



Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**CUIDADOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE
MATERNA E OBSTETRÍCIA PROMOTORES DE CONFORTO À
MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO**

Susana Filipa Franco Nunes Teodoro

2012

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**CUIDADOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE
MATERNA E OBSTETRÍCIA PROMOTORES DE CONFORTO À
MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO**

Susana Filipa Franco Nunes Teodoro

Orientadora: Prof. Helena Bértolo

2012

"Eu descobri que não são as circunstâncias nas quais somos colocados, mas o espírito com o qual as enfrentamos, que constitui nosso conforto."

(Elizabeth T. King)

AGRADECIMENTOS

Às Mulheres/Casais que aceitaram ser cuidados, sem os quais não teria sido possível o desenvolvimento de competências espelhadas neste relatório.

À Professora Helena Bértolo pela sua disponibilidade, profissionalismo e orientação.

À Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia Cristina Alves, pela sua dedicação e partilha de saberes.

Ao meu marido Edgar, por tudo...

Aos meus pais e irmã, pelo tempo que não lhes dediquei e porque sempre me incentivaram.

Aos meus amigos, pela compreensão da minha ausência.

Aos meus colegas de trabalho, pelo apoio.

A todos o meu sincero OBRIDADA!

RESUMO

O nascimento de um filho é um acontecimento de enorme importância na vida de qualquer mulher/casal, envolvendo por isso múltiplos sentimentos. De entre os vários fatores que influenciam a vivência desse momento, os cuidados prestados pelos enfermeiros especialistas são cruciais e determinantes para a classificação dessa experiência como “boa” ou “má”, e na forma como esta experiência será recordada.

Como cuidar e confortar são elementos essenciais à prática de Enfermagem, o presente relatório pretende apresentar o percurso efetuado para a aquisição e desenvolvimento de competências inerentes ao exercício profissional de um EESMO, bem como o desenvolvimento mais aprofundado da temática da promoção de conforto à mulher durante o trabalho de parto.

Os objetivos delineados foram: identificar quais os cuidados promotores de conforto durante o trabalho de parto sob o ponto de vista das puérperas; analisar os cuidados promotores de conforto durante o trabalho de parto identificados na revisão da literatura, bem como nos testemunhos das puérperas; e desenvolver competências promotoras de conforto e bem-estar no cuidado à parturiente/conviventes significativos durante o seu trabalho de parto.

O quadro de referência baseou-se na teoria de K. Kolcaba, explicitando e operacionalizando à luz da mesma o conceito de conforto.

A metodologia utilizada foi a Revisão Sistemática da Literatura, recorrendo à plataforma eletrónica EBSCO e utilizando as bases de dados CINAHL e MEDLINE. Definiram-se como critérios de inclusão, artigos publicados entre o ano de 2005 e 2012, cuja língua fosse inglesa, portuguesa ou espanhola e estivessem relacionados com a temática; tendo sido excluídos os que não respeitavam esses critérios e os artigos repetidos nas bases de dados. Foram selecionados 13 artigos. Durante a prestação de cuidados foram ainda elaboradas notas de campo, que foram posteriormente alvo de análise de conteúdo e os achados comparados com os dos artigos selecionados.

Da análise dos dados, ressaltam os cuidados promotores de conforto físico e promotores de conforto emocional. Ao nível do conforto físico destacam-se a hidratação oral, o toque, cuidados de higiene, alívio da dor, privacidade e o silêncio. Relativamente ao conforto emocional assumem distinção o apoio contínuo por parte dos enfermeiros especialistas e as características e atitude do cuidador (empatia, informação e envolvimento da mulher

nos cuidados). Embora ambos assumam grande importância, verifica-se a existência de uma maior valorização do conforto emocional comparativamente ao conforto físico.

Palavras-chave: Conforto, Trabalho de parto, Cuidados de Enfermagem, Teoria de Kolcaba.

ABSTRACT

The birth of a child has a huge importance in the life of any woman/couple and therefore it involves many feelings. Among the many factors which influence living that experience, the care provided by the specialised nurses are crucial and a main factor whether it is considered a “good” or “bad” experience and in the way it will be reminded.

How to care and comfort are key elements to nursing practice. This report wishes to present the journey of a Specialised Nurse in order to acquire and develop its professional skills in Maternal Health and Obstetrics, as well as furthering the issue of giving comfort to a woman during labor.

The selected objectives for this report are: to identify which kind of care would give more comfort during labor, as far as women who just gave birth are concerned; to analyse which kind of care would give more comfort during labor in literature, as well as in testimonies provided by women who just gave birth and to develop skills for providing comfort and well-being to those women and meaningful people during labor.

The key theory for this report is the one by K. Kolcaba, elaborating and operationalizing its concept of comfort.

The methodology used was the Systematic Revision of Literature, using the EBSCO web platform and using the CINAHL and MEDLINE databases. The criterion used was articles published from 2005 until 2012, in English, Portuguese or Spanish, regarding this theme. Repeated articles and those who did not follow this criterion were excluded. Thus, 13 articles were selected. During nursing, some field notes were taken, which were analysed and its findings were compared to the selected articles.

From data analysis, physical and emotional comfort cares were the ones who stood out. As far as the physical comfort is concerned, we should point out oral hydration, touch, hygiene care, pain relief, privacy and silence. As far as the emotional comfort is concerned, we should point out the continuous support provided by the specialist nurses and the characteristics and attitude of the care bringer (empathy, information and involving the woman in those cares). Although both are important, emotional comfort is more valued than physical comfort.

Keywords: Comfort, Labor, Nursing Cares, Kolcaba Theory.

