ambiente desajustada poderá condicionar a utilização contraproducente de água a temperaturas mais elevadas. Para evitar esta situação pode também ser útil envolver o corpo da parturiente com toalhas quentes enquanto o jato de água incide numa determinada área. (Lee et al, 2013) É importante fornecer e incentivar o consumo de água ou bebidas isotónicas de forma a prevenir a desidratação (Stark et al, 2011).

Durante do duche a parturiente usufrui de liberdade de movimentos, podendo assumir as posições verticais de pé ou sentada. Poderá também usufruir da técnica de massagem lombar e utilizar a bola de parto (Davim et al, 2008).

Após um duche total inicial ou incidência na região lombar inferior, a parturiente passará a dirigir o jato do duche na área em que sinta maior necessidade de alívio de dor. (Lee et al, 2013). O jato do

duche deverá também contemplar a região mamilar visto que “Quando a parturiente direciona o jato para os seus mamilos, pode aumentar a contratilidade uterina através do aumento de libertação da hormona ocitocina.”²³ (Tradução) (Johnson & Odent, 1995, p.61).

A avaliação do bem-estar fetal será realizada durante a realização do duche mediante a utilização de um *doppler* à prova de água.

O EESMO deve garantir “um ambiente seguro durante o trabalho de parto” (Regulamento N.º127/2011, 2011) pelo que, durante a realização do duche, o EESMO deverá ter em conta medidas de segurança, como sejam, a manutenção do chão seco e a utilização de chinelos adequados por parte da parturiente e pessoa significativa (Lee et al, 2013).

Uma das grandes vantagens da hidroterapia sob a forma de duche é não requerer preparação prévia por parte da parturiente e das pessoas significativas. É apenas necessário que o EESMO proceda ao seu ensino momentos antes do início do duche, familiarizando a parturiente e pessoas significativas com os seus princípios e metodologia. É também uma intervenção de baixo custo que pode evitar ou atrasar outro tipo de intervenções que acarretem custos elevados no bem-estar materno-fetal. (Lee et al, 2013)

A revisão sistematizada da literatura forneceu algum suporte sobre o cuidar especializado da hidroterapia sob a forma de imersão e parto na água. No entanto este foi insuficiente para sustentar o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais na sua aplicação. Para fazer face a esta limitação houve necessidade de recorrer a obras de peritos (Garland, 2011), protocolos institucionais nacionais (CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, 2012) e internacionais (Harper, 2006; NHSCT, 2010; SA HEALTH, 2010) a que se aliou a prática de cuidados especializados no segundo contexto de ensino clínico.

A mulher grávida que inclua no seu plano de parto a imersão durante o TP e/ou parto na água deverá ser informada, com base na melhor evidência disponível, sobre a fisiologia, as vantagens e desvantagens desta modalidade da hidroterapia e quais os critérios a reunir para a sua utilização. As consultas de enfermagem desenvolvidas pelo EESMO são o espaço privilegiado para esta capacitação.

²³ “when the laboring woman directs the jet on her nipples, the uterine contractions can be stimulated via an increased release of the hormone oxytocin.” (Johnson & Odent, 1995, p.61)

No segundo contexto de ensino clínico, tive a oportunidade de assistir a consultas de enfermagem desenvolvidas pelo EESMO com grávidas/casais que desejavam realizar o seu TP/ parto na água. Nestas consultas o EESMO realiza uma colheita de dados prévia (antecedentes pessoais, antecedentes ginecológicos, antecedentes obstétricos, história da gravidez atual), ausculta as motivações e conhecimentos da grávida/casal sobre o TP/parto na água, esclarece dúvidas, fornece informação escrita, promove o visionamento de um vídeo, realiza uma visita guiada às instalações e estabelece as bases iniciais do contrato de prestação de cuidados. É acordado a mulher grávida/casal que durante o TP o juízo clínico do EESMO é soberano. Numa situação de emergência a parturiente deverá sair da água mesmo que isso comprometa o seu plano de parto (Garland, 2011, p.44; NHSCT, 2010, p.3).

A participação em aulas específicas para o parto na água que incluam preparação aquática é uma mais-valia para a mulher grávida/casal que tenha optado por este cuidado especializado. Durante estas aulas é fornecida informação sobre o TP/parto na água e é realizada preparação física e psicológica para o mesmo. Os exercícios desenvolvidos dentro de água com a mulher grávida/casal promovem o aumento da confiança e habilitam a mulher/casal para o relaxamento em imersão (Garland, 2011,p.67-74). Infelizmente não tive oportunidade de assistir a nenhuma aula., no entanto foram-me dadas a conhecer algumas instituições onde esta preparação é desenvolvida pelo EESMO. Espero num futuro próximo poder visitar algumas delas.

Os critérios de inclusão para imersão na água durante o TP variam consoante as políticas institucionais e protocolos institucionais podendo alguns ser controversos. Os critérios de inclusão habitualmente compreendem: a decisão esclarecida da mulher/casal em realizar o TP/parto na água; ausência de patologias maternas; gestação de termo; gravidez vigiada de baixo risco; a presença de um profissional qualificado para assistir o TP/parto na água (EESMO/Obstetra); TP espontâneo ou indução com prostaglandinas há mais de seis horas; parturiente em fase ativa do trabalho de parto; bem-estar fetal; inexistência de líquido amniótico tinto mecónio; feto único e de apresentação cefálica; ausência de doença infecciosa materna atual e doença fetal (CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, 2012; Harper, 2006; NHSCT, 2010; SA HEALTH, 2010).

Os critérios de exclusão para a imersão em TP incluem: TP pré-termo; pré-eclâmpsia; atraso no crescimento intrauterino; problemas de mobilidade ou esqueléticos maternos que impeçam a saída do banho quando necessário; história obstétrica anterior de distócia de ombros/hemorragia pós-parto/cesariana anterior; índice de massa corporal superior a 35Kg/m^2 ; analgesia narcótica há menos

de quatro horas; analgesia epidural; doença psiquiátrica materna; perfusão ocitócica; parturiente com diabetes *mellitus* insulino dependente e inflexibilidade parturiente/casal (CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, 2012; HARPER, 2006; NHSCT, 2010; SA HEALTH, 2010).

A presença de líquido amniótico tinto de mecónio por si só não é impeditiva da manutenção da imersão em TP, devendo ser avaliada em conjunto com o bem-estar fetal. O nascimento na água demonstra ser vantajoso na presença de mecónio, já que a água permite a sua remoção da face e até da nasofaringe do RN (Harper, 2006, p.3). Mesmo que haja necessidade de aspiração de mecónio da árvore traqueobrônquica fetal esta poderá ser realizada num contexto de parto na água.

As doenças infecciosas maternas (síndrome da imunodeficiência humana; hepatite A,B e C; infeção com *streptococcus* do grupo B) parecem não contraindicar a imersão durante o TP através de mecanismos de inativação viral ou de diluição. O vírus da imunodeficiência humana é susceptível à água quente, não conseguindo sobreviver neste meio (Harper, 2006, p.3). Garland (2011) cita um estudo de Zanetti-Dallenbach et al (2006) em que: “existiu uma maior colonização *streptococcus* do grupo B na água do que na cama de parto. No entanto, (...) os bebés nascidos na água apresentaram uma menor colonização por *streptococcus* do grupo B (...), sugerindo talvez a existência de um ‘efeito de lavagem’ no parto na água”²⁴ (Tradução) (Garland, 2011, p.36). A mesma autora estabeleceu um protocolo para o cuidado especializado do EESMO à parturiente com infeção por estreptococos do grupo B que se proponha realizar imersão na água (Garland, 2011, p.37).

A gravidez múltipla ou a apresentação pélvica não são contraindicações para a imersão em TP e parto na água se existirem critérios para parto vaginal. “No Hospital H. Surrey, em Ostend, Bélgica, a apresentação pélvica incompleta modo de nádegas, é uma indicação para o parto na água (...) o trabalho de parto na água nas apresentações pélvicas e gestações múltiplas é recomendado e está bem documentado.”²⁵ (Tradução) (Harper, 2006, p.3-4).

Em caso de rutura de membranas (com duração entre vinte e quatro a quarenta e oito horas) “Se não existirem sinais de infeção, febre, taquicardia (...) ou fatores de risco conhecidos (...) e se a

²⁴ “there was a higher concentration of GSB colonization from the water than from delivery bed. However (...) the waterbirth babies showed less acquisition of GSB (...) perhaps suggesting that there is a ‘wash-out effect’ with waterbirth.” (Garland, 2011, p.36)

²⁵ “In the H. Surrey Hospital in Ostend, Belgium, Frank breech is an indication for waterbirth(...)Labor in water for both breech and multiples is well documented and recommended” (Harper, 2006, p.3-4)

auscultação da frequência cardíaca fetal é normal, então não deverá haver nenhuma indicação clínica para não oferecer a água”²⁶ (Tradução) (Garland, 2011, p.97).

A existência de macrosomia e/ou história obstétrica de distócia de ombros na maior parte dos protocolos institucionais implica que o período expulsivo se dê fora de água. No entanto “há um corpo crescente de evidência que demonstra que os prestadores de cuidados acham mais fácil assistir a uma distócia de ombros dentro de água (...) porque as mudanças de posição dentro de água são mais fáceis do que em terra”²⁷ (Tradução) (Harper, 2006, p.4).

A presença de uma circular cervical apertada não é impeditiva de que o período expulsivo se dê em imersão. Se o bem-estar fetal estiver assegurado, o RN poderá realizar a manobra de *somersault* (Harper, 2000).

Uma cesariana anterior também não contraindica um parto vaginal em imersão. Garland (2011) citando Davies (2009) refere que “os benefícios de se usar a água - melhoria da perfusão uterina, diminuição da percepção da dor, trabalho de parto mais curto, menor necessidade de indução, e menor ansiedade materna - são todos factores que podem oferecer vantagens para a parturiente com um útero com cicatrizes.”²⁸ (Tradução) (Garland, 2011, p.33). Garland (2011) desenvolveu um protocolo para o cuidado especializado do EESMO à parturiente com história obstétrica de cesariana anterior que se proponha à imersão em TP/parto na água (GARLAND, 2011, p.34).

A imersão em água provoca uma pressão positiva sobre o corpo da parturiente, promovendo um aumento da natriurese e diurese, com decorrente diminuição da pressão arterial média. Desta forma pode ser uma mais-valia para as parturientes com hipertensão primária ou hipertensão induzida pela gravidez. No entanto existe o risco teórico de diminuição da perfusão placentar, pelo que nestas situações será prudente assegurar uma avaliação acurada dos valores de pressão-arterial da parturiente pré e pós-imersão assim como da frequência cardíaca fetal para despiste precoce de complicações (GARLAND, 2011, p.77).

²⁶ “if there are no signs of infection, pyrexia, tachycardia (...) or known risk factors (...) and fetal heart auscultation is normal, then there should be no clinical indication not to offer water” (Garland, 2011, p.97)

²⁷ “there is mounting evidence that providers find it easier to assist shoulder dystocia in water (...) because position changes in water are so much easier than dry land” (Harper, 2006, p.4)

²⁸ “the benefits of using water - improved uterine perfusion, decreased pain perception, shorter labours, decreased augmentation and reduced maternal anxiety-are all factors wich may offer advantages to women labouring with scar uterus” (Garland, 2011, p.33)

Na admissão da parturiente/casal que se preparam para o TP/parto na água é necessária a realização da avaliação materno-fetal. Esta avaliação inclui: a avaliação geral materna (história clínica pessoal e obstétrica, identificação de factores de risco, estado emocional); a avaliação dos sinais vitais maternos (temperatura materna, tensão arterial e pulso); a avaliação vaginal e cervical e a realização de cardiotocografia (CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, 2012, p.8).

A preparação do quarto onde decorre a imersão/TP na água é semelhante à de um TP em terra. Para além do equipamento habitual no suporte ao TP/parto é necessária que exista disponível: banheira ou piscina descartável; fornecimento contínuo de água quente e fria; *sieve* (para manter a água livre de contaminação fecal); termómetro de água; *doppler* à prova de água; cardiotocógrafo contínuo à prova de água; almofadas à prova de água para apoiar a cabeça e braços; toalhas; roupas de proteção (luvas de latex compridas, proteção para joelhos; aventais de plástico) e tapetes antiderrapantes (CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, 2012; NHSCT, 2010; SA HEALTH, 2010).

Quando se pode iniciar a imersão? Estudos indiciam que a imersão precoce da parturiente pode abrandar ou parar o TP, pelo que a maior parte dos protocolos refere que esta se deve iniciar na presença de contratilidade uterina regular e a partir dos quatro centímetros de dilatação cervical Harper, 2006, p.2). No entanto a evidência disponível ainda não é suficiente para que estes critérios sejam indiscutíveis (RCOG & RCM, 2006, p.2). Harper (2006) refere que:

deve ser dada às mulheres a oportunidade de utilizarem a imersão assim que o seu corpo e o seu cérebro o desejem. [Em imersão] Numa fase precoce do trabalho de parto, têm-se observado mulheres a relaxar, a libertarem-se do medo e a progredir rapidamente para uma fase ativa e de esforços expulsivos.²⁹ (Tradução) (Harper, 2006, p.2)

No decorrer do TP/parto na água, a parturiente deverá estar sempre acompanhada por um EESMO com competências técnicas e relacionais neste cuidado especializado (CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, 2012; NHSCT, 2010; SA HEALTH, 2010). O EESMO deverá encorajar a pessoa significativa a entrar na água/piscina de forma a participar ativamente no TP e prover suporte à parturiente (CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, 2012, p.10; Garland, 2011, p.78).

É recomendada a avaliação e registo da temperatura, frequência respiratória, pulso, tensão arterial basal e estado de relaxamento da parturiente antes do início da imersão (Garland, 2011, p.76). Após

²⁹“women should be given the opportunity to use immersion as soon as her body and her brain have the desire to bathe. Women have been observed in very early labour relaxing, letting go of fear and progressing quickly to an active and pushing phase.” (Harper, 2006, p.2)

a imersão estes parâmetros deverão ser avaliados e registados em períodos regulares no partograma (CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, 2012, p.9) de forma a detetar alterações no bem-estar materno. A frequência cardíaca fetal deverá também ser avaliada e registada periodicamente, quer através de doppler à prova de água, cardiotocógrafo contínuo à prova de água ou estetoscópio de *Pinard* (CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, 2012, p.10; Garland, 2011, p.78; NHSCT, 2010, p.4; RCOG & RCM, 2006, p.3).

É importante que toda a equipa da sala de partos esteja familiarizada e treinada para a atuação em situações de emergência. Durante a imersão, outros membros da equipa e o material de emergência deverão estar a postos para a eventualidade de necessidade de reanimação da parturiente e/ou RN (CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, 2012, p.10; SA HEALTH, 2010, p.8).

O nível da água de imersão deverá ficar ao nível da axila materna (em posição de sentada). “Qualquer quantidade de água inferior a esta, não constitui uma verdadeira imersão e não criará o efeito de flutuação e o desenvolvimento das alterações químicas e hormonais que promovem um trabalho de parto mais célere.”³⁰(Tradução) (Harper, 2006, p.2). O único aditivo que poderá ser adicionado com segurança à água de imersão é o sal. O sal aproxima a pressão aquática da intra-amniótica sendo benéfico em situações de risco de prolapso de cordão e/ou partes moles, protegendo-os na expulsão (CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, 2012, p.11).

A temperatura adequada da água de imersão é controversa, no entanto o RCOG e RCM referem que o mais indicado será deixar que a mulher regule a temperatura da água de imersão de acordo com o seu conforto (RCOG e RCM, 2006, p.3). É também importante que o EESMO assegure que a temperatura ambiente seja confortável, como referido anteriormente para o duche (RCOG & RCM, 2006, p.3).

Durante o TP/parto na água é importante que o EESMO garanta a privacidade da parturiente/casal e mantenha uma atitude calma e expectante (CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, 2012, p.9).

Para prevenir a desidratação e o sobreaquecimento durante a imersão é necessário que a parturiente seja incentivada a ingerir uma grande quantidade de líquidos isotónicos (CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, 2012, p.10; Garland, 2011, p.78; SA HEALTH, 2010, p.9).

³⁰ “Any amount of water less than this not constitute true immersion and will not create the buoyancy effect and produce the chemical and hormonal changes which enhance a more rapid labor” (Harper, 2006, p.2)

O tempo de permanência em imersão durante o TP varia entre os trinta minutos durante a fase latente e as duas horas na fase ativa (CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, 2012, p.9).

os efeitos químicos e hormonais da imersão iniciam-se no final de pelo menos vinte minutos e têm o seu pico ao fim de cerca de noventa minutos. Aconselha-se desta forma, uma mudança de ambiente (...) ao fim de cerca de duas horas de imersão. Nessa altura a parteira poderá realizar uma avaliação do bem-estar materno. O regresso à água após trinta minutos irá reativar o processo químico e hormonal.³¹ (Tradução) (Harper, 2006, p.2)

Pode ser difícil ao EESMO determinar o início do segundo estágio de TP, devido à celeridade com que o TP pode evoluir. No entanto alterações subtis no comportamento e mobilidade da parturiente podem fornecer pistas: “a parteira sempre vigilante e não intrusiva deve estar preparada para suportar a mãe no seu parto ao detetar estas mudanças subtis.”³² (Tradução) (Garland, 2011, p.85).

No primeiro estágio do TP, duas horas consecutivas em imersão sem evolução para o período expulsivo poderão indiciar distócia (CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, 2012, p.9).

A imersão em água não impossibilita a realização de observações vaginais. No entanto o EESMO deverá utilizar sinais indiretos para a avaliação da evolução do TP (como sejam: a presença e progressão da linha púrpura, mudanças comportamentais da parturiente, entre outros) As auto-observações também deverão ser incentivadas (CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, 2012, p.9; Garland, 2011, p.50).

A abordagem a adotar pelo EESMO no parto na água deverá ser uma abordagem “*hands-off*” (mãos afastadas), guiando verbalmente a parturiente. Esta abordagem para além de promover a integridade perineal (Garland, 2011, p.87), assegura a mínima estimulação fetal, prevenindo a primeira inspiração em imersão (CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, 2012; p.10; Garland, 2011, p.86-87; NHSCT, 2010, p.5; SA HEALTH, 2010, p.9).

É importante que o EESMO compreenda a inibição do mecanismo de respiração fetal durante o parto na água e conseqüente inalação de água. São múltiplos os factores que contribuem para esta inibição. Em primeiro lugar, a árvore traqueobrônquica fetal encontra-se preenchida por fluidos

³¹ *the chemical and hormonal effects of immersion take effect after no less than twenty minutes and peak around ninety minutes. It is therefore suggested that a change of environment (...) after about two hours of immersion. The midwife can make an evaluation of the mother's condition at that time. Getting back to the water after thirty minutes will reactivate the chemical and hormonal process.* (Harper, 2006, p.2)

³² *“The ever-vigilant non-intrusive midwife will need to be ready to assist the mother with her birth by picking up these subtle changes.”* (Garland, 2011, p.85)

semelhantes aos gástricos. Estes fluidos são produzidos pelos pulmões fetais e têm um gradiente de concentração superior ao da água de imersão. Esta maior concentração dificulta a passagem da água para a árvore traqueobrônquica fetal. Por outro lado, entre as vinte e quatro e as quarenta e oito horas prévias ao início espontâneo do TP existe um aumento de produção de prostaglandina E2 placentar condicionando um abrandamento ou paragem dos movimentos respiratórios fetais. O facto de os RN nascerem em hipóxia aguda é também um importante factor inibitório, já que a hipóxia aguda fetal condiciona a ocorrência de apneia. A estimulação no nervo trigémeo, pelo contacto da água com os recetores faciais do RN condiciona também a ocorrência de apneia. A apneia no RN é uma apneia em posição expiratória com encerramento da laringe impedindo a passagem de água. Por último, os RN possuem um reflexo autonómico denominado de “mergulho”. A laringe dos RN está coberta por uma grande quantidade de quimiorrecetores, que lhe permite encerrar na presença de qualquer substância anormal (Garland, 2011, p.108-109; Harper, 2006). Este reflexo está presente até aos seis/nove meses de idade e ajuda os RN na amamentação. No entanto um RN que nasça em hipóxia severa poderá ter movimentos de *gasping* enquanto imerso e inalar água (Garland, 2001, p.114). É importante que o EESMO proceda a uma monitorização rigorosa da frequência cardíaca fetal durante o TP, para prevenir esta situação.

A primeira inspiração do RN ocorre através da atuação de múltiplos factores, nomeadamente: a temperatura (diferenças de temperatura ambientais de um a dois graus centígrados despoletam e coordenam os movimentos respiratórios); força da gravidade e sensores de pressão (a gravidade estimula o RN através de sensores de pressão localizados sobretudo no topo da cabeça); o toque (pela ativação dos sensores de pressão) e o som. No entanto, a hidroterapia atenua ou elimina a maior parte destes estímulos (Garland, 2011, p.117).

Nos RN nascidos na água o início da respiração habitualmente não é acompanhado de choro, pelo que o estabelecimento da troca eficaz de gases é mais lenta. É normal que o RN permaneça cianosado durante mais tempo. Por este motivo, a avaliação do Índice de Apgar deve ser iniciada rigorosamente ao fim de um minuto de forma a reduzir o viés (Garland, 2011, p.117). Enning (2007) propôs uma escala de Apgar adaptada ao parto na água (Garland, 2011, p.118).

Durante o período expulsivo, o EESMO deve assegurar que o RN nasça completamente imerso (de forma a prevenir a aspiração de água) e que seja trazido suavemente à superfície (de forma a prevenir a rutura do cordão umbilical). O RN poderá permanecer submerso até 60 segundos. Em nenhuma circunstância a cabeça do RN poderá ser re-submersa após contacto com o ar (CENTRO

HOSPITALAR DE SETÚBAL, 2012, p.10; SA HEALH, 2010, p.9). Sempre que possível será a mãe a primeira pessoa a tocar no RN.

A possibilidade de ocorrência de distócia de ombros pode ser detetada através da identificação de factores de risco (macrossomia fetal, obesidade materna, diabetes *mellitus* materna, anomalia pélvica, entre outros). Na sua presença, para além do normal protocolo de atuação, o EESMO poderá tirar partido da liberdade de movimentos da parturiente incentivando posicionamentos que promovam o aumento dos diâmetros pélvicos (como o agachamento profundo em imersão).

O EESMO deverá promover a laqueação tardia do cordão umbilical (Garland, 2011, p.128). Na presença de circular cervical, o EESMO só procederá ao corte do cordão umbilical se estritamente necessário. Nesta situação vários elementos da equipa serão mobilizados para que a parturiente seja elevada da água e se possa proceder à laqueação. Após a laqueação do cordão umbilical o RN não poderá voltar a ser submerso. Durante o ensino clínico tive a oportunidade de assistir a este procedimento (Apêndice V- Nota de Campo 4)

No parto na água como em terra, o EESMO é responsável pela promoção do contacto pele-a-pele entre o RN e a mãe ou o pai e pela promoção do início precoce da amamentação (CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, 2012; SA HEALH, 2010, p.9).

Segundo Garland (2011) não existe evidência que suporte a teoria de formação de “êmbolos de água” (*water emboli*). A autora defende que a dequitação placentar poderá ocorrer dentro de água de forma segura se for adotado o controlo passivo do terceiro estágio do TP. (Garland, 2011, p.102-103) No entanto a maioria dos protocolos institucionais consultados defende que o terceiro estágio do TP decorra em terra.

O EESMO deverá realizar uma rigorosa avaliação da coloração da água de forma a detetar a ocorrência de hemorragia pós-parto. (CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, 2012, p.10) Garland (2011) sugere que o EESMO “utilize o fundo da piscina como guia e quando perder de vista (...) as pernas da mãe, [deve reconhecer] que ela está a sangrar e que agora é altura de sair da água.”³³ (Tradução) (Garland, 2011, p.102).

³³ “use the bottom of the pool as a guide and when you lose sight of (...) mothers legs, recognize that she is bleeding and now is time to exit the water”(Garland, 2011, p.102)

Na presença de trauma perineal com necessidade de reconstrução dever-se-á aguardar cerca de uma hora até ao seu início, a não ser na presença de hemorragia severa. De acordo com Garland (2011) ao fim de uma hora os tecidos perineais encontram-se revitalizados, necessitando de menor quantidade de material de sutura para serem reparados (Garland, 2011, p.103).

A existência de protocolos institucionais para a limpeza do material utilizado na imersão/parto na água (SA HEALH, 2010, p.14;b NHSCT, 2010, p.7; RCOG& RCM, 2006, p.3) são essenciais para que seja garantida a segurança das parturientes e RN.

Ainda que tenha apenas tido a oportunidade de assistir a uma imersão durante um TP e a um parto na água, estes momentos de aprendizagem foram essenciais para a consolidação dos conhecimentos adquiridos durante a realização da revisão sistematizada da literatura e para o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais na sua aplicação. Nesta caminhada, a troca de experiências e a reflexão sobre a prática com os pares assumiram também um papel preponderante.

4.2- Limitações ao Estudo

Apesar de ter tentado assegurar o máximo de rigor metodológico durante o desenvolvimento do presente estudo, deparei-me com algumas limitações à sua realização. Estas limitações serão descritas seguidamente.

A escassez de evidência científica publicada sobre a utilização da hidroterapia sob a forma de duche, na promoção de conforto da parturiente condicionou a necessidade de definição de novos descritores e à realização de uma segunda pesquisa nas bases de dados de forma a responder à questão norteadora. Esta segunda pesquisa demonstrou-se frutífera, tendo proporcionado valiosos contributos para o desenvolvimento do estudo.

Por outro lado, já na fase de análise e interpretação de resultados, a evidência apurada na revisão sistematizada da literatura sobre a imersão em TP/parto na água revelou-se insuficiente para o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais neste cuidado especializado durante o ensino clínico, pelo que existiu necessidade de recorrer a obras de peritos e protocolos institucionais para colmatar esta lacuna.

Para finalizar, tive dificuldade em cumprir a calendarização das atividades planejadas em cronograma tendo em conta exigências de cariz académico, profissionais e pessoais. No entanto, ainda que com reajustes, os objetivos pré-estabelecidos foram atingidos.

4.3- Considerações Éticas

A ética é o “conjunto de permissões e interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta” (Fortin, 1999, p.114)

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal o EESMO promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento N.º 122/2011, 2011). É também de sua responsabilidade “assegurar que o avanço no corpo de conhecimentos da especialidade de saúde materna e obstetrícia seja baseado em atividades que protejam os direitos da mulher enquanto pessoa.”³⁴ (Tradução) (ICM, 2008).

