

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS DE ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO

Helena Sofia de Sousa Pataca Carapinha dos Santos

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS DE ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO

Helena Sofia de Sousa Pataca Carapinha dos Santos

Professora Maria João Delgado

2014



AGRADECIMENTOS

À Sr^a. Prof^a Maria João Delgado pela colaboração, orientação e apoio prestados ao longo deste importante percurso.

À EESMO Paula Duarte pelos seus ensinamentos, pela sua orientação, infinita paciência e palavras sábias.

Às mulheres que me deram a oportunidade de as acompanhar durante a sua experiência de trabalho de parto.

Aos meus pais que sempre, sempre me ajudaram, encorajaram e inspiraram ao longo deste percurso e ao longo de toda a vida, ensinando sobre o que é essencial para ser feliz.

Às minhas irmãs e avós pelo carinho, amizade, amor e compreensão pelo tempo que não lhes pude dedicar.

Ao meu namorado, pelo apoio e exemplo de perseverança, incentivando-me sempre a continuar em frente.

A todos os que de alguma forma me acompanharam durante este longo percurso e me ajudaram a concluí-lo, o meu sincero e profundo agradecimento.

LISTA DE SIGLAS

ABCF – Auscultação de batimentos cardio-fetais

APEO – Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

APPT. Ameaça de parto pré-termo

BAR – Bolsa de águas rota

CTG - Cardiotocografia

EC- Ensino clínico

ECR – Estágio com Relatório

EESMO- Enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia

FAME – Federação de Associações de Matronas de Espanha

FCF – Frequência cardíaca fetal

ICM- International Confederation of Midwives

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PPN- Preparação para o Nascimento

RCM – Royal College of Midwives

RN- Recém-nascido

SUOG/BP – Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica / Bloco de Partos

TNF – Técnicas não farmacológicas de alívio da dor

TP- Trabalho de parto

UC- Unidade curricular

WHO – World Health Organization

RESUMO

O uso de técnicas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto é uma conduta promotora do parto normal e humanizado. É preconizada pela OMS que a reconhece como conduta claramente útil e que deve ser encorajada. É defendida também pelo RCM, ICM e OE mas ainda pouco implementada nos cuidados prestados às mulheres durante o trabalho de parto.

O EESMO como profissional responsável e competente para a prestação de cuidados de enfermagem especializados na área do parto normal tem a responsabilidade de preparar o melhor possível cada mulher para o seu trabalho de parto o que inclui informá-la de todas as opções que existem para aliviar a sua dor, para que ela possa decidir livre e esclarecidamente quais os métodos que deseja usar e criar condições para a utilização desses métodos o que por sua vez irá contribuir para o empoderamento da mulher, a sua autonomia e uma experiência de parto mais humanizada, natural e positiva.

A evidência científica comprova a importância da promoção da utilização das técnicas não farmacológicas como estratégia de empoderamento da mulher e humanização do parto.

Foi realizada uma revisão da literatura pelo método PICo e demonstrada a aplicabilidade da evidência científica encontrada à área de atuação do EESMO. Com base nessa evidência foram traçados objetivos e delineadas atividades para a sua consecução permitindo adquirir conhecimentos e desenvolver competências na área de cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstetrícia.

Ao utilizarem as TNF as mulheres referiram sentir alívio da dor e sentiram-se também mais confortáveis, mais relaxadas, mais calmas, ter melhor percepção do seu corpo e da necessidade de fazer força.

As práticas utilizadas durante o trabalho de parto afetam a confiança, a vontade e a capacidade da mulher para participar ativamente no seu TP e para cuidar do seu bebê e cabe ao EESMO promover e aplicar as boas práticas que a evidência demonstra e humanizar os cuidados que presta.

Palavras-chave: técnicas não farmacológicas, dor, trabalho de parto.

ABSTRACT

The use of Non-pharmacological techniques of pain relief during labor is a practice which promotes normal and humanized birth. These techniques are advocated by WHO, as practices which are demonstrably useful and should be encouraged. Despite being recommended as well by RCM, ICM and OE, they are still seldom applied in clinical practice.

The EESMO, as a responsible and competent health professional in providing skilled nursing care in the area of normal birth, has the responsibility to prepare each woman as well as possible for her labour, which includes providing information about all the options available regarding the relief of labour pain, so she can decide freely and in a well-informed manner about which methods she wants to use. The EESMO must ensure that all necessary conditions exist so that these methods can be applied, which in turn will contribute to the empowerment of women, their autonomy and a more humanized, natural and positive childbirth experience.

Scientific evidence proves the importance of using non-pharmacologic techniques as a strategy for woman empowerment and the humanization of birth.

A literature review was conducted using a PICO question and it was demonstrated how the scientific evidence found applies to EESMO's practice. Based on this evidence, goals were set and activities were developed, that led to deeper knowledge and the development of professional skills in Maternal Health and Obstetrics nursing.

By using the non-pharmacological techniques, women reported to have experienced less pain and also they felt more comfortable, relaxed and calm. They also reported having a better perception of their body and its urge to push.

Practices used during labor affect the confidence, the will and the ability of women to participate actively in their labour and to care for their babies. It is the EESMO responsibility to promote and implement scientifically proven best practices and to provide humanized care.

Keywords: non-pharmacological techniques, pain, labor

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	8
1. ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA	11
1.1. Justificação da temática e enquadramento na prática do EESMO	11
1.2. Competências específicas do EESMO	15
2. QUADRO CONCEPTUAL	18
3. METODOLOGIA.....	21
3.1. Aplicabilidade da evidência científica na prática do EESMO	22
4. QUESTÕES ÉTICAS.....	26
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS OBJETIVOS.....	29
6. LIMITAÇÕES DO TRABALHO	37
7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	39
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
APÊNDICES	48
APÊNDICE I – Análise dos artigos de Revisão da Literatura.	49
APÊNDICE II – Diário de Aprendizagem.	57

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A referida Unidade Curricular decorreu no Bloco de Partos/Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica de um hospital de apoio perinatal da Grande Lisboa tendo início a 17 de Fevereiro de 2014 e término a 11 de Julho de 2014 perfazendo um total de 750 horas nas quais se incluem 500 horas de estágio, 25 horas de orientação tutorial e 225 horas de trabalho autónomo do estudante.

A elaboração deste relatório tem como finalidade a obtenção do título profissional de Enfermeira Especialista bem como a obtenção do grau de Mestre. Para esse efeito, vou descrever e avaliar o percurso desenvolvido ao longo do estágio, que permitiu a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências necessárias à prática profissional de enfermagem enquanto EESMO bem como o desenvolvimento de uma competência específica baseada na temática escolhida para o projeto pessoal.

As “*Técnicas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto*”, foi a temática escolhida pela sua pertinência e adequação à área de atuação do EESMO que, enquanto profissional competente para prestar cuidados à mulher/casal durante o parto, deve focar as suas intervenções na promoção do parto normal, desmedicalizado e desinstrumentalizado (RCM, 2004; OE, 2012).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2009:26), Técnicas Não Farmacológicas são “(..) técnicas para prevenção e/ou tratamento da dor que não envolvem a administração de fármacos” e estão incluídas na lista de práticas demonstradamente úteis e que devem ser encorajadas no decorrer do parto normal (OMS, 1996:34).

Sendo que o EESMO cuida a mulher ao longo do seu ciclo reprodutivo e mulher pode ser definida como

“(...) a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, deve ser entendida numa perspetiva individual como a pessoa no seu todo, considerando a inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve, constituído pelos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais (...)” (OE, 2010a:1)

e que “ os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue” (OE, 2010a:1), o EESMO tem um papel fundamental em desenvolver estratégias para humanizar o parto, pois “humanizar o parto é respeitar e criar condições para que todas as dimensões do ser humano sejam atendidas: espirituais, psicológicas e biológicas” (Castro e Clapis, 2005:960).

Sendo assim, é da responsabilidade do EESMO prestar cuidados especializados, humanizados e individualizados a cada mulher que cuida, tendo em conta as suas reais necessidades de modo a que estas se sintam verdadeiramente cuidadas e com as suas necessidades efetivamente satisfeitas. É de extrema importância que num momento tão importante da sua vida como é o parto, a mulher participe ativamente e tenha poder de decisão esclarecida no que concerne ao seu próprio trabalho de parto, desde que esteja sempre salvaguardado o bem-estar materno-fetal (OE, 2012).

Partindo das competências do EESMO, e apoiando e promovendo o parto normal, é da sua responsabilidade preparar o melhor possível cada mulher para o seu trabalho de parto o que inclui informá-la de todas as opções que existem para aliviar a sua dor, para que ela possa decidir livre e esclarecidamente quais os métodos que deseja usar e criar condições para a utilização desses métodos o que por sua vez irá contribuir para o empoderamento da mulher, a sua autonomia e uma experiência de parto mais natural e positiva, sendo que esse é um objetivo que todo o EESMO deve considerar prioritário na sua prática clínica (NCT/RCM/RCOG, 2007; RCM, 2004).

Assim, escolhi este tema por considerar que é importante proporcionar a cada mulher um parto mais humanizado e menos medicalizado, sempre que seja essa a

sua escolha, colocando ao dispor da mulher opções não farmacológicas, tal como preconizam a OMS, a OE, o RCM e o ICM. Dentro dos possíveis destaco a bola de nascimento, a massagem, o relaxamento pelo banho quente e a deambulação, de modo a que proporcionem bem-estar e relaxamento à mulher.

Ao longo deste relatório irei realizar o enquadramento teórico sobre a temática em estudo articulando-a com as orientações da OE (2010a, 2010b) sobre as competências do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e apresentarei o quadro concetual que norteou o projeto. De seguida apresentarei a metodologia utilizada e posteriormente procederei à apresentação dos objetivos e à análise e discussão das atividades realizadas para promover o desenvolvimento das minhas competências enquanto EESMO. Para terminar, serão tecidas algumas considerações finais, através duma análise crítica de todo o meu percurso de desenvolvimento enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

1. ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA

1.1. Justificação da temática e enquadramento na prática do EESMO

Através de uma revisão bibliográfica será feita a justificação e contextualização do tema, identificando o problema e mobilizando as competências específicas do EESMO para enquadrar a problemática na sua área de atuação.

O nascimento de um filho é um momento crucial na vida de uma mulher, durante o qual a maior parte das mulheres sente dor intensa (Rachmawati, 2012). É uma dor fisiológica e inerente ao processo do TP (Vargens et al., 2012).

Num parto normal, fisiológico, desmedicalizado, onde a mulher está relaxada, ela liberta mais ocitocina o que leva à ocorrência de contrações mais eficazes. Quando a ocitocina fisiológica em circulação no organismo atinge um nível elevado, induz a produção de endorfinas que funcionam como um mecanismo fisiológico de redução da dor, ajudando a mulher a lidar melhor com a dor no TP (Lamaze International, 2009). Se não estiver relaxada, não ocorre esta libertação de endorfinas. Assim, é importante apoiar a mulher a alcançar um estado de alívio de dor e relaxamento que lhe permita ter uma experiência de parto normal e positiva.

Existem diferentes técnicas de alívio da dor que devem ser praticadas durante a gravidez para que o TP possa ser encarado com calma e confiança em vez de medo. Como EESMO temos o conhecimento e as competências que nos permitem providenciar uma experiência de parto que seja o mais gratificante possível para cada mulher que cuidamos. É nosso dever agir como advogado de cada mulher que cuidamos e orientá-la para que possa ter um parto normal. “É nosso dever agir como barreira contra intervenções desnecessárias” (Higson, 2012:17).

Esta visão é também partilhada pela OMS, pelo ICM e em Portugal pela APEO e a OE que no seu documento *“Pelo Direto ao Parto Normal – uma Visão Partilhada”* (2012) defende os seguintes pressupostos:

“- o nascimento é um processo fisiológico, no qual só se deverá corrigir desvios da normalidade;

- os profissionais de saúde que nela participam são o garante de um ambiente de confiança, segurança e privacidade, que respeita o direito à informação e decisão esclarecida, à individualidade, dignidade e confidencialidade das mulheres.” (OE, 2012:13).

A Ordem dos Enfermeiros (2012) reforça ainda que

“a gravidez, o trabalho de parto, o nascimento e a amamentação são processos naturais que, na maioria dos casos, apenas necessitam de intervenções de vigilância e apoio dos profissionais de saúde. Nos casos de baixo risco, estes deverão, preferencialmente, ser prestados por Enfermeiros Especialistas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras.” (OE, 2012:20).