SIGLAS

APEO - Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

CTG - Cardiotocografia

EEESMOG - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica

EESMO - Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica

FAME – Federación de Asociaciones de Matronas de España

HSM - Hospital de Santa Maria

ICM - International Confederation of Midwives

IMG - Interrupção Médica da Gravidez

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

REBA - Rutura Espontânea da Bolsa de Água

RN - Recém- Nascido

SUOG - Serviço de Urgência Obstetrícia e Ginecologia

SP - Sala de Partos

TP - Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Processo de Pesquisa e Seleção	41
Figura 2 – Quadro de temas, categorias e sub-categorias que emergiram da análise das notas de campo	44

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1- CONTEXTUALIZAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO	15
1.1 - Aquisição e desenvolvimento de Competências	15
2. QUADRO DE REFERÊNCIA	28
2.1. Definição de Conforto segundo Katharine Kolcaba	28
2.2. Desconforto/Fisiologia do trabalho de parto	32
2.3. Cuidados Promotores de Conforto durante o Trabalho de Parto.....	34
3. METODOLOGIA	38
3.1. Revisão Sistemática da Literatura	39
4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS	42
4.1- Dados obtidos da Revisão Sistemática da Literatura	42
4.2- Trabalho de Campo	43
4.3- Discussão dos Dados	45
4.3.1- Conforto Físico.....	46
4.3.2.- Conforto Emocional.....	48
5. CONCLUSÃO	50
BIBLIOGRAFIA.....	53
APÊNDICES.....	58
APÊNDICE I: ARTIGOS DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	
APÊNDICE II: NOTAS DE CAMPO	

INTRODUÇÃO

A realização do relatório de estágio insere-se âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrada no 2º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A Unidade Curricular teve início a 27 de fevereiro de 2012 na Sala de Partos do Hospital de Santa Maria, com término a 27 de julho de 2012, num total de 525 horas.

Este relatório tem como finalidade apresentar o percurso desenvolvido ao longo da UC Estágio com Relatório, descrevendo o modo como foram adquiridas as competências inerentes ao exercício profissional de um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia; e ainda o aprofundamento e o desenvolvimento de uma competência específica relativa a uma temática relevante para o contexto da prática de cuidados.

A temática escolhida foi: *“Cuidados do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia promotores de conforto à mulher durante o trabalho de parto.”*

A experiência de trabalho de parto (TP) é única e reveste-se de uma enorme importância, constituindo um marco importante na vida de um casal. A satisfação com que se vivencia esta experiência é determinante para o bem-estar psicológico da mulher, influenciando a sua adaptação ao novo papel como mãe, bem como a interação com o seu filho (Costa, 2003).

A perceção de cada mulher relativamente à qualidade do seu trabalho de parto é influenciada por múltiplos fatores individuais, sociais, situacionais e culturais, tal como a presença de uma pessoa significativa, a sua participação ativa e as suas expectativas prévias, entre outras.

Contudo, o trabalho de parto está frequentemente associado a um elevado mal-estar, ansiedade, falta de controlo, sentimentos negativos e dor (Thune-Larsen & Pedersen, 1988, citado por Costa et al, 2003). A dor é uma das dimensões mais preponderantes do trabalho de parto, e que todas as mulheres desejam que seja aliviada, sendo um facto que interfere com as várias dimensões, física, psicossocial e cultural da mulher (Gabriel e Regina, 2006).

Posto isto, cabe aos profissionais de saúde, especificamente aos enfermeiros especialistas de saúde materna e obstetrícia, cuidar da mulher minimizando os desconfortos e proporcionando conforto durante este período.

Porém, para que os nossos cuidados sejam efetivos e pertinentes, temos de considerar o que Sheila Kitzinger (1996) citado por Gabriel e Regina (2006, p.47), nos refere “*o trabalho de parto em si não é apenas um ato biológico, mas também um processo social (...) importa termos uma maior e melhor compreensão da pessoa grávida.*”

Atualmente, ainda é comum ouvirmos mulheres dizer que a sua experiência de trabalho de parto foi “má”, influenciando muitas das vezes a vontade de vir a ter outro filho. Dos relatos ouvidos, a maioria das vezes a “má experiência” não está relacionada com a dor sentida, mas com o modo como foram cuidadas e com os sentimentos que experienciaram, “*não é a quantidade de dor apresentada pela mulher que vai influenciar a percepção da experiência do parto como boa ou má, mas o alcance ou não das suas metas para o enfrentamento da dor*” (Bachman, 2002, p.316)

Também Benner (2005) refere que, com o desenrolar do trabalho de parto, a mulher se pode libertar da dor, mas não da experiência de a ter sentido, sendo determinante o papel de enfermeiro especialista, no modo como pode alterar a vivência desse acontecimento.

Na literatura quando se aborda o conforto e a promoção de conforto durante o trabalho de parto, são várias as medidas descritas como promotoras do mesmo durante esse período, como a hidroterapia, aromaterapia, acupunctura, musicoterapia, o uso da bola de Pilatos, entre outras.

Contudo, apesar de ao longo do relatório haver referências a algumas delas, a abordagem do tema foi mais dirigida para os cuidados no âmbito do saber ser, e saber estar.

Constrangimentos ao nível da gestão, e opiniões díspares no que diz respeito à implementação de algumas medidas consideradas alternativas (musicoterapia, hidroterapia, uso de bola de Pilatos), conduziram à escolha de áreas do cuidar que dependem apenas da vontade de cada um de nós, como o toque (massagem, segurar a mão), o acompanhamento contínuo, o envolvimento do acompanhante, a informação fornecida, entre outras, que irão ser abordadas ao longo do relatório.

De referir ainda que, algumas das medidas citadas como a hidroterapia e acupunctura, exigem infraestruturas e conhecimentos nem sempre disponíveis.

Por tudo o que foi anteriormente descrito, e considerando que o ato de confortar por parte do enfermeiro especialista é a essência dos nossos cuidados, defini como pergunta de partida:

“Quais os cuidados do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia promotores de conforto à mulher durante o trabalho de parto?”

Participantes – Mulher (Parturiente)

Intervenção – Cuidados do EESMO

Outcome – Promoção do conforto durante o trabalho de parto

Assim, defini como objetivo geral a atingir com o desenvolvimento deste trabalho:

- Analisar quais os cuidados do EESMO promotores de conforto durante o trabalho de parto.