Tendo por base que “a investigação aplicada aos seres humanos, pode por vezes causar danos aos direitos e liberdades das pessoas “ (Fortin, 1999, p.116), é premente o respeito de cinco princípios básicos ou direitos fundamentais ditados pelos códigos de ética durante o seu desenvolvimento. Estes são: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, e o direito a um tratamento justo e equitativo.

O direito à autodeterminação “baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino” (Fortin, 1999, p.116). Desta forma o sujeito tem o direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não numa investigação em qualquer momento do seu desenvolvimento, respeitando o artigo 9º do código de Nuremberga.

O direito à intimidade “faz referência à liberdade da pessoa de decidir sobre a extensão de informação a dar ao participar numa investigação e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas” (Fortin, 1999, p.117). O investigador deve ter a preocupação que o seu estudo seja o menos invasivo possível e que a intimidade dos sujeitos seja protegida.

³⁴ “ensure that the advancement of midwifery knowledge is based on activities that protect the rights of women as persons.”(ICM, 2008)

O direito ao anonimato e confidencialidade “é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais” (Fortin, 1999, p.118). Os resultados da investigação não devem permitir que os participantes do estudo sejam reconhecidos.

O direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo inclui “as regras de proteção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem” (Fortin, 1999, p.118). Ele baseia-se no princípio do benefício.

O direito a um tratamento justo e equitativo refere-se ao direito de “ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para o qual é solicitado a participação da pessoa, assim como os métodos utilizados nessa investigação” (Fortin, 1999, p.119) permitindo um consentimento justo e esclarecido. Este direito reporta-se também à seleção e tratamento equitativo dos sujeitos. Os sujeitos devem ser escolhidos tendo por base o problema de investigação e não a sua conveniência e os sujeitos que desistam não devem sofrer prejuízo.

Durante o ensino clínico estágio com relatório regulei a minha prática de cuidados pelo código deontológico do enfermeiro. Nomeadamente respeitando o seu artigo 84 ° - do dever de informação, identifiquei-me enquanto enfermeira a realizar o curso de mestrado em saúde materna, obstétrica e ginecológica, de forma a “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (Decreto-Lei n.º 111/2009, 2009) na prestação de cuidados.

Enquanto metodologia de investigação, a revisão sistematizada da literatura não incluiu trabalho de campo, no entanto a seleção dos estudos a incluir teve por base o respeito pelos princípios éticos referidos anteriormente.

Durante a realização deste estudo foi também utilizada a elaboração de notas de campo como complemento à metodologia de investigação, tendo sido respeitados os princípios éticos: da autodeterminação; da justiça e equidade; do anonimato e confidencialidade, da veracidade e fidelidade (Bogdan & Biklen, 2010, p.77).

4.4- Sugestões para a Prática

Ainda que, nos últimos anos se tenha consolidado um corpo de conhecimentos baseado na evidência sobre a efetividade da hidroterapia na promoção do conforto da parturiente, a sua

utilização enquanto cuidado especializado do EESMO continua a ficar aquém do que seria expectável.

Stark e Rudell (2008) referem que as políticas e culturas organizacionais podem influenciar o uso da hidroterapia. O EESMO que desenvolve a sua prática de cuidados numa instituição onde as intervenções médicas são comuns no decorrer do TP, pode ter maior dificuldade em utilizar a hidroterapia. A utilização da hidroterapia encontra-se facilitada em instituições onde o nascimento é tido como um processo normal, e a hidroterapia como uma mais-valia ao suporte do processo normal do TP de forma a evitar ou atrasar intervenções médicas desnecessárias. (Stark, Craig & Miller, 2009, p.673). As políticas e filosofias das instituições também influenciam os recursos humanos e físicos que são disponibilizados às parturientes/pessoas significativas. No âmbito do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais o EESMO baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, responsabilizando-se “por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade” e provendo “liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho” (Regulamento nº 122/2011, 2011). Compete ao EESMO a sensibilização institucional baseada na evidência sobre as mais-valias da utilização da hidroterapia enquanto cuidado especializado na promoção do conforto da parturiente e do parto normal, participando no estabelecimento de protocolos que sustentem o seu desenvolvimento.

A hidroterapia requiere que o EESMO desenvolva “competências e atitudes diferentes das do que na assistência tradicional ao parto.”³⁵ (Tradução) (Stark & Rudell, 2008, p.121). Para tal é importante que o EESMO avalie o próprio conforto na aplicação da hidroterapia enquanto cuidado especializado e invista no desenvolvimento de competências técnicas e relacionais na sua aplicação. A supervisão por uma enfermeira familiarizada e confortável na aplicação de hidroterapia pode ser valiosa no apoio ao desenvolvimento destas competências (Stark & Rudell, 2008, p.121). A falta de suporte “pode (...) desencorajar as enfermeiras de aprender novos papéis e competências inicialmente desconfortáveis (...) os prestadores de cuidados podem facilmente cair numa ‘cultura de rotinas’”³⁶ (Tradução) (Stark & Rudell, 2008, p.121). As enfermeiras em posição de liderança deverão apoiar os EESMO que estão a desenvolver estas novas competências.

³⁵ “different skills and attitudes than in traditional labor care”(Stark & Rudell, 2008, p.121)

³⁶ “can (...) discourage nurses from learning new and initially uncomfortable roles and skills (...) providers can easily slip into a ‘culture of routines’” (Stark & Rudell, 2008, p.121)

Para que a utilização da hidroterapia se torne mais expressiva, é também importante, a sensibilização pré-natal da grávida/pessoas significativas sobre a sua disponibilidade, condicionantes, benefícios e metodologia, promovendo a tomada de decisão esclarecida. Também é importante, no caso da imersão e parto na água, a frequência de aulas de preparação para o parto na água, como já anteriormente foi referido. A sensibilização pré-natal poderá ser realizada de forma informal ou formal no contexto da vigilância pré-natal ou no contexto de programas de preparação para a parentalidade

A mulher e as pessoas significativas têm o direito de ter disponível o maior número de opções na promoção do conforto durante o TP. Enquanto cuidado especializado do EESMO, a hidroterapia é uma alternativa na promoção do conforto da parturiente promovendo o parto normal e prevenindo intervenções desnecessárias. Compete ao EESMO promover a sua utilização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os ensinamentos clínicos proporcionam o espaço e tempo adequados ao desenvolvimento de competências cognitivas, técnicas e crítico-reflexivas do futuro profissional (Ferreira, 2004, p.127).

O ensino clínico Estágio com Relatório proporcionou-me o espaço e tempo adequados para o desenvolvimento de competências enquanto futura EESMO e detentora do grau académico de mestre. Este desenvolvimento de competências foi suportado pela prática reflexiva, já que esta exige a reflexão na ação, sobre a ação e sobre a reflexão sobre a ação permitindo o crescimento profissional, pessoal e permitindo a evolução da enfermagem enquanto ciência (Ferreira, 2004, p.128). A prática baseada na evidência assumiu também um papel de relevo. É importante que o EESMO faça “ uso consciente, explícito e criterioso da melhor evidência existente para tomar decisões sobre cuidados de saúde” (Craig & Smyth, 2004, p.8).

No âmbito do ensino clínico Estágio com Relatório foi desenvolvido um estudo baseado na metodologia de Revisão Sistemática da Literatura direcionado para o tema de como a hidroterapia enquanto cuidado especializado do EESMO, pode ser utilizada na promoção do conforto da parturiente. Com a realização deste estudo conseguiu-se conhecer melhor a aplicação da hidroterapia durante o trabalho de parto/parto e desenvolver competências na sua aplicação enquanto cuidado especializado na promoção de conforto da parturiente, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados especializados prestados e para o corpo de conhecimentos da Especialidade de Saúde Materna e Obstetrícia.

Enquanto cuidado especializado do EESMO, a hidroterapia sob a forma de duche, imersão ou parto na água, permite a promoção do conforto da parturiente e a promoção da normal evolução do TP, evitando ou atrasando intervenções que possam comprometer o bem-estar materno e fetal. A hidroterapia demonstrou atuar ao nível dos três estados do conforto (alívio, bem-estar e transcendência) e dos quatro contextos de desenvolvimento (físico, psicoespiritual, social e ambiental), sendo uma mais-valia na resposta às necessidades de conforto da parturiente e na criação de um tema de saúde positivo.

Para que a utilização da hidroterapia se torne mais expressiva é importante a sensibilização baseada na evidência das unidades de saúde sobre as mais-valias da sua utilização. É também importante a sensibilização e capacitação pré-natal das grávidas/casais para a sua utilização.

A hidroterapia pode ser considerada uma ‘não intervenção’, sendo um meio para que o parto normal se possa desenvolver. Subjacente a este cuidado especializado existe a profunda convicção de que o TP/parto são processos fisiológicos naturais e de que cada mulher tem a capacidade de os gerir ativamente. As consequências perniciosas ao nível do bem-estar materno e fetais condicionadas pela utilização abusiva de intervenções durante o TP podem ser atenuadas ou evitadas pela sua utilização. Compete ao EESMO sensibilizar as unidades de saúde e os seus pares para os benefícios da utilização da hidroterapia e participar na formulação e implementação de protocolos para este cuidado especializado.

Os objetivos a que me propus responder no início deste ensino clínico foram atingidos com sucesso. O ensino clínico Estágio com Relatório proporcionou o desenvolvimento progressivo de competências técnicas e relacionais no cuidar especializado à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, trabalho de parto, puerpério e no cuidar especializado ao recém-nascido. As experiências vividas no ensino clínico foram ricas em aprendizagens e partilha transformando-me enquanto profissional e ser-humano.

No final deste percurso tenho a responsabilidade moral e profissional de partilhar os resultados obtidos no estudo de forma a promover nos meus pares o desenvolvimento de competências e a utilização da hidroterapia enquanto cuidado especializado do EESMO na promoção de conforto da parturiente.

O meu futuro profissional é de momento incerto, tendo em conta contingências resultantes do contexto político e socioeconómico atual. No entanto, pretendo vir a trabalhar numa unidade onde continue a desenvolver competências enquanto enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia e possa aplicar na prática os conhecimentos obtidos com o presente estudo.

BIBLIOGRAFIA

- Alarcão, I. & Rua, M. (2005) Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 14 (3), 373-382. Acedido em: 08/08/2013 de Scielo. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>.
- APEO & FAME (2009) – *Iniciativa Parto Normal – Documento de Consenso*. Camarate: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Benfield, R. (2002) Hydrotherapy in labor. *Journal Of Nursing Scholarship: An Official Publication Of Sigma Theta Tau International Honor Society Of Nursing / Sigma Theta Tau*, 34 (4), 347-352. **DOI:** 10.1111/j.1547-5069.2002.00347.x.
- Benfield, R.; Herman J.; Katz, V.; Wilson, S. & Davis, J. (2001) Hydrotherapy in labor. *Research in Nursing & Health*. 24 (1), 57-67. Acedido em: 18/04/2012, de WILEY Online Library. Disponível em: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1098-240X\(200102\)24:1%3C57::AID-NUR1007%3E3.0.CO;2-J/abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1098-240X(200102)24:1%3C57::AID-NUR1007%3E3.0.CO;2-J/abstract)
- Benfield, R.; Hortobágyi, T.; Tanner, C.; Swanson, M.; Heitkemper, M. & Newton E. (2010) The Effects of Hydrotherapy on Anxiety, Pain, Neuroendocrine Responses, and Contraction Dynamics During Labor. *Biological Research for Nursing*. 12 (1) 28-36. Acedido em: 18/04/2012, de SAGE. Disponível em: <http://www.brn.sagepub.com/content/12/1/28>
- Benner, P. (2001) – *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (2010) – *Investigação Qualitativa em Educação – Uma Introdução à Teoria e Métodos*. Porto: Porto Editora.
- CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E (2012) *PS.GIOB.61*. 2012-03-01. Procedimento Orientações e Princípios para a Imersão do Trabalho de Parto e Parto na

Água. Acessível no Bloco de Partos/ Urgência de Ginecologia e Obstetrícia, Setúbal; Portugal.

- Couto, G. (2003) – *Preparação para o parto*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Craig, J. V. & Smyth, R. L. (2004) – *Prática Baseada na Evidência: manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Davim, R. et al (2008) Showering as a non-pharmacological strategy to relief the parturient pain. *Revista Eletrónica de Enfermagem*. 10 (3), 600-609. Acedido em: 21/11/2012, de EBSCOhost. Disponível em: <http://trabalho.departo://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=19&sid=4afa9d38-9f69-44b6-a451-48f768a968e9%40sessionmgr14>.
- Decreto-Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro de 2009. Secção II - Código deontológico do enfermeiro. Diário da República I Série, N.º180 (16-09-2009) 6546-6549.
- Ferreira, M. (2004) Formar melhor para um melhor cuidar. *Millenium- Revista do Instituto Politécnico de Viseu*. 30, 123-137. Acedido em: 21/10/2013, de Millenium Online. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/10.pdf>
- Fortin, M. R. (1999) – *O Processo de Investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Garland, D. (2011) – *Revisiting Waterbirth: an attitude to care*. Great Britain: PALGRAVE MACMILLAN.
- Harper, B. (2000) – Waterbirth Basics: from newborn breathing to hospital protocols. *Midwifery Today*. 54. Acedido em 24/06/2013, de Waterbirth International. Disponível em: <http://www.waterbirth.org/assets/documents/Waterbirth%20Basics.pdf>

- Harper, B. (2006) – Guideline for a Safe Water Birth. *Waterbirth International*. Acedido em 24/06/2013, de Waterbirth International. Disponível em: <http://www.waterbirth.org/assets/documents/Guidelines%20for%20safe%20Water%20use.pdf>
- ICM (2008) International Code of Ethics for Midwives. *International Confederation of Midwives*. 1-4. Acedido em: 21/09/2013, International Confederation of Midwives. Disponível em: http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20ENG%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf
- ICM (2008) Keeping Birth Normal. *International Confederation of Midwives*. 1-2. Acedido em: 23/07/2013, International Confederation of Midwives. Disponível em: <http://www.nurse.or.jp/nursing/international/icm/definition/pdf/shoshin/f-17.pdf>
- ICM (2011) Essential Competencies for Basic Midwifery Practice. *International Confederation of Midwives*. 1-19. Acedido em: 21/06/2012, International Confederation of Midwives. Disponível em: <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2011/DB%202011/Essential%20Competencies%20ENG.pdf>
- Johnson, J.; Odent, M. (1995) – *We Are All Water Babies*. 2ª ed. Italy: Celestial Arts Publishing.
- Khan, K.; Kunz, R.; Kleijnen, J. & Antes, G. (2003) Five Steps to Conducting a Systematic Review. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 96 (3), 118-121. Acedido em: 26/08/2013, de NCBI. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC539417/>
- Koehn, M. (2000) Alternative and Complementary Therapies for Labor and Birth: An Application Of Kolkaba's Theory of Holistic Comfort. *Holistic Nursing Practice*. 15 (1), 66-77. Acedido em: 18/05/2012, de EBSCOhost. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&hid=12&sid=596ea7f6-96af-4dd9-b92d-6a2496a295dc%40sessionmgr13>

- Kolkaba, K. (1994) A theory of holistic comfort in nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 19 (6), 1178-1184. ISBN: Acedido em: 22/05/2012, de thecomfortline.com. Disponível em: <http://thecomfortline.com/files/pdfs/1994%20%20Holistic%20Comfort%20for%20Nursing.pdf>
- Kolkaba, K. (2001) Evolution of the mid-range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*. 49 (2), 86-92. Acedido em: 22/05/2012, de thecomfortline.com. Disponível em: <http://www.thecomfortline.com/files/pdfs/2001%20%20Evolution%20of%20the%20Mid%20ORange%20Thoery%20of%20Comfort%20for%20Outcomes%20Research.pdf>
- Lee, S. ; Liu, C. ; Lu, Y. & Gau, Meei-Ling (2013) Efficacy of Warm Showers on Labor Pain and Birth Experiences During the First Labor Stage. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 42 (1) 19-28. **DOI:** 10.1111/j.1552-6909.2012.01424.x
- Lei n.º 9/2009 de 4 de Março. Transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho, de 7 de Setembro, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais, e a Diretiva n.º 2006/100/CE, do Conselho, de 20 de Novembro, que adapta determinadas diretivas no domínio da livre circulação de pessoas, em virtude da adesão da Bulgária e da Roménia. Diário da República. I Série N.º 44 (04-02-2009) 1466-1530.
- Lothian, J. (2004) Do not disturb: the importance of privacy in labor. *Journal of Perinatal Education*. 13 (3), 4-6. Acedido em: 06/09/2013, de EBSCOhost. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1c67a0a1-0787-452d-89a6-daa61495286e%40sessionmgr112&vid=12&hid=9>
- Lowdermilk, D. L.; Perry, S. E. (2008) – *Enfermagem na Maternidade*. 7ª ed. Camarate: Lusodidacta- Soc. Port. de material didático, Lda.
- Many, E. ; Guimarães, S. (2006) – *Como Abordar.... A Metodologia de Trabalho Projeto*. Maia: Areal Editores.

- NHSCT (2010) Water for Labour and Birth Guideline. *Northern Health and Social Care Trust*. 1-10. Acedido em: 24/06/2013, Northern Health and Social Care Trust. Disponível em: http://www.northerntrust.hscni.net/pdf/Water_for_Labour_and_Birth_Guideline.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2002) *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – enquadramento conceptual - enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007) Enfermagem portuguesa implicações na adequação ao Processo de Bolonha no atual quadro regulamentar. *Ordem dos Enfermeiros*. 1-21. Acedido em: 04/06/2012, de Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/2007_EnfermagemPortuguesa_Processo_Bolonha.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2012) *Pelo Direito ao Parto Normal- Uma visão Partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- RCOG & RCM (2006) – Joint Statement n.º. 1- Immersion in Water During Labour and Birth. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*. 1-5, Acedido em: 24/09/2013, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Disponível em: <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploadedfiles/JointStatmentBirthInWater2006.pdf>
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista Diário da República II Série. N.º 35 (11-02-18) 8648-8653.
- Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Diário da República II Série. N.º 35 (11-02-18) 8662-8666.

- Richmond, H. (2003) Theories surrounding waterbirth. *The Practising Midwife*. 10, (2), 10-13. Acedido em: 25/07/2013, de EBSCOhost. Disponível em: <http://www.bumpstobabies.co.uk/Theories%20surrounding%20waterbirth.pdf>
- Rodrigues, M. S. G. (2011). *Interrupção Médica da Gravidez e Morte Fetal: Estratégias para um Cuidado de Enfermagem Especializado no Luto*. Lisboa. (Relatório de Estágio não publicado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Ryrie, C. (1999) - *The Healing Energies of Water*. Boston: Journey Editions.
- SA HEALTH (2010) Policy for First Stage Labour and Birth in Water. *South Australia Department of Health*. 1-15. Acedido em: 24/06/2013, South Australia Department of Health. Disponível em: <http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/ae527200465ec14d8572ff2e504170d4/Policy-FirstStageBirthInWater-SAHealth-20101221.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ae527200465ec14d8572ff2e504170d>
- Schmid, V. (2010) – *El Dolor del Parto – Una nueva interpretación de la fisiología y la función del dolor*. Tenerife: Editorial OB STARE.
- Sprague, A. (2011) – *Water Labour, Water Birth – A Guide To Use Water During Childbirth*. Australia: Craft Print International Ltd.
- Stark, M. & Miller, M. (2009) Barriers to the use of hydrotherapy in labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 38 (6), 667-675. Acedido em: 26/07/2012, de EBSCOhost. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=113&sid=f35b4728-c79c-4b62-8650-1c13a8b8a7c4%40sessionmgr111>
- Stark, M. & Rudell, B. (2008) Observing position and movements in hydrotherapy: a pilot study. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 37 (1), 116 - 122. Acedido em: 26/07/2012, de EBSCOhost. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=125&sid=0958566d-24d5-40e2-8fe5-0dbc0e908d08%40sessionmgr104>

- Stark, M.; Craig, J. & Miller, M. (2011) Designing an intervention: Therapeutic showering in labor. *Applied Nursing Research*. 4 (4), 73-77. Acedido em: 2013/05/15, de EBSCOhost. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v43n2/en_a25v43n2.pdf.
- Stringer, M. & Hanes, Lisa (1999) Hydrotherapy use during labor: an integrative review. *The Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*. 6 (1), 3-9. **DOI:** 10.1111/j.1524-475X.1999.00003.x
- Uman, L. (2011) Systematic Reviews and Meta-Analyses. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 20 (1), 57-59. Acedido em 26/08/2013, de NCBI. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3024725/>
- WHO (1996) *Safe motherhood, care in normal Birth: a practical guide*. Geneva: WHO
- Zwelling, E. (2008) The Emergence of High-Tech Birthing. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 37 (1), 85-93. Acedido em: 22/05/2012, de Wiley. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2007.00211.x/pdf>.

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto Individual

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

PROJETO INDIVIDUAL



In: <http://julianwainwright.wordpress.com/page/3/>

**A Utilização da Hidroterapia como Promotora de Conforto na
Parturiente:
Um Cuidado Especializado de Enfermagem**

Discente: Ana Rita Cerqueira da Costa n.º 4119

Docente Tutora: Luísa Sotto-Mayor

Lisboa, 14 de Fevereiro de 2013

ABREVIATURAS

APEO- Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

EESMO- Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica

ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FAME- Federación de Asociaciones de Matronas de España

ICM- International Confederation of Midwives

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

RN- Recém-Nascido

TP- Trabalho de Parto

ÍNDICE

<u>INTRODUÇÃO</u>	67
<u>1- PLANEAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO</u>	75
<u>1.1 Finalidades e Objetivos</u>	75
<u>1.2 Metodologia e Plano de trabalho</u>	76
<u>REFLEXÃO FINAL</u>	79
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	80
<u>APÊNDICES</u>	85
<u>Apêndice I - Plano de Atividades do Ensino Clínico Estágio com Relatório</u>	86
<u>APÊNDICE II – Atividades Desenvolvidas nos Ensinos Clínicos II / III / IV</u>	102
<u>Apêndice III – Ação de Formação “Estratégias para proporcionar conforto durante o trabalho de parto” realizada no Ensino Clínico III</u>	107
<u>Apêndice IV – Panfleto “A Hidroterapia no Trabalho de Parto” realizado no Ensino Clínico III</u>	113
<u>Apêndice V – Notas de Campo</u>	115
<u>Apêndice VI – Síntese de artigos da Revisão Sistemática da Literatura</u>	117
<u>Apêndice VII – Cronograma de Atividades do Projeto Individual</u>	127

INTRODUÇÃO

A temática Hidroterapia aplicada ao trabalho de parto como cuidado especializado de enfermagem, foi a área inovadora e de interesse pessoal contemplada neste projeto individual para o desenvolvimento de competências enquanto futura enfermeira especialista em saúde materna, obstétrica e ginecológica (EESMO).

Este projeto tem estruturado o meu percurso ao longo dos ensinamentos clínicos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Ao longo dos ensinamentos clínicos têm sido desenvolvidas as competências inerentes ao EESMO, e têm sido levadas a cabo intervenções que pretendem ser um incremento para a qualidade dos cuidados prestados ao grupo alvo mulher inserida na comunidade, com ênfase nos cuidados de enfermagem especializados prestados à parturiente e família durante o trabalho de parto (TP) e parto.

Subjacentes a este projeto, estão as linhas do plano de estudos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e as competências do EESMO definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e pela *Internacional Confederation of Midwives* (ICM). Ele dá resposta às competências que deverão ser desenvolvidas por um estudante do segundo ciclo, segundo o processo de Bolonha. Para a OE (2007), espera-se de um estudante do segundo ciclo: a aplicação dos seus conhecimentos e da sua capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos multidisciplinares, promovendo processos de inovação nas práticas de cuidados, muitas vezes em contexto de investigação e a reflexão sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais da sua prática. (Ordem dos Enfermeiros, 2007, p.19)

Face às competências a serem desenvolvidas no desenrolar do projeto, será assumido que face à aplicação do Modelo de Dreyfus de Aquisição de Competências aplicado à Enfermagem (Benner, 2001, p.49), serei uma enfermeira iniciada na maioria delas, uma vez que exerço funções de enfermeira generalista num serviço de cirurgia de adultos.

De acordo com a OE, o enfermeiro especialista:

é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzido num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. (Regulamento N.º122/2011, 2011)

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 EESMO tem como competências específicas cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito: do planeamento familiar, do período pré-concepcional, pré-natal, TP, período pós-natal e climatério, incluindo também os processos de saúde doença ginecológica e cuidar o grupo alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade. (Regulamento N.º127/2011, 2011)

Um projeto é um mapa que nos orienta numa caminhada. Este projeto irá servir de guia na minha caminhada de prestação de cuidados especializados à mulher como grupo alvo, nomeadamente no TP e parto. De acordo com Many e Guimarães, um projeto “parte de uma ideia, de um sonho, de uma vontade, cuja realização será planificada” (Many & Guimarães, 2006, p.10), e, “desde a ideia inicial do projeto até ao resultado final, constrói-se um percurso que envolve uma multiplicidade de recursos e interações (pessoas, instituições, instrumentos, espaços...) e uma série de reformulações, mudanças e alterações, e tudo isto num plano temporal globalmente alterável (etapas/prazos) ” (Many & Guimarães, 2006, p.11). Um projeto implica uma ida e volta constante entre a teoria e a prática. Many & Guimarães, 2006, p.12) O autor do trabalho projeto acaba por ser um autor e construtor do seu próprio saber (Many & Guimarães, 2006, p.12).

Objetivos para o ensino clínico estágio com relatório

Este projeto tem alicerçado o meu percurso de aprendizagem ao longo dos ensinamentos clínicos do Curso de Mestrado de Saúde Materna e Obstétrica. No que diz respeito ao ensino clínico estágio com relatório, foram traçados como objetivos gerais:

- Desenvolver competências no cuidar especializado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica;
- Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na aplicação da hidroterapia como cuidado especializado de enfermagem na promoção de conforto na parturiente, adequando esse cuidado ao diferente contexto de cada ensino clínico.