O uso de técnicas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto é defendido por vários autores, devido às evidências científicas das vantagens da sua utilização que são demonstradas na revisão de literatura apresentada neste relatório. Esta é também a conduta preconizada pela OMS (1996) que no seu guia de cuidados no parto normal, refere como conduta claramente útil durante o TP e que deve ser encorajada o “uso de métodos não invasivos e de métodos não-farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto como a massagem e as técnicas de relaxamento.” (OMS, 1996:34). Esta visão é defendida também pelo RCM, ICM e pela OE no seu documento de consenso para o parto normal (2012).

O RCM (2004) recomenda que o EESMO valorize, baseie e desenvolva as suas competências e conhecimentos de especialista na área do parto normal (RCM, 2004). Tendo em conta esta recomendação, importa ter presente a definição de parto normal da OMS, para que sejamos os primeiros a assegurar e defender o parto normal na nossa prática clínica. Assim, o parto normal é:

“ 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 42 semanas completas de gravidez. Depois do parto, a mãe e o bebé apresentam-se em boa condição” (OE, 2012:18).

Segundo os critérios de inclusão na classificação de parto normal do documento de consenso sobre o parto normal da Ordem dos Enfermeiros, partos normais são

“partos sujeitos a intervenções, não implementadas por rotina, mas suportadas pela evidência científica, com o fim de facilitar a progressão do trabalho de parto e parto vaginal, tais como: (...) controlo da dor com métodos não farmacológicos e farmacológicos” (OE, 2012:18).

De acordo com o mesmo documento de consenso existem vários princípios a defender no parto normal sendo que o número 10 define que

“a evidência científica atual aconselha como opções benéficas durante o parto, nas parturientes de baixo risco (...) que todas as grávidas devem poder contar com o recurso a métodos de alívio da dor durante o TP, assegurando-se a disponibilidade dos mesmos assim que a mãe os solicite e o profissional de saúde entenda adequado. O leque de opções neste âmbito deve compreender os métodos farmacológicos e os não farmacológicos (incluindo o banho de imersão/chuveiro) durante a fase de dilatação ou a simples deambulação” (OE, 2012:21).

No mesmo documento, são definidas práticas promotoras do parto normal a serem implementadas no âmbito da prática clínica das quais destaco as seguintes:

6. Facultar medidas de conforto e métodos de alívio da dor, informando sobre os seus benefícios para favorecer o nascimento normal e evitar danos desnecessários.
7. Fomentar práticas específicas, apoiadas na evidência científica, benéficas na promoção do processo fisiológico do TP, nascimento e pós-parto, incluindo: apoiar a liberdade de movimentos da mulher oferecendo-lhe instrumentos que possibilitem a posição vertical.
8. Evitar a utilização por rotina em parturientes de baixo risco de práticas e procedimentos cujo benefício não esteja demonstrado e estas incluem: (...) controle farmacológico da dor.” (OE, 2012:23).

Tendo em conta estes critérios, podemos concluir que a utilização de TNF é uma das intervenções que o EESMO deve valorizar, desenvolver e implementar como ferramenta promotora e protetora do parto normal, cumprindo assim as recomendações da OMS, RCM e da OE.

Também o Instituto Lamaze Internacional (s.d.) define os princípios que devem ser respeitados, defendidos e salvaguardados pelo EESMO durante a prestação de cuidados de enfermagem especializados em Saúde Materna e Obstetrícia, às parturientes:

- “O nascimento é um processo normal, natural e saudável

- A sabedoria interior da mulher guia-a ao longo do processo de nascimento
- A confiança e capacidade da mulher para parir podem ser potenciadas ou diminuídas pelo profissional de saúde que a acompanha e pelo local onde ocorre o nascimento
- A mulher tem o direito a um parto livre de intervenções médicas rotineiras.
- A preparação para o nascimento contribui para o empoderamento da mulher e permite-lhe fazer escolhas informadas sobre os cuidados de saúde, assumir a responsabilidade pela sua saúde e a confiar na sua sabedoria interior.”

Em contrapartida, um dos métodos mais utilizados atualmente no TP é um método farmacológico - a analgesia epidural, escolhida por 90% das mulheres e por 76% das mulheres que tiveram um parto vaginal (Lamaze International, citando Declercq et al., 2006). Se a mulher for encorajada a movimentar-se, a encontrar conforto através de diferentes formas, é menos provável que precise de epidural. Deve-se deixar o trabalho de parto começar de forma espontânea, permitir que a mulher tenha liberdade de movimentos, tendo uma variedade de medidas promotoras de conforto disponíveis e ter um bom acompanhamento durante o TP. Isso vai permitir-lhe usar a epidural apenas se e quando precisar, em vez de ser a primeira (e única) estratégia de alívio de dor usada no TP (Lamaze International) uma vez que a sua utilização tem várias desvantagens para a progressão do TP, para a mulher e para o bebé.

De acordo com o que refere Odibo (2007) os anestésicos utilizados na epidural afetam os nervos da pelve impedindo a segregação da ocitocina (Cunningham et al, 2001 e Fitzpatrick et al, 2002), isto vai diminuir a frequência e intensidade das contrações (Buhimschi et al, 2002, Roberts et al 2003) pelo que a natureza expulsiva da contração é invalidada (Goodfellow and Studd, 1979). A necessidade de fazer força é perdida devido ao efeito anestésico do bloqueio sensorial (Plunkett et al, 2003, Roberts, 2004) Do estudo de Odibo (2007) conclui-se que a epidural prolonga a duração do segundo estágio do trabalho de parto podendo aumentar o risco de sofrimento fetal e partos instrumentalizados.

O RCM aconselha os serviços de saúde que prestam cuidados na área da obstetrícia a reverem as suas políticas, as *guidelines*, as suas práticas e modelos de cuidado para assegurar que estes são baseados numa filosofia empenhada em

privilegiar o parto normal e em assegurar que as mulheres têm várias opções ao seu dispor (RCM, 2004).

No contexto onde decorreu o estágio com relatório foi iniciado um projeto de melhoria da qualidade onde estas diretrizes estão a ser seguidas através da criação e implementação de normas que favorecem o parto normal e a autonomia da mulher e onde se inclui o uso de técnicas não farmacológicas de alívio da dor.

Cabe ao EESMO a responsabilidade de aplicá-las, o que implica informar a mulher das alternativas não farmacológicas que se podem utilizar em contexto de trabalho de parto, sensibilizá-la para as vantagens que estas técnicas lhe podem trazer no alívio da dor e para a sua participação durante a progressão do trabalho de parto ajudando-a a fazer uma escolha informada.

A bola de nascimento, deambulação, a massagem e o duche quente são TNF que permitem o alívio da dor durante o TP e que foram escolhidas porque a sua utilização não requer formação acrescida por parte do enfermeiro, mobilizam poucos recursos financeiros e de espaço e algumas estão a ser implementadas no contexto onde vai ser realizado o estágio com relatório.

1.2.Competências específicas do EESMO

O RCM defende que os EESMO são profissionais peritos e com competências desenvolvidas para o suporte e maximização do parto normal e as suas competências devem ser promovidas e valorizadas. A intervenção do EESMO é integrar os modelos de cuidados que promovem a normalidade. As maternidades podem melhorar as capacidades dos EESMO e a autonomia da sua prática clínica ao providenciarem as adequadas normas de trabalho. O RCM recomenda que os EESMO valorizem, suportem e desenvolvam as suas próprias capacidades, competências e conhecimentos e as dos seus colegas, na área do parto normal e como já foi demonstrado neste trabalho, a utilização das TNF integra as práticas promotoras do parto normal.

A Ordem dos Enfermeiros (2010a) define as competências específicas do EESMO no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Após a justificação da escolha da temática e de como ela se enquadra e é pertinente para a atuação do EESMO, saliento as competências específicas que se relacionam mais diretamente com a temática e que a implementação deste projeto me permitirá desenvolver.

Na competência *H2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal*, o EESMO cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal. Nesses cuidados está incluída a promoção do plano de parto, aconselhando e apoiando a mulher na decisão (H2.1.9). É portanto competência do EESMO ter conhecimentos que lhe permitam aconselhar a mulher na elaboração do seu plano de parto e respeitar as suas decisões e prioridades para que ela tenha a experiência de parto que deseja, ou o mais próximo possível tendo em conta as várias condicionantes que podem surgir. É importante que o EESMO esclareça a mulher sobre a possibilidade de alterar/adaptar o seu plano de parto caso não esteja assegurado o bem-estar materno-fetal para que a mulher esteja preparada para essa situação, evitando que se sinta desrespeitada durante o seu TP.

Relacionando com a temática, é função do EESMO dar a conhecer à mulher as várias alternativas que tem para alívio da dor, farmacológicas e não farmacológicas bem como as vantagens e desvantagens de cada uma, salvaguardando que podem surgir motivos que inviabilizem a sua utilização e que perante esse facto será aconselhada a rever a sua decisão, promovendo assim decisões informadas por parte da mulher, acerca da sua saúde. Assim, o EESMO deve adquirir conhecimentos sobre as TNF para que possa cumprir o seu dever de aconselhamento baseado em evidências científicas.

Na competência *H3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto*, o EESMO cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina. Assim, cabe ao EESMO atuar de acordo com o plano de parto

estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado (H3.1.1); garantir um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto (H3.1.2.); conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos (H3.1.3); cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor (H3.1.6); conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções adequadas à evolução do TP otimizando as condições de saúde da mãe e do feto (H3.2.5).

Também esta competência justifica a escolha da presente temática e o seu enquadramento na área de atuação do EESMO pois de acordo com a mesma, é ao EESMO que compete desenvolver competências que lhe permitam implementar intervenções que concretizem as escolhas da mulher definidas no seu plano de parto do qual pode constar a utilização de TNF para alívio da dor. Deve garantir à mulher um ambiente seguro, calmo e tranquilizador para que ela se sinta capaz e confiante o que facilita a progressão do seu TP. Deve utilizar efetivamente TNF para alívio da dor e apoiar a mulher durante a sua utilização para que atinja um estado de alívio e relaxamento, assegurando assim, o seu conforto e bem-estar. Deve ainda assistir e incentivar a mulher a adotar estratégias que ajudem na progressão do TP como se verifica ser o uso da bola de nascimento, deambulação, massagem e relaxamento pelo banho quente como já foi referido neste trabalho.

Assim, justifica-se a necessidade e importância de adquirir ou aprofundar conhecimentos sobre esta temática, sobre as suas vantagens, desvantagens, a forma como influenciam o bem-estar e conforto da mulher e como beneficiam a evolução do TP, as mais adequadas para cada situação, bem como deve adquirir competências para as colocar em prática e avaliar os resultados da sua utilização pois como a OE refere no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2010b) na competência D2 o enfermeiro especialista “*baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento*” (OE, 2010b:10) descrevendo que o enfermeiro especialista

“assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, actuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente activo no campo da investigação” (OE, 2010:10).

2. QUADRO CONCEPTUAL

De seguida será apresentado o quadro conceptual pelo qual se rege este relatório e à luz do qual norteiei a prática de cuidados prestados ao longo do estágio.

A teoria de conforto holístico de Katherine Kolcaba aplicada à enfermagem resulta da relação entre as necessidades dos pacientes, as intervenções de enfermagem, com o conforto e resultados consequentes. Defende o conforto como um resultado holístico e positivo do cuidado de enfermagem e que contribui para as respostas da pessoa como um todo, ou seja, influencia todas as dimensões da pessoa. O conforto está relacionado com intervenções que aumentem o estado de conforto e com resultados desejáveis subsequentes para os cuidados de enfermagem (Kolcaba, 1994).

Assim, o conforto é definido para a enfermagem como a satisfação (ativa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas para o alívio, relaxamento e transcendência decorrentes das situações de cuidados que são stressantes (Kolcaba, 1994).

A teoria do conforto assenta nos seguintes princípios:

- Os seres humanos têm respostas holísticas a estímulos complexos
- O conforto é um resultado holístico desejável na enfermagem
- Os seres humanos esforçam-se para atender às suas necessidades básicas de conforto.

O conforto é um resultado holístico porque designa um estado dinâmico e multifacetado das pessoas. Pensar sobre resultados de conforto requer uma perspetiva interacional porque as intervenções que são utilizadas para aumentar ou potenciar um ou mais aspetos do conforto indiretamente melhoram outros aspetos. A magnitude do total de efeitos diretos e indiretos é esperada que seja maior que a magnitude de efeitos alcançados ao se atender cada um dos aspetos em separado. Os aspetos do conforto são organizados em duas dimensões e definidos por Kolcaba (1994) da seguinte forma:

Dimensão 1: 3 estados – alívio, relaxamento e transcendência.