E como objetivos específicos:

- Identificar quais os cuidados promotores de conforto durante o trabalho de parto sob o ponto de vista das puérperas.
- Analisar os cuidados promotores de conforto durante o trabalho de parto identificados na revisão da literatura, bem como os testemunhos das puérperas.
- Desenvolver competências promotoras de conforto e bem-estar no cuidado à parturiente/conviventes significativos.

A concretização destes objetivos não se relaciona apenas com o estudo da temática em questão, mas sobretudo com o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecológica (EESMOG).

Neste âmbito, e tendo por base as competências preconizadas pelo Colégio da Especialidade (OE, 2010), bem como as definidas pelo ICM (2010), a competência a desenvolver é:

- Presta cuidados especializados promotores de conforto e bem-estar à mulher/convivente significativo durante o trabalho de parto.

No entanto, para que uma competência seja adquirida, pressupõe o desenvolvimento de algumas atividades, também elas definidas quer pelo colégio da especialidade quer pelo ICM, das quais destaco as seguintes:

- Garantir um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto.
- Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos.
- Implementar intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.
- Conceber, planejar, implementar e avaliar medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo acompanhante

Proponho-me desenvolver no relatório mais especificamente todas estas atividades, uma vez que vão ao encontro da temática que pretendo estudar, não descurando no entanto, todas as competências inerentes ao exercício profissional do EESMOG:

- i. Presta cuidados especializados à mulher/família durante o período pré-natal, potenciando o bem-estar materno-fetal e detetando complicações precocemente.
- ii. Presta cuidados especializados à mulher/família durante o trabalho de parto, sendo sensível às diferenças culturais, efetuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência, assegurando a saúde e bem-estar da mulher e do recém-nascido.
- iii. Presta cuidados especializados ao RN, visando a sua adaptação/otimização à vida extrauterina.
- iv. Presta cuidados especializados à mulher/família, promovendo a sua saúde e prevenindo complicações no período pós-parto.

O presente relatório encontra-se estruturado em quatro partes: a primeira onde são descritas as atividades realizadas para o desenvolvimento das competências supracitadas; a segunda contempla o quadro de referência, onde são clarificados conceitos, como conforto, à luz da teoria de enfermagem de K. Kolcaba; na terceira é descrita a metodologia utilizada para a concretização dos objetivos propostos; e na quarta são apresentados os dados obtidos através da revisão da literatura e da análise das notas de campo elaboradas no decurso do estágio. Por último, a conclusão onde é efetuada uma análise crítica de todo o percurso e quais os contributos do desenvolvimento desta temática para a prática.

1- CONTEXTUALIZAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO

O ensino clínico decorreu na Sala de Partos e no Serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia de um Hospital Perinatal Diferenciado, da região de Lisboa. Embora sejam dois serviços distintos, com dinâmicas diferentes, a equipa de enfermagem que presta cuidados em ambos os serviços é a mesma, havendo rotatividade dos vários profissionais.

Tal facto possibilitou a prestação de cuidados em diferentes contextos, tornando-se dessa forma mais enriquecedor e facilitador para o desenvolvimento de algumas competências. A referir que maioritariamente a prestação de cuidados foi efetuada na sala de partos, uma vez que, grande parte das competências só aí poderiam ser desenvolvidas.

1.1 - Aquisição e desenvolvimento de Competências

O desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas e relacionais, que permitissem um cuidar especializado e de excelência à Mulher/RN/Família, constituiu-se como o grande objetivo do ensino clínico – Estágio com relatório.

O termo competência vem do latim *competens*, que significa conhecimento e capacidade em determinada área. “*Ser competente implica saber o que fazer em cada situação concreta*” (Rua e Alarcão, 2005, p.375).

Porém, Le Boterf (2005) afirma que a competência não pode ser vista apenas como uma aplicação de saberes teóricos e práticos ou como um conjunto de aptidões, mas sim como um processo que combina recursos (saberes, saber-ser, saber-fazer) e em que cada elemento se modifica na relação com o outro. Para este autor o desenvolvimento de competências compreende três elementos basilares: i) saber mobilizar, numa situação concreta, conhecimentos adquiridos; ii) saber integrar, tendo em consideração os múltiplos saberes-fazer; iii) saber transferir, toda a competência deverá poder ser adaptada a várias situações.

Shön (2000) complementa ainda esta definição quando nos diz que a mobilização de saberes só é possível quando acompanhada de reflexão na e sobre determinada ação.

Ser competente exige assim ser mais do que ser um bom executante. Neste âmbito também Benner (2005, p. 16) entende, que “*O domínio de um conjunto especializado de*

aspectos da prática não qualifica necessariamente o profissional para ser reconhecido como um perito”.

Para Benner (2005) a aquisição de competências para uma excelência no cuidar, surge através de uma aprendizagem experiencial, onde se associa o conhecimento teórico e a prática profissional.

Patrícia Benner utilizou o modelo de aquisição de competências de Dreyfus e aplicou-o à Enfermagem, descrevendo as características, os comportamentos e as necessidades de aprendizagem em cada um dos níveis. Este modelo defende que o enfermeiro passa por cinco níveis – Iniciado, Iniciado avançado, Competente, Proficiente e Perito.

O nível de perito pressupõe assim, a passagem por todos os outros níveis. Desta forma, o desenvolvimento de competências ao longo deste estágio compreendeu a transição por todos estes níveis, e concretizou-se ao longo de um percurso composto por experiências refletidas, tendo sempre presente quais as metas a atingir e as atividades a desenvolver.

Apesar da experiência profissional prévia, o contacto com esta área de atuação específica – Saúde Materna e Obstetrícia, iniciou-se com o curso, conduzindo-me assim a um estatuto de iniciada. *“Todas as enfermeiras que integram um novo serviço, em que não conhecem os doentes, podem encontrar-se a este nível, se os objetivos e os aspetos inerentes aos cuidados não lhes forem familiares”* (Benner, 2005, p. 46).