Escolha da Temática a aprofundar

Até meados do século XX, o parto foi tido como um processo natural, normal, um evento social e emocional, partilhado pela mulher com a sua família e amigos, decorrendo maioritariamente no seio

familiar. No entanto, face às elevadas taxas de morbilidade e mortalidade maternas e neonatais associadas à infecção, o parto passou da casa para o hospital, tornando-se num evento médico. “Cuidava-se como se o trabalho de parto fosse uma disfunção patológica, em vez de ser biologicamente normal e saudável. As parteiras foram substituídas por médicos”³⁷. (Tradução) (Zwelling, 2008, p.85) Ao mesmo tempo que a mulher deixou de ter um papel ativo no TP, ocorreu um aumento substancial da tecnologia e das intervenções aplicadas no decorrer do mesmo. As intervenções que são realizadas de forma rotineira e desnecessária podem ter consequências negativas no parto, na mãe e no recém-nascido. Como defende a Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (APEO) e a *Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME)* (2009):

em mulheres de baixo risco (...) o uso rotineiro e desnecessário de intervenções altera o curso fisiológico do parto e pode desencadear uma cascata de eventos (...) Neste processo o aumento do nível de complexidade do procedimento está associado ao aumento do risco decorrente dele, quer para a mãe quer para o filho. (APEO & FAME, 2009, p.15)

A Organização Mundial de Saúde (OMS), a *ICM* e a *APEO* defendem o parto natural/ normal.

De acordo com a OMS em 1996:

Definimos parto normal como sendo espontâneo e de baixo risco no início, permanecendo assim durante o trabalho de parto e parto. A criança nasce espontaneamente na apresentação de vértice entre as 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o parto, tanto a mãe como a criança estão em boas condições.³⁸ (Tradução) (WHO, 1996, p.4)

As vantagens do parto natural/ normal são inúmeras, pois a natureza segue o seu curso, englobando o nascimento na hora certa do recém-nascido, a sua melhor adaptação à vida extrauterina, a potencialização do processo de vinculação e a recuperação mais célere da mulher. (APEO & FAME, 2009, p.15). As práticas obstétricas devem pautar-se pelo respeito pelo processo fisiológico e dinâmica própria de cada nascimento, sendo as intervenções cuidadosas, evitando-se excessos e fazendo-se um uso criterioso da tecnologia. (APEO & FAME, 2009, p.15)

³⁷ “Care was provided as if the maternity process was a pathologic dysfunction rather than biologically healthy and normal. Midwives were replaced by physicians.” (Zwelling, 2008, p.85)

³⁸ “we define normal birth as: spontaneous in onset, low-risk at the start of labor and remaining so throughout labor and delivery. The infant is born spontaneously in the vertex position between 37 and 42 completed weeks of pregnancy. After birth mother and infant are in good condition.”(WHO, 1996, p.4)

O EESMO “assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos.” (Regulamento N.º127/2011, 2011) É da competência específica do EESMO a realização do Parto Normal.

A promoção da hidroterapia, como medida de conforto não farmacológica, pode ser utilizada pelo EESMO na mulher em TP de forma a promover a sua participação ativa e prevenir ou atrasar a necessidade de instrumentalização, favorecendo o parto normal/ natural.

Ainda que não esteja a exercer a minha atividade profissional num serviço de saúde materna e obstétrica, perspectivo a curto prazo vir a fazê-lo. O desenvolvimento de um projeto subordinado ao tema da utilização da hidroterapia como um cuidado especializado de enfermagem na promoção de conforto na parturiente, será, a meu ver, um contributo importante para a prestação de cuidados especializados de qualidade às mulheres em trabalho de parto e pessoas significativas, no meu próximo local de trabalho. É também a oportunidade para satisfazer um desejo pessoal: o de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências ao nível da hidroterapia, nomeadamente no parto na água e de poder com o término do curso de mestrado vir a aplicá-los.

Questão de Partida

Tendo por base o meu interesse sobre a temática e baseando-me numa revisão narrativa da literatura, delineei como questão de partida, respeitando o formato PICO:

Como pode a hidroterapia enquanto cuidado especializado de enfermagem (I), ser utilizada na promoção do conforto (O) da parturiente (P)?

Foram definidos como descritores de pesquisa:

- Hidroterapia (*hydrotherapy*);
- TP (*labor*);
- Enfermagem (*nursing*);

Ainda que desde os anos 80 do século XX se tenha observado um aumento de interesse e utilização da hidroterapia em parturientes, com o objetivo de promoção de conforto, o desenvolvimento de trabalhos de investigação sobre a aplicação desta intervenção no que diz respeito às indicações, efeitos maternos e fetais, critérios de aplicação e problemas na implementação são escassos. Assim como são escassos os estudos de investigação sobre a hidroterapia para a parturiente na modalidade de duche, sendo estes maioritariamente associados à imersão na água durante o TP e parto.

Conhecendo o contexto do atendimento às parturientes nas instituições em que os estudantes da ESEL irão desenvolver os seus ensinamentos clínicos, sei que a utilização da hidroterapia está limitada à utilização do duche, com a exceção de um hospital público na área de Lisboa e Vale do Tejo.

Tendo noção das limitações acima explicitadas, com a execução deste projeto espero vir a conhecer as indicações, os principais efeitos e critérios de aplicação da hidroterapia nas suas diversas facetas, na promoção de conforto para a parturiente. Pretendo desta maneira contribuir para o desenvolvimento do corpo de saber na área de hidroterapia durante o trabalho de parto enquanto cuidado especializado de enfermagem.

Hidroterapia

O EESMO assume como competência específica cuidar a família e comunidade durante o TP, o que implica: a conceção, o planeamento, a implementação e a avaliação de intervenções no que diz respeito à promoção de conforto e bem-estar para a parturiente e conviventes significativos; intervenções adequadas à evolução do TP, otimizando as condições de saúde da mãe e feto; a cooperação com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor; e a aplicação de técnicas adequadas à realização do parto de apresentação cefálica. (Regulamento N.º 127/2011, 2011) A hidroterapia pode ser uma poderosa aliada do EESMO na promoção do conforto da parturiente, na otimização do TP normal/ natural e atrasando ou eliminando intervenções que possam aumentar o risco materno e fetal.

As medidas de conforto no TP são dirigidas para a diminuição da tensão abrangendo a totalidade do corpo da mulher, e visando o estabelecimento de um sentimento de bem-estar, de modo a potenciar a normal fisiologia do processo de TP (Koehn, 2000, p.67).

A hidroterapia compreende a utilização de água quente sob a forma de duche, banhos de banheira e hidromassagem, sendo uma intervenção não farmacológica, alternativa e efetiva de auxiliar a parturiente de baixo risco a gerir o parto (Stringer & Hanes, 1999). Podendo o mesmo ser realizado dentro de água se a parturiente/casal assim o desejar e se forem reunidos critérios para tal.

A hidroterapia é referida como redutora de ansiedade e dor. Está associada à diminuição dos níveis de catecolaminas e aumento da produção de ocitocina e endorfinas, ao aumento da velocidade da dilatação do colo uterino, à facilitação da descida fetal, à manutenção da integridade perineal, à redução da instrumentalização do parto e ao aumento da satisfação da mulher com o parto. (Lowdermilk & Perry, 2008, p.363) A utilização da água durante o TP influencia a psicologia e

fisiologia materna, em conjunto com outros factores como a mudança de posição e liberdade de movimentos.

Modelo Teórico de Referência

As terapias alternativas ou complementares à medicina convencional, nas quais se inclui a hidroterapia, promovem o conforto holístico, que compreende o equilíbrio espiritual, emocional, psicológico e social da experiência do parto. (Koehn, 2000, p.75)

O modelo teórico de enfermagem de Katharine Kolkaba servirá como modelo referência para o desenvolvimento deste estudo. Ele compreende a teoria de médio alcance do conforto holístico. A sua escolha teve por base a adequação à questão de partida.

De acordo com Kolkaba, o conforto em enfermagem pode ser definido como: “a satisfação (ativa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas de alívio, bem-estar ou transcendência decorrentes de situações de cuidados de saúde destabilizadoras”³⁹ (Kolkaba, 1994, p.1178)

O conforto é um resultado holístico de pessoas dinâmicas multifacetadas. (Kolkaba, 1994, p.1179). Ele é composto por três estados: alívio (experiência de ver uma necessidade específica atendida), bem-estar (estado de calma ou contentamento, necessário a uma *performance* eficiente), e transcendência (estado mediante o qual capacidades normais são superadas), e por 4 contextos de desenvolvimento: o físico (sensações corporais), o psicoespiritual (consciência interna do *self*), o social (relações interpessoais, familiares e culturais, aspetos financeiros e informativos) e o ambiental (luz, som, temperatura...). Quando as dimensões e os estados de conforto são interrelacionados surgem 12 facetas de conforto (Kolkaba, 1994, p.1179), intimamente relacionadas. O conceito de conforto é holístico e complexo. Compreendendo-se desta forma que, ainda que a parturiente no decorrer do TP vivencie dor, se consiga sentir confortável por ver outras dimensões do conforto atendidas.

A teoria do conforto holístico assume que: os seres humanos têm respostas holísticas a estímulos complexos; o conforto é um resultado holístico que é inerente à disciplina de enfermagem e que os seres humanos lutam para satisfazer, ou para que lhes sejam satisfeitas, as suas necessidades básicas de conforto. (Kolkaba, 1994, p.1178)

³⁹ “the satisfaction (actively, passively or co-operatively) of the basic human needs for relief, ease or transcendence arising from health care situations that are stressful” (Kolkaba, 1994, p.1178)

Kolkaba considera que a **soma do ambiente interno e externo** dos seres humanos se pode definir como **ambiente total**. É neste ambiente total que surgem as **situações estímulo de cuidados de saúde**. As situações estímulo originam a **pressão alfa** (*alfa-press*). A pressão alfa é constituída pelas **forças obstrutivas**, pelas **forças facilitadoras** e as **forças de interação** face às necessidades de conforto geradas por uma determinada situação estímulo de cuidados de saúde. As **forças obstrutivas** são o total dos estímulos negativos que se geram durante uma situação de cuidados. Nas **forças facilitadoras** estão incluídas a capacidade individual de resposta à situação estímulo e os cuidados de enfermagem. As **forças de interação** englobam as experiências passadas da pessoa, a idade, a atitude, o estado emocional, o sistema de suporte e a totalidade dos elementos envolventes da situação de cuidados de saúde.

A partir da dinâmica que se estabelece entre os elementos constituintes da pressão alfa surge a **pressão beta** (*beta-press*). Ela evidencia quão bem as necessidades de conforto (físico, psicoespiritual, ambiental e social) derivadas das forças obstrutivas, em conjugação com as forças de interação, foram satisfeitas pelas forças facilitadoras, resultando em alívio, bem-estar e transcendência. Se o **resultado for positivo** promove-se o desenvolvimento da expectativa que outras situações também terminem positivamente, contribuindo para a chamada **tendência unitária** (*unitary-trend*). A tendência unitária é a coordenação comportamental de atividades para atingir um determinado efeito. Padrões de hábitos de sucesso e objetivos geram um **tema** (*thema*) que fornece direção em ações futuras. O **tema de saúde** compreende os **comportamentos de busca de saúde**, intrinsecamente relacionados com a **promoção do conforto**. Segundo esta teoria os cuidados de enfermagem passam pela determinação das necessidades de conforto da pessoa; pelo desenvolvimento de intervenções, visando a mudança da tensão patente na pressão alfa, numa direção positiva promovendo ou reforçando o conforto, promovendo padrões de hábitos de saúde de sucesso; e pela avaliação da implementação dessas mesmas intervenções (Kolkaba, 1994, p.1180-1181)

Transpondo a teoria holística do conforto para o TP, os estímulos externos e internos do ambiente total podem provocar um desequilíbrio entre as forças obstrutivas e facilitadoras da parturiente (ex.: dor, ambiente hostil, experiências passadas...). Os enfermeiros vão intervir, tentando em conjunto com a parturiente identificar forças facilitadoras que invertam o sentido do desequilíbrio, atuando ao nível dos estados e contextos do conforto. Após a identificação e implementação das intervenções, a parturiente e o enfermeiro avaliam se o resultado do conforto foi atingido. O aumento de conforto indica que as forças facilitadoras foram repostas, levando a comportamentos

positivos por parte da parturiente, (Koehn, 2000, p.71) aumentando e potenciando assim a sua capacidade para a participação ativa no parto normal.

De acordo com Koehn (2000) a teoria do conforto holístico de Kolcaba pode guiar os enfermeiros, neste caso específico o EESMO, para o ensino, aplicação e avaliação de medidas de conforto, particularmente, no que diz respeito a terapias alternativas durante o TP, como é o caso da hidroterapia.

1- PLANEAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO

1.1 Finalidades e Objetivos

O atual projeto tem como finalidade o desenvolvimento de competências enquanto futura Enfermeira Especialista de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, participando na melhoria da prestação de cuidados especializados no decorrer do período pré-natal e trabalho de parto, à mulher/recém-nascido/família, nomeadamente no que diz respeito à utilização da hidroterapia na promoção de conforto na mulher em TP.

Para tal foram delineados como objetivos, tendo em conta a OE e a *Internacional Confederation of Midwives*:

- Desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais no cuidar especializado da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- Desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais no cuidar especializado da mulher / pessoa significativa em TP, otimizando a saúde da parturiente;
- Desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais no cuidar especializado do RN otimizando a sua adaptação à vida extrauterina;
- Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências técnico-científicas e relacionais, na utilização da hidroterapia enquanto cuidado especializado de enfermagem, na promoção de conforto da parturiente.

Os objetivos supracitados serão desenvolvidos ao longo do ensino clínico estágio com relatório. No Apêndice I encontra-se o plano de atividades do ensino clínico estágio com relatório.

O objetivo de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências técnico-científicas e relacionais, na utilização da hidroterapia enquanto cuidado especializado de enfermagem, na promoção de conforto da parturiente, sendo norteador da realização deste projeto, foi transversal à quase totalidade dos ensinos clínicos. No Apêndice II encontram-se as atividades desenvolvidas nos restantes ensinos clínicos de forma a atingi-lo.

1.2 Metodologia e Plano de trabalho

No desenvolvimento das suas competências gerais e específicas é importante que o EESMO se pautem pela prática baseada na evidência. Craig e Smyth, citando o Departamento de Saúde do Reino Unido, referem que: “A perspectiva para a enfermagem do século vinte e um é que todos os enfermeiros procurem evidência e a apliquem na sua prática quotidiana, com uma proporção crescente de participação ativa em investigação e desenvolvimento.” (Craig & Smyth, 2004, p.4)

A prática baseada na evidência pode ser definida como o uso consciente, explícito e criterioso da melhor evidência obtida através da investigação, tendo em conta a competência clínica e os valores do cliente. (Craig & Smyth, 2004, p.9) Ela permite a melhoria da qualidade da prática de cuidados, com aumento da eficácia e elevação dos padrões.

Na realização deste trabalho será feito recurso à metodologia de investigação: revisão sistemática da literatura.

A revisão sistemática da literatura consiste na produção de resumos fiáveis da evidência relevante para uma investigação, através de métodos rigorosos que reduzam o viés. (Craig & Smyth, 2004, p.164)

A revisão sistemática da literatura pode ser utilizada como atalho para o processo da prática baseada na evidência, pela estratégia de pesquisa global, apreciação e síntese da evidência pela investigação. (Craig & Smyth, 2004, p.164)

Tendo em conta que para a diminuição do viés durante a realização de uma revisão sistemática da literatura seriam necessários dois revisores (Craig & Smyth, 2004, p.167), e na impossibilidade de tal, visto este ser um projeto individual, ainda que cumprindo os restantes critérios desta metodologia, optar-se-á por se denominar a mesma por revisão sistematizada da literatura.

Nesta fase do projeto, face ao tempo disponível, foi feita uma primeira pesquisa no interface eletrónico da *EBSCO HOST*, abrangendo as bases de dados da : *MEDLINE with Full Text, NHS Economic Evaluation Database, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Health Technology Assessments, Psychology and Behavioral Sciences Collection, MedicLatina, Academic Search Complete, Library e Information Science & Technology Abstracts.*

Os descritores utilizados na pesquisa foram: *hydrotherapy, labor e nursing*.

Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos encontrados na pesquisa foram: disponibilidade em *full text* (texto integral) ou passíveis de serem disponibilizados pelas bibliotecas do Centro Hospitalar de Lisboa – Zona Central; estudos quantitativos e qualitativos publicados; realizados há menos de 14 anos; publicados em português, inglês ou espanhol e que abordassem a temática da hidroterapia como cuidado de enfermagem na promoção do conforto das parturientes.

Após a aplicação dos critérios de inclusão, dos vinte sete estudos inicialmente obtidos na pesquisa foram selecionados seis, cujas tabelas de síntese preliminares se encontram disponíveis no Apêndice VI.

Durante o mês de Março de 2012 e de Junho de 2012 foram consultados dois EESMO peritos na utilização da hidroterapia para a promoção de conforto das parturientes, que contextualizaram a temática em estudo face à realidade portuguesa. Foi possível visitar a unidade do único hospital público português, em que se disponibiliza às parturientes a imersão e parto na água, tendo conhecido a sua filosofia de prestação de cuidados de enfermagem e modo de funcionamento. Em Novembro/ Dezembro de 2012 e Fevereiro de 2013 foram realizadas diligências para que parte do ensino clínico do Estágio com Relatório possa decorrer nesta unidade nas primeiras duas semanas de Julho de 2013, aguardando-se resposta ao ofício enviado pela ESEL.

No decorrer dos ensinamentos clínicos foram realizadas ações de sensibilização, um panfleto, notas de campo e serão realizados também diários de aprendizagem e intervenções adaptadas aos contextos de prática clínica, visando a implementação da hidroterapia como cuidado especializado de enfermagem na promoção de conforto na parturiente.

O cronograma com o planeamento de atividades do projeto individual está disponível no Apêndice VII.

Na realização do projeto serão tidas em conta considerações éticas e deontológicas.

qualquer investigação realizada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas. (...) Os conceitos em estudo, o método de colheita de dados e a divulgação de certos resultados de investigação podem, bem entendido, contribuir para o avanço dos conhecimentos científicos, mas também lesar os direitos fundamentais das pessoas. (Fortin, 1999, p.113)

Durante a sua prática de cuidados, tendo em conta o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o EESMO respeita os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento nº 122/2011, 2011).

2- REFLEXÃO FINAL

O Conforto da parturiente deve nortear a prestação de cuidados do EESMO. Uma parturiente cujo conforto seja mantido participará ativamente no seu TP. A promoção de conforto durante o TP facilita o desenrolar do parto normal e o atraso ou eliminação de intervenções que aumentam a morbidade e mortalidade materna e fetal. O conforto enquanto resultado do cuidar é inerente à prática de enfermagem e assume em obstetrícia um lugar de destaque.

Entre as várias intervenções especializadas para a promoção do conforto na parturiente, encontramos a hidroterapia. A hidroterapia faz uso de um elemento familiar ao ser humano: a água. As propriedades da água quente sobre a parturiente favorecem o bem-estar físico e psicológico essencial para a normal progressão do TP.

Apesar de se conhecerem as potencialidades do uso da hidroterapia no TP, em Portugal, esta intervenção encontra-se pouco implementada, o que em parte condicionou uma maior riqueza de experiências em contexto de ensino clínico.

No desenrolar do ensino clínico estágio com relatório pretendo continuar a participar no desenvolvimento de um corpo de conhecimentos que assista a implementação da hidroterapia enquanto cuidado especializado do EESMO na promoção de conforto da parturiente. Tentarei também partilhar com a equipa de enfermagem e grávidas/casais a evidência encontrada sobre a utilização da hidroterapia na promoção de conforto durante o TP. Assim como pretendo participar, aquando da decisão esclarecida da parturiente/casal, na utilização da hidroterapia enquanto cuidado especializado de enfermagem na promoção de conforto. Tenho grandes expectativas face à possibilidade de realização das últimas duas semanas de ensino clínico na unidade do único hospital público português que disponibiliza às parturientes a imersão e parto na água, pela riqueza de experiências e pela consolidação de conhecimentos que me poderá ser proporcionado.

Um projeto é isso mesmo, uma projeção, uma antevisão de um sonho. É passível de sofrer reformulações tendo em conta a realidade que se proporcionar. Este projeto sofreu algumas reformulações, mas o resultado continuará a ser o mesmo: a aquisição de competências e a partilha de conhecimentos, que proporcionem um enriquecimento dos cuidados especializados do EESMO.

BIBLIOGRAFIA

- APEO & FAME (2009) – *Iniciativa Parto Normal – Documento de Consenso*. Camarate: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Benfield, R. (2002) Hydrotherapy in labor. *Journal Of Nursing Scholarship: An Official Publication Of Sigma Theta Tau International Honor Society Of Nursing / Sigma Theta Tau*, 34 (4), 347-352. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2002.00347.x.
- Benfield, R.; Herman J.; Katz, V.; Wilson, S. & Davis, J. (2001) Hydrotherapy in labor. *Research in Nursing & Health*. 24 (1), 57-67. Acedido em: 18/04/2012, de WILEY Online Library. Disponível em: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1098-240X\(200102\)24:1%3C57::AID-NUR1007%3E3.0.CO;2-J/abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1098-240X(200102)24:1%3C57::AID-NUR1007%3E3.0.CO;2-J/abstract)
- Benfield, R.; Hortobágyi, T.; Tanner, C.; Swanson, M.; Heitkemper, M. & Newton E. (2010) The Effects of Hydrotherapy on Anxiety, Pain, Neuroendocrine Responses, and Contraction Dynamics During Labor. *Biological Research for Nursing*. 12 (1) 28-36. Acedido em: 18/04/2012, de SAGE. Disponível em: <http://www.brn.sagepub.com/content/12/1/28>
- Benner, P. (2001) – *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Couto, G. (2003) – *Preparação para o parto*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Craig, J. V. & Smyth, R. L. (2004) – *Prática Baseada na Evidência: manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Davim, R. et al (2008) Showering as a non-pharmacological strategy to relief the parturient pain. *Revista Eletrónica de Enfermagem*. 10 (3), 600-609. Acedido em: 21/11/2012, de EBSCOhost. Disponível em: <http://trabalho> de

parto://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=19&sid=4afa9d38-9f69-44b6-a451-48f768a968e9%40sessionmgr14.

- Decreto-Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro de 2009. Secção II - Código deontológico do enfermeiro. Diário da República I Série, N.º180 (16-09-2009) 6546-6549.
- Fortin, M. R. (1999) – *O Processo de Investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- ICM (2008) International Code of Ethics for Midwives. *International Confederation of Midwives*. 1-4. Acedido em: 21/09/2013, International Confederation of Midwives. Disponível em: http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20ENG%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf
- ICM (2011) Essential Competencies for Basic Midwifery Practice. *International Confederation of Midwives*. 1-19. Acedido em: 21/06/2012, International Confederation of Midwives. Disponível em: <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2011/DB%202011/Essential%20Competencies%20ENG.pdf>
- Koehn, M. (2000) Alternative and Complementary Therapies for Labor and Birth: An Application Of Kolkaba's Theory of Holistic Comfort. *Holistic Nursing Practice*. 15 (1), 66-77. Acedido em: 18/05/2012, de EBSCOhost. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&hid=12&sid=596ea7f6-96af-4dd9-b92d-6a2496a295dc%40sessionmgr13>
- Kolkaba, K. (1994) A theory of holistic comfort in nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 19 (6), 1178-1184. ISBN: Acedido em: 22/05/2012, de thecomfortline.com. Disponível em: <http://thecomfortline.com/files/pdfs/1994%20%20Holistic%20Comfort%20for%20Nursing.pdf>
- Kolkaba, K. (2001) Evolution of the mid-range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*. 49 (2), 86-92. Acedido em: 22/05/2012, de thecomfortline.com.

Disponível

em:

<http://www.thecomfortline.com/files/pdfs/2001%20%20Evolution%20of%20the%20Mid%20Range%20Theory%20of%20Comfort%20for%20Outcomes%20Research.pdf>

- Lei n.º 9/2009 de 4 de Março. Transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho, de 7 de Setembro, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais, e a Diretiva n.º 2006/100/CE, do Conselho, de 20 de Novembro, que adapta determinadas diretivas no domínio da livre circulação de pessoas, em virtude da adesão da Bulgária e da Roménia. Diário da República. I Série N.º 44 (04-02-2009) 1466-1530.
- Lowdermilk, D. L.; Perry, S. E. (2008) – *Enfermagem na Maternidade*. 7ª ed. Camarate: Lusodidacta- Soc. Port. de material didático, Lda.
- Many, E. ; Guimarães, S. (2006) – *Como Abordar.... A Metodologia de Trabalho Projeto*. Maia: Areal Editores.
- Ordem dos Enfermeiros (2002) *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – enquadramento conceptual - enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007) *Enfermagem portuguesa implicações na adequação ao Processo de Bolonha no atual quadro regulamentar*. *Ordem dos Enfermeiros*. 1-21. Acedido em: 04/06/2012, de Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/2007_EnfermagemPortuguesa_Processo_Bolonha.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2012) *Pelo Direito ao Parto Normal- Uma visão Partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista Diário da República II Série. N.º 35 (11-02-18) 8648-8653.

- Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Diário da República II Série. N.º 35 (11-02-18) 8662-8666.
- Richmond, H. (2003) Theories surrounding waterbirth. *The Practising Midwife*. 10, (2), 10-13. Acedido em: 25/07/2013, de EBSCOhost. Disponível em: <http://www.bumpstobabies.co.uk/Theories%20surrounding%20waterbirth.pdf>
- Rodrigues, M. S. G. (2011). *Interrupção Médica da Gravidez e Morte Fetal: Estratégias para um Cuidado de Enfermagem Especializado no Luto*. Lisboa. (Relatório de Estágio não publicado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Stark, M. & Miller, M. (2009) Barriers to the use of hydrotherapy in labor. *Journal of Obstetric, Gynaecologic, & Neonatal Nursing*. 38 (6), 667-675. Acedido em: 26/07/2012, de EBSCOhost. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=113&sid=f35b4728-c79c-4b62-8650-1c13a8b8a7c4%40sessionmgr111>
- Stark, M. & Rudell, B. (2008) Observing position and movements in hydrotherapy: a pilot study. *Journal of Obstetric, Gynaecologic, & Neonatal Nursing*. 37 (1), 116 - 122. Acedido em: 26/07/2012, de EBSCOhost. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=125&sid=0958566d-24d5-40e2-8fe5-0dbc0e908d08%40sessionmgr104>
- Stringer, M. & Hanes, Lisa (1999) Hydrotherapy use during labor: an integrative review. *The Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*. 6 (1), 3-9. DOI: 10.1111/j.1524-475X.1999.00003.x
- WHO (1996) *Safe motherhood, care in normal Birth: a practical guide*. Geneva: WHO

- Swelling, E. (2008) the Emergence of High-Tech Birthing. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 37 (1), 85-93. Acedido em: 22/05/2012, de Vile. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2007.00211.x/pdf>.