Alívio: definido como a experiência de ter uma necessidade específica satisfeita (Kolcaba, 1991). O alívio das necessidades é necessário para o retorno às funções anteriores, ou seja, para o restabelecimento das funções ao ponto anterior à necessidade.

Relaxamento: definido como um estado de calma ou contentamento (Kolcaba, 1991). Relaxamento é o estado de conforto que é condição necessária para um desempenho eficiente (Kolcaba, 1991).

Transcendência: definida como o estado no qual os poderes comuns/habituais são aumentados/potenciados (Paterson & Zderad, 1976)

A característica que diferencia a transcendência dos outros dois estados (alívio e relaxamento) é que este designa o potencial da pessoa para um desempenho extraordinário. Ou seja, o alívio e relaxamento são meios de atingir esse desempenho extraordinário, de atingir esse potencial. O conforto é um resultado desejável para os cuidados de enfermagem porque facilita ganhos no desempenho físico e/ou psicológico. Os estados de conforto são frequentemente contínuos, sobreponíveis e interdependentes.

Dimensão 2: é o contexto em que o conforto é experienciado pela pessoa. Os contextos derivam da literatura de enfermagem sobre o holismo (Kolcaba, 1992): Contexto físico, relativo a sensações corporais. Contexto psicoespiritual, relativo à consciência interna do self (de si próprio), incluindo autoestima, sexualidade, significado que tem na vida dos outros e relação com entidade ou ser superior (crenças). Contexto social, relacionado com as relações interpessoais, familiares e culturais. Incluem-se no conforto social os aspetos financeiros e informativos da vida social. Contexto ambiental onde se insere a luz, ruído, ambiente físico, cor, temperatura, elementos naturais vs. Sintéticos (Kolcaba, 1991).

Um déficit/necessidade real ou potencial em qualquer contexto requer a realização de uma medida de conforto para que seja reequilibrado o bem-estar holístico. A presente teoria defende que as necessidades surgem de situações com estímulos e causam tensões negativas. Uma tensão negativa representa um

desequilíbrio que existe quando forças “destrutivas” pesam mais e superam as forças “facilitadoras” iminentemente. As necessidades de conforto, em qualquer aspecto do domínio do conforto, são identificadas e as intervenções são levantadas e direcionadas para suprir essas necessidades específicas, movendo a tensão numa direção positiva e conduzindo a uma tendência para comportamentos construtivos. A pessoa percebe se as tensões mudaram pelas intervenções desenvolvidas e o enfermeiro conclui em que medida o resultado desejável de conforto foi atingido pela avaliação da percepção de conforto do paciente.

No trabalho de parto, a mulher que experiencia um estado de conforto, está mais apta e sente-se mais disponível a ter comportamentos promotores/facilitadores do seu trabalho de parto, porque tem as necessidades básicas de conforto satisfeitas ficando disponível para se centrar de forma equilibrada no processo de trabalho de parto. Assim, uma vez que é o EESMO o profissional responsável por acompanhar e prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher durante o trabalho de parto, deve desenvolver intervenções que permitam satisfazer as necessidades da mulher que cuida, onde se inclui o alívio da dor, para que ela atinja um nível de alívio e relaxamento possibilitando um estado de transcendência através do qual vai potenciar as suas capacidades e a sua performance no trabalho de parto.

A satisfação das necessidades da mulher inclui assegurar que ela não tenha dor ou que mantenha um nível de dor controlado. É função do EESMO providenciar-lhe várias alternativas facilitadoras do alívio da dor e trabalhar em conjunto com a mulher/casal para que ela se sinta confortável em todas as dimensões do seu ser, respeitando o seu ritmo e as suas escolhas, desde que o bem-estar materno fetal esteja assegurado. Se a dor for aliviada e controlada, a mulher sente-se confortável e melhora o seu nível de saúde ficando mais disponível para lidar com o processo do trabalho de parto De acordo com Frellor & Carraro (2010) referidos por Vargens et al (2013) o conforto é indispensável durante o trabalho de parto e os enfermeiros devem encorajar o uso de técnicas não farmacológicas para aliviar a dor respeitando o desejo e a autonomia da mulher. Ao proporcionarem conforto e bem-estar no processo do trabalho de parto, os enfermeiros estão a ajudar a mulher a experienciar esse momento e fortalecem o seu poder vital.

3. METODOLOGIA

Para realizar a revisão da literatura que serve de base a este projeto comecei por definir a questão de investigação que permitirá trabalhar esta temática de acordo com o formato PICO:

“Quais os resultados da utilização de técnicas não farmacológicas de alívio da dor da mulher em trabalho de parto?”

Considerando a metodologia PICO temos:

- População: parturientes
- Fenómeno de interesse – utilização de TNF para alívio da dor durante o TP
- Contexto – parto normal em contexto hospitalar.

Descritores: Birth ball, massage, water, walking, relaxation, labour, labour pain, labour management, non-pharmacological.

Uma vez que existem diversas TNF de alívio da dor, tendo em conta o contexto, considere apenas aquelas passíveis de serem realizadas por mim no decorrer do estágio com relatório sendo estas: bola de nascimento, massagem, relaxamento pelo duche quente, deambulação.

Assim, foi realizada a pesquisa bibliográfica entre Maio de 2013 e Novembro de 2013 na base de dados científica *EBSCOhost* (*CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Cochrane*) e na *b-on* (*Elsevier-ScienceDirect*) utilizando os seguintes descritores: birth ball; relaxation AND labour; labour pain management; massage AND labour pain; water AND labour pain, walking AND labour pain.

Os 63 artigos obtidos foram submetidos a critérios de inclusão (artigos em full text, relacionados com a temática, entre Janeiro de 2002 e Novembro de 2013, em Inglês, Espanhol, Português) e exclusão (artigos repetidos, sem texto integral, não relacionados com o tema, fora do intervalo temporal definido à priori). A seleção seguinte dos artigos foi efetuada inicialmente pela análise do título, depois pela análise do resumo e posteriormente submetidos a leitura integral. Após a aplicação

destes critérios foram apurados finalmente 7 artigos cujos quadros de análise são apresentados no Apêndice I.

Para além das bases de dados científicas eletrónicas foi realizada pesquisa bibliográfica em manuais e documentos oficiais relacionados com a área de saúde obstétrica e ginecológica e obras literárias de enfermagem.

3.1. Aplicabilidade da evidência científica na prática do EESMO

A revisão da literatura realizada permite concluir que o uso das TNF durante o trabalho de parto é eficaz para o alívio da dor, para além de estar associado a outras vantagens.

A **Bola de nascimento** (bola de pilates/suiça/bobath) permite alcançar uma posição ótima para o TP, permitindo à mulher fazer, de forma espontânea, movimentos que habitualmente não faria se não estivesse em cima da bola e que permitem balançar a bacia facilitando a descida fetal ou a rotação fetal em caso de apresentações posteriores. Ajuda a mulher a adotar posições fisiológicas para parir, beneficiando da ajuda da força da gravidade durante e entre as contrações. Ajuda a diminuir a dor durante as contrações e a torná-las mais eficazes, alivia as dores da região dorsal e lombar, permite relaxamento pélvico e incentiva à mobilidade da pelve e movimentos rítmicos. Dá liberdade à mulher para ir alternando as zonas do corpo onde se apoia e faz mais peso, suporta-a se quiser colocar-se de cócoras, ajuda a aumentar o diâmetro inferior da bacia dando mais espaço ao bebé para progredir no canal de parto. Diminuiu a tensão nos pulsos e mãos se a mulher quiser colocar-se numa posição apoiada nas mãos e joelhos. Encoraja-a a adotar posições mais fisiológicas para descansar. Ajuda quando se utiliza a técnica da massagem e potencia-se mutuamente quando usadas em conjunto. Providencia suporte perineal sem a pressão externa de uma cama ou cadeira que são rígidas. Pode ser usada com monitorização fetal interna ou externa (Perez, 2001). Para além de reduzir a dor, facilita uma experiência de parto positiva e promove o conforto (Taavoni et al., 2011).

Segundo Storton (2007) conclui no documento “The coalition for improving maternity services: Evidence basis for the ten steps of mother-friendly care” não foram encontradas evidências de malefício relacionadas com o facto de a mulher ter liberdade para **deambular**, mover-se ou mudar de posição durante o trabalho de parto e parto, desde que a restrição de movimentos não seja necessária para corrigir uma complicação. Quando é permitida às mulheres ter liberdade para deambular e para se mexer ou mudar de posição durante o TP, a maior parte das mulheres escolhe fazê-lo e acaba por considerar que essa liberdade de movimentos lhe permite uma efetiva redução da dor. (DeClerq, 2002; Simkin, 2002). Para além disso, a mulher beneficia do efeito da gravidade para a descida da apresentação fetal e do aumento das dimensões pélvicas o que pode evitar a necessidade de um parto distócico (Taavoni et al., 2011 citando Roberts et al., 2004).

Relativamente à deambulação, quando as mulheres são incentivadas a andar, a mobilizarem-se ou mudar de posição durante o TP podem ocorrer os seguintes resultados: níveis de dor mais baixos, menos necessidade de medicação analgésica/anestésica, TP mais curtos, menos monitorização fetal contínua, menos cesarianas (Lamaze International citando Lawrence et al., 2009; Simkin & Bolding, 2004; Simkin & O’Hara, 2002). De acordo com o ponto 1.3.3 da guideline nº55 de cuidado intraparto do National Institute for Health Care and Excellence (NICE, 2001) as mulheres devem ser encorajadas e ajudadas a andar e a adotar as posições que elas acharem mais confortáveis para si durante o TP.

A evidência científica disponível sugere que se a mulher adotar posições verticais e tiver liberdade de movimentos no primeiro estágio do TP tem menos dor, menos necessidade de analgesia epidural e menos alterações no padrão da FCF. Também diminui a duração do primeiro estágio do TP e permite ao feto ter mais espaço disponível na pélvis (APEO e FAME, 2009).

Os resultados do estudo de Chang, Wang & Chen (2002) sugerem que a **massagem** é uma intervenção de enfermagem com boa relação custo-benefício que permite reduzir a dor e a ansiedade durante o trabalho de parto e a participação dos acompanhantes na massagem pode influenciar positivamente a qualidade das experiências de parto das mulheres uma vez que o toque apropriado, no momento apropriado pode ajudar a mulher a controlar o seu corpo e a manter a noção dos

limites do seu corpo. Um toque reconfortante é importante e significativo para a mulher.

Concluem assim que o toque dos prestadores de cuidados influencia a reação da mulher à dor, fazendo-a sentir-se mais segura e mais calma e melhora o seu bem-estar durante o trabalho de parto. Consequentemente, a massagem e o toque terapêutico têm capacidade de melhorar a relação entre os casais bem como entre os enfermeiros e as mulheres em trabalho de parto, permitindo uma relação mais próxima e de maior confiança pois através deles pode-se transmitir apoio, interesse, segurança, proximidade e encorajamento pelo que ao mesmo tempo funciona como uma intervenção psicossocial (Chang, Wang & Chen,2002). O ponto 1.4.3. da guideline nº 55 de cuidado intraparto do National Institute for Health Care and Excellence declara que as mulheres que escolham usar técnicas de massagem que o acompanhante saiba executar, devem ser apoiadas na sua decisão (NICE, 2001).

O **banho/duche quente** promove bem-estar psicológico e aumenta o relaxamento e o conforto durante o TP. A água quente reduz a produção de adrenalina, relaxa os músculos e reduz as ondas alfa do cérebro gerando um estado de relaxamento mental que é importante para a progressão do TP (Progianti et al., 2006 citados por Vargens et al., 2013) A oportunidade de realizar o TP na água está recomendada para o alívio da dor conforme o ponto 1.4.4 da guideline nº55 de cuidado intraparto do National Institute for Health Care and Excellence (NICE, 2001).

Também a FAME e a APEO (2009) no seu documento “Iniciativa Parto Normal” salienta que a utilização da água quente durante o primeiro estágio do TP ajuda a mulher a relaxar, reduz a ansiedade estimulando a produção de endorfinas, melhora a perfusão uterina e diminui a duração deste estágio. Aumenta a sensação de controlo da dor e a satisfação da mulher.

Apesar de terem sido encontrados poucos artigos sobre a utilização da água e da massagem, o que constituiu um obstáculo ao estudo mais aprofundado destas duas técnicas a evidência existente demonstra que a sua utilização é vantajosa e deve ser encorajada durante o TP.

Depois de reunidas estas evidências foram desenvolvidas atividades para sensibilizar a mulher para a utilização das TNF e para acompanhar a sua utilização em contexto de trabalho de parto.