Pretende-se assim, realizar uma descrição e reflexão de como foram desenvolvidas as competências inerentes ao ensino clínico, e que foram anteriormente descritas no presente relatório. Esta reflexão contempla não só as atividades que foram sendo desenvolvidas e respetiva justificação, bem como as dificuldades sentidas e o modo como foram sendo superadas.

I) – Competência: Presta cuidados especializados à mulher/família durante o período pré-natal, potenciando o bem-estar materno-fetal e detetando complicações precocemente.

Uma assistência pré-natal adequada durante a gravidez é uma medida essencial para preservar a saúde da grávida e do feto. Assim um desenvolvimento de competências específicas para um cuidado especializado à mulher/família neste âmbito é fundamental.

O desenvolvimento destas competências decorreram quer em contexto de sala de partos quer no serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia (SUOG).

No SUOG foram desenvolvidas competências no âmbito da admissão e avaliação do bem-estar materno-fetal. A admissão compreendia a elaboração criteriosa da história clínica da grávida (antecedentes pessoais, obstétricos, vigilância da gravidez e local, serologias) bem como do motivo que a fez recorrer ao serviço de urgência. Posteriormente, a avaliação do seu bem-estar e do feto foi feita através da monitorização de sinais vitais, auscultação de batimentos cardíacos fetais e da realização de cardiotocografia (CTG) e colheita de análises sempre que se verificou necessário, dando resposta à competência H2.2.2 *“Identifica e monitoriza a saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados”* (OE, 2010, p. 4).

Após esta avaliação, era atribuído o grau de prioridade através da Triagem de Manchester, que nos permite classificar a gravidade da situação de cada utente que recorre ao serviço de urgência. A classificação atribuída vai desde a situação não urgente (azul) até à emergente (vermelho), sendo que cada uma delas tem um tempo ideal no qual o utente deverá ser atendido.

Durante a prestação de cuidados foram aproveitados os momentos de interação para informar, orientar e capacitar a grávida/família, promovendo o desenvolvimento de competências parentais e uma vivência da gravidez de forma mais saudável e consciente.

A informação relativa a desconfortos durante a gravidez, estratégias para minimização destes, e sinais e sintomas de risco, assumem um papel preponderante no envolvimento da mulher/família como participantes ativos no processo da gravidez e diminui a sua ansiedade face a fatores e acontecimentos desconhecidos. Esta informação e orientação foram realizadas tendo sempre em conta a idade gestacional, e adequadas a cada grávida/família e situação específica.

Na sala de partos pude cuidar de grávidas com patologia que se encontravam hospitalizadas para vigilância. As patologias mais frequentes foram a ameaça de parto pré-termo, pré-eclâmpsia, hipertensão arterial (crónica ou induzida pela gravidez), e síndrome de HELLP.

Para um cuidar especializado e de qualidade, houve necessidade de um aprofundamento de conhecimentos constante, quer através da revisão de literatura, quer do esclarecimento junto da enfermeira orientadora e restante equipa multidisciplinar.

Da vasta revisão de literatura consultada, destaco o manual de normas de atuação na urgência de obstetrícia e ginecologia do Hospital de Santa Maria, revelando-se bastante útil, uma vez que norteia as intervenções dos vários profissionais nas mais diversas situações patológicas e de urgência.

A prestação de cuidados a mulheres em situação de abortamento, também se constituiu como momento de grande aprendizagem e que contribuíram não só para o desenvolvimento de competências profissionais, como também para um crescimento e amadurecimento enquanto pessoa.

Ao longo do ensino clínico tive oportunidade de acompanhar e cuidar de algumas mulheres/casal nesta situação, com gestações com diversas idades gestacionais e por diferentes motivos (interrupção médica da gravidez (IMG) por malformações fetais e aborto espontâneo).

Em algumas destas situações, fui a principal prestadora de cuidados, tendo realizado um total de dois partos de fetos mortos ao longo de todo o estágio. Situações que fugiam ao nosso domínio de atuação foram referenciadas a outros profissionais de saúde, com os quais cooperei na prestação de cuidados cumprindo assim as premissas “...referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação” (OE, 2010, p.4) e “Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez e pós-aborto” (OE, 2010, p. 4) respetivamente.

Algumas das competências referentes ao período pré-natal, foram também desenvolvidas noutros contextos clínicos, como o ensino clínico III (Contexto de Cuidados de Saúde Primários) e IV (Unidades de Medicina Materno-Fetal).

II) - Competência: Cuida a mulher/família durante o trabalho de parto, sendo sensível às diferenças culturais, efetuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência, assegurando a saúde e bem-estar da mulher e do recém-nascido.

O acompanhamento da mulher/casal durante os 4 estádios do trabalho de parto (TP) foi para mim, uma das experiências mais marcantes, gratificantes e comoventes deste estágio.

O momento do parto constitui para o casal e respetiva família um marco na sua história de vida, e a forma como é percecionado e recordado é influenciada pelos cuidados prestados durante o mesmo. Desta forma, o EESMO pela sua proximidade durante todo o TP com a mulher/casal assume um papel crucial na qualidade dos cuidados prestados.

Entende-se por trabalho de parto, um conjunto de fenómenos fisiológicos que conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior (Machado 2010). Este divide-se em 4 estádios: dilatação (estádio 1), período expulsivo (estádio 2), dequitação (estádio 3) e puerpério imediato (estádio 4).

O desenvolvimento de competências inerentes à prestação de cuidados especializados à mulher/casal em TP envolveu a realização de inúmeras atividades, tendo em consideração o estágio do TP, a evolução deste e as expectativas da mulher.

Durante a admissão da grávida na sala de partos (SP), que normalmente decorre no primeiro estágio do TP, houve a preocupação de facultar informação sobre espaço físico e funcionamento da SP, bem como o esclarecimento de dúvidas, minimizando assim a ansiedade e o medo que caracterizam este momento. Também o conhecimento das expectativas e desejos da mulher e acompanhante foi essencial para um cuidar individualizado.