APÊNDICES

Apêndice I - Plano de Atividades do Ensino Clínico Estágio com Relatório

Plano de Atividades do Ensino Clínico Estágio com Relatório

Objetivo: Desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais no cuidar especializado da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.

COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
<p>“Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal” (REGULAMENTO N.º127/2011,2011)</p> <p><i>“Provide high quality antenatal care to maximize health during pregnancy and that includes early detection and treatment or referral of selected complications.”</i> (ICM,2011)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Observação da prestação de cuidados especializados de enfermagem e circuito da grávida/ acompanhante no local de ensino clínico; ✓ Consulta de documentação de prestação de cuidados de enfermagem especializados no local de ensino clínico; ✓ Revisão bibliográfica; ✓ Acolhimento à grávida e acompanhante; ✓ Realização de entrevista de enfermagem e identificação de problemas; ✓ Participar na monitorização 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal; ✓ Participação na melhoria da qualidade dos cuidados especializados prestados à mulher no período pré-natal; ✓ Desenvolver a capacidade de reflexão sobre a prática; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diários de Aprendizagem; ✓ Avaliações Formativas e Sumativas; ✓ Relatório da unidade curricular estágio com relatório;

COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
	<p>da gravidez;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Consultar informação relativa à vigilância de saúde da grávida; ✓ Participar na promoção de saúde pré-natal (estilos de vida saudáveis; medidas de suporte para alívio de desconfortos de gravidez; preparação para o parto/ parentalidade e saúde mental na vivência da gravidez); ✓ Promoção do plano de parto; ✓ Promoção do aleitamento materno; ✓ Promoção da Privacidade; ✓ Promoção do consentimento informado face aos cuidados especializados de enfermagem; ✓ Avaliação do bem-estar materno-fetal; ✓ Registo, avaliação e 		

COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
	<p>interpretação de cardiotocogramas;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Proceder se necessário e pertinente, mediante consentimento informado, à avaliação do índice de <i>bishop</i>, integridade das membranas e características do líquido amniótico; ✓ Informação à grávida e acompanhantes significativos sobre sinais e sintomas de risco e de recurso à urgência obstétrica; ✓ Esclarecimento de dúvidas e apoio emocional à grávida e pessoas significativas; ✓ Identificação e monitorização de desvios ao padrão de gravidez fisiológica, intervindo, referenciando quando além da área de atuação do 		

COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
	<p>EESMO e cooperando no tratamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Detecção, vigilância e cuidados a mulheres com patologia prévia ou concomitante com a gravidez, referenciando quando surjam alterações além da área de atuação do EESMO e cooperando no seu tratamento; ✓ Identificação e monitorização de trabalho de abortamento, com encaminhamento na ocorrência de complicações além da área de atuação do EESMO; ✓ Participar no apoio à mulher e pessoas significativas, durante o período de luto em caso de abortamento; ✓ Realização de registos de 		

COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
	enfermagem, participando na continuidade dos cuidados.		

Objetivo: Desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais no cuidar especializado da mulher / pessoa significativa em TP, otimizando a saúde da parturiente;

COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
<p>“Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.”</p> <p>(REGULAMENTO N.º127/2011,2011)</p> <p><i>“Midwives provide high quality,</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Observação da prestação de cuidados especializados de enfermagem no circuito da grávida/ pessoa significativa no local de ensino clínico; ✓ Consulta de documentação de prestação de cuidados de 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o TP; ✓ Participação na melhoria da 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diários de Aprendizagem; ✓ Avaliações Formativas e Sumativas ✓ Relatório da unidade curricular estágio com relatório

COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
<p><i>culturally sensitive care during labor, conduct clean and safe birth and handle selected emergency situations to maximize the health of women and their newborns ”</i> (ICM, 2011)</p>	<p>enfermagem especializados no local de ensino clínico;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisão bibliográfica; ✓ Acolhimento à grávida e pessoa significativa; ✓ Realização de entrevista de enfermagem e identificação de necessidades de cuidados de enfermagem; ✓ Consulta da informação relativa à vigilância de saúde da grávida; ✓ Atuar de acordo com plano de parto estabelecido por parturiente/casal; ✓ Manter um ambiente seguro durante o TP; ✓ Manter a privacidade da parturiente; ✓ Promoção do consentimento informado face aos cuidados especializados de enfermagem; 	<p>qualidade dos cuidados especializados prestados à mulher no período de TP;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Desenvolver a capacidade de reflexão sobre a prática; ✓ Realizar uma prática baseada na evidência, fazendo uso dos resultados da revisão sistematizada da literatura. 	

COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proporcionar apoio psicológico à parturiente e pessoas significativas; ✓ Promover a presença e envolvimento de uma pessoa de suporte durante o TP e parto; ✓ Promover medidas de conforto e de controlo não farmacológico da dor na parturiente (como é o caso da hidroterapia); ✓ Colaborar com outros profissionais no controlo farmacológico da dor da parturiente; ✓ Avaliação do bem-estar materno-fetal; ✓ Proceder se necessário e pertinente, mediante consentimento informado, à avaliação do Índice de Bishop, integridade das 		

COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
	<p>membranas e características do líquido amniótico;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar e monitorizar o trabalho de parto (fazer uso do partograma) e referenciar situações desviantes que excedam a área de competência do EESMO; ✓ Prestar cuidados à parturiente com patologia prévia ou concomitante à gravidez durante o TP; ✓ Realizar parto de apresentação cefálica; ✓ Realizar episiotomia se necessário; ✓ Clampar/cortar/realizar colheitas de sangue necessárias do cordão umbilical; ✓ Verificar a integridade da placenta e membranas após dequitação; 		

COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verificar a integridade e características do cordão umbilical; ✓ Avaliar a integridade do canal de parto e aplicar técnicas de reparação; referenciar as situações além das competências do EESMO; ✓ Vigiar a formação do globo de segurança de <i>pinard</i> e perdas hemáticas; ✓ Identificação precoce e atuação face a complicações pós-parto; ✓ Cooperar com outros profissionais nos cuidados à parturiente com complicações da gravidez e TP; ✓ Promover a vinculação mãe/pai/RN/conviventes significativos; 		

COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
	<ul style="list-style-type: none">✓ Promover o contacto precoce pele a pele;✓ Promover o aleitamento materno;✓ Informar sobre exercícios de <i>Kegel</i>;✓ Informar sobre sinais e sintomas de complicações puerperais e recurso à urgência obstétrica;✓ Realizar registos participando na continuidade de cuidados;		

Objetivo: Desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais no cuidar especializado do Recém-Nascido (RN) otimizando a sua adaptação à vida extrauterina.

COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
<p>“Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto (...) sentido de otimizar a saúde (...) do RN na sua adaptação à vida extrauterina.” (Regulamento N.º127/2011, 2011)</p> <p><i>“Midwives provide high quality, culturally sensitive care during labor, conduct clean and safe birth and handle selected emergency situations to maximize the health of women and their newborns ”</i> (ICM, 2011)</p> <p><i>“ Midwives provide high quality care, for the essentially healthy infant from birth to two months of age”</i> (ICM, 2011)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consulta de documentação de prestação de cuidados de enfermagem especializados no local de ensino clínico; ✓ Revisão bibliográfica; ✓ Preparação e verificação do material necessário para o RN previamente ao parto, incluindo o de reanimação; ✓ Prestação de cuidados imediatos ao RN: permeabilização das vias aéreas, estimulação tátil, secagem, aquecimento, clampagem do cordão umbilical... ✓ Avaliação da adaptação à vida extrauterina (Índice de Apgar); 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados ao RN; ✓ Participação na melhoria da qualidade dos cuidados especializados prestados ao RN na sua adaptação à vida extrauterina; ✓ Desenvolver a capacidade de reflexão sobre a prática; ✓ Realizar uma prática baseada na evidência, fazendo uso dos resultados da revisão sistematizada da literatura. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diários de Aprendizagem ✓ Avaliações Formativas e Sumativas ✓ Relatório da unidade curricular estágio com relatório

COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promoção do contacto precoce pele a pele; ✓ Promoção do aleitamento materno; ✓ Avaliação física do RN, referenciando no caso de alterações morfológicas e funcionais além da área de competência do EESMO; ✓ Realizar protocolos profiláticos (administração de vitamina K, profilaxia oftalmológica...); ✓ Proceder à identificação do RN e parturiente; ✓ Avaliar RN e assegurar a sua reanimação em caso de emergência; ✓ Cooperar com equipa multidisciplinar na prestação de cuidados ao RN com alterações morfológicas ou funcionais e se necessário 		

COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
	<p>participar na sua transferência para a unidade de neonatologia;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar registros participando na continuidade de cuidados; ✓ Prestar apoio emocional a pais e pessoas significativas face a situação clínica do RN; ✓ Esclarecimento de dúvidas aos pais sobre procedimentos realizados ao RN. ✓ Observar e participar nos cuidados ao RN específicos ao parto na água, 		

Objetivo: Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências técnico-científicas e relacionais na utilização da hidroterapia enquanto cuidado especializado de enfermagem na promoção de conforto da parturiente.

COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
<p>“Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.” (Regulamento N.º127/2011,2011)</p> <p>“Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.” (Regulamento N.º127/2011,2011)</p> <p>“Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto.” (Regulamento N.º127/2011,2011)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisão sistematizada da literatura; ✓ Realização de parte do ensino clínico estágio com relatório num bloco de partos onde se aplicam as modalidades de imersão durante o TP e parto na água; ✓ Observação e participação na utilização da hidroterapia na promoção de conforto da parturiente mediante decisão esclarecida; ✓ Sensibilização da equipa de enfermagem dos serviços onde realize ensino clínico para a utilização da 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aquisição e desenvolvimento de competências na utilização da hidroterapia enquanto cuidado especializado de enfermagem na promoção de conforto da parturiente; ✓ Participação na melhoria da qualidade dos cuidados especializados de enfermagem prestados na promoção do conforto da parturiente; ✓ Desenvolver a capacidade de reflexão sobre a prática; ✓ Realizar uma prática baseada na evidência, fazendo uso 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diários de Aprendizagem ✓ Avaliações Formativas e Sumativas ✓ Relatório da unidade curricular estágio com relatório.

COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
<p>“Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção de conforto e bem-estar da mulher.” (Regulamento N.º127/2011,2011)</p> <p><i>“The Midwife has the skill and/or the ability to: promote normal birth (...) provide (...) non-pharmacologic comfort measures during labor and birth (...) stimulate or augment uterine contractility, using non-pharmacologic agents (...) perform appropriate hand maneuvers for a vertex birth.”</i> (ICM,2011)</p>	<p>hidroterapia como cuidado especializado de enfermagem na promoção de conforto da parturiente;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sensibilização da mulher grávida/casal sobre o uso da hidroterapia na promoção de conforto durante o TP e suas condicionantes, promovendo uma decisão livre e esclarecida; ✓ Realização de notas de campo; 	<p>dos resultados da revisão sistematizada da literatura.</p>	

APÊNDICE II – Atividades Desenvolvidas nos Ensinos Clínicos II / III / IV

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS ENSINOS CLÍNICOS II / III / IV

Objetivo: Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências técnico-científicas e relacionais, na utilização da hidroterapia enquanto cuidado especializado de enfermagem, na promoção de conforto da parturiente.

Ensinos Clínicos	Atividades Propostas	Atividades Desenvolvidas/ Resultados
Ensino Clínico II	<ul style="list-style-type: none">✓ Estruturação do Projeto Individual “A Utilização da Hidroterapia como Promotora de Conforto na Parturiente: Um Cuidado Especializado de Enfermagem”;✓ Revisão sistematizada da literatura;✓ Auscultação da utilização da hidroterapia como promotora de conforto no TP no universo de prestação de cuidados.	<ul style="list-style-type: none">✓ Realizou-se a estruturação inicial do projeto individual, no entanto houve necessidade, de utilizar o alargamento do prazo de entrega do Projeto Individual, por condicionantes pessoais e de gestão de tempo disponível;✓ Proceceu-se ao início da revisão sistematizada da literatura, com definição da questão de partida, descritores, critérios de inclusão, seleção de estudos e síntese inicial dos estudos;✓ Realizou-se a auscultação da utilização da hidroterapia como promotora de conforto na parturiente no universo de prestação de cuidados;

Ensinos Clínicos	Atividades Propostas	Atividades Desenvolvidas/ Resultados
Ensino Clínico II		Nenhuma das parturientes/ casais a quem prestei cuidados utilizou a hidroterapia como promotora de conforto durante o trabalho de parto.
Ensino Clínico III	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisão sistematizada da literatura; ✓ Sensibilização da equipa de enfermagem para a utilização da hidroterapia como cuidado especializado de enfermagem na promoção de conforto da parturiente, partilhando resultados da revisão sistematizada da literatura; ✓ Sensibilização da mulher grávida/ casal sobre os benefícios e condicionantes ao uso da hidroterapia na promoção de conforto durante o TP promovendo uma decisão livre e esclarecida; ✓ Informar / colaborar na busca de recursos na comunidade que permitam a utilização da hidroterapia enquanto promotora de conforto na mulher em TP, se esta estiver contida no plano de 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Deu-se seguimento à revisão sistematizada da literatura; ✓ Foram desenvolvidas duas ações de formação no dia 06/12/2012, no âmbito de um curso de preparação para o parto, subordinadas ao tema: “Estratégias para proporcionar conforto durante o trabalho de parto”, onde estiveram presentes as duas EESMO da UCSP e grávidas e acompanhantes a frequentarem o curso (Apêndice III); ✓ Foi realizado um panfleto para ser entregue à grávida/ casal/ pessoas significativas, subordinado ao tema: “A hidroterapia no trabalho de parto” (Anexo IV); ✓ Foi realizada no universo de prestação

Ensinos Clínicos	Atividades Propostas	Atividades Desenvolvidas/ Resultados
Ensino Clínico III	parto da grávida/ casal;	<p>de cuidados, a sensibilização e identificação dos recursos, para que a grávida/ casal/ pessoas significativas pudessem utilizar a hidroterapia como promotora de conforto durante o TP;</p> <p>A totalidade das grávidas/ casais a quem prestei cuidados não se encontrava sensibilizada para a utilização da hidroterapia como promotora de conforto no trabalho de parto. A hidroterapia sobre a forma de duche foi a modalidade que mais aceitação teve pelas grávidas/ casais durante a sensibilização. Nenhum casal até ao final do ensino clínico demonstrou interesse na realização do parto na água.</p> <p>A equipe de enfermagem mostrou-se receptiva à sensibilização realizada.</p>
Ensino Clínico IV	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisão sistematizada da literatura; ✓ Sensibilização da equipa de enfermagem dos serviços para a utilização da hidroterapia como cuidado especializado de enfermagem na promoção de conforto da 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Por condicionantes pessoais e de gestão de tempo disponível, parte das atividades propostas não conseguiram ser realizadas; ✓ A sensibilização da equipa de enfermagem do local de ensino clínico e

Ensinos Clínicos	Atividades Propostas	Atividades Desenvolvidas/ Resultados
	<p>parturiente, partilhando resultados da revisão sistematizada da literatura;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sensibilização da mulher grávida/ casal sobre os benefícios e condicionantes ao uso da hidroterapia na promoção de conforto durante o TP promovendo uma decisão livre e esclarecida; ✓ Participar na utilização da hidroterapia como cuidado especializado de enfermagem na promoção de conforto da parturiente (duche), nas mulheres que reúnam critérios; ✓ Realização de diários de aprendizagem; ✓ Realização de notas de campo. 	<p>das grávidas/ casal sobre a utilização da hidroterapia na promoção de conforto da parturiente, no universo de cuidados, foi realizada de forma informal;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Houve participação na utilização da hidroterapia, como cuidado especializado de enfermagem na promoção de conforto (sob a forma de duche) após decisão livre e esclarecida. ✓ Foi realizada uma nota de campo (Apêndice V); <p>A totalidade das grávidas/ casais a quem prestei cuidados não se encontrava sensibilizada para a utilização da hidroterapia como promotora de conforto no trabalho de parto, no entanto após decisão livre esclarecida, duas grávidas utilizaram a hidroterapia na promoção de conforto. A equipe de enfermagem encontrava-se sensibilizada e promovia a utilização da hidroterapia na promoção de conforto sob a forma de duche.</p>

Apêndice III – Ação de Formação “Estratégias para proporcionar conforto durante o trabalho de parto” realizada no Ensino Clínico III

Plano da Ação de Formação

1- Características das Sessões:

Estudante: Ana Rita Costa

Data: 6 Dezembro de 2012

Local: _____

Hora: 8h e 15 horas

Tempo Previsto: 30 minutos;

Tema da Sessão: Estratégias para Proporcionar Conforto durante o Trabalho de Parto

População Alvo: Grávidas e acompanhantes que frequentam o Curso de Preparação para o parto na UCPS;

2- Objetivos da Sessão:

- ✓ Proporcionar reflexão sobre o conceito conforto e dor no trabalho de parto;
- ✓ Informar sobre as estratégias para proporcionar conforto durante o trabalho de parto;
- ✓ Informar sobre os efeitos das mesmas sobre o trabalho de parto;
- ✓ Proporcionar o intercâmbio de vivências e opiniões.

3- Metodologia:

- ❖ Métodos a Utilizar: Método participativo/ expositivo;
- ❖ Meios/ Recursos: Computador;

4- Avaliação:

- ❖ Forma de Avaliação: Questões no final da Sessão;

Estrutura Programática das Ações de Formação

Conteúdos	Métodos/Técnicas	Auxiliares Pedagógicos	Avaliação	Tempo
1- Plano da Sessão	Expositivo	Computador		2 Minutos
2- Sessão “Estratégias para Proporcionar Conforto durante o Trabalho de Parto”	Participativo	Computador		20 Minutos
3- Partilha de vivências/ Opiniões	Participativo		Colocação de questões no desenrolar do debate	8 Minutos

PowerPoint

ESTRATÉGIAS PARA PROPORCIONAR CONFORTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO



Conforto

- Compreende o equilíbrio espiritual, emocional, psicológico, físico e social.
- As medidas de conforto no TP são dirigidas para a diminuição da tensão abrangendo a totalidade do corpo da mulher, e visando o estabelecimento de um sentimento de bem-estar, de modo a potenciar a normal fisiologia do processo de TP.

(BUCKARA, 1994, p.1176)

(SCHEN, 2000, p.47)

Dor

- É uma experiência sensorial e emocional desagradável
- Ela é um fenômeno complexo, individual e multifatorial, influenciada por fatores psicológicos, biológicos, socioculturais e econômicos.

(DAVID, TORRES, MELO, 2007)

- As práticas obstétricas devem pautar-se pelo respeito pelo processo fisiológico e dinâmica própria de cada nascimento, sendo as intervenções cuidadosas, evitando-se excessos e fazendo-se um uso criterioso da tecnologia.

(APRO.FAME, 2009, p.15)



Estratégias não Farmacológicas

- Apoio do Acompanhante e Equipa
- Liberdade de Movimentos
- Técnicas de Relaxamento
- Bola de Parto
- Musicoterapia / Aromoterapia
- Hidroterapia

Apoio do Acompanhante e Equipa

- Promove a vinculação;
- Promove a participação ativa da grávida/casal;
- Promove a preparação para a parentalidade.
- Diminui a utilização de fármacos analgésicos;
- Diminui a instrumentalização do trabalho de parto;
- Promove níveis de satisfação superiores no trabalho de parto;



(LOTHIAN, DEVERIS, 2010)

Liberdade de Movimentos



Liberdade de Movimentos



Técnicas de Relaxamento

Exercícios Respiratórios:

- Diminuem a ansiedade;
- Reduzem a sensação dolorosa;
- Melhoram os níveis de oxigênio sanguíneo da mãe e fetais;
- Promovem a participação ativa da parturiente/casal;



(GALLO et al., 2011)

Técnicas de Relaxamento

Massagem:

- Promove alívio de dor pelo efeito de relaxamento;
- Proporcionar contato físico com a parturiente
- Pode ser aplicada em qualquer região que a parturiente referir desconforto.



(GALLO et al., 2011)

Bola de Parto

- Promove a correção da postura;
- Promove o alongamento e relaxamento muscular;
- Proporciona a liberdade de movimentos e a adoção de uma postura vertical;
- Auxilia a descida da apresentação fetal;



(GALLO et al., 2011)
(MOTTA e SILVA, 2011)

Musicoterapia

- Promove relaxamento muscular;
- Promove alívio da dor;
- Promove a diminuição do medo e tensão;
- Diminui a frequência cardíaca;
- Estimula a espiritualidade.



(TABARRO et al., 2010)

Aromoterapia

- Utiliza o poder das plantas através do uso das suas essências (óleos de massagem/essência).
- Promove o relaxamento;

(GAYESKI BRÜGEMANN, 2011)



Hidroterapia

- A hidroterapia compreende a utilização das propriedades água quente, para auxiliar a parturiente de baixo risco a gerir o parto.
(STRINGER, HANES, 1999)
- O Parto pode ser realizado dentro de água se a parturiente/casal assim o desejar e se forem reunidos critérios para tal.



Hidroterapia



□ Duche:

- Promove relaxamento muscular;
- Diminui os níveis de adrenalina;
- Acelera o ritmo de dilatação do colo uterino;
- Acelera a progressão do trabalho de parto;
- Reduz ansiedade;
- Aumenta a liberação de endorfinas

(PORFÍRIO,PROGIANTI, SOUZA,2010)

(GALLO et al, 2011)

Hidroterapia



□ Duche:

- a temperatura da água deverá estar entre os 37 a 38°C;
- A parturiente deve permanecer no mínimo 20 minutos no duche;
- O duche deve ser dirigido sobre a região dolorosa, (região lombar ou abdomen inferior).

(GALLO et al, 2011)

Hidroterapia



□ Imersão/Parto na Água

- Indicada na parturiente de baixo risco, em que o bem-estar materno e fetal estão assegurados;
- O padrão de trabalho de parto deve estar estabelecido (dilatação do colo uterino 4-5 cm);
- Requer a monitorização regular do bem-estar materno-fetal e temperatura;
- O parto na água requer preparação prévia da parturiente/ casal.
- Deverá ser realizado em ambiente seguro;

(STINGER, HANES,1999)



Obrigada

Bibliografia

- APDO - FAME (2009) – Iniciativa Parto Normal - Documento de Consenso. Camarate: Lunocócia, Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- BENFIELD, Rebecca D. (2002) – Hydrotherapy in labor. Journal Of Nursing Scholarship: An Official Publication Of Sigma Theta Tau International Honor Society Of Nursing / Sigma Theta Tau. ISSN: 1527-6548 Volume 34, n.4 (2011) p.387-392
- BENFIELD, Rebecca D. et al (2001) – Hydrotherapy in labor. Research in Nursing & Health. [em linha] Volume 24, n.1 (Fevereiro, 2001) p.57-67. DOI:10.1007/1098-300100201. acessado em 18/07/2012. em: <http://online.library.wiley.com/doi/10.1002/1098-3001002014743C57-AID-NR1007-3183102014>
- DAVIM, Regiane Maria Barbosa et al (2008) – Showering as a non-pharmacological strategy to relief the parturient pain. Revista Electronica de Enfermagem. [em linha] Volume 10, n.3 p.600-609. ISSN:1518-1944. acessado em 21/11/2012. de ERSCOnet. Disponível em: <http://web.ebscihost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&hid=12&aid=0985666d-2445-4262-8451-46768496869%40ebscihostmg13>
- GALLO, Rubeneide Karina Silva et al (2011) – Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial FEMINA. Brasil. ISSN 7, vol 39, nº 1 (Janeiro de 2011), p. 42-48.
- GAYENKA,Michela Estanisz, BRUGGEMANN,Olivia Maria (2010) – Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. Texto & Contexto Enfermagem. ISSN:0107-7079, vol 19, nº 4 (Outubro/ Dezembro de 2010) p. 774-782.
- GENOVA,World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research (1996). Safe Motherhood - Care in Normal Birth - a Practical Guide. Geneva: WHO. ISSN:0615110268
- KOEHN, Mary J. (2000) – Alternative and Complementary Therapies for Labor and Birth: An Application Of Kolka's Theory of Holistic Comfort. Holistic Nursing Practice. [em linha] Volume 14, n. 4 (2001) p. 46-77. ISSN: 0897-6111. acessado em 18/07/2012. de ERSCOnet. Disponível em: <http://web.ebscihost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&hid=12&aid=0985666d-2445-4262-8451-46768496869%40ebscihostmg13>

Bibliografia

- KOLKABA, Katharyne Y. (1994) – A theory of holistic comfort in nursing. Journal of Advanced Nursing. [em linha] Volume 19, n. 6 (Junho de 1994) p.1173-1184. ISSN: 7, acessado em: 21/07/2012. de ERSCOnet. Disponível em: <http://theonlinejournal.com/doi/pdf/1994/3205%20Holistic%20Comfort%20for%20Nursing.pdf>
- LOTHIAN, Judith,DEVRIES, Charlotte (2010) – The Official Lamaze Guide. 2ª ed. Marquette de Mandeville, Texas. ISBN:978-0-83166-866-6.
- MAISTRE,Giles de [vidéo] - Le Premier Cri. [s.l.]: Mai Juin Productions,2007. CD (99 min).
- MOYA E SILVA, Lisa et al (2011) – Uso da bola suíça no trabalho de parto. Acta Paulista de Enfermagem. Brasil. ISSN:0103-7104 vol 24, nº 5 (Setembro / Outubro de 2011), p. 658-662.
- PORFÍRIO, Alina Bastos, PROGIANTI, Jane Mânica, SOUZA, Danalle O.M. (2010) – Humanized practices of nurse-midwives in hospital delivery care. Revista Electronica de Enfermagem. [em linha] Volume 12, n.2, p.331-336. ISSN:1518-1944. acessado em 21/11/2012. de ERSCOnet. Disponível em: <http://web.ebscihost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&hid=12&aid=0985666d-2445-4262-8451-46768496869%40ebscihostmg13>
- SHANK, M.A.; RIDDILL, B. (2000) – Observing position and movements in hydrotherapy: a pilot study. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. [em linha] Volume 37, n.º 1 (Janeiro - Fevereiro, 2008) p.116-122. ISSN: 0898-2115. acessado em 28/07/2012. de ERSCOnet. Disponível em: <http://web.ebscihost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&hid=12&aid=0985666d-2445-4262-8451-46768496869%40ebscihostmg13>
- STINGER, Marilyn; HANES, Lisa (1999) – Hydrotherapy use during labor: an integrative review. The Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing. ISSN: 1072-7639. Vol.6, n.º 1 (Janeiro 1999). Sem periódico.
- TABARRO,et al (2010) – Fiesto da música no trabalho de parto e no recém-nascido. Revista da Escola de Enfermagem da U.F.P. Brasil. ISSN: 0080624 vol 44, n.º 2, (Junho de 2011), p. 443-442.