4. QUESTÕES ÉTICAS

A Ética segundo Fortin (2003:114) é “um conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”.

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal o enfermeiro

“demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.” (OE, 2010b:4)

como referido no descritivo da Competência A1 e

“demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes” (OE, 2010b:4)

como referido no descritivo da Competência A2.

Segundo o ponto 1 dos princípios gerais do Código Deontológico de Enfermagem (inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro) “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (OE, 2009:2)

O artigo 81^a dos valores humanos declara que o enfermeiro deve

“cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa; respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos.” (OE, 2009:3)

Salvaguarda ainda no artigo 84^a acerca do dever de informação que no respeito pelo direito à autodeterminação,

“o enfermeiro assume o dever de informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem, respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado,

atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem, informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter”.(OE, 2009:4)

Defende no artigo 85^a acerca do dever do sigilo que o enfermeiro é obrigado a guardar segredo profissional sobre a informação a que tem acesso no exercício da sua profissão e que o enfermeiro tem o dever de respeitar a intimidade e a privacidade da pessoa e salvaguardá-las sempre no exercício das suas funções (artigo 86^a) (OE, 2009).

O enfermeiro é o responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem e deve dar atenção à pessoa que cuida como sendo uma “totalidade única inserida numa família e numa comunidade” e “contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (artigo 86^o) (OE, 2009).

Ao longo do ECR regi a minha prática de acordo com o código deontológico e respeitando os princípios éticos assegurando que todos os cuidados prestados às mulheres, famílias e recém-nascidos eram humanizados, dignos, que promoviam a autonomia, o consentimento livre e informado, o respeito pela pessoa, pela sua intimidade e privacidade, pelas suas decisões e valores e que todas as intervenções eram implementadas com o objetivo de melhorar o seu potencial de saúde, promover o seu conforto e bem-estar, segurança e confiança.

Sendo o parto um acontecimento marcante da vida da mulher e da sua família no qual ela pode estar mais fragilizada por se encontrar num ambiente que não é o seu, sujeita a normas hospitalares e numa posição de desvantagem em termos de conhecimentos técnico-científicos é de extrema importância que o EESMO atue de acordo com os princípios éticos e assegure que os direitos das mulheres que cuida são cumpridos tanto por si como por os restantes profissionais de saúde.

Todas as grávidas e acompanhantes têm o direito a ser tratados com respeito e dignidade, independentemente das suas convicções e opções (OE, 2012:20) e têm direito a privacidade (OMS, 1996)

Tendo em vista a tomada de decisões informadas sobre a sua assistência e a dos seus bebés, as mulheres têm o direito a receber informação completa,

adequada e imparcial, assente na melhor evidência científica disponível, relativamente aos cuidados que lhe venham a ser prestados, seus benefícios, prejuízos e alternativas. Se entenderem, têm ainda o direito de mudar de opinião relativamente às suas escolhas. (OE, 2012:20)

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS OBJETIVOS

De seguida procederei à descrição pormenorizada das atividades realizadas ao longo do ECR para atingir cada objetivo a que me propus no seu início de modo a adquirir/desenvolver as competências técnicas, científicas e relacionais necessárias à prestação de cuidados especializados em saúde materna e obstétrica à mulher/casal.

● **Aprofundar conhecimentos sobre a utilização de TNF no alívio da dor no trabalho de parto**

Para atingir este objetivo realizei uma revisão da Literatura com base na análise de artigos pesquisados em bases de dados científicas e ainda na informação de outras fontes literárias, conforme já referido. Adquirir novos conhecimentos ou aprofundar/atualizar os conhecimentos já obtidos através da revisão da literatura permitiu-me basear a prática na evidência científica disponível e atual conduzindo a melhores práticas, agir de forma fundamentada e adequada a cada situação. A realização desta atividade foi o ponto de partida para nortear a minha conduta, para fundamentar a temática enquadrando-a na área de atuação do EESMO, traçar objetivos e planear as restantes atividades do ECR. Conforme salienta a OE no documento “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”,

“na implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados de investigação na sua prática. Reconhece-se que a produção de linhas orientadoras de boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (2001:12).

Permitiu-me ainda aumentar o interesse acerca da temática e a confiança para sensibilizar e educar as mulheres/casais acerca da utilização das TNF no alívio da dor no trabalho de parto, promovendo a sua utilização.

● Promover a utilização das TNF no alívio da dor no TP.

Para atingir este objetivo tive necessidade de primeiro identificar quais os conhecimentos que as mulheres já tinham em relação às técnicas existentes para alívio da dor no trabalho de parto e qual a sua perceção face à existência de técnicas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor. Através de entrevistas informais durante a minha prestação de cuidados consegui perceber que a grande maioria das mulheres apenas conhece a epidural como estratégia para alívio da dor mas que não tem conhecimentos sobre os riscos/efeitos secundários da sua utilização. Realizei então educação para a saúde a grávidas, em grupo ou individualmente durante a prestação de cuidados em contexto de ensino clínico (EC III – nas consultas de vigilância pré-natal em contexto de cuidados de saúde primários e EC IV – na consulta hospitalar de vigilância do bem-estar materno-fetal e no internamento de grávidas em situação de risco materno-fetal). Nestes contextos de ensino clínico realizei educação para a saúde sobre o que são as técnicas não farmacológicas para alívio da dor, quais as que podem ter à sua disposição no bloco de partos durante o seu trabalho de parto, como se usam e que benefícios trazem para o conforto da mulher e para a progressão do trabalho de parto. Tanto nos contextos de Ensino Clínico referidos anteriormente como no ECR esclareci dúvidas e incentivei a utilização das TNF salvaguardando que depende sempre da avaliação feita pela enfermeira especialista que decide se estão reunidas as condições necessárias à sua utilização assegurando o bem-estar materno-fetal.

Durante o ECR no bloco de partos, depois de validar e valorizar o plano de parto de cada mulher, sempre que se verificou adequado tive oportunidade de informar, incentivar a esclarecer acerca da utilização destas técnicas e sempre que era oportuno recorrer a elas tendo implementado e apoiado a sua utilização durante o trabalho de parto de 25 mulheres sendo que a bola e a deambulação foram utilizadas em 25 situações (fase latente e ativa), a massagem em 10 (fase latente e ativa) e o duche quente em 5 (fase latente). Nalguns casos a sua utilização era sugerida pela própria mulher mas a maior parte das vezes era sugerida por mim e após explicação de como se utilizava e qual o objetivo que se pretendia alcançar com a sua utilização. Procedi à sua implementação, monitorizando o bem-estar materno-fetal e avaliando o benefício do seu uso através da escala numérica da dor.

A minha conduta foi sempre regida pelos princípios do respeito pela autonomia e decisão informada da mulher e para tal fui esclarecendo todas as dúvidas apresentadas, e respeitando a decisão de recusa informada da utilização destas técnicas e obviamente assegurando que a mulher não era prejudicada nos cuidados de enfermagem na sequência dessa recusa. Procurei estabelecer uma relação terapêutica, baseada na confiança e respeito pela mulher/casal para que a sua experiência de parto pudesse ser o mais humanizada possível, correspondendo às suas expectativas tornando-se numa vivência positiva. Para mim foi bastante gratificante acompanhar as mulheres, aplicar na prática as evidências científicas descritas na literatura e constatar que os resultados iam ao encontro das evidências descritas o que reforçava cada vez mais a vontade de continuar a informar, incentivar, aplicar as TNF. O feedback positivo recebido das mulheres após experimentarem as TNF foi bastante importante para sentir que o meu trabalho estava a ser pertinente e vantajoso para elas e que efetivamente consegui fazer alguma diferença na qualidade dos cuidados prestados. Consegui perceber uma evolução no desenvolver desta competência através da evolução da minha prestação de cuidados, crescente autonomia e confiança.

Os próximos objetivos foram traçados para desenvolver competências para cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto dando resposta às competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2010) e à diretiva europeia 2005/36/CE relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais do EESMO no espaço da Comunidade Europeia.

● Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados à mulher/acompanhante no período pré-natal em situação de urgência obstétrica/ginecológica

Durante o ECR tive também oportunidade de prestar cuidados especializados a grávidas que recorreram ao SUOG/BP com patologia associada ou em situação de risco materno-fetal. Os motivos mais frequentes de vinda ao SUOG/BP são ameaça de aborto ou aborto em evolução, contractilidade, APPT, início de TP, TP ativo, hipertensão arterial. Realizei a triagem e o acolhimento da mulher estabelecendo

uma relação terapêutica, empática demonstrando respeito, interesse e confiança. Realizei a anamnese, o exame físico e obstétrico despistando complicações, monitorizei o bem-estar materno-fetal através da realização de ABCF e posterior conforme adequado, observei e interpretei exames complementares de diagnóstico e resultados analíticos, prestei cuidados como administração de terapêutica, avaliação de sinais vitais, pesquisa de proteinúria, colheita de sangue para análises, realizei educação para a saúde sobre hábitos de vida saudáveis e sobre a patologia associada e autocuidados necessários em cada situação promovendo a autonomia, procedi ao esclarecimento de dúvidas e prestei apoio emocional.

Sempre que se verificava que a grávida estava em início de TP era iniciado o processo de internamento e realizados procedimentos de rotina como pedir à mulher para trocar a sua roupa pela bata do hospital e guardar os seus objetivos pessoais num cacifo. Esta norma hospitalar pode facilitar o funcionamento do serviço do ponto de vista dos profissionais mas pode afetar o sentimento de individualidade da mulher e torna o local de parto menos acolhedor e mais despersonalizado. Outro procedimento de rotina é a utilização de microclister e a punção de uma veia periférica para administração de soroterapia que estão incluídas nas práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas (OMS,1996). A tricotomia por rotina também faz parte destas práticas e já não se utiliza no local onde decorreu o ECR, sendo efetuada apenas para cesarianas.

Prestei apoio emocional à mulher/acompanhante, incentivei a manifestação de medos, anseios, preocupações e necessidades, esclareci dúvidas e disponibilizei informação sobre os procedimentos a realizar, a sua justificação com o intuito de esclarecer e tranquilizar a mulher/acompanhante promovendo a sua confiança na equipa, sentimento de segurança nos cuidados prestados, relaxamento e maior predisposição para participar ativamente no seu TP. Questionei sempre a mulher sobre o seu desejo de ter um acompanhante presente e incentivei essa presença quando era essa a sua vontade promovendo a inclusão do acompanhante nos cuidados e mantendo-os informados a ambos.

● **Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados à mulher/acompanhante durante os 4 estádios do TP.**

Durante o estágio tive oportunidade de monitorizar e acompanhar 91 mulheres em trabalho de parto, monitorizando o risco materno-fetal e identificando desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto procedendo ao posterior encaminhamento para outros profissionais. Vigiei o bem-estar materno-fetal através da avaliação dos sinais vitais maternos, da ABCF, da realização de CTG e interpretação do traçado cardiotocográfico para avaliar a frequência cardíaca fetal, a variabilidade fetal e contratilidade uterina despistando desvios da normalidade. Monitorizei a evolução do TP através do toque vaginal para monitorização e interpretação da cervicometria, avaliação das características do líquido amniótico em caso de BAR. Avaliei e determinei a adequação da estrutura pélvica relativamente ao feto, a variedade e atitude da apresentação e o plano de apresentação. Ao início suscitou-me muitas dúvidas e logo percebi que havia necessidade de acumular experiência para ganhar na prática a percepção real do que a teoria nos ensina.

À medida que fui acumulando essa experiência aliada ao saber transmitido pela Enfermeira orientadora consegui ultrapassar as dificuldades na avaliação da cervicometria. No entanto, houve sempre a preocupação de limitar o número de toques vaginais realizados, uma vez que causa sensação de invasão de privacidade, desconforto e ansiedade na mulher (FAME e APEO, 2009). Registei a evolução do TP em partograma. Promovi o conforto da mulher/acompanhante atuando em parceria com eles e informando sobre todos os procedimentos a efetuar e esclarecendo dúvidas fomentando assim o consentimento informado. Recorri ao uso das TNF para alívio da dor durante o primeiro e segundo estágio do TP e além dos benefícios analgésicos incentivei as posições verticais, deambulação e uso da bola de pilates por serem facilitadores da progressão e descida fetal tanto no primeiro estágio do TP como no segundo orientando a mulher para a realização de esforços expulsivos apenas durante a contração e utilização da respiração controlada para descansar no intervalo entre contrações. Executei 35 partos eutócicos de apresentação cefálica executando a técnica adequada e participei em 28 partos distócicos em que realizei o acompanhamento do respetivo trabalho de parto.