Fizeram parte integrante dos cuidados à mulher durante o primeiro estágio do TP: monitorização de sinais vitais, realização de enema (exceto as grávidas com REBA), cateterização venosa, cateterismo vesical (após analgesia epidural), hidratação oral (segundo o protocolo existente), cuidados de higiene, promoção de conforto através de medidas não farmacológicas (respiração, massagem e relaxamento) e farmacológicas (analgésicos endovenosos e analgesia epidural).

A monitorização de sinais vitais foi realizada com intervalos de 8h, e sempre que se verificou necessário, com exceção da avaliação da dor que é feita de hora a hora ou em intervalos menores sempre que se justifique. Contudo segundo as orientações da APEO e FAME (2009) a periodicidade desta avaliação (pressão arterial, temperatura e pulso) deveria ser de quatro horas.

Relativamente à punção venosa, cateterismo vesical e realização de enema, o seu uso rotineiro está contra indicado pela OMS. O uso de cateterização vesical é justificado como uma medida preventiva de traumatismos vesicais por distensão da bexiga, (uma vez que após a analgesia epidural a maioria das mulheres perde sensibilidade), e também como medida facilitadora na descida da apresentação fetal (Lowdermilk, 2008). Do mesmo modo, o enema é realizado com o objetivo de esvaziar a ampola retal facilitando também a descida da apresentação, e ainda para evitar a eliminação de fezes no período expulsivo prevenindo assim possíveis infeções.

No entanto, a OMS contrapõe esses argumentos, afirmando que não há evidência científica do seu benefício, e assumindo que tais condutas são claramente prejudiciais ou ineficazes, devendo por isso ser eliminadas.

A hidratação oral na sala de partos obedece a um protocolo instituído pela equipa de anestesia, que contempla a ingestão de cerca de 30 ml de água ou chá açucarado, a cada duas horas. A não ingestão de alimentos sólidos e a limitação nos líquidos relaciona-se sobretudo com o risco de aspiração, caso se verifiquem necessárias outras intervenções como uma cesariana e uma anestesia geral. Esta restrição hídrica requer, assim, o uso rotineiro de colocação de perfusões endovenosas, prevenindo a desidratação durante o TP. Também estes procedimentos não estão de acordo com o que a OMS preconiza – *“Não restringir líquidos durante o trabalho de parto e permitir que mulheres com trabalhos de parto que progridem dentro da normalidade possam ingerir comidas leves se necessitarem”* (OMS, 1996, p.12).

Neste contexto, também Goer et al (2007) citado por Romano (2008), numa revisão sistemática da literatura por ele elaborada, chegou à conclusão de que não existe benefício na restrição de alimentos durante o trabalho de parto. Reforçando esta ideia, a ASA (American Society of Anesthesiologists) e a ACOG recomendam que mulheres com gravidez de baixo risco deveriam ingerir “líquidos cristalinos” durante o trabalho de parto.

A avaliação do bem-estar fetal foi efetuada através da monitorização contínua dos batimentos cardíacos fetais (CTG), da monitorização STAN, e da respetiva interpretação. De acordo com a APEO e FAME, 2009, esta monitorização deveria ser intermitente (cada 15 minutos durante o período de dilatação e a cada 5 minutos durante o período expulsivo).

No âmbito da monitorização do bem-estar fetal, pude ainda desenvolver competências na colocação de monitorizações internas e realização de amniotomia. O recurso a estas técnicas foi apenas em situações em que a monitorização externa era difícil não possibilitando uma correta avaliação do bem-estar fetal.

A avaliação da cervicometria enquanto procedimento para avaliar a progressão do TP, suscitou inicialmente algumas dúvidas, bem como na perceção da variedade fetal e plano de apresentação, situação que foi sendo ultrapassada com a experiência prática e saber da enfermeira orientadora. Neste contexto, houve sempre a preocupação de limitar o número de toques vaginais, uma vez que consiste numa ação que invade a privacidade e intimidade da mulher sendo causadora de ansiedade (APEO e FAME, 2009).

Quanto ao segundo estágio do TP, o desenvolvimento da competência “*Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica*” (OE, 2010, p.6), foi sem dúvida um dos momentos mais desejados e emocionantes de todo o estágio. O poder partilhar o momento do nascimento de um filho com a mulher e seu acompanhante, e ter o privilégio de contemplar a felicidade e emoção que caracterizam esse momento, gerou em mim sentimentos difíceis de expressar.

Sempre que possível, foi promovida uma participação ativa do acompanhante no corte do cordão umbilical e no contacto pele-a-pele com a mãe. A clampagem do cordão foi efetuada quase sempre precocemente, ou por circulares cervicais apertadas (muito frequentes em grande parte dos partos que realizei), ou logo a seguir ao nascimento por ser um procedimento rotineiro dos profissionais do serviço. A clampagem tardia (2 a 3 minutos após o nascimento) do cordão umbilical é recomendada pela APEO e FAME. Segundo alguns estudos, é mais fisiológica e aumenta o volume sanguíneo fetal, diminuindo dessa forma a prevalência de anemia neonatal (Ola Andersson, 2011).

Durante o período expulsivo a mulher foi incentivada a iniciar esforços expulsivos apenas quando sentia necessidade, tal como é recomendado pela OMS. Não existem estudos que comprovem que esforços dirigidos no segundo estágio do trabalho de parto sejam benéficos, pelo contrário existem estudos de vários autores (Albers, Sedler, Bedrick, Teaf & Peralta, 2006) que afirmam que tal conduta é prejudicial (Romano, 2008). Nos casos em que a analgesia impossibilitava a perceção das contrações pela mulher, esta era orientada no sentido de realizar esforços expulsivos aquando das contrações.

A posição adotada para o período expulsivo, foi sempre a de litotomia. Apesar das diretrizes da APEO e FAME (2009), que defendem a adoção de outras posições durante o TP (de pé, sentada, joelhos) favorecendo assim a sua progressão e diminuindo a dor e necessidade de analgesia pela mulher, os profissionais de saúde alegam não ter experiência para realizar o parto noutras posições e as recomendações ao nível superior não autorizam tal prática.