Apêndice IV – Panfleto “A Hidroterapia no Trabalho de Parto” realizado no Ensino Clínico III

A Hidroterapia no Trabalho de Parto

Se estiver interessada nesta estratégia de promoção de conforto no trabalho de parto, informe-se de que forma esta lhe é disponibilizada na sua maternidade de referência:



Bibliografia

- * [Bibliography entry 1]
- * [Bibliography entry 2]
- * [Bibliography entry 3]
- * [Bibliography entry 4]



Ass Rita Costa (SCMMO, BSL)
Enfermeira EMO Ass Mães
Enfermeira EMO Conceição Galvão

A Hidroterapia no Trabalho de Parto



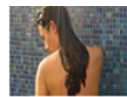
A Hidroterapia no Trabalho de Parto

A Organização Mundial de Saúde recomenda o uso de medidas não farmacológicas para proporcionar conforto durante o trabalho de parto, promovendo a participação ativa da mulher.

A hidroterapia no trabalho de parto compreende a utilização das propriedades da água, sob a forma de duche ou imersão vigiada, na promoção do conforto e na normal progressão do trabalho de parto.



Duche no Trabalho de Parto



- * Reduz ansiedade;
- * Promove relaxamento muscular;
- * Aumenta a libertação de endorfinas
- * Diminui os níveis de adrenalina;
- * Acelera o ritmo de dilatação do colo uterino;
- * Acelera a progressão do trabalho de parto.

Como Utilizar

- * A temperatura da água do duche deverá estar entre os 37 a 38°C;
- * A parturiente deve permanecer cerca de 20 minutos no duche;
- * O duche deverá dirigido sobre a região dolorosa, (região lombar ou abdomen inferior).



Imersão Vigiada/ Parto na Água

- * Promove o relaxamento;
- * Promove diminuição da dor;
- * Permite a participação ativa da parturiente/ casal no trabalho de parto;
- * Encoraja e facilita as posições verticais e libertação de movimentos;
- * Acelera o ritmo de dilatação do colo uterino;
- * Melhora a coordenação da contração uterina;
- * Acelera a descida da apresentação fetal.

Crítérios a Preencher

- * preparação da parturiente / casal para a hidroterapia
- * parturiente de baixo risco;
- * monitorização regular do bem-estar materno-fetal e temperatura;
- * bem-estar materno e fetal estão assegurados;
- * padrão de trabalho de parto estabelecido (dilatação do colo uterino 4-5 cm).



NOTAS DE CAMPO

Ensino Clínico IV

8h-16h30m

Descrição da Situação	Comentários do Observador
<p>Às 15h45m a D. A, encontrava-se com queixas algícas dorsolombares intensas. O seu companheiro veio pedir ajuda... A analgesia prescrita administrada não tinha surtido efeito.</p> <p>A D. A. encontrava-se a realizar uma interrupção médica da gravidez por cromossomopatia fetal.</p> <p>Quando chegámos ao quarto (eu e a orientadora local) a D. A encontrava-se em posição fetal, com facies de dor, referia querer experimentar o duche, como lhe tínhamos falado antes. Referia também que: “A única coisa que não queria sentir eram dores... E não me estou a sentir bem... assim suja”. Apresentava discretas perdas vaginais de muco sero-hemático. Retirámos a terapêutica endovenosa que tinha em curso e encaminhámo-la ao wc do quarto. Em seguida explicámos como utilizar o duche. Referiu que preferia ficar acompanhada pelo companheiro no duche. Despedimo-nos da D.A. o turno estava a terminar.</p> <p>No dia seguinte, pelas 10h encontrei a D. A no serviço de ginecologia contíguo. Tinha um facies triste, no entanto, referiu: “no duche</p>	<p>A hidroterapia é uma intervenção especializada que o EESMO pode usar na promoção de conforto na mulher, mesmo em situações de interrupção médica de gravidez, com relevância na diminuição da intensidade da dor percecionada e podendo atuar em outras facetas do conforto.</p>

NOTAS DE CAMPO

Ensino Clínico IV

8h-16h30m

Descrição da Situação	Comentários do Observador
fiquei sem dores, nem sequer queria sair....”	

Autor/Ano/Título	STARK, M.A.; MILLER, M.G. (2009) – Barriers to the use of hydrotherapy in labor. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. [em linha]. Volume 38, n.º6 (Novembro-Dezembro, 2009) p.667-675. ISSN: 0884-2175, acedido em: 26/07/2012, de EBSCOhost. Disponível em: http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=113&sid=f35b4728-c79c-4b62-8650-1c13a8b8a7c4%40sessionmgr111
Objetivos	Examinar os factores percecionados pelas enfermeiras como barreiras ao uso da hidroterapia em TP
Tipo	Estudo quantitativo: pesquisa descritiva comparativa Foram tidas em conta considerações éticas no desenho do estudo.
Participantes	Enfermeiras que prestaram cuidados a mulheres em TP nos últimos 12 meses, recrutadas na National Nursing Conference da AWHONN em Junho de 2007
Resultados	<p>As preocupações pessoais apresentaram-se como a principal barreira ao uso da hidroterapia, seguidas, do esforço necessário para a sua realização e do ambiente de prestação de cuidados. A falta de conhecimento sobre a segurança e efetividade da hidroterapia não foi tida como constrangimento.</p> <p>As características da unidade de saúde onde as enfermeiras prestam cuidados influenciam as barreiras que são percecionadas face à implementação da hidroterapia. Em unidades com taxas mais elevadas de analgesia epidural e cesarianas, são percecionadas mais barreiras ao uso da hidroterapia, independentemente da taxa de natalidade. Em unidades em que as nurse-midwives realizavam a maior parte dos partos, foram identificadas menos barreiras e menor esforço na aplicação da hidroterapia em parturientes, em comparação com as unidades onde os partos são conduzidos predominantemente pela classe médica. Este facto pode ser justificado pela posição filosófica assumida pelas nurse-midwives, na qual o parto é um processo normal, sendo a hidroterapia uma poderosa aliada, atrasando ou evitando intervenções médicas.</p> <p>As enfermeiras que prestam cuidados em unidades onde se realiza analgesia epidural de forma rotineira, poderão ter expectativas diferentes face ao seu papel durante a prestação de cuidados no TP. Poderão sentir que as competências de suporte à parturiente não são necessárias, não sendo a hidroterapia relevante enquanto intervenção.</p> <p>Face à utilização do duche no TP, a maioria das enfermeiras referiram, que esta era uma modalidade segura, efetiva e acessível. Encontrando-se confortáveis na prestação de cuidados à parturiente aquando da sua utilização.</p> <p>No que diz respeito à implementação da hidroterapia nas unidades de saúde, as autoras chamam à atenção, que os recursos necessários à sua realização não se esgotam na aquisição de uma banheira. Existem outros materiais específicos que são necessários, como por exemplo um</p>

doppler à prova de água ou luvas adaptadas. É também necessário que sejam desenvolvidos protocolos baseados na evidência para a realização da hidroterapia. As enfermeiras peritas na realização da hidroterapia devem supervisionar as que ainda não desenvolveram essa competência. A administração da unidade de saúde e as outras enfermeiras do serviço, devem assegurar a prestação de cuidados a outras parturientes, enquanto as restantes desenvolvem proficiência na hidroterapia. É também importante que as enfermeiras se mantenham atualizadas sobre a evidência relativa à segurança da hidroterapia no parto normal. Os líderes de enfermagem devem promover um ambiente de suporte para que intervenções baseadas na evidência, como a hidroterapia, possam ser implementadas.

A hidroterapia é segura, efetiva, e de baixo custo como método de conforto. O conhecimento das barreiras à sua aplicação potencia a sua eliminação.

Autor/Ano/Título	BENFIELD, Rebecca D. et al (2010) – The Effects of Hydrotherapy on Anxiety, Pain, Neuroendocrine Responses, and Contraction Dynamics During Labor. <i>Biological Research for Nursing</i> . [em linha]. Volume 12, n.º1 (Agosto, 2010) p.28-36. DOI: 10.1177/1099800410361535, acedido em: 18/04/2012, de SAGE. Disponível em: http://www.brn.sagepub.com/content/12/1/28
Objetivos	Examinar os efeitos da hidroterapia na: dor, ansiedade, respostas neuroendócrinas, alteração do volume plasmático e contrações uterinas da mulher durante o TP.
Tipo	Estudo quantitativo: estudo piloto, com desenho pré teste/ pós teste (avaliação das variáveis em estudo antes da hidroterapia, 15 m e 45 m durante a sua realização). Foram tidas em conta considerações éticas no desenho do estudo.
Participantes	11 Mulheres com 37 semanas de gestação, utentes de clínicas de baixo risco do <i>County Health Department</i> , da Universidade de Medicina da Carolina do Sul e de 2 consultórios privados, que respondiam aos critérios de inclusão: idade entre os 17-40 anos; gestação única, baixo risco de complicações obstétricas, não fumadoras; sem história de: abuso físico / drogas, herpes genital, depressão, ansiedade, problemas psicossociais graves, cesariana, hematócrito maior ou igual a 32% ou de TP prévio com menos de 1 hora de duração.
Resultados	Tendo em conta os níveis prévios à imersão, a hidroterapia esteve associada a um decréscimo substancial na ansiedade da parturiente aos 15 e 45 m. No grupo como um todo não houve diferenças substanciais entre os níveis de dor pré e pós imersão. No entanto quando se separou o grupo em subgrupos de acordo o nível de dor pré imersão, visualizaram-se diferenças significativas, com a dor a diminuir mais para mulheres com uma dor basal prévia mais elevada aos 15 e 45 minutos.

No que diz respeito aos níveis de cortisol, não existiram diferenças entre os valores pré e pós imersão. No entanto os valores de cortisol baixaram duas vezes mais ao fim de 15 m de imersão nas mulheres com dor basal mais elevada.

Os níveis de beta endorfinas aumentaram no grupo como um todo aos 15m, mas aos 45 m não diferiam muito dos valores prévios à imersão.

O volume plasmático diminui significativamente tendo em conta os valores de pré-imersão, aos 15 e 45 m após imersão.

Os valores de adrenalina e noradrenalina não se alteraram significativamente com a hidroterapia. As contrações uterinas diminuíram significativamente com a imersão.

A diminuição da intensidade da dor nas mulheres com níveis basais elevados. esteve associada à diminuição dos níveis de cortisol,

Ainda que a hidroterapia tenha estado associada à diminuição dos níveis de cortisol, falhou em diminuir os níveis de adrenalina e noradrenalina.

Os achados face aos níveis de betaendorfinas parecem apontar para que a sua atividade estará mais associada a mecanismos de atividade local, do que a globais de controlo da dor.

Autor/Ano/Título	BENFIELD, Rebecca D. et al (2001) – Hydrotherapy in labor. <i>Research in Nursing & Health</i> . [em linha]. Volume 24, n.º1 (Fevereiro, 2001) p.57-67. DOI:10.1002/1098240200102241, acedido em: 18/04/2012, de WILEY Online Library. Disponível em: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1098-240X(200102)24:1%3C57::AID-NUR1007%3E3.0.CO;2-J/abstract
Objetivos	Determinar se a hidroterapia pode prevenir os efeitos indesejados da ansiedade e de dor no parto, atenuando o efeito da estimulação do sistema nervoso simpático e promovendo o relaxamento nas parturientes.
Tipo	Estudo quantitativo: estudo de grupo de controlo, com pré-teste e pós-teste (com avaliação das variáveis em estudo antes da hidroterapia, 15 m e 45 m durante a sua realização) Foram tidas em conta considerações éticas no desenho do estudo.
Participantes	18 Mulheres caucasianas do sudoeste dos Estados Unidos da América, divididas: 9 no grupo experimental (imersão) e 9 no grupo de controlo (sem imersão). Respondendo aos critérios de inclusão: paridade inferior ou igual a 1; gestação única; baixo risco de complicações de gravidez/ parto; 38 a 41 semanas de idade gestacional na altura do parto; TP espontâneo; dilatação cervical entre os 3 e 4 cm, rutura espontânea ou membranas intactas no decorrer do TP; liquido amniótico claro, sinais vitais estáveis no início do TP e nonstress test negativo.
Resultados	A ansiedade e dor materna durante o TP estão associadas ao seu prolongamento, distócia e comprometimento do bem-estar fetal. O tratamento tradicional para a ansiedade e dor no TP inclui: agentes farmacológicos, instrumentação e cesarianas associados a riscos maternos e fetais. Fisiologicamente a dor e a ansiedade ativam o sistema nervoso simpático, com um aumento da

libertação de adrenalina e noradrenalina. Não são desejáveis níveis elevados de adrenalina e noradrenalina no TP, visto que podem comprometer a circulação uteroplacentária, com consequente hipóxia fetal. A Hidroterapia na forma de imersão promove a diminuição da ansiedade, da dor e consequente relaxamento. As mulheres que recebem hidroterapia durante o TP apresentam menos dor, melhoria da dilatação cervical, maior velocidade na descida da apresentação fetal, menor uso de analgesia epidural, melhoria na coordenação da atividade uterina e menor incidência de hemorragias associadas ao parto. A nível fetal a hidroterapia está associada ao aumento das acelerações na frequência cardíaca fetal. Não existe aumento do risco de infeção materno e fetal, com rutura ou membranas intactas. Assim como o seu uso não se associa a um aumento das complicações neonatais.

Quanto aos resultados do estudo, as mulheres que participaram no grupo da hidroterapia, apresentaram uma diminuição mais acentuada na ansiedade aos 15m de aplicação que as mulheres do grupo de controlo. Aos 60 minutos esse decréscimo foi menos acentuado, mas nesta altura as mulheres do grupo de controlo apresentaram um aumento da ansiedade. A nível da dor, também o grupo de mulheres da hidroterapia aos 15 m apresentaram uma diminuição mais acentuada que o grupo de controlo. Aos 60 m esse decréscimo foi menos acentuado, com o grupo de controlo a apresentar um aumento. No entanto o nível de dor basal no grupo da hidroterapia era mais elevado, podendo ter condicionado os resultados obtidos. Em ambos os grupos experimentais a dor e a ansiedade estiveram moderadamente correlacionadas. As mulheres que participaram no grupo da hidroterapia tiveram um maior aumento do volume plasmático, com uma diferença substancial entre grupos aos 60 m. Não se encontraram grandes diferenças entre grupos no que diz respeito ao doseamento de catecolaminas. A imersão parece ter provocado um aumento súbito do volume plasmático. Este aumento em associação com outras alterações cardiovasculares pode ter contribuído para o relaxamento das parturientes. O facto da hidroterapia proporcionar um meio familiar às parturientes (a água), pode auxiliar na diminuição do stress no TP. Os resultados vieram confirmar que os efeitos da hidroterapia se fazem sentir mais intensamente numa fase inicial da sua utilização. Os efeitos terapêuticos na imersão na água fazem da hidroterapia uma alternativa ou intervenção suplementar para as clientes que necessitem de um alívio rápido da dor e ansiedade.

Autor/Ano/Título	STRINGER, Marilyn; HANES, Lisa (1999) - Hydrotherapy use during labor: an integrative review. The Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing, ISSN: 1072-7639. Vol.6, n. ° 1 (Janeiro 1999). Sem paginação
Objetivos	Determinação da validade e segurança do uso da hidroterapia em mulheres em TP
Tipo	Revisão Sistemática da Literatura, com recurso às bases de dados da <i>CINAHL</i> e <i>MEDLINE</i>
Participantes	
Resultados	A hidroterapia consiste no uso da água quente, para promover bem-estar psicológico e

fisiológico. Duches, banheiras, banheiras de hidromassagem e Jacuzzis são meios para a realização de hidroterapia.

A hidroterapia é uma opção menos invasiva e mais natural para diminuir o desconforto provocado pelas contrações uterinas.

A hidroterapia pode ser usada na mulher grávida com duas intenções: relaxamento no TP e diminuição do edema durante a gravidez. Sendo menos frequente a sua utilização nesta última indicação.

A nível fisiológico, a hidroterapia provoca relaxamento, aumenta a frequência das contrações durante a fase ativa do TP, e diminui o edema. A nível psicológico, citando Odent (1983), a hidroterapia promove um estado de relaxamento mental.

Após a imersão em água quente, ocorre a transferência do calor da água para o corpo da mulher, relaxando os músculos abdominais, e ocorrendo diminuição da intensidade da dor. O aumento do conforto leva a diminuição da ansiedade, diminuição da produção de adrenalina, aumentando-se a produção de endorfinas e ocitocina. O aumento da ocitocina estimula o TP e aumenta a dilatação cervical. No entanto estudos referem que, se se realizar a imersão da mulher antes que o padrão de TP se tenha estabelecido, as contrações podem diminuir ou mesmo cessar. Este fenómeno justifica-se pela alteração da pressão hidrostática, que promove o trânsito de fluidos do espaço extravascular para o intravascular, aumentando o volume plasmático e diluindo a ocitocina circulante. O edema da gravidez diminui pelo mesmo mecanismo. Durante a reabsorção do edema, associado ao aumento do volume plasmático, ocorre um aumento do fluxo sanguíneo renal, com diminuição da resposta do sistema renina angiotensina e aumento do factor natriurético arterial. Concomitantemente diminui a diurese, os valores tensionais e o volume extravascular. Dependendo do tamanho da banheira, a hidroterapia pode aumentar a mobilidade durante o parto. A fluidez da água fornece um maior suporte e agilidade à mulher. Os vários estudos reforçaram a ideia que a dilatação cervical se processa mais rapidamente durante a imersão. No entanto não se provou que a hidroterapia aumentasse ou diminuísse a duração total do TP. Citando um estudo de Lenstrup et al (1987), o grupo de imersão sofreu uma dilatação cervical de cerca de 2 a 0,5 cm / h, enquanto que o grupo de controlo a dilatação rondou 1 a 0,25 cm / h. Já Odent (1983), referiu que nos 100 primeiros partos na água da sua atividade profissional não houve necessidade de realizar episiotomias e não ocorreram complicações maternas e neonatais. Outros estudos demonstraram que não existiu um aumento do risco de infeção materno e neonatal, com membranas intactas ou com rutura inferior a 24h.

O conforto na realização desta terapia por parte dos profissionais de saúde varia com a prática dominante na sua unidade de saúde e com a sua experiência anterior na utilização da hidroterapia enquanto intervenção.

A hidroterapia está indicada como uma intervenção não farmacológica na redução da dor para qualquer mulher de baixo risco, assim que o bem-estar materno e fetal esteja assegurado.

Na sua aplicação são requisitos: um padrão de TP estabelecido, na fase ativa do primeiro estágio e dilatação cervical de 4-5 cm.

Para a sua aplicação é necessário que os enfermeiros desenvolvam um julgamento clínico apropriado, para selecionar as mulheres que reúnem os critérios para a sua realização.

Os estudos referem ser necessário a monitorização regular do bem-estar materno-fetal e da temperatura.

Nos vários estudos a temperatura adequada para a hidroterapia variou entre os 36° e os 37,8°.

Uma monitorização do bem-estar materno-fetal preocupante implica o término da hidroterapia e início das medidas convencionais de monitorização.

Para evitar a desidratação e aumento da temperatura materna, a enfermeira deve estimular a ingestão hídrica e facultar pedaços de gelo por via oral. Se a hipertermia se instalar pode-se diminuir a temperatura da água.

A banheira de hidroterapia deve ser desinfetada após cada utilização.

Dois estudos de Aderhold e Perry (1991) e de Highsmith, Kaylor e Calhoun (1991) demonstraram que mulheres com infeções sexualmente transmissíveis que experimentaram imersão durante o TP apresentam um risco de transmissão ao RN equivalente a mulheres saudáveis nas mesmas condições.

Como apontamento final, as autoras referem a necessidade de um maior investimento em pesquisa relativamente: ao tempo ótimo de imersão, ao aumento transitório da temperatura materna decorrente da utilização da hidroterapia e outros usos terapêuticos da hidroterapia (como é o caso nas mulheres com ameaça de parto pré-termo)

Autor/Ano/Título	STARK, M.A.; RUDELL, B. (2008) – Observing position and movements in hydrotherapy: a pilot study. <i>Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing</i> . [em linha]. Volume 37, n.º 1 (Janeiro - Fevereiro, 2008) p.116 - 122. ISSN: 0884-2175, acedido em: 26/07/2012, de EBSCOhost. Disponível em: http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=125&sid=0958566d-24d5-40e2-8fe5-0dbc0e908d08%40sessionmgr104
Objetivos	Observar e descrever posições e movimentos escolhidos pelas mulheres que escolhem realizar o TP na água em comparação com as posições e movimentos usados pelas mulheres não imersas no TP.
Tipo	Estudo piloto descritivo observacional Foram tidas em conta considerações éticas no desenho do estudo
Participantes	7 mulheres que tencionavam usar hidroterapia no TP no hospital comunitário local, seleccionadas quanto à sua elegibilidade, pelos profissionais do hospital.
Resultados	Apenas 3 das sete mulheres que participaram no estudo efetivamente utilizaram a hidroterapia. Este resultado fez refletir as autoras, sobre o facto de que ainda que a hidroterapia tenha

provado ser eficaz na promoção do conforto durante o TP, a realidade do contexto de prática pode condicionar a sua utilização. O estudo não comportou uma avaliação das razões subjacentes à não utilização efetiva da hidroterapia. Mas citando um estudo realizado por Rush et al em 1996, as razões podem incluir: a mudança de ideias, dor, sofrimento, um pedido precoce de analgesia epidural e não disponibilidade de banheira. Duas das mulheres que não usaram a banheira pediram a realização de analgesia epidural, o que vai de encontro com a revisão sistemática de Cluett et al em 2004, que refere que as mulheres que não usam hidroterapia usam estes meios analgésicos mais frequentemente durante o TP. As mulheres que permaneceram na banheira durante o estudo fizeram-no num período entre os 75 e os 188 minutos, o que pressupõe que se sentissem confortáveis.

Na mesma revisão de Cluett et al de 2004, foi apontado que o desconforto dos profissionais de saúde face à hidroterapia pode limitar o seu uso. Algumas enfermeiras neste estudo foram menos entusiastas que outras no uso da hidroterapia.

As mulheres que realizaram hidroterapia selecionaram mais posições e realizaram mais movimentos do que as que permaneceram na cama. Os movimentos rítmicos também foram mais frequentes dentro da banheira. Apoiando o estudo de Simkin e O'Hara de 2002, que refere que o movimento e a mudança de posição podem estar relacionados com o ambiente. Este autor refere que as mulheres que não são estimuladas a sair da cama e deambular, permanecem na cama. Ao contrário, quaisquer que seja a fase do TP, as mulheres que estão imersas mudam de posição mais frequentemente e selecionam mais posições verticais, promovendo a progressão fetal no canal de parto. A hidroterapia permite a liberdade de movimentos e dentro de água a mulher em TP experimenta fluabilidade, o que encoraja o movimento.

Nas mulheres que realizaram hidroterapia houve um aumento no ritmo das contrações, o que se pode explicar à luz dum aumento da eficiência das contrações uterinas pela mudança de posição. Inversamente a permanência numa posição supina pode comprometer a irrigação uterina e contractilidade.

A Hidroterapia encoraja as posições verticais e movimentos, facilitando o progresso do TP e adaptação materna, evitando intervenções desnecessárias. A Hidroterapia permite a liberdade de movimento, mas mais importante ainda, permite a participação ativa no TP.

As autoras terminam dando algumas sugestões para a prática de enfermagem. Segundo elas, as enfermeiras devem ensinar as mulheres no período pré-natal sobre a disponibilidade e benefícios da hidroterapia. Devem também ser estimuladas sessões de preparação para a hidroterapia conjunta como parceiro. Mesmo nas mulheres que não tenham realizado preparação pré-natal, as enfermeiras podem encorajar e apoiar mulheres que estão a progredir lentamente no TP ou com dificuldade em gerir o mesmo a usar a hidroterapia antes de se aplicarem intervenções médicas.

É necessário proceder a mais investigação relativamente às barreiras da implementação da hidroterapia.

A hidroterapia requer enfermeiras com competências e atitudes diferentes, das que estão

patentes no TP tradicional.

As enfermeiras podem-se sentir preocupadas com a eficácia e segurança da hidroterapia, não estarem familiarizadas como equipamento, ou estar preocupadas com o seu próprio conforto e segurança, já que são necessárias da sua parte outras posições e movimentos.

As Enfermeiras devem de avaliar o próprio conforto e aprender mais sobre a hidroterapia. A Supervisão de outros enfermeiros, por uma enfermeira familiarizada e confortável na aplicação de hidroterapia, pode ser valiosa no apoio à sua implementação.

As políticas e cultura das unidades de saúde podem influenciar o uso da hidroterapia. A liberdade para os cuidados de suporte pode estar limitada. A falta de apoio por parte da equipa desencoraja as enfermeiras a aprenderem novos e desconfortáveis papéis e competências. Facilmente se pode cair numa cultura de rotinas. Muitas as vezes valoriza-se mais as competências técnicas, do que as competências de suporte. As enfermeiras em posição de liderança deverão avaliar as políticas internas/procedimentos e apoiar as enfermeiras que estão a desenvolver novas competências.

Autor/Ano/Título	BENFIELD, Rebecca D. (2002) – Hydrotherapy in labor. Journal Of Nursing Scholarship: An Official Publication Of Sigma Theta Tau International Honor Society Of Nursing / Sigma Theta Tau. ISSN: 1527-6546. Volume 34, n.º4 (2001) p.347-352.
Objetivos	Realizar uma revisão sistemática da literatura sobre as indicações da hidroterapia no TP e sua efetividade
Tipo	Revisão sistemática da literatura
Participantes	
Resultados	<p>Nas últimas décadas houve um aumento exponencial do uso da hidroterapia no TP. No entanto existe uma discrepância entre o aumento da sua utilização e o conhecimento científico existente sobre os seus mecanismos de ação e efeitos para a mulher e feto.</p> <p>Os estudos usados nesta revisão sistemática da literatura foram muito heterogéneos. Os efeitos da hidroterapia identificados na mulher e feto são predominantemente positivos ou ambíguos.</p> <p>A hidroterapia tem como efeitos positivos: um aumento da velocidade de dilatação cervical, uma diminuição do tempo de progressão fetal no canal de parto, diminuição da necessidade de aumentar o ritmo de ocitocina, diminuição do tempo de TP, diminuição do uso de analgesia epidural, diminuição do uso de outro tipo de analgesia, menor descoordenação contrátil uterina, diminuição de parto cirúrgico em nulíparas e partos traumáticos. No entanto no que diz respeito que aos resultados obtidos relativamente a analgesia estes podem ter sido influenciados por uma tendência atual na diminuição do uso de analgesia.</p> <p>Como efeitos ambíguos da hidroterapia evidenciados nos estudos, encontramos: um aumento do número de recém-nascidos que necessitaram de ressuscitação, não coincidente com o seu apgar. Não se identificaram na literatura infeções maternas/ neonatais, aumento da asfixia neonatal ou</p>

problemas respiratórios associadas ao uso da hidroterapia.