Durante a dequitação mantive uma atitude expectante permitindo processos de dequitação natural e avaliando as características dos cotilédones e membranas tendo-se verificado 4 situações de membranas fragmentadas com necessidade de sinalizar a situação para verificação ecográfica posterior e sem realização de revisão manual, não se tendo verificado nenhuma complicação. “Se há uma suspeita de que falta parte da placenta, devem ser feitos preparativos para explorar a cavidade uterina. Se faltar parte das membranas a exploração do útero não é necessária” (OMS, 1996:33). Após a dequitação avaliei a contração uterina, a formação do globo de Pinard e as perdas hemáticas vaginais.

Avaliei a integridade do canal de parto e apliquei técnicas de reparação adequadas. Realizei 17 episiotomias e episiorrafias e procedi à inspeção e reparação do canal de parto com lacerações através de 11 perineorrafias. Verificaram-se 7 períneos intactos. A episiorrafia como técnica rotineira é desaconselhada pela OMS (1996) motivo pelo qual foi executada apenas quando se verificava necessário.

Ao longo dos trabalhos de parto que monitorizei consegui desenvolver uma relação terapêutica com as parturientes/acompanhantes, baseada na confiança, respeito, implementando medidas de suporte emocional e psicológico. A cooperação com a equipa multidisciplinar durante o processo de trabalho de parto e no tratamento de complicações durante o trabalho de parto e parto é essencial e verificou-se sempre que necessário.

Os primeiros partos que realizei foram experiências quase indescritíveis. Senti uma emoção muito grande por estar a participar daquele acontecimento mas também receio por ainda não ter desenvolvido competências para dar resposta a todo aquele processo, sentindo falta de destreza manual, dificuldade na execução das técnicas e em sentir segurança nos meus procedimentos. Embora tenha adquirido muitos conhecimentos teóricos nas várias unidades curriculares teóricas do curso, a sabedoria da prática, da experiência, o saber fazer são componentes muito importante e obviamente eu ainda não tinha nada disso. Ao mesmo tempo era uma situação tão nova e emocionante e com tantos pormenores aos quais dar atenção no momento exato, que percebi que era preciso repetir aquele processo muitas vezes. O sentimento de responsabilidade é muito grande pois porque quando

se erra, não há hipótese de refazer, a não ser num próximo parto. Porém, apesar de haver um procedimento técnico a executar, depressa percebi que todos os partos são diferentes e que temos sempre que contar com o inesperado. É importante estar-se preparado para tudo, para atuar em qualquer situação e responder rapidamente a qualquer complicação. Com o avançar do tempo fui ganhando mais alguma destreza, ganhando confiança nas minhas capacidades, valendo-me das experiências anteriores que acumulava para conseguir executar a técnica da forma mais correta possível. Apesar do receio de fazer errado, a emoção por ter a oportunidade de realizar mais um parto era sempre maior. Uma alegria imensa por poder fazer parte daquele momento especial para cada família e por o poder tornar o mais positivo possível, dentro das minhas possibilidades.

A par de tudo o que já descrevi, tive a felicidade enorme de realizar o meu ECR sob a orientação da EESMO Paula Duarte que sempre me transmitiu muita calma, confiança e permitiu que o meu gosto e fascínio por esta área crescessem ainda mais. Ajudou-me a sentir mais confiante em relação às minhas capacidades e a sentir-me uma pessoa e uma profissional mais válida e competente.

Uma das competências do EESMO que também tive oportunidade de trabalhar relaciona-se com os cuidados especializados em situação de morte fetal. Esta foi uma das situações que mais me marcou durante este percurso e que tive necessidade de abordar de forma mais aprofundada e refletida num Diário de Aprendizagem (Apêndice II). Apesar de na altura ter sido uma experiência imensamente triste, considero que permitiu também um grande crescimento como profissional e principalmente pessoal pois o modo como encaramos e lidamos com as situações de morte e perda a nível pessoal influenciam a nossa postura a nível profissional quando nos deparamos com essas situações. Foi, portanto, importante a reflexão com os elementos da equipa e ouvir as experiências profissionais de cada um neste âmbito que partilharam comigo bem como a pesquisa bibliográfica sobre o tema para assim reunir contributos para intervir e lidar com estas situações de forma mais adequada e competente.

● **Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados ao RN que otimizem a sua adaptação à vida extra-uterina.**

Neste ECR prestei cuidados imediatos a recém-nascidos assegurando suporte na adaptação à vida extra-uterina, participando na reanimação em situações de emergência, realizando exame físico para despiste de alterações morfológicas ou funcionais, administrando vitamina K, vacinação e imunoglobulina em casos específicos, assegurando o estabelecimento da vinculação precoce através do corte do cordão pelo acompanhante sempre que possível e desejado por ele, do aleitamento materno na primeira hora de vida e contacto pele-a-pele de acordo com as guidelines emanadas pela OMS (1996).

Uma das minhas preocupações ao longo deste estágio foi sempre a promoção do contato pele-a-pele e do aleitamento materno desde a primeira hora de vida pois são dois mecanismos importantíssimos que permitem o estabelecimento da vinculação precoce, para além de todos os benefícios que acarretam para a adaptação à vida extra-uterina do RN. No entanto apenas consegui estabelecer o contacto pele-a-pele desde o nascimento até ao término da realização dos cuidados à mãe inerentes ao parto, sendo interrompido para mudar a mãe de cama e prestar os cuidados imediatos ao RN pois esta recomendação ainda está a ser interiorizada na prática clínica de cada EESMO e ainda há profissionais que tendem a limitar o tempo de contacto para privilegiar os cuidados ao RN e devolver à mãe vestido. Também ocorreram situações em que a mulher recusou a realização do contacto pele-a-pele tendo sido a sua decisão inteiramente respeitada.

Na instituição onde decorreu o ECR o cordão é clampado de imediato e cortado, não se verificando a prática preconizada pela OMS (1996) de optar pelo corte tardio.. A FAME e a APEO (2009) recomendam a clampagem tardia do cordão umbilical, após deixar de pulsar ou 2 a 3 minutos depois do nascimento. Esta espera parece ser mais fisiológica e permite que ocorra uma transfusão placentar que dá ao recém-nascido mais 30% de volume sanguíneo e até 60% mais de eritrócitos favorecendo assim as reservas de ferro do bebé.

6. LIMITAÇÕES DO TRABALHO

A necessidade de responder às exigências do curso em termos e cumprimento de números, como a realização dos 40 partos acarreta alguma angústia face à situação atual de diminuição da natalidade o que dificulta a vivência em pleno desta fase de formação profissional pois a preocupação é inevitável e por outro lado, leva a que se esteja essencialmente focada na mulher em trabalho de parto e limitando a disponibilidade para aproveitar outras oportunidades de aprendizagem também importantes mais relacionadas com situações de patologia ginecológica que também ocorrem ao SUOG e cujos cuidados fazem igualmente parte das competências específicas EESMO.

O espaçamento temporal que por vezes se verificou entre partos foi por mim sentido como um obstáculo ao ganho de destreza, experiência e segurança na realização dos partos.

O facto de o estágio decorrer durante 19 semanas fez-me sentir por um lado que foi muito desgastante especialmente por se acumular com o horário laboral, por outro que as situações, procedimentos e particularidades a aprender são imensas, absorventes, complexas para o tempo disponível exigindo de mim bastante dedicação e empenho. Por vezes senti dificuldade em conciliar a atenção que precisava dar às atividades para o desenvolvimento das competências enquanto EESMO com as atividades do objetivo específico relacionado com a temática em estudo, ficando este para segundo plano e sentindo que o tempo de duração do ECR era insuficiente para conseguir abarcar tanta atividade. Isto foi um dos obstáculos à sua melhor consecução. No entanto senti que à medida que ia evoluindo na minha prestação de cuidados e no desenvolvimento das minhas competências me ia tornando mais autónoma, mais segura e passei a conseguir focar-me mais nas atividades relacionadas com a utilização das TNF.

Apesar do projecto da Ordem dos Enfermeiros “Maternidade com Qualidade” estar a ser implementado no serviço, a equipa médica nem sempre se mostra

colaborante e compreensiva com a saída das mulheres dos quartos para deambular ou ir ao duche, o que se verificou um constrangimento uma vez que a deambulação ficava restrita ao quarto e o duche era utilizado com menos frequência, uma vez que não existe wc em cada quarto.

Várias foram as situações que não permitiram que a mulher se levantasse do leito para usar a bola ou deambular, tais como a utilização da petidina devido aos seus efeitos secundários; BAR com apresentação fetal alta, não apoiada; recusa da mulher; desconhecimento/desconfiança que mostra a necessidade de se aprofundar mais o tema durante a gravidez; as induções de TP com prostaglandinas no fundo de saco vaginal que requerem repouso após o procedimento e as prescrições de ocitocina que obrigam à monitorização cárdio-fetal contínua limitando os movimentos da mulher.

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As TNF foram utilizadas como método de alívio da dor durante o trabalho de parto de 25 mulheres sendo que a bola e a deambulação foram utilizadas em 25 situações (fase latente e ativa), a massagem em 10 (fase latente e ativa) e o duche quente em 5 (fase latente). Por vezes, ocorreu o uso de mais que uma TNF durante o trabalho de parto.

Foi avaliado o nível de dor antes, durante e depois da utilização da TNF, através da escala numérica de 0 a 10.

Apenas duas mulheres referiram não sentir qualquer sensação de alívio da dor durante ou após o uso das TNF. Apesar de não apresentar benefício relativo ao alívio da dor também não houve agravamento. Em todas as outras situações foi referido alívio da dor em 2 a 5 níveis na escala numérica.

Para além do alívio da dor, ao usar as TNF as mulheres referiram sentir-se mais confortáveis, mais relaxadas, mais calmas, ter melhor perceção do seu corpo e da necessidade de fazer força.

Conclui que as mulheres que tinham realizado preparação para o nascimento mostravam-se já familiarizadas com as TNF e mais predispostas à sua utilização do que as mulheres que não realizaram preparação para o nascimento. Ou seja, prova que a sensibilização para as TNF deve começar durante a gravidez, para a mulher ter tempo de se informar, familiarizar e até praticar ainda enquanto grávida pois durante o trabalho de parto está muito menos disponível mentalmente para iniciar esse processo, há menos tempo disponível e se já estiver a experienciar a dor vai recorrer aos conhecimentos prévios que possui acerca do alívio da dor, que geralmente são os farmacológicos nomeadamente a epidural, requisitando-os.

Uma vez que o serviço está a implementar o projecto “Maternidade com Qualidade” no qual está incluído o uso das TNF, a equipa de enfermagem já estava sensibilizada para esta prática. No entanto, a equipa médica ainda apresenta uma

postura pouco favorecedora do uso das mesmas o que por vezes se verifica um obstáculo.

As práticas utilizadas durante o parto e o nascimento afetam física e psicologicamente a mãe e o bebé. A confiança e a habilidade da mulher para dar à luz, para cuidar e amamentar o seu bebé e a habilidade do bebé para mamar podem ser fortalecidas ou diminuídas por cada um dos cuidadores e pelo ambiente de nascimento. (OE, 2012:21)

Assim, é essencial que se continuem a fazer esforços no sentido de promover as boas práticas preconizadas para o parto normal, esforços esses que devem incidir na sensibilização dos profissionais de saúde mas sobretudo das mulheres para que ganhem plena consciência dos direitos que as assistem e não deixem de os reivindicar de forma esclarecida e inequívoca junto dos profissionais que delas cuidam.

Relativamente a esta temática, ao longo do ECR consegui desenvolver competências para promover a utilização das TNF durante o TP. Sensibilizei as mulheres para a importância do seu uso, informando-as sobre os benefícios e modo de utilização, esclareci dúvidas e medos, apoiei e acompanhei a sua utilização, fui alterando o modo de implementação através de estratégias que facilitassem a sua utilização face aos obstáculos com que me ia deparando durante a sua implementação como as dificuldades de cada mulher, espaço físico ou dinâmica do serviço. Considero que a minha competência relativa à aplicação destas técnicas foi crescendo ao longo do tempo, que as mulheres que cuidei beneficiaram dessa melhoria e que consegui assim cumprir o preconizado pela OE (2010b) nas competências H3.1.3 - conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos; H3.1.6 - cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor; H3.2.5 - conceber, planear, implementar e avaliar intervenções adequadas à evolução do TP otimizando as condições de saúde da mãe e do feto.