A realização da técnica de episiotomia foi seletiva, o uso indiscriminado de episiotomias tem efeitos prejudiciais, como tal é aconselhado a sua restrição em partos normais (OMS, 1996), e foi utilizada uma conduta de proteção ativa do períneo.

Relativamente ao terceiro estágio do TP, foram desenvolvidas competências no âmbito da dequitação, com observação rigorosa da placenta e membranas, bem como na avaliação da integridade do canal de parto e realização de técnicas de reparação deste. A realização de suturas ao nível da mucosa suscitou algumas dúvidas inicialmente, mas foi um desafio superado com sucesso.

Ao longo do estágio realizei 43 partos eutócicos sob supervisão da EESMO orientadora e assisti e apoiei mais de 20 partos que por várias razões foram distócicos (incompatibilidade feto-pélvica, variedades posteriores, sinais de sofrimento fetal), com uso de ventosa ou fórceps.

O desenvolvimento de competências ao nível de uma prestação de cuidados culturalmente sensíveis também esteve patente ao longo deste estágio. A prestação de cuidados especializada visou sempre o respeito por valores, costumes, crenças e rituais, promovendo o bem-estar físico e psicológico da tríade.

III) – Competência: Presta cuidados especializados ao Recém-nascido, visando a sua adaptação/otimização à vida extrauterina.

A transição do recém-nascido (RN) do meio intra-uterino para o extra-uterino está associada a alterações fisiológicas específicas, que lhe poderão causar instabilidade. Desta forma, o desenvolvimento de competências para um cuidado diferenciado e especializado ao RN, foram uma máxima sempre presente.

Para a sua consecução foram delineadas e realizadas diversas atividades. Sempre que não era possível a realização do parto, procurei ser responsável pela receção e prestação dos primeiros cuidados ao RN.

Atempadamente eram verificados todos os dispositivos quanto à sua funcionalidade, e preparada a unidade. Após o nascimento procedia à secagem e estimulação táctil do RN, avaliando o Índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minuto de vida. A promoção da vinculação precoce e do contacto pele-a-pele demorado foi feita sempre que se verificou o bem-estar da mãe e RN.

Em situações que requeriam procedimentos mais invasivos (aspiração das vias aéreas) o RN era transportado para a sala de cuidados imediatos ao RN e colocado em plano aquecido. Também aqui era administrada a vitamina K – evita o risco de hemorragia neonatal e a sua administração é recomendada nas primeiras 4 horas (APEO e FAME, 2009), aplicada pomada oftálmica, e colocadas as pulseiras de identificação e eletrónica.

Quando os partos se verificavam distócicos (fórceps, ventosas e cesarianas) era contactado previamente o Médico Neonatologista, com o qual cooperava na prestação de cuidados ao RN.

Neste contexto, também pude observar e colaborar na prestação de RN com necessidades de cuidados diferenciados durante o estágio de Neonatologia (EC V). Esta experiência serviu para adquirir e sedimentar conhecimentos, que me permitiram uma prestação de cuidados mais especializados.

IV) Competência: Presta cuidados especializados à mulher/família, promovendo a sua saúde e prevenindo complicações no período pós-parto.

O período pós-parto comumente designado por puerpério é caracterizado por grande vulnerabilidade psíquica, associada a uma readaptação física, emocional, familiar e sócio-económica (Silva, 2010). O puerpério compreende o período que se inicia após a dequitação até à 6ª semana pós-parto, e subdivide-se em três períodos: puerpério imediato, puerpério precoce e puerpério tardio.

Entende-se por puerpério imediato as 2 horas após a dequitação (este período também é designado por 4º estágio do trabalho de parto), puerpério precoce até ao final da 1ª semana após o parto, e puerpério tardio o restante período até à 6ª semana.

Sendo este um período que envolve inúmeras alterações físicas e psicológicas, os EESMO, durante os seus cuidados devem estar atentos, detetando precocemente desajustes neste processo de readaptação, certificando-se do bem-estar físico materno e promovendo uma transição para a parentalidade saudável.

Neste âmbito, a avaliação do bem-estar materno através da avaliação de sinais vitais, do globo de segurança de Pinard, de perdas hemáticas e estado emocional; bem como a promoção da vinculação da tríade e a promoção do aleitamento materno, foram a tônica dos cuidados durante este período.

Procurei proporcionar informação sobre autocuidado materno (sinais e sintomas de alerta e cuidados pessoais pós-parto), e sobre como colocar o RN à mama e sinais de boa adaptação, promovendo o empoderamento materno e paterno, capacitando-os para serem participantes ativos durante o processo de recuperação e readaptação.

A informação proporcionada foi faseada, concisa e adequada ao momento e aos intervenientes, uma vez que, no puerpério imediato (contexto onde foram prestados os cuidados) as mulheres se encontram mais preocupadas com o bem-estar do seu filho e não tanto com os cuidados que lhe irão prestar, que surgirão no puerpério precoce e tardio.

Ao longo do estágio, procurei ir visitar sempre que possível as mulheres/casal a quem tinha realizado o parto. Este cuidado tinha três grandes objetivos: observação do bem-estar físico e emocional da mulher, observação do períneo, e questionamento sobre conforto/desconforto durante o TP e quais os cuidados que na sua perspetiva foram promotores de conforto durante o mesmo.

Os dois primeiros objetivos serviram essencialmente para uma autoavaliação, tendo oportunidade de avaliar os cuidados por mim realizados. O segundo objetivo está intimamente relacionado com o tema que escolhi abordar e estudar durante este estágio. Os momentos de interação revestiram-se de uma enorme importância, permitindo a recolha de informação que foi posteriormente analisada e comparada com outros estudos encontrados na revisão sistemática da literatura.

O desenvolvimento de competências relativas ao período pós-parto não se confina apenas à minha prestação de cuidados em contexto de sala de partos, tendo sido

desenvolvidas diversas competências neste âmbito, durante os ensinamentos clínicos II e III, com lugar nos serviços de puerpério e centro de saúde respectivamente.