Um estudo qualitativo demonstrou que a hidroterapia aumentou nos participantes um sentimento de controlo sobre o processo de nascimento.

Nos estudos onde a mulher pode escolher a temperatura da água a temperatura média utilizada foi 36°. Nos estudos onde foram os pesquisadores a escolher, a temperatura média utilizada foi de 37°. O tempo de imersão médio foi de 51,5 m, no entanto quando as mulheres tiveram a liberdade de determinar o tempo de imersão, este variou entre menos de 30 m a 54 m.

A hidroterapia diminuiu a ansiedade e dor através de uma resposta de relaxamento. Em diversos estudos, estes efeitos demonstraram ser rápidos no aparecimento mas de curta duração.

Dois estudos verificaram um aumento significativo do volume plasmático logo após a imersão.

Os estudos não evidenciaram variações significativas nas concentrações de catecolaminas com a utilização da hidroterapia, podendo este facto estar relacionado com as variações pessoais na produção de catecolaminas, o tamanho das amostra e o método de avaliação do nível das mesmas.

Os estudos também demonstraram que em gestações não complicadas a hidroterapia não parece ter qualquer efeito no apgar ou hormonas de *stress* ao nascimento do neonato.

A autora finaliza referindo que um pequeno corpo de conhecimentos em crescimento aponta para o uso da hidroterapia para o alívio rápido da ansiedade e dor durante o TP. No entanto os efeitos maternos e fetais continuam largamente desconhecidos. Devendo ser realizada uma abordagem metódica para estabelecer um corpo de conhecimentos que sustente a quem e em que circunstâncias a hidroterapia é mais eficaz.

Apêndice VII – Cronograma de Atividades do Projeto Individual

Cronograma de Atividades do Projeto Individual

Ano	2012												2013								
Meses	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Atividades																					
Identificação da Temática e Comunicação à Professora Regente da Unidade Curricular	Dia 7																				
Pesquisa Bibliográfica e Revisão Sistemática da Literatura																					
Reuniões Tutoriais		Dia 10	Dias 8/29		Dia 9	Dia 3					Dia 31										
Consulta de Peritos																					
Realização do Projeto Individual da Unidade Curricular Estágio com Relatório																					
Entrega do Projeto Individual da Unidade Curricular Estágio com Relatório						Dia 13															
Registo do Projeto Individual da Unidade Curricular Estágio com Relatório																					
Elaboração de Notas de Campo																					
Elaboração de Diários de Aprendizagem																					
Desenvolvimento de Competências																					
Avaliação das competências adquiridas nos ensinamentos clínicos																					
Realização do Relatório da Unidade Estágio com Relatório																					
Reformulação e entrega do Relatório da Unidade Curricular Estágio com Relatório																					
Apresentação e Discussão Pública do Relatório da Unidade Curricular Estágio com Relatório																					

Apêndice II- Diário de Aprendizagem I

Diário de Aprendizagem I

Na passagem de turno, deram-nos conta, que num dos últimos quartos da sala de partos tinha acabado de entrar um casal jovem (a D. D. e o Sr. X). A D. D. tinha 25 anos de idade, estava grávida pela 1^a vez, com 18 semanas de idade gestacional e encontrava-se em trabalho de abortamento. Apresentava contratilidade uterina e perdas hemáticas vaginais moderadas. O casal tinha chegado ao serviço de urgência vindo diretamente do aeroporto. O avião que os levava viu-se obrigado a fazer escala em Lisboa, para que a D.D. pudesse ser assistida. Tinham nacionalidade francesa. A D.D. só falava francês e o seu marido, ainda que muito rudimentarmente, falava também inglês. A equipa que estava de saída tinha conseguido dialogar com o casal e clarificar algumas dúvidas. No entanto, no turno que se estava a iniciar nenhum elemento da equipa falava fluentemente francês.

Eram cerca das 3h da manhã, a campainha do quarto onde estava o casal tocou. A EESMO responsável pelo casal e eu dirigimo-nos ao quarto. Conseguimos compreender com alguma dificuldade, que a D.D. necessitava urinar. Como também referia algias suprapúbicas e vontade de evacuar, suspeitámos que o trabalho de abortamento estivesse a avançar. Num francês rudimentar explicámos a necessidade e pedimos autorização para realizar um toque vaginal. O Sr. X. estava presente. A D. D. tinha um olhar triste e assustado. Ao realizarmos o toque apercebemo-nos que a bolsa amniótica já estava protusa no canal vaginal. A D.D. olhou-me nos olhos e perguntou se o seu bebé estava a sair. Eu confirmei que ele iria sair. Segurando-lhe a mão, tentei dizer que lamentava muito, mas não conseguia encontrar as palavras em francês, só conseguia dizer “*pardon*”. Colocámos petidina em curso na D.D.. O casal repousou até cerca das 7h30m. Por esta altura, a D. D. encontrava-se com queixas algícas suprapúbicas intensas. A obstetra avaliou a evolução do processo de abortamento e pediu que fosse novamente colocada petidina em curso. Pelas 7h45m, um médico da companhia de seguros do casal conseguia entrar em contacto com a obstetra responsável. Foram-lhe fornecidas informações relativas à situação clínica da D.D. e do feto. Pelas 7h50m, a D.D. gemia, remexia-se na cama e o Sr. X. encontrava-se muito assustado. O Sr. X. acabou por sentir necessidade de sair por um bocado. Passado pouco tempo a D. D. estava a iniciar esforços expulsivos espontâneos. Ela referia que não queria ver o seu bebé e colocou um lenço que tinha à cabeça a tapar a face. Conseguimos fazer com que compreendesse que iríamos respeitar o seu desejo, e confiando em nós, retirou o lenço da face e segurou-me a mão. Chorava ao mesmo

tempo que realizava esforços expulsivos. Em pouco tempo a EESMO A. recebia o bebé. Fiquei com os olhos marejados. Não precisei de falar, a D.D olhou-me nos olhos e eu acenei que sim. Apertou-me ainda mais a mão e chorou convulsivamente. O marido entrou novamente no quarto... Tentamos explicar o que se tinha passado e perguntamos se queria ver o seu bebé, ele respondeu que sim. A EESMO A. pediu-me que arranjasse o corpo do bebé. Quando o Sr. X. viu o seu bebé não conteve as lágrimas. A D.D. perguntou ao marido se o bebé tinha malformações, ele disse que não. Ela quis então vê-lo... A sua face transparecia uma dor atroz... O Sr. X. sentiu-se impotente face ao sofrimento da sua esposa e só queria que ela parasse de chorar. A EESMO A. pediu-lhe para que a deixasse chorar, ela precisava de o fazer.

A prestação de cuidados à mulher/casal em situação de abortamento continua a ser difícil para mim. Sobretudo pela necessidade de gerir internamente os meus próprios sentimentos face à morte. O lidar com uma morte tão prematura é muito difícil. Esta situação de cuidados, marcou-me particularmente, porque deve ser indiscritível a sensação de angústia, o medo, a incerteza e a dor que uma mulher/casal deve sentir, quando estão prestes a perder o seu filho num local desconhecido, longe de tudo e todos os que lhes são familiares. Foi angustiante, acho que para toda a equipa, querer suportar, informar, consolar aquele casal e não se conseguir verbalizar nem metade, porque não se dominava a língua francesa. É uma sensação de impotência indescritível. A linguagem que acabou por prevalecer foi a linguagem universal dos afetos e do não-verbal. O olhar e o toque disseram quase tudo.

A perda de uma gravidez em qualquer que seja o seu estágio pode ser vista como a morte de um familiar, e os casais envolvidos provavelmente passarão pelos estádios identificados da perda e luto (...) As enfermeiras têm de assegurar que [os casais em luto] sejam tratados com dignidade e empatia, e que lhes seja dada privacidade.⁴⁰ (Tradução) (Bryant, 2008, p.26)

Apesar de todas as limitações e constrangimentos, conseguiu-se que este casal tivesse privacidade e que fosse cuidado com empatia. A grande lacuna esteve a nível da comunicação, nomeadamente, nível do fornecimento de informação e no se proporcionar o espaço para que os sentimentos, medos, necessidades conseguissem ser expostos, uma vez que não se conseguiu ultrapassar a barreira linguística.

⁴⁰ "the loss of pregnancy at any stage can be viewed therefore as the death of a family member, and the couples involved are likely to proceed through the identified stages of loss and grief(...) Nurses must ensure therefore that they are treated with dignity and empathy, and are given privacy." (Tradução) (Bryant, 2008, p.26)

De acordo com Mansell (2006) a informação deve ser dada de uma maneira sensível, no *timing* certo e usando uma linguagem compreensível. Deve ser explicado claramente o que está a decorrer. Os profissionais de saúde devem de ser flexíveis no suporte que fornecem às mulheres/casais que sofrem um aborto. O apoio fornecido poderá estender-se à referência a recursos de suporte na comunidade.

O Centro Hospitalar onde me encontro a realizar o ensino clínico, emitiu uma circular normativa sobre a utilização intérpretes aquando da prestação de cuidados a clientes de nacionalidade que não a portuguesa, disponibilizando números de contacto. No entanto exclui os clientes de nacionalidade francesa, inglesa, espanhola e italiana, visto pressupor que os seus colaboradores dominam estas quatro línguas. As instâncias superiores acabaram por ser alertadas para a inadequação dos recursos disponibilizados.

Foi disponibilizado ao Sr. X. o contacto telefónico com o consulado francês, no entanto o Sr. X. acabou por não utilizar este recurso. À posteriori tentei contactar o consulado francês. O mesmo está aberto para atendimento direto 8h às 11h, podendo-se estender até às 20h por contacto telefónico. Existe um número de emergência, que no entanto só poderá ser utilizado se se estabelecer um diálogo em francês. Novamente deparámo-nos com um resposta insuficiente às necessidades que sentimos.

[o] cuidar de mulheres que experienciam aborto pode ser particularmente desafiante para os profissionais de saúde. As enfermeiras devem empenhar-se em prestar cuidados sensíveis e de suporte ao mesmo tempo que tentam gerir as suas próprias emoções (...) As enfermeiras que trabalham nessas unidade podem entrar em contacto com fetos mortos quase diariamente, experienciando sentimentos de perda por cada um deles.⁴¹(Tradução) (Evans, 2012, p.38)

O EESMO é uma pessoa a tratar de pessoas, necessitando também de suporte. Necessita de partilhar os seus sentimentos e de gerir as suas emoções para melhor cuidar, quer seja por partilha com os pares ou apoio diferenciado.

O facto de poder partilhar os meus sentimentos e refletir sobre o suporte que o EESMO deve prestar à mulher/casal em situação de abortamento, serviu de catarse e de estruturação mental das competências a desenvolver e aplicar.

⁴¹ *“caring for women who experience miscarriage can be particularly challenging for healthcare professionals. Nurses should endeavor to provide sensitive and supportive care while coping with their own emotions (...) Nurses working in such units may come into contact with fetuses almost daily and experience feelings of loss for each one.”*(Evans, 2012, p.38)

Bibliografia

- ✿ Bryant, H. (2008) Maintaining patient dignity and offering support after miscarriage. *Emergency Nurse*. 19, 26-29. Acedido em 07/06/2013, EBSCOhost. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=1f13525e-1766-4477-ba04-eee2ac5bde80%40sessionmgr110&hid=124>

- ✿ CENTRO HOSPITALAR LISBOA ZONA CENTRAL, EPE (2009) Circular Informativa N.º 700/ 2009. 2009. Procedimento Multissetorial- Serviços de Intérprete Disponíveis. Acessível em Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa; Portugal.

- ✿ Evans, R. (2012) Emotional care for women who experience miscarriage. *Nursing Standard*. 26, 35-41. Acedido em 07/06/2013, EBSCOhost. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=1f13525e-1766-4477-ba04-eee2ac5bde80%40sessionmgr110&hid=124>

- ✿ Mansell, A. (2006) Early pregnancy loss. *Emergency Nurse*. 14, 26-28. Acedido em 07/06/2013, EBSCOhost. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=1f13525e-1766-4477-ba04-eee2ac5bde80%40sessionmgr110&hid=124>

Apêndice III: Diário de Aprendizagem II

Diário de Aprendizagem II

A D. S. entrou na companhia do seu marido pelas 5 horas da manhã na sala de partos. Encontrava-se em fase ativa do trabalho de parto, com 4 cm de dilatação. Tinha um plano de parto: queria que o seu parto fosse um parto normal e que se realizasse na água. A D. S. transmitia determinação, força e grande autocontrole. Ela geria ativamente o seu trabalho de parto, utilizando técnicas respiratórias, a liberdade de movimentos e a massagem (pedia a cooperação do seu marido e nossa, guiando-nos até aos pontos chave e indicando a intensidade de pressão e tipo de movimento que mais a confortava) na promoção de conforto. Quando as contrações chegavam, era como se ficasse num mundo seu, não queria que ninguém falasse, porque diminuía a sua capacidade de concentração e autocontrole. Das 5 horas até cerca das 9 horas e 30 minutos, associou também como medidas de conforto, o duche e a realização de exercícios com a bacia na bola de parto. No final deste período, o duche era o método que mais a relaxava e fazia com que diminuísse a intensidade da dor. O turno de enfermagem mudou pelas 8 horas, a nova equipa apresentou-se à D.S. e ao marido. Acabei por pedir para seguir o turno, de forma a assistir ao parto deste casal. Por volta das 9h30m, a D.S. referia estar cansada, o seu facies encontrava-se mais tenso, queria saber quando poderia iniciar a imersão em água. A EESMO B. realizou um toque vaginal, a D.S. apresentava 5cm de dilatação cervical, a bolsa amniótica permanecia intacta e a apresentação fetal encontrava-se no plano -2. A J. tinha movimentos ativos e durante a monitorização intermitente mantinha sinais de bem-estar fetal. Estava na hora. Só deu tempo para cobrir a D. S.! A D.S. avançou descalça em direção à sala onde se encontrava a piscina. O facies da D. S. transformou-se completamente quando iniciou a imersão na piscina. Transparecia uma profunda sensação de alívio. Ajudamos o seu marido a entrar também na piscina. Durante duas horas a D. S. experienciou no intervalo das contrações períodos de profundo relaxamento, boiando apoiada no seu marido, chegando a dormir e a sonhar. Para mim era incrível! As contrações tornaram-se mais espaçadas, mais intensas e prolongadas. Nesta fase eu já fazia parte da “equipa da D.S.”. Quando se instalavam as contrações, pedia-me que lhe segurasse as mãos e suportasse o seu corpo, enquanto o seu marido massajava a região lombar e a acarinhava. Referia estar a ficar muito cansada. O TP estava a demorar muito. A EESMO B. reforçou que cada parto era um parto e que estava a correr tudo bem. Chegou a altura de sair da água. Durante 1 hora a D. S. fez uso da liberdade de movimentos. A dilatação cervical era de 5 para 6 cm. Tanto ela como o marido estavam muito cansados. As

certezas e força inicial começavam-se a desvanecer. A EESMO B. propôs que se fizesse rutura artificial de membranas, explicando a sua finalidade face à evolução do trabalho de parto. A D.S e marido concordaram. Em minutos a intensidade das contrações aumentou e a localização da dor passou a ser essencialmente suprapúbica. A J. continuava a dar sinais de bem-estar fetal. A D. S. voltou à água, ocorrendo a mesma sensação de alívio e bem-estar. Numa 1h30m, a D.S. ficou com dilatação cervical completa. Neste espaço de tempo tivemos que proceder ao arrefecimento da água da piscina. O metabolismo corporal da D.S. tinha aumentado rapidamente e os 37°C iniciais já não eram confortáveis. A cada contração a D.S. referia que estava a demorar muito, que estava a ficar muito cansada, que não estava a correr como tinha imaginado. Agora já não largava a minha mão, mesmo entre as contrações, como se eu lhe trouxesse a energia que sentia que estava a faltar. Nesta altura também eu tinha poucas certezas para lhe dar. Quando a EESMO B. lhe pediu que fizesse o toque vaginal e sentisse a cabeça do seu bebé ganhou um novo alento. A seu pedido o seu marido também realizou o toque e ambos renasceram. Estava quase... A EESMO B. decidiu prolongar o tempo de imersão. A J. mantinha sinais de bem-estar fetal, e faltava pouco para a realização do sonho daqueles pais. A D. S. iniciou esforços expulsivos, mas estes não foram eficazes, ela referia não estar a aguentar mais... Em conjunto com o casal tomou-se a decisão de terminar a imersão e de se ponderar o passo seguinte. Eram 15 horas e 50 minutos, a D. S. deambulava livremente e colocava-se em posição de cócoras quando surgiam as contrações. Parecia estar num mundo à parte. A EESMO B. disse que estava na altura de mudarmos de turno e a D.S. pediu por favor que não nos fossemos embora... A EESMO B. realizou um novo toque vaginal, e na contração seguinte pediu que a D. S. realizasse esforços expulsivos. Desta vez a a J. avançou e em duas contrações estava a coroar... Fiz o parto da J.. A felicidade da D.S. e do marido era indiscretoível...

O acompanhamento deste trabalho de parto foi rico em situações de aprendizagem. Mas eu quero deter-me sobre a importância que o suporte contínuo à parturiente assume na experiência do parto.

O EESMO vê no suporte contínuo durante o trabalho de parto uma das suas principais intervenções.

A experiência do parto é um evento intensamente dinâmico, físico e emocional com consequências para toda a vida. As mulheres que têm disponível suporte contínuo durante o trabalho de parto têm melhores resultados em comparação com mulheres que não têm disponível suporte contínuo de 'pessoa-a-pessoa'.⁴² (Tradução) (AWHONN, 2011)

⁴² "the childbirth experience is an intensely dynamic, physical and emotional event with lifelong implications. Women who are provided continuously available support during labor have improved outcomes compared with women who do not have one-to-one continuously available support."(AWHONN, 2011)

De acordo com a *Association of Women's Health, Obstetric & Neonatal Nursing* (AWHONN) (2011), o suporte contínuo no decorrer do trabalho de parto pode resultar: na diminuição do tempo de duração do trabalho de parto, na diminuição do uso de analgesia/anestesia, na diminuição do número de partos instrumentais e cesarianas, na diminuição da necessidade de ocitocina e uterotônicos, numa maior probabilidade de se estabelecer a amamentação, e numa maior satisfação com a experiência de trabalho de parto.

as mulheres deveriam contar com as pessoas próximas e profissionais que as apoiem durante o trabalho de parto e nascimento, já que esse apoio melhora a fisiologia do parto e a sensação de confiança materna. Este apoio também reduz as consequências adversas do medo e do *stress* associado ao trabalho de parto num lugar desconhecido. (APEO & FAME, 2009, p.74)

O suporte que é dado pelo EESMO no decorrer do trabalho de parto inclui: a monitorização e condução dos processos fisiológicos e psicológicos do trabalho de parto, avaliação do bem-estar fetal, medidas de conforto físico e psicológico, suporte informativo e advocacia e suporte à pessoa significativa (AWHONN, 2011).

A APEO/FAME (2009) defende a presença contínua de um EESMO por mulher na fase ativa do parto.

O apoio proporcionado à parturiente pelo companheiro, ou outra pessoa significativa é complementar ao prestado pelo EESMO. No apoio que é proporcionado são fundamentais as competências que a parturiente e pessoa significativa previamente desenvolveram nas aulas de preparação para o parto e parentalidade (APEO & FAME, 2009, p.75).

Sem dúvida que o suporte contínuo que esteve disponível para a D.S. contribui para o seu trabalho de parto permanesse fiel ao que tinha sido traçado no plano de parto. Mas acima de tudo contribui para que, mesmo que não se tivesse ocorrido o nascimento da J. na água, esta tenha sido experiência positiva para o casal. A D. S. até ao final conduziu ativamente o trabalho de parto. Foi o SEU parto.

Bibliografia

- APEO & FAME (2009) – *Iniciativa Parto Normal – Documento de Consenso*. Camarate: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- http://www.ahonn.org/ahonn/content.do?name=05_HealthPolicyLegislation/5H_PositionStatements.htm

Apêndice IV: Reflexão: A Condução do Parto Normal

Reflexão: A Condução do Parto Normal

A *International Confederation of Midwives (ICM)* (2008) na *position statement – Keeping Birth Normal*, define o parto normal como:

um processo dinâmico único, no qual a fisiologia fetal e materna e os contextos psicossociais interagem (com o objetivo da mãe e do bebé permanecerem bem). O parto normal é aquele em que a mulher inicia, continua e finaliza o trabalho de parto, com a criança a nascer espontaneamente no termo da gestação, com uma apresentação cefálica, sem nenhuma intervenção cirúrgica, médica, ou farmacêutica, mas com a possibilidade para a sua referenciação quando necessário.⁴³ (Tradução) (ICM, 2008, p.1)

Até meados do século XX, o parto foi tido como um processo natural, normal, um evento social e emocional, decorrendo maioritariamente no seio familiar. No entanto, face às elevadas taxas de morbilidade e mortalidade maternas e neonatais, associadas à infeção, o parto passou da casa para o hospital, tornando-se num evento médico. Ao mesmo tempo que a mulher deixou de ter um papel ativo no TP, ocorreu um aumento substancial da tecnologia e das intervenções aplicadas no decorrer do mesmo (Zwelling, 2008, p.85). As intervenções que são realizadas de forma rotineira e desnecessária podem ter consequências negativas no parto, na mãe e no recém-nascido. Como defende a Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (APEO) e a *Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME)* (2009):

em mulheres de baixo risco (...) o uso rotineiro e desnecessário de intervenções altera o curso fisiológico do parto e pode desencadear uma cascata de eventos (...) Neste processo o aumento do nível de complexidade do procedimento está associado ao aumento do risco decorrente dele, quer para a mãe quer para o filho. (APEO, FAME, 2009, p.15)

A Organização Mundial de Saúde (OMS), a ICM e a APEO defendem o parto normal.

As vantagens do parto normal são inúmeras, pois a natureza segue o seu curso, englobando o nascimento na hora certa do recém-nascido, a sua melhor adaptação à vida extrauterina, a potencialização do processo de vinculação e a recuperação mais célere da mulher. (APEO & FAME, 2009, p.15). As práticas obstétricas devem pautar-se pelo respeito pelo processo fisiológico

⁴³ “a unique dynamic process in which fetal and maternal physiologies and psychosocial contexts interact (with the goal of mother and baby being well). Normal birth is where the woman commences, continues and completes labour with the infant being born spontaneously at term, with cephalic birth presentation, without any surgical, medical, or pharmaceutical intervention, but with the possibility of referral when needed.” (ICM, 2008, p.1)

e dinâmica própria de cada nascimento, sendo as intervenções cuidadosas, evitando-se excessos e fazendo-se um uso criterioso da tecnologia. (APEO & FAME, 2009, p.15)

O enfermeiro especialista em saúde materna, obstétrica e ginecológica (EESMO) “assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos.” (Regulamento N.º127/2011, 2011) É da competência específica do EESMO a vigilância de gravidez de baixo risco e a realização do Parto Normal.

O Consenso Pelo Direito ao Parto Normal- Uma Visão partilhada (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.20-21), refere que a gravidez, o trabalho de parto, o nascimento e amamentação são processos naturais, que na maioria dos casos, apenas necessitam de vigilância e apoio dos profissionais de saúde, sendo o EESMO o profissional de referência. O Consenso assume também que a vigilância pré-natal, acompanhada de preparação para o parto e parentalidade adequadas são factores determinantes na promoção do parto normal. Na promoção do parto normal é também premente facultar e habilitar as mulheres para o autocuidado e tomada de decisão esclarecida.

A conduta do EESMO perante o parto normal é uma conduta passiva/expectante, de vigilância do bem-estar materno fetal e progressão do trabalho de parto e assistência no mesmo. “ Os cuidados devem de estar centrados na mulher, adequando-se às circunstâncias e necessidades pessoais e respeitando as suas opções”. (APEO & FAME, 2009, p.24) Existe a profunda convicção de que a mulher tem a capacidade de conduzir ativamente o seu trabalho de parto. Uma vigilância pré-natal adequada e uma preparação para o parto e parentalidade, como atrás referimos, são essenciais para a promoção do parto normal. A grávida necessita de estar informada sobre a anatomofisiologia do trabalho de parto e parto, medidas de conforto, intervenções que possam ocorrer e sua justificação, de modo a que possa ocorrer uma tomada de decisão informada. A construção e presença de um plano de parto serve de guia ao EESMO face aos desejos durante o momento de parto e nascimento do RN. Este plano de parto ter de ser alterado em conformidade com a evolução do trabalho de parto.

O EESMO deverá controlar o ambiente físico onde decorre o trabalho de parto. A parturiente deve sentir o ambiente como seguro, potenciando a produção de ocitocina e consequente progressão do trabalho de parto.

O EESMO deve proporcionar suporte contínuo à mulher durante o trabalho de parto. “As mulheres deveriam poder contar com pessoas próximas e profissionais que as apoiem durante o trabalho de

parto e o nascimento, já que este apoio melhora a fisiologia do parto e a sensação de confiança materna” (APEO & FAME, 2009, p.74) De acordo com a APEO/ FAME (2009) na fase ativa do parto seria necessária a presença contínua de um EESMO por mulher.

A evolução do trabalho de parto deverá ser monitorizada através do partograma, fomentando-se o uso de técnicas menos invasivas de monitorização da evolução do trabalho de parto, como sendo: o comportamento da mulher, a palpação abdominal, o aparecimento da linha púrpura e triângulo de Michaelis, restringindo-se o número de toques vaginais ao estritamente necessário, geralmente um em cada quatro horas (APEO & FAME, 2009, p.46).