Considero ainda que todas as demais competências delineadas pela OE (2010a e 2010b) foram desenvolvidas conforme demonstram as atividades descritas neste relatório.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio no SUOG/BP foi um percurso imensamente enriquecedor, enquanto aluna, profissional e pessoa. Foi uma constante aprendizagem de conhecimentos, desenvolvimento de competências técnicas, científicas, relacionais e de enorme crescimento pessoal. As experiências que acumulei ao longo destes meses foram fulcrais para a minha formação enquanto EESMO mas também para a minha formação enquanto ser humano. Poder acompanhar as mulheres/famílias numa fase tão importante e delicada das suas vidas como é a experiência do parto e o nascimento de novos laços e papéis familiares foi para mim um privilégio enorme.

Foi uma longa viagem durante a qual me senti a evoluir, na minha confiança e autonomia o que se traduziu na qualidade crescente dos cuidados que prestei, sob supervisão da Enfermeira orientadora do local de estágio. Considero que a relação intensa que se cria com a mulher/acompanhante enquanto se acompanha o trabalho de parto é a chave para que a experiência de parto seja a mais humanizada e positiva possível, correspondendo às expectativas da mulher e do casal.

Por este motivo, nem sempre foi fácil deixar de me sentir frustrada por acompanhar a mulher/acompanhante durante o trabalho de parto, estabelecer essa relação e depois não ter a oportunidade de realizar o parto. Sentia que era injusto para mim e invasivo para a mulher. Sentia que um profissional de saúde não tem direito ao privilégio que é realizar um parto se não investe no compromisso de acompanhar aquele casal, de estabelecer a relação de confiança. Por vezes aconteceu realizar partos logo no início do turno, em que não havia oportunidade de seguir o trabalho de parto e nesses momentos sentia-me distante da mulher e não podia deixar de pensar que ela se devia sentir desconfortável e possivelmente violentada na sua privacidade por ter de partilhar aquele momento com um profissional que tinha acabado de conhecer.

A mulher deve ser a protagonista neste processo e o profissional de saúde que a acompanha deve ver a realização do parto como um privilégio que a mulher lhe

concede logo deve fazer por merecê-lo mostrando interesse, disponibilidade e investimento durante o seguimento do trabalho de parto.

No final deste percurso considero que consegui desenvolver as competências necessárias para a minha prática clínica enquanto EESMO e estou certa que continuarei a trabalhar para melhorar sempre enquanto profissional e conseguir prestar cuidados especializados e humanizados a todas as mulheres que cuidarei.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Castro, J. & Clapis, M. (2005). Parto Humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 13 (6), 960–967.
- Chang, M.; Wang, S. & Chen, C. (2002). Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing* 38 (1), 68-73.
- FAME; APEO. (2009). *Iniciativa do parto natural: documento de consenso*. Loures: Lusociência
- Fortin, M. (2003). *O processo de Investigação: Da concepção à realização*. (3ª ed). Loures: Lusociência
- Gau, M.; Chang, C.; Tian, S. & Lin, K. (2011). Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: a randomized controlled trial in Taiwan. *Midwifery*. 27 (2011), e293-e300.
- Higson, A. (2010). The fear of childbirth. *Midwives-The official magazine of the RCM*. Fevereiro/Março 2010, 17.
- Higson, A. (2012). Pain free labour: Teaching women who to labour. *Midwifery Matters*. 132, 17
- International Confederation of Midwives/ Confederação Internacional de Parteiras (2010). *Competências Essenciais para o Exercício Básico da Profissão de Parteira*. Disponível em: www.internationalmidwives.org. Acedido a 20/6/2013.
- Kolcaba, K. (1994) A theory of holistic comfort for nursing *Journal of Advanced Nursing* 19, 1178-1184
- Lamaze International. *The Lamaze fundamentals for birth*. Disponível em: <http://www.lamazeinternational.org/p/cm/ld/fid=125>. Acedido a 15/5/2013.

Lei nº9/2009, de 4 de Março. Transposição para a ordem jurídica interna da Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais. Diário da República, 1.ª série, N.º 44 (4 de Março de 2009). pp 1466-1527. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1s/2009/03/04400/0146601530.pdf>. Acedido a 20/11/2013.

Lothian, J. (2009).. #4: Avoid Interventions that are not Medically Necessary *Healthy Birth Practices*. Disponível em: <http://www.lamazeinternational.org/p/cm/ld/fid=86>. Acedido a 5/5/2013.

Lowdermilk, D.& Perry, S. (2006). *Enfermagem na Maternidade*. (7ª ed) Loures: Lusodidata.

NCT/RCM/RCOG – The national Childbirth Trust/Royal College of Midwives/Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2007). *Making normal birth a reality – Consensus statement from the Maternity Care Working Party*.

NICE – National Institute for Care and Health Excellence (2001). *Clinical Guideline 55 Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth*. Disponível em: <http://publications.nice.org.uk/intrapartum-care-cg55/guidance#coping-with-pain-in-labour-non-epidural>. Acedido a 4/1/2014.

Odibo, L. (2007). Does epidural analgesia affect the second stage of labour?. *British Journal of Midwifery*. 15(7), 429-435

OMS/FRH/MSM. (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneve.

Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Cadernos da OE 1(1).

Ordem dos enfermeiros Portugueses (2009). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf>. Acedido a 15/10/2014

- Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2010a). *Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: Conselho Diretivo de Enfermagem
- Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2010b). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Conselho Diretivo de Enfermagem
- Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2012). *Documento de consenso “Pelo Direito ao Parto Normal – Uma visão partilhada”*. Lisboa: OE
- Oyuela-Garcia, J. & Hernández-Herrera, R. (2010). Psicoprofilaxis e índice de cesáreas. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 48(4), 439-442.
- Perez, P. (2001). Birth balls: The Use of Physical Therapy Balls in Maternity Care. *Genesis, Spring 2001*, 5
- Rachmawati, I. (2012). Maternal reflection on labour pain management and influencing factors. *British Journal of Midwifery*. 20(4), 263-269.
- RCM (2004). *Position Statement on Normal Childbirth*. London.
- Robertshawe, P. (2007). Regular massage in late pregnancy decreases pain in labour and birth. *Journal of the Australian Traditional – Medicine Society*. 13 (1), 7
- Shilling, T. (2009). #2 Walk, Move around and change positions throughout labor. Disponível em: <http://www.lamazeinternational.org/p/cm/ld/fid=83> Acedido a 15/7/2013.
- Silva, D.; Ramos, M.; Jordão, V.; Silva, R.; Carvalho, J. & Costa, M. (2013). Use of non-pharmacological methods for providing pain relief during the natural childbirth: revisão integrativa. *Journal of Nursing UFPE on line*. 7(spe), 4161-4170. DOI: 10.5205/reuol.4134-32743-1-SM-1.0705esp201309
- Silva, L.; Oliveira, S.; Silva, F. & Alvarenga, M.(2011). Using the swiss ball in labour. *Acta Paulista de Enfermagem*. 24(5), 656-662.

Storton. S. (2007) Step 4: Provides the Birthing Woman With Freedom of Movement to Walk, Move, Assume Positions of Her Choice. Advancing Normal Birth The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence basis for the ten steps of mother-friendly care *Journal of Perinatal Education*, 16(1–Supplement), 25S–27S, doi: 10.1624/105812407X173164 A Lamaze International Publication. Disponível em: http://www.motherfriendly.org/Resources/Documents/CIMS_Evidence_Basis.pdf Acedido a 15/7/2013.

Taavoni, S.; Abdollahian, S.; Haghani, H. & Neysani, L. (2011). Effect of Birth Ball Usage on Pain in the Active Fase of Labour: a randomized controlled Trial. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 56 (2), 137-140

Vargens, O.; Silva, A. & Progianti, J. (2013). Non-invasive nursing technologies for pain relief during childbirth – the Brazilian nurse midwives' view. *Midwifery*. 29(2013), e99-e106.

Watkins, S. (2001). Get on the Ball – The “Birth Ball” that is!. *IJCE*. 16(4), 17-19