V) Competência: Presta cuidados especializados promotores de conforto e bem-estar à mulher/convivente significativo durante o trabalho de parto.

Esta competência apesar de ser aqui descrita de forma independente, está implícita e intimamente ligada à competência - *Presta cuidados especializados à mulher/família durante o trabalho de parto, sendo sensível às diferenças culturais, efetuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência, assegurando a saúde e bem-estar da mulher e do recém-nascido.*

Optou-se no entanto, por descrever as atividades efetuadas para o desenvolvimento da mesma separadamente, uma vez que o desenvolvimento específico desta competência vem no seguimento da temática escolhida para estudo.

Os cuidados efetuados para o desenvolvimento desta competência, apoiaram-se numa pesquisa científica rigorosa, que obedeceu a determinados critérios (revisão sistemática da literatura e revisão narrativa), e tiveram em conta as expectativas, desejos e testemunhos das mulheres a quem foram prestados.

O desconforto sentido pela mulher durante o TP é frequentemente associado à dor física por ela sentida, principalmente durante o primeiro e segundo estádios do TP. No entanto, a literatura tem revelado que não só a dor pode causar desconforto à mulher durante este período, fatores como o ambiente, a relação empática com o cuidador, a informação fornecida e o respeito pela privacidade, são determinantes para a promoção de conforto à mulher.

Tendo em conta esta informação, as atividades desenvolvidas tiveram o seu enfoque na promoção de conforto físico, aliviando a dor através de medidas farmacológicas e não farmacológicas, e promoção de conforto psicológico e emocional.

Apesar de existirem outros fatores que influenciam a perceção da mulher, a dor é geralmente o que faz com que a mulher classifique como “bom” ou “mau” o seu TP, o que torna os cuidados para a minimização desta de grande importância.

Neste contexto foram utilizadas medidas não farmacológicas como a massagem, técnicas de relaxamento e respiração, incentivo na mudança de decúbitos e apoio contínuo; e medidas farmacológicas como analgesia sistêmica e analgesia epidural.

Realizei a técnica da massagem em algumas situações, mas maioritariamente procurou-se o envolvimento do acompanhante, instruindo-o para a sua realização, fazendo com que estes sentissem que têm um papel ativo e são úteis durante todo o processo. Esta técnica permite um relaxamento da musculatura e reduz a dor, uma vez que, melhora o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos (APEO e FAME, 2009).

No uso de técnicas de relaxamento e respiração, questionei as mulheres sobre a realização do curso de preparação para o parto, de forma a utilizar a informação e competências por elas adquiridas durante a gravidez. Nos casos em que não havia esse conhecimento foi explicado o procedimento na realização destas técnicas, sobretudo de respiração. As técnicas de respiração servem sobretudo como instrumento de ajuda à mulher na manutenção do controlo durante as contrações (Bachman, 2002). Durante o primeiro estágio, as técnicas de respiração podem promover o relaxamento dos músculos abdominais, aumentando o tamanho da cavidade abdominal, e diminuindo a fricção e desconforto entre o útero e a parede abdominal (Lowdermilk, 2008).

Relativamente ao incentivo de utilização de várias posições para o parto, só foi possível a mudança de decúbitos no leito. Apesar de a literatura afirmar que a liberdade de movimentos favorece a progressão do trabalho de parto, e que a posição ereta diminui a dor e a necessidade de analgesia intra-parto (Branden, 2000; FAME e APEO, 2009), o local de estágio não permitiu colocar em prática esta evidência.

O apoio contínuo enquanto medida facilitadora e promotora de satisfação às mulheres durante o TP, também foi colocado em prática ao longo do estágio. Esta medida não assume importância apenas como promotora de conforto físico, diminuindo a sensação de dor, mas também promove o conforto psíquico e emocional, uma vez que, reduz a ansiedade e fomenta sentimentos de segurança.

Quanto às medidas farmacológicas, fui um elemento ativo no esclarecimento de dúvidas conjuntamente com o anestesista e cooperei com este na realização de técnicas de analgesia.

Ainda respeitante a cuidados promotores de conforto físico, mas não relacionados com o alívio de dor, destaca-se a manutenção da higiene da mulher e do ambiente. *“Manter a*

higiene pode aumentar o nível de conforto da paciente, reforçando a sua auto-estima, proporcionando-lhe distração, eliminando qualquer fonte adicional de desconforto e bloqueando a percepção dolorosa” (Branden, 2000, p.226).

No que concerne aos cuidados promotores de conforto psicológico e emocional, foram tidos em consideração: o respeito pela privacidade, o estabelecimento de uma relação empática com a mulher/acompanhante, fornecimento de informação adequada à situação e à compreensão de cada mulher, incentivo para a expressão de sentimentos e desejos, e reforçada a sua autoconfiança elogiando o seu desempenho.

Na literatura estão descritas outras técnicas utilizadas para a promoção de conforto à mulher durante o seu TP, sobretudo ao nível do conforto físico e alívio da dor. O seu uso não foi possível devido às limitações existentes ao nível do local de estágio.

No decorrer desta unidade curricular procurou-se desenvolver as competências preconizadas para o EESMO pela OE e pelo ICM, bem como as competências preconizadas para o 2º ciclo de estudos. Os cuidados proporcionados, foram desenvolvidos à luz da teoria de médio alcance de K. Kolcaba.

Desta forma, será apresentado de seguida o quadro de referência que orientou a prestação de cuidados.

2. QUADRO DE REFERÊNCIA

2.1. Definição de Conforto segundo Katharine Kolcaba

O termo conforto é frequentemente utilizado pelos profissionais de saúde, quando se fala de cuidados de enfermagem. Exemplos disso são expressões como “foram prestados cuidados de conforto” ou a “utente fica confortável” e ainda “a Sra. está confortável assim?”.

Sob este ponto de vista, para a grande maioria dos profissionais de saúde o objetivo dos seus cuidados é proporcionar conforto e bem-estar às utentes quer seja através do alívio da dor, de uma conversa que a irá tranquilizar, do escutar, do mostrar disponibilidade, entre tantas outras que fazem parte dos cuidados diários.