Deve ser proporcionado a mulheres de baixo risco e com evolução normal do trabalho de parto, a ingestão de alimentos (bebidas isotónicas, dietas leves) em intervalos frequente, visto que a evidência demonstra que a excessiva produção de corpos cetónicos e desidratação pode reduzir a atividade uterina e que a sua não ingestão não previne a ocorrência de vômito (APEO & FAME, 2009, p.56).

O EESMO deverá estar apto para utilizar técnicas complementares para o alívio da dor do trabalho de parto, já que o alívio da dor durante o trabalho de parto contribui para aumentar o bem-estar físico e emocional da parturiente. Entre os métodos não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto encontramos: a liberdade de movimentos (a verticalidade e o movimento permite que o feto tenha o máximo de espaço disponível na pelve), o suporte contínuo durante o parto, a hidroterapia (sobre a forma de duche ou imersão, uma vez que a água quente produz relaxamento, estimula a produção de endorfinas, diminui a ansiedade, melhora a perfusão uterina, encurta a fase de dilatação e aumenta a sensação de controlo da dor), massagem ou técnicas de relaxamento (APEO & FAME, 2009, p.65-68).

O bem-estar fetal intraparto deverá ser monitorizado pelo EESMO preferencialmente de forma intermitente (em mulheres de baixo risco com evolução normal do trabalho de parto), a cada 15 minutos no período de dilatação e a cada 5 minutos no período expulsivo. Na avaliação do bem-estar fetal também é importante a avaliação do estado da bolsa amniótica e a quantidade/cor do líquido amniótico.

Durante o segundo estágio do TP é recomendado que a mulher inicie esforços expulsivos espontâneos. Normalmente decorrem três a cinco puxos expiratórios curtos, com a glote aberta, a cada contração. Esta prática está associada a uma maior taxa de partos espontâneos, menor fadiga

materna, menor taxa de traumatismos perineais e menor taxa de prolapso de órgãos pélvicos e/ou incontinência de esfíncteres (APEO & FAME, 2009, p.79-81).

Deve-se privilegiar o esvaziamento vesical espontâneo da parturiente, prevenindo-se traumatismos e infecções urinárias (APEO & FAME, 2009, p.79-81).

O EESMO deve promover que a parturiente adote a posição que seja mais confortável para si durante o período expulsivo, favorecendo as posições verticais. As posições alternativas à supina têm como vantagens: encurtamento do segundo estágio de trabalho de parto, melhoria da dinâmica uterina, diminuição da sensação dolorosa, melhoria da estática fetal com diminuição de partos distócicos, entre outras. Na preparação pré-natal as posições alternativas à supina e suas vantagens e desvantagens devem de ser apresentadas à mulher grávida (APEO & FAME,2009,p.83-87).

Relativamente aos cuidados ao períneo durante o período expulsivo, a massagem perineal só é eficaz, segundo a evidência, no período pré-natal, estando associada à redução do trauma perineal e episiotomias. A conduta expectante no período expulsivo parece estar associada a menor taxa de episiotomias. A posição no período expulsivo vai condicionar a percentagem e o tipo de trauma perineal. A episiotomia deverá ver o seu uso limitado ao risco de perda do bem-estar fetal, parto vaginal complicado, presença de cicatrizes de mutilações genitais femininas e lacerações de 3º e 4º grau mal cicatrizadas (APEO & FAME,2009,p.93-96).

A evidência comprovou que o manuseamento ativo da dequitação em comparação com o fisiológico diminui o risco hemorrágico pós-parto, assumindo particular relevância nos países subdesenvolvidos. O EESMO deve estar preparado a assistir ambos manuseamentos da dequitação de acordo coma vontade materna e evolução do trabalho de parto (APEO & FAME, 2009, p.101-103).

Nos cuidados imediatos ao recém-nascido o EESMO deverá avaliar se este se encontra estável para permanecer junto à mãe, se sim, deve ser privilegiado o contacto pele com pele, pelos benefícios que esta prática traz ao recém-nascido e mãe (termorregulação do recém-nascido, estímulo à vinculação, amamentação na primeira hora de vida e produção de ocitocina). A clampagem do cordão umbilical deve ser tardia, quando este deixa de pulsar, pelos benefícios que incluem o aumento das reservas ferropénicas e passagem de células estaminais. Todos os procedimentos que se realizem ao recém-nascido devem de ser realizados na presença da mãe, com o seu consentimento informado (APEO & FAME, 2009, p.107-109).

O EESMO na condução do parto normal assume a profunda convicção que cada mulher consegue ativamente conduzir o seu trabalho de parto e parto. O seu papel passará pela vigilância, monitorização, suporte e assistência, deixando que a parturiente e feto trabalhem em parceria, com o mínimo de intervenções possível, para o tão ansiado nascimento.

Bibliografia

- APEO & FAME (2009) – *Iniciativa Parto Normal – Documento de Consenso*. Camarate: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- <http://www.nurse.or.jp/nursing/international/icm/definition/pdf/shoshin/f-17.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2012) *Pelo Direito ao Parto Normal- Uma visão Partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Diário da República II Série. N.º 35 (11-02-18) 8662-8666.
- Zwelling, E. (2008) The Emergence of High-Tech Birthing. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 37 (1), 85-93. Acedido em: 22/05/2012, de Wiley. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2007.00211.x/pdf>.

Apêndice V: Notas de Campo

NOTAS DE CAMPO - 1

Ensino Clínico IV 8h-16h30m

Descrição da Situação	Comentários do Observador
<p>Às 15h45m a D. A, encontrava-se com queixas algícas dorsolombares intensas. O seu companheiro veio pedir ajuda... A analgesia prescrita administrada não tinha surtido efeito.</p> <p>A D. A. encontrava-se a realizar uma interrupção médica da gravidez por cromossomopatia fetal.</p> <p>Quando chegámos ao quarto (eu e a orientadora local) a D. A encontrava-se em posição fetal, com <i>facies</i> de dor, referia querer experimentar o duche, como lhe tínhamos falado antes. Referia também que: “A única coisa que não queria sentir eram dores... E não me estou a sentir bem... assim suja”. Apresentava discretas perdas vaginais de muco sero-hemático. Retirámos a terapêutica endovenosa que tinha em curso e encaminhámo-la ao wc do quarto. Em seguida explicámos como utilizar o duche. Referiu que preferia ficar acompanhada pelo companheiro no duche. Despedimo-nos da D.A. o turno estava a terminar.</p> <p>No dia seguinte, pelas 10h encontrei a D. A no serviço de ginecologia contíguo. Tinha um <i>facies</i> triste, no entanto, referiu: “ no duche fiquei sem dores, nem sequer queria sair....”</p>	<p>A hidroterapia é uma intervenção especializada que o EESMO pode usar na promoção de conforto na mulher, mesmo em situações de interrupção médica de gravidez, com relevância na diminuição da intensidade da dor percebida e podendo atuar em outras facetas do conforto.</p>

NOTAS DE CAMPO - 2

**Ensino Clínico Estágio com Relatório
8h-16h30m**

Descrição da Situação	Comentários do Observador
<p>A D. M. deu entrada no turno anterior pelas 5h, por rutura prematura de membranas com saída de líquido amniótico claro. Estava com quarenta semanas mais quatro dias de idade gestacional. Falava poucas palavras em português. Estava em Portugal há cerca de dois anos. Não tinha plano de parto escrito, mas referia querer realizar analgesia epidural e ter o seu marido presente durante o trabalho de parto e parto. O seu marido estava presente. Os dois tinham uma relação de grande cumplicidade e eram muito comunicativos. Quando a D.M. percebeu que falávamos inglês, ficou aliviada, já não necessitava do seu marido como intérprete: “Fico mais aliviada, vai ser mais fácil para mim agora...” Por volta das 9h a D.M. encontrava-se sentada na bola de parto e com a ajuda do marido realizava exercícios com a bacia. No período entre as contrações brincava connosco e com o marido e quando as contrações surgiam (nesta altura de intensidade moderada) fechava-se em si e concentrava-se na respiração. Tinha em perfusão ocitocina. O tempo foi passando e as contrações aumentaram de intensidade e tornaram-se regulares. O seu facies estava agora fechado, contraído, apresentava</p>	<p>Para a D.M. no contexto social o facto de ter o suporte de um EESMO que falasse inglês era essencial para o seu bem-estar e consequente conforto.</p>

NOTAS DE CAMPO - 2**Ensino Clínico Estágio com Relatório
8h-16h30m**

Descrição da Situação	Comentários do Observador
labilidade emocional. Referiu: “a dor está a ser tão forte que me tirou toda a energia, não estou a conseguir gerir...”. Ao mesmo tempo mantinha perdas de líquido amniótico e estava desconfortável: “eu sou tão preocupada em andar sempre limpa e agora...”. Propusemos que realizasse duche como medida de conforto e explicamos a sua aplicação. A D. M. aceitou. Levamo-la até ao duche, onde permaneceu durante cerca de 20 minutos sob nossa supervisão. O seu facies modificou-se progressivamente, ficou mais relaxado. A certa altura referiu: “estou-me a sentir mais relaxada... a intensidade da dor diminui... com a dor controlada consigo usufruir o momento...” Quando regressou ao quarto estava mais liberta, manteve-se a realizar exercícios com a bacia, até cerca das 12h00m, altura em que a seu pedido foi realizada analgesia sequencial.	<p>A liberdade de movimentos e utilização da bola de partos enquanto estratégias de promoção de conforto, já não estavam a ser eficazes.</p> <p>A intensidade da dor e o desconforto associado à sensação de “estar suja”, enquanto forças obstrutivas, estavam a canalizar toda a energia disponível na D. M. para gerir ativamente o seu trabalho de parto. O duche e a liberdade de movimentos proporcionada pelo mesmo funcionaram como as forças facilitadoras para reequilibrar a balança e fazer com que a D. M. se sentisse confortável outra vez.</p>

NOTAS DE CAMPO - 3**Ensino Clínico Estágio com Relatório
8h-16h30m**

Descrição da Situação	Comentários do Observador
Eram cerca das 9h, a D. M. tinha entrado no turno da tarde do dia anterior para indução do trabalho de parto. Encontrava-se com	

NOTAS DE CAMPO - 3

Ensino Clínico Estágio com Relatório
8h-16h30m

Descrição da Situação	Comentários do Observador
<p>quarenta semanas mais um dia de idade gestacional e um índice de líquido amniótico reduzido. Encontrava-se na cama, com um <i>facies</i> fechado, pouco comunicativa. O seu marido tinha ido a casa, pelo que se encontrava sozinha. O quarto estava na penumbra. Nesta altura da manhã o sol não bate nesta fachada do edifício. Encontrava-se com perfusão de ocitocina em curso e tinha o cardiotocógrafo colocado. Tinha algias moderadas, referia contrações de média intensidade, sobretudo a nível lombar... Apresentava 2 cm de dilatação cervical... Perguntámos se gostaria de tomar um duche para sua higiene pessoal e para ajudar a diminuir a intensidade da dor. A D. M. aceitou... Encaminhámo-la ao duche das urgências e foi-lhe explicado como o usar de forma a diminuir a intensidade da dor. Sob nossa supervisão, durante cerca de 20m utilizou a alternância de posições e o jato de água para diminuir a intensidade da dor... O seu <i>facies</i> progressivamente foi-se tornando mais aberto, agora falava com um sorriso sobre os seus familiares e sobre a gravidez. Dizia “Agora já consigo pensar...” As contrações tinham diminuído de intensidade e eram mais espaçadas. Pelas 10h30m realizou analgesia epidural, o seu colo</p>	<p>Muito além da intensidade da dor, o conforto da D.M. parecia estar a ser condicionado socialmente pela ausência do suporte de uma pessoa significativa e fisicamente/ambientalmente pela permanência em posição supina.</p> <p>Existe só um duche na sala de partos, em que dificilmente se poderá colocar uma bola de parto. Na construção dos serviços é importante criar as condições necessárias para que a hidroterapia sob a forma de duche possa ser aplicada.</p>

NOTAS DE CAMPO - 3**Ensino Clínico Estágio com Relatório
8h-16h30m**

Descrição da Situação	Comentários do Observador
apresentava 4cm de dilatação cervical.	A diminuição da intensidade da dor (também associado à paragem temporária da perfusão de ocitocina), o suporte prestado pelo EESMO e a liberdade de movimentos potenciaram o conforto da D.M.

NOTAS DE CAMPO - 4**Ensino Clínico Estágio com Relatório
23h-8h30m**

Descrição da Situação	Comentários do Observador
0h - A D. N. deu entrada na sala de partos vinda do internamento de Medicina Maternofetal após rutura espontânea de membranas. Pelas 18h tinha iniciado indução de trabalho de parto com ocitocina por hipertensão induzida pela gravidez. Era uma terceira gestação. Desta vez a D. N. queria um parto na água. Ela e o seu marido tinham realizado preparação específica. Os valores tensionais tinham estabilizado, e a D.N. continuava a reunir critérios para imersão e parto na água. A D. D. encontrava-se com contrações regulares e de intensidade elevada. Referia estar desconfortável por continuar a perder líquido amniótico. Tinha a camisa suja. Foi proposto o duche como medida de conforto. Ela e o seu marido encaminharam-se para a casa de banho. Já	A hidroterapia (imersão) está associada à diminuição da tensão arterial média e em situações hipertensão materna pode ser uma mais-valia.

NOTAS DE CAMPO - 4

Ensino Clínico Estágio com Relatório

23h-8h30m

Descrição da Situação	Comentários do Observador
<p>tinham utilizado o duche no serviço de internamento e estavam os dois muito à vontade, trabalhavam em equipa. A D. N. sentou-se na bola de parto e iniciou o duche. Em cerca de 20 minutos as contrações tornaram-se mais regulares, mas a D. N. referia que a intensidade percebida era inferior. O seu marido de fato de banho suportava-a no duche. A D. N. apresentava um facies fechado, referia que estava muito cansada, com sono, que provavelmente não ia conseguir. A EESMO E. de uma maneira segura e calma, reforçava que ela seria capaz de levar adiante o seu sonho, que no momento de imersão sentiria mais alívio...</p> <p>Pela 1h a D.D. encontrava-se com 4 para 5 cm de dilatação, estava na altura da imersão... Enquanto acompanhávamos a D.N., o resto da equipa já tinha preparado a piscina. Diminui-se a intensidade da luz e colocou-se a tocar um cd com músicas escolhidas pelo casal especialmente para a ocasião. Foi avaliada a pressão arterial e temperatura da D.N. e foi colocado um cardiógrafo. A frequência cardíaca fetal mantinha-se tranquilizadora. Quanto entrou na piscina a D.N. transpareceu uma sensação de alívio. Ela colocava-se, na altura das</p>	<p>O suporte que o EESMO realiza no decorrer no trabalho de parto pode fazer diferença na persecução de um parto normal, reforçando a capacidade de autocontrolo e condução ativa do trabalho de parto da parturiente.</p> <p>A imersão antes dos 4-5 cm de dilatação cervical, antes que a fase ativa do trabalho de parto se tenha estabelecido, pode condicionar o seu bloqueio.</p> <p>O ruído e a intensidade da luz podem condicionar a ativação do <i>neocortex</i> e o bloqueio do cérebro primitivo com repercussões hormonais (diminuição da ocitocina libertada e endorfinas) suprimindo a normal evolução do trabalho de parto.</p> <p>Pelo risco fetal acrescido associado à</p>

NOTAS DE CAMPO - 4

Ensino Clínico Estágio com Relatório

23h-8h30m

Descrição da Situação	Comentários do Observador
<p>contrações, nas posições verticais mais confortáveis para si com a ajuda do marido. Entre as contrações boiava na água suportada pelo marido. A EESMO E. ia controlando a temperatura da água e sugeria que a D. N. se concentrasse na música. Foi tudo muito rápido... Pelas 1H50m as D. N. tinha a dilatação completa e a apresentação fetal estava muito baixa. A D. N. auto-observou-se e ganhou um novo ânimo... Iniciou esforços expulsivos... Estava assustada... Pediu que a ajudássemos “Ajudem-me por favor”, não sabia se “estava a fazer bem”, “se ia conseguir...” A EESMO E. reforçava a sua capacidade para prosseguir, num tom suave e securizante... A S. começava a coroar. A D. N. referia sentir uma sensação de queimadura perineal, não conseguia parar de deixar de fazer força... “Parece que queima! Não consigo parar...” A cabeça da S. surgiu na água... Apresentava uma circular cervical muito apertada... Os restantes membros da equipa surgiram para elevar a D.N. para a borda da piscina e permitir que o cordão umbilical fosse clampado e cortado. Não demorou mais de um minuto... A S. foi colocada no peito da D.N.. Foi um momento de felicidade</p>	<p>hipertensão arterial induzida pela gravidez, tornou-se indicado a monitorização contínua da frequência cardíaca fetal, no entanto esta foi feita por telemetria não limitando a liberdade de movimentos da D.N.</p> <p>De acordo com Sprague (2004) a água tem um efeito protetor. As mulheres sentem-se menos expostas e inibidas.</p> <p>A hidroterapia ajuda a reduzir a duração do primeiro estágio do trabalho de parto, pelo relaxamento, diminuição de ansiedade, potenciação de libertação de endorfinas e ocitocina associadas às propriedades da água quente e liberdade de movimentos. A descida da apresentação fetal encontra-se facilitada por estes mecanismos.</p> <p>A EESMO deve estimular os esforços expulsivos não dirigidos de forma a preservar o períneo.</p> <p>No decorrer de um parto na água toda a equipa deve saber como agir em situações de emergência e estar pronta a atuar.</p> <p>Após o primeiro contacto com o ar o recém-</p>

NOTAS DE CAMPO - 4**Ensino Clínico Estágio com Relatório****23h-8h30m**

Descrição da Situação	Comentários do Observador
indiscritível, os três elementos da família estavam finalmente a conhecer-se... Durante cerca de 30m a tríade permaneceu na piscina. Como a dequitação ainda não tinha ocorrido, a D.N. foi ajudada a sair da água juntamente com a S. e o marido e dirigiu-se para a cama... Após mais 15 minutos a dequitação deu-se, o períneo encontrava-se intacto...	<p>nascido não volta a mergulhar na água pelo risco de inalação de água. Deve ser proporcionado contato pele a pele entre a mãe e o recém-nascido. O seu contato junto ao peito materno potencia a libertação de ocitocina e a amamentação. Johnson e Odent (1995) defendem que por mecanismos fisiológicos o pico hormonal (de ocitocina, endorfinas e adrenalina) que ocorre na mãe e recém-nascido após o nascimento associado ao contato visual potencia a vinculação.</p> <p>A dequitação foi natural. Como tardava em acontecer em imersão e sendo a D.N. múltipara, existia um risco acrescido de hemorragia pós-parto, assim, por precaução, optou-se por esperar que a mesma ocorresse terra.</p> <p>O parto na água está associado à preservação da integridade perineal.</p>

NOTAS DE CAMPO - 5**Ensino Clínico Estágio com Relatório****16h-23h00m**

Descrição da Situação	Comentários do Observador
A D. D. deu entrada na sala de partos por volta das 17h30m. Encontrava-se com 3 para 4 cm de dilatação cervical. A D. D. queria um	

NOTAS DE CAMPO - 5

Ensino Clínico Estágio com Relatório

16h-23h00m

Descrição da Situação	Comentários do Observador
<p>parto natural, tinha-se preparado com o seu marido para realizar o seu parto na água. Antes de vir para a maternidade tinha recorrido à sua obstetra. Vinha ansiosa... A sua obstetra disse-lhe que não chegaria a tempo... Coube-lhe a si decidir se deveria arriscar ou não. A D. D. tinha como grupo sanguíneo ARH -. Durante a triagem no serviço de urgência, verificou-se que não tinha sido realizada a profilaxia com imunoglobulina anti-D às 28 semanas de idade gestacional e que existia suspeita de uma talassemia <i>minor</i>. A equipa médica, na nossa presença, explicou que tendo em conta estas condicionantes o 1º estágio do trabalho de parto poderia decorrer em imersão, mas o segundo seria em terra. A B. continuava a mostrar sinais de bem-estar fetal. Pelas 18h30m a D.D. entrou no duche pela primeira vez, sob a nossa supervisão. Apresentava algias dorsolombares e suprapúbicas moderadas. Durante cerca de 20 minutos com o jato de água à temperatura corporal, incidiu sobre as áreas de maior intensidade dolorosa e realizou exercícios com a bacia na bola de pilates. À saída referiu: “Estava mesmo a precisar do duche, com o líquido amniótico sempre a correr...”.</p>	<p>Para a D.D. mais do que a dor experienciada, os factores inibitórios que surgiram do contexto social (a ausência do seu marido, os entraves colocados ao desenvolvimento do seu plano de partos), e do contexto psicoespiritual (com ansiedade provocada pela descoberta de situações não detetadas no decorrer da sua gravidez atual e possíveis consequências para o bem-estar maternofetal e plano de partos) comprometeram o seu conforto. O suporte</p>

NOTAS DE CAMPO - 5

Ensino Clínico Estágio com Relatório

16h-23h00m

Descrição da Situação	Comentários do Observador
<p>Referia uma sensação de bem-estar, leveza e profundo relaxamento. Apresentava-se lábil, referia estar feliz. Dizia-me isto com um sorriso e com as lágrimas nos olhos. Começava agora a relaxar depois de ter visto o seu plano de partos em risco. A contratilidade uterina continuava irregular de média intensidade. Nesta altura o seu marido já tinha chegado. Continuou a utilizar a bola de partos junto à cama para realizar exercícios com a bacia. Pelas 20h30m as contrações encontravam-se mais intensas e prolongadas, a D. D. quis regressar ao duche. O seu <i>facies</i> era mais fechado, encontrava-se concentrada em si mesma. Quando o jato de água a tocou, transpareceu na sua expressão uma sensação de alívio. Referiu: “Ajuda mesmo!... A intensidade da dor diminuiu...”. Durante o decorrer do duche ajustou frequentemente a temperatura da água, a temperatura ambiente não era agradável para si. Quando saiu do duche as contrações eram mais intensas e regulares, o colo uterino estava fino e apresentava 4cm de dilatação, apresentação fetal tinha descido, estava no plano -1. A D. D. só iniciou imersão na piscina no turno a seguir.</p>	<p>proporcionado pelo EESMO e a hidroterapia foram as forças facilitadoras que permitiram que readquire-se o conforto necessário para participar ativamente no seu trabalho de parto.</p> <p>Para além de proporcionar alívio da intensidade da dor, relaxamento, potenciar as posições verticais, a progressão do feto no canal de parto e a libertação de ocitocina, para muitas mulheres a água é um meio gerador de bem estar-físico através dos cuidados de higiene.</p> <p>O controlo da temperatura ambiente é importante durante a realização do duche, para que se obtenha o máximo conforto e se evite a utilização de água com temperatura superior à temperatura corporal. Visto não ter sido possível controlar a temperatura ambiente dentro da casa de banho, a colocação de toalhas quentes nas áreas não abrangidas pelo jato de água poderia ter sido uma alternativa.</p>

NOTAS DE CAMPO - 6

Ensino Clínico Estágio com Relatório

23h às 17h

Descrição da Situação	Comentários do Observador
<p>5h- A D. S. deu entrada na sala de partos acompanhada pelo seu marido. Encontra-se com 4 cm de dilatação cervical, com contratilidade uterina irregular de média/grande intensidade. A D. S. queria um parto normal na água. O casal tinha realizado preparação específica para o parto na água. A cada contração a D. S. pedia que todos permaneçam em silêncio para se concentrar e se manter em controlo. “Xiu! Senão não me consigo concentrar!” Agilmente e instintivamente assumia diversos posicionamentos na cama e no chão que a ajudavam a diminuir a intensidade das algias que se encontrava a sentir. Dirigia as mãos do seu marido e as nossas para que a massagem dorsolombar fosse mais eficaz. Intermitentemente avaliávamos a frequência cardíaca fetal. Estava tudo bem com a pequena J. Das 5h às 7h a D. S recorreu duas vezes ao duche, dirigia o jato de água para as áreas em que sentia mais algias, mamilos e manteve-se a realizar exercícios com a bacia durante as contrações. Em todos os momentos apresentou um facies de alívio aquando do início do duche e na última vez referiu não quer sair.... As contrações estão a ficar mais intensas... Perguntou se ainda</p>	<p>Para a realização do parto na água é importante a preparação antenatal específica da mulher e pessoa significativa para o mesmo.</p> <p>Johnson e Odent (1995) referem que o trabalho de parto é instintivo, sendo comandado pelo cérebro primitivo. O silêncio e a baixa luminosidade são essenciais para que o neocortex não seja estimulado e o trabalho de parto não se torne mais moroso. A D. S confirmou o que foi defendido por estes dois autores. É importante que o EESMO reconheça e respeite este mecanismo.</p> <p>A D.S. autonomamente desenvolvia as intervenções necessárias para promover o seu conforto. A preparação para o parto muniu-a e ao seu marido de um conjunto de competências que potenciaram a sua autonomia e participação ativa.</p> <p>No decorrer do duche as posições verticais e a</p>

NOTAS DE CAMPO - 6

Ensino Clínico Estágio com Relatório

23h às 17h

Descrição da Situação	Comentários do Observador
<p>faltava muito para a imersão. Pedi para continuar a acompanhar a D.S e o marido no turno a seguir. Pelas 8h à medida que a dilatação e apagamento do colo uterino progredia, a D.S ficava menos comunicativa, com um facies fechado, concentrada em si mesma. Andava pelo quarto. Referia sentir-se cansada. Fazia exercícios respiratórios e exercícios com a bacia a cada contração. Estava ansiosa por entrar na piscina. Pelas 10h30, apresentava colo fino com 5cm de dilatação. Rapidamente dirigiu-se para a sala da piscina e pouco tempo depois com a nossa ajuda e do marido entrava na água. A sua expressão alterou-se rapidamente, transmitindo uma sensação de alívio imediato. Poucos minutos após a imersão, referiu “é uma sensação de bem-estar, relaxamento, leveza....As contrações são mais toleráveis...entre as contrações adormeço...sonho” Para mim era inacreditável! As contrações tornaram-se mais intensas, prolongadas e mais espaçadas. O cansaço ia apoderando-se da D.S e do marido. A D. S. necessitava cada vez mais do nosso suporte, buscava em nós a energia para prosseguir. Alternava períodos de profundo relaxamento em que boiava na água</p>	<p>incidência do jato de água sobre a área mamilar potenciam a libertação de ocitocina.</p> <p>Os efeitos hidrotérmicos e hidrocinéticos da água quente fazem-se sentir sobre a forma da sensação imediata de bem-estar, reduzindo a ansiedade e proporcionando relaxamento.</p> <p>No trabalho de parto o suporte psicológico e físico proporcionado pelo EESMO e pessoa significativa assumem-se como componentes essenciais na promoção de conforto e manutenção do autocontrolo e participação ativa</p>