APÊNDICES

APÊNDICE I – Análise dos artigos de Revisão da Literatura.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	<i>Autor: Rachmawati, I.</i> <i>Título: Maternal reflection on labour pain management and influencing factors</i> <i>Ano: 2012</i> <i>Publicação: British Journal of Midwifery 20 (4):263-269</i>
FINALIDADE DO ESTUDO	Descrever o fenómeno da gestão da dor do trabalho de parto na Indonésia, da perspectiva das parturientes.
TIPO DE ESTUDO	Análise qualitativa. Abordagem fenomenológica interpretativa.
PARTICIPANTES	Crterios de inclusão: Puérperas que tiveram partos vaginais de início espontâneo ou cesarianas de emergência. 7 das participantes foram escolhidas através do método de amostra intencional numa maternidade. O investigador participou na prestação de cuidados durante o parto e depois das mulheres serem transferidas para a ala do puerpério é que foram questionadas sobre o estudo e concordaram em ser entrevistadas.
COLHEITA DE DADOS	Questionários semi-estruturados, notas de campo e observação das participantes. Os dados foram colhidos pelo investigador que conduziu a observação das participantes na sala de partos durante 2 semanas. O investigador assumiu o papel de prestador de cuidados enquanto observava as participantes. Todos os nomes usados são pseudónimos.
ANÁLISE DOS DADOS	Método Van Manen
PROCEDIMENTOS ÉTICOS	O estudo recebeu aprovação ética do Comité de Investigação Ética da Faculdade de Enfermagem e do Comité de Investigação Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Indonésia. Foi recebida uma carta de permissão do comité de ética do hospital.
RESULTADOS	A dor do trabalho de parto é considerada uma experiência negativa, o parto é um período em que experienciam dor intensa, a mulher quer estar acompanhada durante o parto para o qual tem expectativas mas tem dificuldade em expressá-las, estejam ou não a ser satisfeitas. A dor intensa é encarada pelos profissionais como natural e a parturiente é deixada a lidar com a dor sozinha. Métodos para aliviar a dor não são oferecidos pela parteira nem pelo obstetra que se focam na progressão do trabalho de parto e na prevenção de complicações. A prestação de cuidados não está direcionada para as utentes.
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	Este estudo revela que para se melhorar os cuidados e a gestão da dor das mulheres em TP os profissionais de saúde devem fazer mudanças nos atuais serviços, particularmente no que concerne às necessidades individuais das utentes. Deve ser aumentada a informação sobre os vários métodos de alívio da dor no TP nos programas académicos formais, conferências para os profissionais e nas formações em serviço.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	<i>Autor: Chang,M.; Wang,S.; Chen, C.</i> <i>Título: Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan</i> <i>Ano: 2002</i> <i>Publicação: Journal of Advanced Nursing 38 (1): 68-73</i>
FINALIDADE DO ESTUDO	Investigar os efeitos da massagem sob a dor e ansiedade durante o trabalho de parto.
TIPO DE ESTUDO	Quantitativo
PARTICIPANTES	60 primíparas em que era espectável a ocorrência de parto normal, num hospital regional de Taiwan, sendo que foram selecionadas aleatoriamente 30 para o grupo experimental e 30 para o grupo de controle. Critérios de inclusão: 37-42 semanas de gestação, gravidez normal, o acompanhante estava presente durante o TP, ter no máximo 4 cm de dilatação cervical.
COLHEITA DE DADOS	O grupo experimental recebeu massagem durante o trabalho de parto enquanto que o grupo de controle não. Foi usada a escala visual analógica para ansiedade (VASA) e a escala de intensidade comportamental (PBI) para avaliar a dor. A intensidade da dor e da ansiedade foi comparada entre os dois grupos em 3 fases de dilatação: 3-4cm, 5-7cm e 8-10cm. 30 minutos depois do parto foi pedido às mulheres para avaliar a satisfação com a experiência de parto, nível de suporte dado pelo acompanhante e o nível de suporte dado pela enfermeira numa escala de 5 pontos. As mulheres do grupo experimental avaliaram se a massagem tinha sido vantajosa numa escala de 5 pontos e responderam a uma questão aberta sobre as vantagens da massagem.
ANÁLISE DOS DADOS	Nove peritos examinaram a validade dos conteúdos de todos os instrumentos. Foi calculado o valor médio, mínimo e máximo. Foi usado o t-test para calcular as diferenças entre o grupo de controle e o experimental e os valores calculados tanto para a PBI e para a VASA têm um intervalo de confiança de 95%.
PROCEDIMENTOS ÉTICOS	Não refere.
RESULTADOS	Os níveis de dor e ansiedade atingiram os valores máximos na fase final da dilatação (8-10cm). Os valores da VASA e PBI aumentam nos dois grupos à medida que o TP progride mas o grupo experimental apresentou valores significativamente mais baixos de dor na escala PBI nas 3 fases de dilatação referidas. Relativamente à ansiedade apenas na fase latente há diferença significativa entre os dois grupos sendo que a ansiedade é menor no grupo experimental. Os participantes referiram um sentimento de satisfação proveniente da massagem e que valorizou a experiência de parto para o casal. No grupo experimental a massagem foi considerada vantajosa no TP.
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	A massagem é uma intervenção de enfermagem com boa relação custo-benefício que consegue diminuir a dor e a ansiedade durante o TP e a participação dos acompanhantes na massagem pode influenciar positivamente a qualidade da experiência do parto.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	<i>Autor: Silva, D.; Ramos, M.; Jordão, V. et al</i> <i>Título: Use of non-pharmacological methods for providing pain relief during the natural childbirth: revisão integrativa</i> <i>Ano: 2013</i> <i>Publicação: Journal of Nursing UFPE on line 7 (spe): 4161-4170</i>
FINALIDADE DO ESTUDO	Apresentar uma revisão da literatura sobre os métodos não farmacológicos no alívio da dor no parto normal.
TIPO DE ESTUDO	Revisão da literatura
PARTICIPANTES	21 artigos publicados entre 2000 e 2011
COLHEITA DE DADOS	Pesquisa efetuada nas bases de dados SciELO (Scientific Eletronic Library), LILACS (Latin American and Caribbean Health Sciences) e BDENF (Brazilian Nursing Database) utilizando os descritores: Natural childbirth, childbirth pain, obstetric nursing; para dar resposta à questão de investigação: "Quais são os métodos não farmacológicos para alívio da dor discutidos nas investigações científicas?"
ANÁLISE DOS DADOS	Os artigos foram seleccionados por título, nomes dos autores, intervenções estudadas e conclusões/considerações finais.
PROCEDIMENTOS ÉTICOS	Não refere.
RESULTADOS	Foram identificados como métodos não farmacológicos: hidroterapia, deambulação, técnicas de relaxamento e respiração, massagem, bola de Bobath (pilates/nascimento), estimulação elétrica, crioterapia. Foi também demonstrada a eficácia da aplicação de cada um deles no cuidados durante o TP. Estes métodos têm vindo a ganhar força através dos movimentos a favor da humanização do parto.
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	Apesar das práticas a favor da humanização do parto para fomentar o uso das técnicas não farmacológicas para alívio da dor no TP, este processo continua muito ligado ao modelo biomédico e intervencionista, fragmentando o ser humano e contribuindo para a medicalização e intervenções inapropriadas. É importante considerar a mulher como o sujeito principal e não apenas como alguém que não tem opinião e que obedece passivamente a ordens vindas dos profissionais de saúde que detêm o poder do conhecimento. Devem ser feitos mais estudos exploratórios que evidenciem a importância deste tema na prática clínica da enfermagem obstétrica que cuida e pode fazer a diferença no processo de nascimento.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	<i>Autor: Vargens, O.; Silva, A.; Progianti, J.</i> <i>Título: Non-invasive nursing technologies for pain relief during childbirth – the brazilian nurse midwives'view</i> <i>Ano: 2012</i> <i>Publicação: Midwifery 29 (2013):e99-e106</i>
FINALIDADE DO ESTUDO	Descrever as tecnologias de cuidado não invasivas mais usadas pelas enfermeiras parteiras para aliviar a dor durante o trabalho de parto e realizar uma síntese dos estudos publicados pelas parteiras brasileiras sobre o uso dessas técnicas.
TIPO DE ESTUDO	Revisão sistemática da literatura. Estudo qualitativo, descritivo, exploratório
PARTICIPANTES	Artigos com texto integral disponível, publicados entre 2002 e 2012, escritos por parteiras brasileiras, correspondentes aos descritores: childbirth pain, non-invasive technologies, labour, pain relief,
COLHEITA DE DADOS	N=21 Pesquisa feita nas bases de dados BDNF, CINAHL e MEDLINE com artigos de 2002 a 2012.
ANÁLISE DOS DADOS	As tecnologias mencionadas foram classificadas em quatro grandes categorias de apoio consoante a sua relação com ambiente, posição, estimulação tátil e nível energético. Após os artigos serem identificados por corresponderem aos critérios de inclusão definidos, foram lidos individualmente para identificar quais as técnicas de cuidado não invasivas eram descritas e em que circunstâncias são usadas considerando a sua relação com o alívio da dor no parto. Nesta fase também se pretendia identificar os resultados obtidos para o alívio da dor, se descritos.
PROCEDIMENTOS ÉTICOS	Não refere
RESULTADOS	As parteiras brasileiras têm vindo a fazer esforços no sentido de mudar o foco da prática clínica durante o parto, retirando-o dos profissionais e colocando-o nas mulheres que cuidam. Existem benefícios significativos do uso da massagem, respiração controlada, duche e imersão em água com massagem lombar, encorajamento verbal reduzem a percepção de dor. Encorajar a liberdade de movimentos, mudança de posições estão associados com um maior entendimento e cooperação da mulher durante o TP para além de que promovem o seu bem-estar e empoderamento. O uso de posições verticais para parir também ajudam a aliviar a dor como ajudam a relaxar a musculatura pélvica e consequentemente facilitam a progressão do TP.
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	Há uma necessidade urgente e indispensável de refletir sobre a desmedicalização do parto. O presente estudo apresenta ideias para futuro desenvolvimento de melhores fundamentos teóricos e estratégias para consolidar uma prática que esteja em harmonia com o modelo humanista do cuidado de enfermagem.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	<p>Autor: Gau, M.; Chang, C.; Tian, S.; Lin, K. Titulo: effects of birth ball exercises on pain and self-efficacy during childbirth: a randomised controlled trial in Taiwan Ano: 2011 Publicação: Midwifery 27 (2011): e293-e300</p>
FINALIDADE DO ESTUDO	Verificar a eficácia de um programa de exercícios com bola de nascimento durante o parto através da avaliação da autoeficácia do parto e da dor durante o parto.
TIPO DE ESTUDO	Quantitativo. Ensaio clínico randomizado.
PARTICIPANTES	N= 188 grávidas que foram aleatoriamente divididas em dois grupos, experimental e controlo mas apenas 48 no grupo experimental e 39 no grupo de controlo completaram o ensaio. Critérios de inclusão: grávidas com 30-32 semanas de gestação, com mais de 18 anos, sem complicações obstétricas durante a gravidez, gravidez única, habilidades normais para cumprir as atividades, ter um companheiro presente durante o TP. Após o recrutamento foram excluídas as participantes que foram admitidas no hospital antes das 37 semanas de gestação, com dilatação cervical superior a 4cm, que já estivessem em TP e usado epidural, que tivessem sido submetidas a cesariana de emergência. O programa de exercícios com a bola consiste num manual de 26 páginas e um vídeo de 19 minutos com follow-ups periódicos durante as consultas pré-natais. Foi pedido às grávidas do grupo experimental para treinarem os exercícios em casa durante 20 minutos, 3 vezes por semana durante 6-8 semanas. A cada uma foi dada uma bola de nascimento para usarem durante o trabalho de parto e encorajadas de hora em hora a escolherem a posição, movimentos e exercícios mais confortáveis. Ambos os grupos receberam cuidados de enfermagem iguais em todos os aspetos referentes à gravidez e ao parto.
COLHEITA DE DADOS	O estudo foi conduzido de Dezembro de 2008 a Novembro de 2009, num hospital regional e num centro médico com 600 e 1022 partos anuais, respetivamente. Aos 4 e 8 cm de dilatação cervical as mulheres responderam ao Childbirth self-efficacy inventory (CBSEI) e o McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ) que combina a VAS – escala visual analógica, a VRS – escala de resposta verbal e a PPI – escala de intensidade de dor presente.
ANÁLISE DOS DADOS	Kolmogorov-smirnov test, distribuição normal, Mann-Whitney U-test, qui-quadrado.
PROCEDIMENTOS ÉTICOS	Após a autorização da universidade, os investigadores visitaram as instituições selecionadas para explicar a toda a equipa multidisciplinar o objetivo da investigação e os métodos a utilizar antes da colheita de dados. As participantes que correspondiam aos critérios de inclusão também foram informadas do objetivo, benefícios/riscos das intervenções, procedimentos e assinaram consentimento informado. Foi assegurada confidencialidade e anonimato e que poderiam abandonar o estudo em qualquer momento do seu decurso sem comprometer a qualidade dos cuidados que lhe seriam prestados posteriormente.
RESULTADOS	Liberdade de movimentos está relacionada com alívio da dor, as mulheres do grupo experimental passaram mais tempo em posições verticais, nível de satisfação face ao apoio do parceiro durante o TP foi maior neste grupo. O uso da bola na gravidez melhora a autoconfiança e autoeficácia da mulher face ao parto. O uso da bola providencia melhorias estatisticamente significativas da autoeficácia e do alívio da dor no parto. A autoeficácia, ou seja a capacidade que as mulheres têm para acreditar nas suas próprias

	capacidades para lidar com o parto e conseguir efetuar-lo com sucesso, influencia a relação entre o uso da bola e o alívio da dor do parto. No grupo experimental a primeira fase do TP foi mais curta, usaram menos epidural e houve menos cesarianas que no grupo de controlo.
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	A implementação de programas de exercícios com a bola de nascimento pode levar a uma efetiva melhoria da autoeficácia do parto e à redução da dor durante o TP. Os resultados sugerem que a confiança das mulheres é maior depois da preparação pré-natal e leva a uma diminuição da percepção de dor e diminuição de medicação/analgesia usada durante o TP.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	Autor: Silva, L.; Oliveira, S.; Silva, F; Alvarenga, M. Título: Using the swiss ball in labour Ano: 2011 Publicação: Acta Paulista de Enfermagem 2011; 24 (5): 656-662
FINALIDADE DO ESTUDO	Caracterizar o uso da bola suíça (pilates/nascimento) na assistência à parturiente em serviços obstétricos vinculados ao Sistema Único de Saúde no Município de S. Paulo e identificar as características do seu uso na assistência às parturientes por enfermeira obstétrica.
TIPO DE ESTUDO	Estudo descritivo com abordagem quantitativa.
PARTICIPANTES	35 Enfermeiras obstetras. Uma de cada um dos 35 hospitais que autorizaram a colheita de dados.
COLHEITA DE DADOS	Realizada entre Agosto de 2009 e Janeiro de 2010. As variáveis do estudo foram escolhidas de forma a descrever a frequência e as razões para o uso da bola durante o TP: os dados foram colhidos através de entrevistas estruturadas usando um formulário específico.
ANÁLISE DOS DADOS	A análise estatística foi desenvolvida através do SPSS. Foram usadas frequências absolutas e relativas para a análise dos dados descritivos.
PROCEDIMENTOS ÉTICOS	Foi obtida aprovação do Secretariado de Saúde Municipal de São Paulo. As enfermeiras receberam um termo de consentimento informado que assinaram. Foram informadas que a sua participação era voluntária e que poderiam desistir a qualquer momento. Foram impressas duas cópias da autorização para desenvolver a investigação e do consentimento informado, uma para o profissional e outra para o investigador.
RESULTADOS	O uso da bola promove a descida da apresentação fetal, o relaxamento, progressão do TP, exercícios do períneo, alívio da dor, benefícios psicológicos, movimentação materna. Contudo não existem protocolos para a sua utilização ficando ao critério das enfermeiras que atribuem benefícios ao uso da bola no TP.
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	São necessários ensaios clínicos para produzir evidência científica. Deve ser criado um protocolo para o seu uso a fim de potenciar o seu uso e eficácia.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	<i>Autor:</i> Taavoni, S.; Abdolalian, S.; Haghani, H.; Neysani, L. <i>Título:</i> Effect of Birth Ball Usage on Pain in the Active Fase of Labour: a randomized controlled Trial <i>Ano:</i> 2011 <i>Publicação:</i> Journal of Midwifery & Women's Health 56 (2): 137-140
FINALIDADE DO ESTUDO	Avaliar a eficácia do uso da bola de nascimento na gestão da dor no TP, nas contrações e na duração da fase ativa do trabalho de parto.
TIPO DE ESTUDO	Quantitativo.
PARTICIPANTES	60 Primíparas entre os 18 e 35 anos, com gravidez única, apresentação fetal cefálica, 38-40 semanas de gestação
COLHEITA DE DADOS	Participantes foram divididas em dois grupos, experimental onde foi usada a bola e de controlo que receberam os cuidados habituais. Foi usada a VAS – escala analógica visual para avaliar a dor. A dor foi avaliada nos dois grupos antes do TP e a cada 30 minutos até atingirem os 8cm de dilatação cervical. No grupo da bola as mulheres foram instruídas a sentarem-se na bola e fazerem movimentos circulares e para a frente e trás durante 30 minutos. Não foram dadas informações às mulheres sobre os possíveis efeitos da bola nem antes nem durante o estudo.
ANÁLISE DOS DADOS	Os níveis de dor, contrações (duração e intervalo) e duração da fase ativa do TP foram comparados nos dois grupos usando o t-test. As características demográficas foram analisadas pelo t-test e qui-quadrado com intervalo de significância de 0.05.
PROCEDIMENTOS ÉTICOS	Foi pedida aprovação ao comité de ética da Universidade de Ciências Médicas de Teerão, Irão, que foi concedida. Foi obtido consentimento informado das participantes no estudo.
RESULTADOS	Apesar do uso da bola não ter efeito na duração da fase ativa do TP, na duração das contrações uterinas ou no intervalo entre contrações, pode reduzir a intensidade da dor durante a fase ativa do TP.
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	O uso da bola de nascimento é uma intervenção de baixo custo, que não requer treino complexo e pode ser de grande valor em contextos com poucos recursos. Investigação futura pode avaliar a sua eficácia durante a gravidez e o puerpério.