NOTAS DE CAMPO - 6

Ensino Clínico Estágio com Relatório

23h às 17h

Descrição da Situação	Comentários do Observador
<p>suportada pelo seu marido, com outros em que com a nossa ajuda utilizava posições verticais e exercícios com a bacia para lidar com as algias lombares e suprapúbicas. O marido carinhosamente e com as indicações da D.S. fazia massagens dorsolombares aquando das contrações. A temperatura da água foi constantemente monitorizada e ajustada. Foi oferecido chá açucarado e água à D. S e marido. Por duas vezes a D.S. saiu da piscina para urinar, quando regressava à água demonstrava sempre a mesma sensação de alívio. Pelas 12h30 saiu da piscina, apresentava 5-6cm de dilatação do colo. Durante uma hora andou pelo quarto e realizou exercícios com a bacia. Tanto a D. S. como o marido estavam muito cansados, as certezas e força inicial começavam-se a desvanecer. A EESMO B. propôs que se realizasse rutura artificial das membranas, explicando a sua finalidade face à evolução do trabalho de parto. A D.S e marido concordaram. Em minutos a intensidade das contrações aumentou e a localização da dor passou a ser essencialmente suprapúbica. A J. continuava a dar sinais de bem-estar fetal. Pelas 13h30m a D. S. voltou à água, numa hora e meia a dilatação cervical da D.S.</p>	<p>da mulher no trabalho de parto. A hidroterapia facilita o suporte contínuo por parte do EESMO ao longo do trabalho de parto.</p> <p>A hidroterapia estimula as posições verticais e liberdade de movimentos.</p> <p>Na hidroterapia o controlo da temperatura corporal e da água, assume-se de particular relevância, tentando-se evitar situações de hipertermia materna que possam comprometer o bem estar-fetal. Dentro de água também ocorre sudção pelo que a parturiente deve ser estimulada a hidratar-se, evitando a desidratação. A permanência na água por longos períodos não é vantajosa pelo efeito de relaxamento muscular uterino que se desenvolve.</p> <p>O EESMO assumiu um papel fundamental na informação e promoção da tomada de decisão esclarecida. A D.S e o marido permaneceram em controlo do seu trabalho de parto.</p>

NOTAS DE CAMPO - 6

Ensino Clínico Estágio com Relatório

23h às 17h

Descrição da Situação	Comentários do Observador
<p>ficava completa e a J. estava no plano + 2. Neste espaço de tempo tivemos de proceder ao arrefecimento da água da piscina, o metabolismo corporal da D.S. aumentou rapidamente e os 37°C iniciais já não eram confortáveis. A D.S. tinha calor, pedia que colocássemos água fria. A cada contração a D.S. referia que estava a demorar muito, que estava a ficar muito cansada, que não estava a correr como tinha imaginado. Não largava a minha mão, mesmo entre as contrações, como se eu lhe trouxesse a energia que sentia que estava a faltar. Quando a EESMO B. lhe pediu que fizesse o toque vaginal e sentisse a cabeça do seu bebé, ganhou um novo alento. A seu pedido o seu marido também realizou o toque e ambos renasceram. Estava quase... A EESMO B. decidiu prolongar o tempo de imersão. A J. mantinha sinais de bem-estar fetal, e faltava pouco para a realização do sonho daqueles pais. A D. S. iniciou esforços expulsivos, mas estes não foram eficazes. Ela referia não aguentar mais... Em conjunto com o casal tomou-se a decisão de sair da piscina e de se ponderar o passo seguinte. Eram 15 horas e 50 minutos, a D. S. deambulava livremente e colocava-se na posição de cócoras quando tinha contrações.</p>	<p>A temperatura da água de imersão vai variando ao longo do trabalho de parto. O protocolo da maternidade indica os 33°-35° C como sendo mais adequados para o período expulsivo.</p> <p>A não evolução do trabalho de parto com um período de imersão na água superior a duas horas pode estar associada a ocorrência de distócia e é um dos critérios para a saída da piscina.</p> <p>A alteração da gravidade pode ter estado associada à progressão da J. no canal de parto.</p> <p>O suporte proporcionado pelo EESMO e a</p>

NOTAS DE CAMPO - 6**Ensino Clínico Estágio com Relatório****23h às 17h**

Descrição da Situação	Comentários do Observador
Parecia estar num mundo à parte. A EESMO B. disse que estava na altura de mudarmos de turno. D D.S. pediu que não fossemos embora... A EESMO B. realizou um novo toque vaginal e na contração seguinte pediu que a D. S. realizasse esforços expulsivos. Desta vez a J. avançou, em duas contrações estava a coroar.... Assisti o parto da J..	relação terapêutica que se forma fazem a diferença para uma experiência positiva do trabalho de parto. A APEO/FAME (2009) defende a presença de um EESMO por cada parturiente em trabalho de parto ativo.

NOTAS DE CAMPO - 7**Ensino Clínico Estágio com Relatório****8h-16h30m**

Descrição da Situação	Comentários do Observador
10h30m- A D. N dá entrada na sala de partos, encontra-se com 6 cm de dilatação cervical. Refere não querer realizar analgesia epidural e não querer ninguém a acompanhá-la durante o trabalho de parto. A D. N. é de etnia cigana, encontra-se com labilidade emocional, associada à intensidade da dor das contrações uterinas, mas sobretudo por ter medo que possa acontecer alguma coisa a si e ao feto durante o trabalho de parto. Diz a chorar “Eu não quero morrer, tenho a minha outra filha para criar...” As mulheres mais velhas da sua família avisaram-na sobre situações	<p>O conforto nesta parturiente estava comprometido a nível do contexto físico (pela dor inerente às contrações) e a nível do contexto psicoespiritual (a ansiedade provocada pelas histórias contadas pelas mulheres mais antigas da família).</p> <p>Autonomamente a D. N. conseguiu encontrar nas posições verticais e liberdade de movimentos, as forças facilitadoras que</p>

NOTAS DE CAMPO - 7

Ensino Clínico Estágio com Relatório

8h-16h30m

Descrição da Situação	Comentários do Observador
<p>negativas que poderiam ocorrer. Eu e a EESMO E. tentamos desmistificar o que lhe foi dito, conseguimos com que ficasse mais calma. Enquanto realizamos o acolhimento, a D. N. deambula livremente pela unidade, realiza exercícios com a bacia a cada contração. refere que ajuda a diminuir a intensidade da dor. Propomos que a D.N. experimente o duche como outra possibilidade para diminuição da intensidade da dor. A D. N. acede, damos informação de como utilizar o duche e ficamos a acompanha-la. A D. N. ao fim de 10 minutos sai do duche, está impaciente, tensa refere preferir deambular livremente. “Já chega!... Prefiro andar”.</p>	<p>aliviaram a intensidade das algias que se encontrava a sentir.</p> <p>A nível da ansiedade que estava a sentir foi importante o suporte, desmistificação que foi proporcionado pelo EESMO. A D.N passou a um estado de maior conforto e continuou a controlar ativamente o seu trabalho de parto.</p> <p>A água não proporcionou o bem-estar físico e ambiental necessário para que a D.N. se sentisse confortável. Todos os benefícios que a água possa oferecer não farão sentido se a mesma não trazer conforto à parturiente. Em vez de atuar como uma intervenção promotora de conforto, passará a ser uma intervenção geradora de tensão, que pouco potenciará o autocontrolo e a participação ativa da parturiente.</p>

Apêndice VI: Tabelas de Síntese dos Estudos Seleccionados

Tabelas de Síntese dos Estudos Seleccionados

Tabelas de Síntese dos Estudos Seleccionados

Autor/Ano/Título	Benfield, R.; Herman J.; Katz, V.; Wilson, S. & Davis, J. (2001) Hydrotherapy in labor. <i>Research in Nursing & Health</i> . 24 (1), 57-67. Acedido em: 18/04/2012, de WILEY Online Library. Disponível em: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1098-240X(200102)24:1%3C57::AID-NUR1007%3E3.0.CO;2-J/abstract
Objetivos	Determinar se a hidroterapia pode prevenir os efeitos indesejados da ansiedade e de dor no parto, atenuando o efeito da estimulação do sistema nervoso simpático e promovendo o relaxamento nas parturientes.
Tipo	Estudo quantitativo: estudo de grupo de controlo, com pré-teste e pós-teste (com avaliação das variáveis em estudo antes da hidroterapia, 15 m e 45 m durante a sua realização) Foram tidas em conta considerações éticas no desenho do estudo.
Participantes	18 Mulheres caucasianas do sudoeste dos Estados Unidos da América, divididas: 9 no grupo experimental (imersão) e 9 no grupo de controlo (sem imersão). Critérios de inclusão: paridade inferior ou igual a 1; gestação única; baixo risco de complicações de gravidez/parto; 38 a 41 semanas de idade gestacional na altura do parto; trabalho de parto espontâneo; dilatação cervical entre os 3 e 4 cm, rutura espontânea ou membranas intactas no decorrer do trabalho de parto; liquido amniótico claro, sinais vitais estáveis no início do trabalho de parto e <i>nonstress test</i> negativo.
Resultados	A ansiedade e dor materna durante o trabalho de parto estão associadas ao seu prolongamento, distócia e comprometimento do bem-estar fetal. No estudo a dor e a ansiedade estiveram moderadamente correlacionadas. A hidroterapia (sob a forma de imersão) esteve associada a uma diminuição acentuada dos níveis de dor e ansiedade na fase inicial da sua utilização (15 minutos), diminuindo a sua eficácia ao longo do tempo (60 minutos). As mulheres que participaram no grupo da hidroterapia tiveram um maior aumento do volume plasmático, com uma diferença substancial entre grupos aos 60 m. Este aumento em associação com outras alterações cardiovasculares pode ter contribuído para o relaxamento das parturientes. Não se encontraram grandes diferenças entre grupos no que diz respeito ao doseamento de catecolaminas. O facto da hidroterapia proporcionar um meio familiar às parturientes (a água), pode auxiliar na diminuição do <i>stress</i> no trabalho de parto. Os efeitos terapêuticos na imersão na água fazem da hidroterapia uma alternativa ou intervenção suplementar para as clientes que necessitem de um alívio rápido da dor e ansiedade.

Autor/Ano/Título	Benfield, R. (2002) Hydrotherapy in labor. <i>Journal Of Nursing Scholarship: An Official Publication Of Sigma Theta Tau International Honor Society Of Nursing / Sigma Theta Tau</i> , 34 (4), 347-352. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2002.00347.x.
Objetivos	Realizar uma revisão sistemática da literatura sobre as indicações da hidroterapia no trabalho de parto e sua efetividade.
Tipo	Revisão sistemática da literatura.
Participantes	
Resultados	Os estudos usados nesta revisão sistemática da literatura foram muito heterogêneos versando sobre a imersão e parto na água. Os efeitos da hidroterapia identificados na mulher e feto foram predominantemente positivos. A hidroterapia diminuiu a ansiedade e dor através de uma resposta de relaxamento. Em diversos estudos, estes efeitos demonstraram ser rápidos no aparecimento mas de curta duração. A hidroterapia esteve também associada a um aumento, por parte dos participantes, de um sentimento de controle sobre o processo de nascimento. Outras vantagens associadas ao uso da hidroterapia foram: o aumento da velocidade de dilatação cervical, a diminuição do tempo de progressão fetal no canal de parto, a diminuição da utilização de ocitocina exógena, a menor incidência de descoordenação contrátil uterina, a diminuição do tempo de trabalho de parto, a diminuição do uso de analgesia epidural, a diminuição do uso de outro tipo de analgesia, a diminuição de partos cirúrgico em nulíparas e partos traumáticos. A hidroterapia foi também responsável pelo aumento do volume plasmático das parturientes, mas pareceu não alterar a produção de catecolaminas. Não se identificaram referências a infecções maternas.

Autor/Ano/Título	Benfield, R.; Hortobágyi, T.; Tanner, C.; Swanson, M.; Heitkemper, M. & Newton E. (2010) The Effects of Hydrotherapy on Anxiety, Pain, Neuroendocrine Responses, and Contraction Dynamics During Labor. <i>Biological Research for Nursing</i> . 12 (1) 28-36. Acedido em: 18/04/2012, de SAGE. Disponível em: http://www.brn.sagepub.com/content/12/1/28
Objetivos	Examinar os efeitos da hidroterapia na: dor, ansiedade, respostas neuroendócrinas, alteração do volume plasmático e contrações uterinas da mulher durante o trabalho de parto.
Tipo	Estudo quantitativo: estudo piloto, com desenho pré teste/ pós teste (avaliação das variáveis em estudo antes da hidroterapia, 15 m e 45 m durante a sua realização). Foram tidas em conta considerações éticas no desenho do estudo.
Participantes	11 Mulheres com 37 semanas de gestação, utentes de clínicas de baixo risco do County Health Department, da Universidade de Medicina da Carolina do Sul e de 2 consultórios privados, que respondiam aos critérios de inclusão: idade entre os 17-40 anos; gestação única, baixo risco de complicações obstétricas, não fumadoras, sem história de abuso físico/drogas, herpes genital, depressão, ansiedade, problemas psicossociais graves, cesariana, hematócrito maior ou igual a 32% ou de trabalho de parto prévio com menos de 1 hora de duração.
Resultados	Tendo em conta os níveis prévios à imersão, a hidroterapia esteve associada a um decréscimo substancial na ansiedade da parturiente aos 15 e 45 m. A dor a diminui mais para mulheres com uma dor basal prévia mais elevada aos 15 e 45 minutos. Os valores de cortisol baixaram

duas vezes mais ao fim de 15 m de imersão nas mulheres com dor basal mais elevada. Os níveis de beta-endorfinas aumentaram no grupo como um todo aos 15m, mas aos 45 m não diferiam muito dos valores prévios à imersão. O volume plasmático aumentou significativamente tendo em conta os valores de pré-imersão, aos 15 e 45m após imersão. As contrações uterinas diminuíram significativamente com a imersão. Os valores de adrenalina e noradrenalina não se alteraram significativamente com a hidroterapia. A diminuição da intensidade da dor nas mulheres com níveis basais elevadas esteve associada à diminuição dos níveis de cortisol, Ainda que a hidroterapia tenha estado associada à diminuição dos níveis de cortisol, falhou em diminuir os níveis de adrenalina e noradrenalina. Os achados face aos níveis de beta-endorfinas parecem apontar para que a sua atividade estará mais associada a mecanismos de atividade local, do que a globais de controlo da dor.

Autor/Ano/Título	Davim, R. et al (2008) Showering as a non-pharmacological strategy to relief the parturient pain. <i>Revista Eletrónica de Enfermagem</i> . 10 (3), 600-609. Acedido em: 21/11/2012, de EBSCOhost. Disponível em: http://trabalho.departo://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=19&sid=4afa9d38-9f69-44b6-a451-48f768a968e9%40sessionmgr14 .
Objetivos	Avaliar a efetividade do banho de chuveiro para o alívio da dor de parturientes na fase ativa do trabalho de parto.
Tipo	Estudo Quantitativo: Ensaio Clínico de Intervenção Terapêutica. O Instrumento de colheita de dados constou de 3 partes: caracterização sociodemográfica das parturientes, partograma e avaliação da dor de parto “antes e após” à aplicação do banho de chuveiro (com auxílio da escala visual analógica para a dor). Foram tidas em conta considerações éticas no desenho do estudo.
Participantes	Cem parturientes de baixo risco, múltíparas, em fase ativa do trabalho de parto, com dilatação do colo uterino até 6 cm, que recorreram à Unidade de Parto Humanizado da Maternidade Cicco da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, no período de Setembro de 2005 a Fevereiro de 2006.
Resultados	As variáveis sociodemográficas e obstétricas tidas em conta não afetaram significativamente a perceção da dor pelas parturientes A estratégia de duche com água quente foi eficaz no alívio da intensidade da dor de parturientes na fase ativa do trabalho de parto, ainda que a sua eficácia diminua proporcionalmente ao aumento da dilatação uterina (8 e 9 cm respetivamente).

Autor/Ano/Título	Lee, S. ; Liu, C. ; Lu, Y. & Gau, Meei-Ling (2013) Efficacy of Warm Showers on Labor Pain and Birth Experiences During the First Labor Stage. <i>JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing</i> . 42 (1) 19-28. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2012.01424.x
Objetivos	Determinar a eficácia dos duches com água quente na dor e nas experiências vivenciadas pelas mulheres no decorrer do primeiro estágio de trabalho de parto.
Tipo	Estudo Quantitativo - Estudo Randomizado Controlado. Os instrumentos de recolha de dados aplicados foram: um questionário para colheita de dados obstétricos e demográficos da população, a escala visual analógica para a dor e a escala de trabalho de parto <i>agency</i> . Como intervenção terapêutica foram utilizados duches com água quente.
Participantes	80 Mulheres (41 no grupo de controlo e 39 no grupo experimental), com pelo menos 4cm de dilatação cervical, acompanhadas por pessoas significativas, recrutadas na maternidade do Taipei City Regional Teaching Hospital de Julho de 2010 a Janeiro de 2011.
Resultados	Os valores de intensidade de dor no grupo experimental foram sempre inferiores ao do grupo controlo em todos os períodos de avaliação. Sendo mais elevados aos 7cm de dilatação do que aos 4cm. O grupo experimental apresentou índices superiores de sensação de autocontrolo ao longo do trabalho de parto. A aplicação desta medida não farmacológica de alívio da dor ajudou o grupo experimental a sentir-se mais aceite, tornando a sua experiência de trabalho de parto mais positiva. Pelo suporte dado pela <i>midwife</i> os duches com água quente, facilitam: o desenvolvimento de cuidados especializados centrados na mulher, o estabelecimento de uma relação terapêutica com a parturiente e o <i>empowerment</i> das parturientes na tomada de decisão e controlo do seu corpo. Os duches com água quente ajudam a parturiente: a participar ativamente no trabalho de parto, a obter suporte contínuo no trabalho de parto, a sentir-se cuidada e confortada e na globalidade a ter uma experiência mais positiva durante o trabalho de parto. Os duches são económicos, de fácil aplicação e requerem pouco treino prévio.

Autor/Ano/Título	Richmond, H. (2003) Theories surrounding waterbirth. <i>The Practising Midwife</i> . 10, (2), 10-13. Acedido em: 25/07/2013, de EBSCOhost. Disponível em: http:// www.bumpstobabies.co.uk/Theories%20surrounding%20waterbirth.pdf
Objetivos	Examinar algumas das teorias que envolvem o parto na água.
Tipo	Opinião de perito.
Participantes	
Resultados	A utilização da água quente sob a forma de imersão durante o trabalho de parto apresenta como efeitos fisiológicos na parturiente passíveis de promoção de conforto: Efeitos hidrotérmicos e hidrocínéticos –. O <u>efeito hidrotérmico</u> deriva do facto de água ao ser um condutor de calor ao longo da superfície cutânea e mucosas, provoca vasodilatação e aumento do retorno venoso, diminuindo o espasmo muscular e promovendo alívio da dor. Podendo o mesmo mecanismo condicionar o músculo uterino, pelo que as mulheres não devem permanecer na água por períodos prolongados de tempo. O <u>efeito hidrocínético</u> consiste na sensação de abolição da gravidade. Estas são as razões porque a imersão em água quente proporciona uma sensação imediata de bem-estar, reduzindo a ansiedade e proporcionando relaxamento

Efeito na Pressão Arterial / Hormonal - após uma hora de imersão a pressão arterial média diminui; ocorre passagem do líquido do meio extracelular para o intracelular, com aumento do volume plasmático central; ocorre supressão do sistema renina-aldosterona e hormonas vasopressoras (controladas por baroreceptores) e aumento da diurese.

Efeito Hidrostático- o corpo submerso da parturiente recebe a mesma intensidade de pressão e suporte em toda a superfície corporal. Implica também menor necessidade de controlo da saída da apresentação fetal, e adoção da prática *non-touch*.

Efeito do Calor – o corpo humano tende a aumentar de temperatura em água quente e perder temperatura em água fria. A temperatura da água deve ser o quente suficiente para ser confortável, e fria o suficiente para a parturiente não desidratar e não ocorrer hipertermia materna e fetal, devendo a *midwife* controlar a temperatura corporal materna e a temperatura da água.

Autor/Ano/Título	Stark, M.; Craig, J. & Miller, M. (2011) Designing an intervention: Therapeutic showering in labor. <i>Applied Nursing Research</i> . 4 (4), 73-77. Acedido em: 2013/05/15, de EBSCOhost. Disponível em: http://trabalho.de.parto://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/en_a25v43n2.pdf .
Objetivos	Descrever o desenvolvimento sistemático da intervenção de enfermagem: duche terapêutico durante o trabalho de parto, para que as enfermeiras na prática e na investigação possam continuar a testar e refinar esta intervenção.
Tipo	Processo de desenvolvimento sistemático de intervenções de enfermagem de van Meijel et al.
Participantes	
Resultados	As autoras descrevem os passos para a construção da intervenção duche de água quente segundo o processo de van Meijel et al. Foi definido como problema : O duche terapêutico é umas medidas não farmacológicas de conforto que durante o trabalho de parto pode promover alívio da dor e alívio do desconforto psicológico. No estabelecimento dos fundamentos para o desenho da intervenção após revisão de literatura e análise de conteúdo as autoras construíram o seguinte quadro conceptual para a intervenção duche terapêutico: em trabalho de parto a mulher grávida lida com a dor (sensação física) e com o sofrimento (angústia, desespero, incapacidade de gerir a realidade, medo, sensação de ameaça). O duche terapêutico, através do calor, massagem e posição vertical (associada à liberdade de movimentos), diminui a dor (pelo relaxamento muscular e conseqüente diminuição de tensão) e estimula o autocontrolo e autoconforto. Entretanto descreveram o desenho da intervenção . Assumiram como critérios de Inclusão para o duche terapêutico: escolha materna, gravidez de baixo risco de pelo menos 37 semanas e não mais de 41 semanas de idade gestacional, trabalho de parto não complicado; e como critérios de exclusão: problemas de mobilidade que comprometam a entrada e saída do duche. A intervenção foi testada num estudo piloto com mulheres não grávidas de forma a determinar a segurança da mesma na utilização em parturientes. Foi monitorizado o estado fisiológico das mulheres não grávidas no decorrer do estudo (temperatura, frequência cardíaca, tensão arterial, volume plasmático). Nenhum dos parâmetros saiu fora dos valores normais, o que indica que esta intervenção poderá ser testada em grávidas. Do estudo piloto saíram recomendações para o uso em parturientes: o duche deverá ter a duração de 30 minutos, a parturiente deverá poder ajustar a água do duche e do ambiente do duche, deverá ser fornecido à parturiente água fria para beber de forma a prevenir desidratação. A temperatura da parturiente deverá ser monitorizada com termómetro e pela sua própria percepção. Devem-se ter em conta medidas de segurança, como o uso de chinelos, manutenção do chão seco. O duche deverá ser realizado sobre supervisão. Quanto à fase de validação da intervenção as autoras referem que a intervenção está agora a ser testada com uma amostra de parturientes. A que idealmente se seguirá um ensaio clínico randomizado controlado.

Autor/Ano/Título	Stark, M. & Rudell, B. (2008) Observing position and movements in hydrotherapy: a pilot study. <i>Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing</i> . 37 (1), 116 - 122. Acedido em: 26/07/2012, de EBSCOhost. Disponível em: http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=125&sid=0958566d-24d5-40e2-8fe5-0dbc0e908d08%40sessionmgr104
Objetivos	Observar e descrever posições e movimentos escolhidos pelas mulheres que escolhem realizar o trabalho de parto na água em comparação com as posições e movimentos usados pelas mulheres não imersas no trabalho de parto.
Tipo	Estudo piloto descritivo observacional. Foram tidas em conta considerações éticas no desenho do estudo.
Participantes	
Resultados	<p>Apenas 3 das 7 parturientes que participaram no estudo efetivamente utilizaram a hidroterapia. O desconforto dos profissionais de saúde face à hidroterapia pode ter limitado o seu uso. Duas das mulheres que não usaram a banheira pediram a realização de analgesia epidural, o que vai de encontro com a evidência, que refere que as mulheres que não usam hidroterapia usam estes meios analgésicos mais frequentemente durante o trabalho de parto. O longo período de imersão leva a concluir que as parturientes que utilizaram esta estratégia se sentissem confortáveis. As parturientes que realizaram hidroterapia selecionaram mais posições e realizaram mais movimentos do que as que permaneceram na cama. Os movimentos rítmicos também tornam mais frequentes dentro da banheira. As parturientes que estão imersas mudam de posição mais frequentemente e selecionam mais posições verticais, promovendo a progressão fetal no canal de parto, evitando intervenções desnecessárias. A hidroterapia permite a liberdade de movimentos e dentro de água a parturiente experimenta fluabilidade, o que encoraja o movimento. A hidroterapia permite a participação ativa no trabalho de parto. Nas mulheres que realizaram hidroterapia houve um aumento no ritmo das contrações, o que se pode explicar à luz dum aumento da eficiência das contrações uterinas pela mudança de posição. Inversamente a permanência numa posição supina pode comprometer a irrigação uterina e a contractilidade. Para as autoras, as enfermeiras devem de ensinar as mulheres no período pré-natal sobre a disponibilidade e benefícios da hidroterapia. Devem também ser estimuladas sessões de preparação para a hidroterapia conjunta como parceiro. Mesmo nas mulheres que não tenham realizado preparação pré-natal, as enfermeiras podem encorajar e apoiar mulheres que estão a progredir lentamente no trabalho de parto ou com dificuldade em gerir o mesmo a usar a hidroterapia antes de se aplicarem outro tipo de intervenções. A hidroterapia requiere enfermeiras com competências e atitudes diferentes, das que estão patentes no trabalho de parto tradicional. As Enfermeiras devem de avaliar o próprio conforto e aprender mais sobre a hidroterapia. A supervisão de outros enfermeiros, por uma enfermeira familiarizada e confortável na aplicação de hidroterapia, pode ser valiosa no apoio à sua implementação. As políticas e cultura das unidades de saúde podem influenciar o uso da hidroterapia. Muitas as vezes valoriza-se mais as competências técnicas, do que as competências de suporte. A falta de apoio por parte da equipa desencoraja as enfermeiras a aprenderem novos e desconfortáveis papéis e competências. As enfermeiras em posição de liderança deverão avaliar as políticas internas/procedimentos e apoiar as enfermeiras que estão a desenvolver estas novas competências.</p>