APÊNDICE II – Diário de Aprendizagem.



4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNA E OBSTETRÍCIA

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM

Docente: Profª Maria João Delgado
Orientador: EESMO Paula Duarte

Discente: Helena Santos

Lisboa
Abril, 2014

O presente Diário de Aprendizagem surge no âmbito do Estágio com Relatório que decorre no Bloco de Partos do Hospital Nossa Senhora do Rosário, Barreiro. O estágio atual tem sido caracterizado por bastante entusiasmo, interesse e empenho em aproveitar todas as oportunidades de aprendizagem com especial ênfase na realização de partos por ser uma experiência absolutamente nova e aliciante. No entanto, confrontei-me com a experiência de realizar o parto de um feto morto às 33 semanas de gestação. A grávida recorreu ao SUOG (Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica) encaminhada do centro de saúde da sua área de residência por ausência de batimentos cardio-fetais à auscultação com doppler, tendo-se confirmado a morte in utero após ecografia. Quando recebi o turno já a senhora estava internada desde o dia anterior e submetida a indução do trabalho de parto com comprimidos de misoprostol aplicados via vaginal. Estava queixosa, já tendo sido administrada petidina EV com pouco efeito. O período expulsivo ocorreu logo no início do turno e preparei o material necessário e realizei o parto.

Assim que se deu a expulsão do feto foi o início de um turbilhão de emoções. Primeiro a confrontação com o feto morto, de aspeto frágil e macerado, o silêncio pesado pela ausência do choro do bebé e marcada pelo choro angustiada da mãe a confrontar-se também ela com a realidade, pela ausência de alegria associada ao momento do nascimento, pela ausência da minha satisfação pessoal em ter conseguido realizar mais um parto. Senti uma imensa tristeza e vontade de chorar mas pensei que precisava de me conter para conseguir prosseguir com os restantes procedimentos técnicos inerentes ao estágio da dequitação e os cuidados ao corpo do feto e por isso, nessa altura, reprimi as minhas emoções.

Foi perguntado à mãe se queria ver o bebé e ela quis ficar com ele no peito. Considero que é importante colocar essa hipótese à mãe naquela altura mesmo que ela já tenha dito previamente que quer ou que não quer. Ver o seu bebé, conhecê-lo e passar algum tempo com ele penso que permite que o luto

se faça de forma mais saudável e é importante para ajudar a alcançar a fase de aceitação. É importante haver espaço/tempo para a despedida. De acordo com Lowdermilk & Perry (2008) o enfermeiro não pode descurar o tempo que os pais precisam de estar com o seu filho. Este período de tempo é estabelecido pelos pais, até que se sintam preparados para se separarem do filho e não deve ser estabelecido pelo enfermeiro. Segundo um estudo realizado por Heiman et al (1997), para 85% dos pais foi importante ter várias oportunidades para estar com o seu filho e 44% dos pais sentiram que não lhes foi dado tempo suficiente (Lowdermilk & Perry, 2008).

Apenas posso imaginar a dimensão do sentimento avassalador de perda, vazio, tristeza daquela mãe. Apesar de ter consciência da situação com que me ia deparar e que não ia ser fácil, apesar de saber de antemão que estas situações são possibilidades reais e que mais cedo ou mais tarde poderia ter uma experiência destas durante o período de estágio penso que preferimos sempre pensar que não vai acontecer, preferimos sempre que não aconteça. Não tanto pela confrontação com a morte mas pela sensação de impotência e achar que não estou suficientemente preparada para lidar com a perda da mãe e para lhe proporcionar os cuidados que ela necessita naquele momento.

Para mim foi uma experiência vivida com sentimentos de tristeza, impotência e quando saí do quarto tive necessidade de chorar. Pela primeira vez não consegui ficar contente por ter conseguido mais um parto. Ainda assim, acho que se tivesse acompanhado a senhora durante mais tempo teria sido mais difícil ainda gerir as emoções porque o grau de envolvimento seria maior. Por outro lado, penso que também para ela, sem familiares ali por sua opção, passar por aquele momento com profissionais que contactou pela primeira vez uma hora antes, deve ser ainda mais penoso.

Enquanto teve o bebé consigo a mãe chorou questionando-se "porquê? porque me aconteceu isto? O que é que correu mal?" Havia culpabilização, "fiz tudo certo, cumpri as indicações todas, fui para casa mais cedo, fiz a medicação toda como mandaram, porque é q isto me aconteceu, porque não deu certo?" é muito difícil ouvir estes desabafos todos e não ter resposta possível que console, que justifique o acontecimento. Porque não tenho

resposta para tal, como ninguém tem e porque resposta nenhuma diminui a dor que ela sente naquele momento. No entanto, considere que era importante ela ouvir que não se devia culpar, porque não há que atribuir culpas pelo que aconteceu e tentei transmitir-lhe que era importante ter força para superar a situação tal como era importante chorar à vontade. Para algumas famílias a perda ainda é um tabu e a expressão das emoções e sentimentos necessária à realização do luto pode ser difícil ou mesmo negada. Estas emoções, não expressas geram conflitos no indivíduo que afectam o seu comportamento, tendendo a isolar-se no seu sofrimento, o que dificulta as relações intrafamiliares (Rebelo, 2004) e fragiliza a família no seu desempenho e dinâmica global. Ao avaliar o luto da família e incentivar a expressão das emoções e sentimentos e mediar a comunicação entre os diferentes elementos da família, o enfermeiro está a facilitar uma evolução favorável do luto (Canavarro, 2001).

Quando a gravidez é um projeto desejado e acarinhado durante meses a vinculação ao bebé estabelece-se desde muito cedo e quando ocorre uma morte fetal é o desaparecer desse projeto e de todas as expectativas construídas e alimentadas. O impacto dessa perda pode ser devastador porque é um acontecimento fora da ordem natural do ciclo vital que trará consequências psicológicas fortes. Quanto maior é o investimento na gravidez e quanto mais perto do término da gravidez acontece a morte fetal, maior é a vivência da gravidez e o vínculo afectivo ao feto, o que leva a um maior impacto da perda. Isto explica-se pelo aumento do vínculo e “estreitamento da comunicação mãe/bebé, maior percepção física do bebé pelo maior volume da barriga e aumento das expectativas sobre a prestação de cuidados” (Canavarro, 2001:263). Além disso, a mulher terá de passar por todo o processo de trabalho de parto tal como se o bebé fosse nascer vivo. No entanto, outros autores defendem que quanto melhor é a vinculação, melhor o processo de luto, uma vez que a mulher não fica com a sensação do não vivido. (Canavarro, 2001).

O sofrimento psicológico potenciado pelo acontecimento da morte fetal vai desencadear várias respostas emocionais na mulher e no seu companheiro a vários níveis: afectivo (tristeza, solidão, culpa, raiva, ansiedade, apatia, choque,

desespero, desamparo); comportamental (agitação, fadiga, choro, isolamento, evitar ou procurar locais ou objectos que lembrem a criança); cognitivas (sensação da presença da criança associada a alucinações visuais ou auditivas, baixa auto-estima, falta de memória, dificuldades de concentração); fisiológicas (perda de apetite, insónias, queixas somáticas como dores abdominais, por exemplo). Pode ainda ocorrer dificuldades ou alterações a nível das relações interpessoais ou tem termos espirituais e religiosos” (Canavarro, 2001: 270).

Estas respostas estão associadas ao processo de luto que geralmente ocorre após uma perda porque permite à pessoa enlutada reorganizar-se, adaptar-se à nova situação, lidar com o sofrimento e encontrar estratégias para ultrapassar este acontecimento. Este processo decorre durante um determinado período de tempo, mas se for arrastado no tempo ou pelo contrário estiver ausente, pode indicar uma perturbação psicológica, o chamado luto patológico que se manifesta pela perda da relação entre os processos psíquicos na realização do pensamento, da memória e da percepção; impossibilidade de apreensão da realidade objectiva e predominância de vivências alucinatórias (Rebelo, 2004).

É competência do EESMO ajudar a mulher a encontrar estratégias de coping para aumentar a sua resiliência face à perda e conseguir transcendê-la. É fundamental que o enfermeiro permaneça junto dos pais com sinceridade e compreensão pela perda que acabam de sofrer manifestando disponibilidade para estar presente e escutar. É essencial dar tempo aos pais para integrarem a sua perda e dar espaço para manifestarem os seus sentimentos. Ouvir os pais, o que sentem, o que é realmente importante para eles nesse momento e a forma como estão a viver a situação torna-se imprescindível (Canavarro, 2001).

O EESMO deve informar os pais que, se quiserem, podem ver o seu bebé, pegar-lhe ao colo, dar-lhe nome, e prestar os cuidados ao corpo mas sobretudo, dar-lhes tempo para pensar nessa hipótese, pois isso pode ajudá-los a encarar a realidade e permitir lembrá-lo de forma especial, como membro da família. O EESMO deve certificar-se que o bebé tem o melhor aspecto

possível antes de o entregar aos pais para que a memória que vão guardar seja agradável e deve tratá-lo como se fosse um bebê com vida (Canavarro, 2001).

A preparação específica dos enfermeiros ou outros profissionais de saúde para o apoio às famílias durante o luto é fundamental. Ajudar os outros a lidar com a perda implica não só o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais mas também um trabalho de desenvolvimento pessoal, alicerçado em técnicas de autoconhecimento pois a relação a estabelecer para ser eficaz tem de ser autêntica e terapêutica. O papel do EESMO é preponderante para apoiar e ajudar os pais a transcenderem a dor da perda e encontrarem o melhor caminho para essa integração ajudando a gerir as respostas emocionais geradas por este processo. (Canavarro, 2001). Para tal, refletindo sobre a questão, considero que é importante que o enfermeiro comece por ganhar consciência das suas próprias respostas emocionais, que reflita sobre elas e as trabalhe para que não afetem negativamente o processo de luto da família e o seu contributo possa ser efetivamente uma mais-valia eficaz nesse processo.

Senti-me pouco à vontade e pouco competente para lidar com a situação por querer poder fazer mais para ajudar, apesar de saber que nestas situações há pouco que se possa/deva dizer e que a nossa presença e acompanharmos a mulher/família em silêncio e demonstrar uma atitude de disponibilidade e apoio é o mais importante e necessário. Por isso as palavras de agradecimento e reconhecimento da mãe, que me disse no final: “mostrou ser uma profissional competente” foram para mim inesperadas mas recebidas com muita satisfação e tiveram um valor incalculável. Permitiram-me também ganhar consciência de que, apesar da minha perceção ser de alguma insegurança, inexperiência e ineficiência perante a situação, a perceção que a mãe teve dos meus cuidados foi o oposto e que no futuro devo ter mais confiança nas minhas capacidades e nas competências relacionais que já desenvolvi procurando sempre, ainda assim, aperfeiçoá-las.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bowlby, J. (1984). *Apego e perda*. Brasil: Martins Fontes.

Canavarro, M. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Editora Quarteto.

Gomes, A. et al. (2003) Cuidados à mulher e família no luto por morte fetal ou neonatal. *Informar*. (Setembro/Dezembro, 9, 31, pp 48-55).

Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade* (7^a ed.) Loures: Lusodidacta.

Rebelo, J. (2004). *Desatar o Nó do Luto - Silêncios, Receios e Tabu*. Lisboa: Editorial Notícias.

Sá, E., & Biscaia, J. (1997). *A gravidez no pensamento das mães: A Maternidade e o Bebê*. Lisboa: Fim de Século.