A enfermagem tem um papel central no conforto das utentes podendo este ser considerado como um estado último de saúde e portanto uma meta ou objetivo do cuidar (Morse, 2000 citado por Apóstolo, 2009).

A sensação de conforto é uma expressão utilizada quando se assumem estar presentes a satisfação de necessidades e desejos em três domínios: corpo, mente e espírito. Prevê sentimentos de alívio, facilidade, segurança, bem-estar, esperança e expectativa. O conforto “holístico” surge quando a pessoa satisfaz as suas necessidades e desejos em cada um dos seus domínios.

Conforto é assim um estado de estar e um estado de espírito. A perceção de conforto é individual, de género e multidimensional, e é relativa ao tempo, ao espaço e magnitude (Schuiling e Sampsele, 1999).

Conforto é um fenómeno importante para a nossa profissão, sendo um elemento do cuidar e um indicador de qualidade dos nossos cuidados, é um imperativo subjacente no planeamento e execução das intervenções enquanto enfermeiros.

Foram várias as teóricas de enfermagem que abordaram o conceito de conforto, sob diferentes perspetivas. Já Nightingale nos referia que “*Nunca se deve perder de vista para que serve a observação. Não é para procurar informações diversas ou factos curiosos, mas para salvar a vida e aumentar a saúde e o conforto*” (Peterson e Bredow 2004, p.255).

Contudo Katharine Kolcaba foi a teórica que mais aprofundou o conceito de conforto e o operacionalizou.

Segundo Kolcaba (1994), “*conforto é um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência*”, tendo mais tarde completado a sua definição de conforto descrevendo-o como, “*a satisfação (ativa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade e transcendência que emergem de situações causadoras de stress, em cuidados de saúde nos contextos físico, «psicoespiritual», sociocultural e ambiental*” (Kolcaba, 1994, p.1178).

Os pressupostos que sustentam a Teoria do Conforto de Kolcaba são: os seres humanos têm respostas holísticas a estímulos complexos; o conforto é um resultado holístico desejável relativo à disciplina de Enfermagem; os seres humanos lutam para satisfazer as suas necessidades básicas de conforto; o conforto melhorado dá ânimo ao doente para adotar comportamentos de procura da saúde; os doentes a quem são atribuídos poderes para procurarem ativamente a sua saúde, estão mais satisfeitos com os seus cuidados de saúde; e por último, a integridade institucional baseia-se num sistema de valores, orientado para os recetores dos cuidados (Kolcaba, 1994).

Assim, cabe aos enfermeiros identificar as necessidades de conforto apresentadas pelos seus utentes, e definir as medidas de conforto a adotar para a satisfação destas necessidades, procurando melhorar o seu conforto. A melhoria do conforto por parte dos pacientes está intimamente relacionada com comportamentos de procura de saúde destes, com melhor adesão a tratamentos ou mudanças de comportamentos que visam a promoção da sua saúde (Kolcaba, 1994). Estes comportamentos não só dão maior visibilidade aos cuidados de enfermagem, como também melhoram a integridade institucional.

A teoria de Kolcaba pode, desta forma, guiar a prática dos enfermeiros na aplicação de medidas de conforto, especificamente terapias alternativas, durante o trabalho de parto, uma vez que os objetivos desta teoria são holísticos, sendo por isso particularmente bem adaptados ao cuidado da mulher que experiencia o trabalho de parto (Koehn, 2000).

A teoria do conforto de Kolcaba é composta por duas dimensões: os três estados de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) e os quatro contextos em que o conforto é experienciado (físico, psicoespiritual, social e ambiental).

O *alívio* é um estado em que uma necessidade presente foi satisfeita, tendo a pessoa restabelecido o seu funcionamento habitual. No entanto, o conforto visto apenas sob o ponto de vista do alívio, poderá ser incompleto, uma vez que poderá ser apenas aliviado um dos muitos desconfortos, ou o alívio ser temporário, podendo voltar a surgir o motivo do desconforto (Kolcaba, 1994). Este estado é o único que pressupõe um desconforto prévio, que mediante os cuidados prestados poderá ser aliviado.

O estado de *tranquilidade* foi sustentado na ergonomia. A ergonomia, ciência que estuda as interações do ser humano com outros elementos, como o ambiente, visando sempre dar resposta às necessidades do ser humano, procurando o seu bem-estar. A tranquilidade como um estado do conforto pressupõe a ausência de condições que a ponham em causa, como o stresse, angústias, sofrimento (Kolcaba, 1994).

A autora considerou que para a Enfermagem, os aspetos da ergonomia mais importantes seriam, o conforto ser um estado duradouro, um estado positivo que fosse mais do que a ausência de desconforto, não implicasse um desconforto prévio, algo importante para alcançar a performance na realização de uma tarefa, e a reflexão sobre a adaptação do paciente ao ambiente (Kolcaba, 1992).

Por seu lado, a *transcendência*, é um estado no qual cada pessoa sente que possui competências ou potencial para planear e controlar o seu destino, bem como resolver os seus problemas. Esta difere dos outros estados de conforto, porque requer a participação ativa dos pacientes, dependendo do seu desempenho e potencial para superar a sua dor ou incapacidade (Kolcaba, 1994).

Esta ideia já tinha sido partilhada por Paterson e Zderad (1976), ao afirmarem que o conforto ocorre quando os pacientes controlam e planeiam o seu destino, dentro de um determinado momento ou situação (Schuiling e Sampsel, 1999).

De notar, que estes três estados de conforto, nunca existem independentes ou numa ordem específica, mas são contínuos, sobrepostos ou interdependentes.

Tal como referido anteriormente, estes três estados de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência), desenvolvem-se em quatro contextos, o *físico* que diz respeito a

sensações corporais, a dimensão física contempla fatores que influenciam o bem-estar, tal como o relaxamento e o alívio da dor; o *sociocultural* referente às relações interpessoais, familiares e sociais; o *psicoespiritual* que pode ser subdividido no conforto psicológico e no espiritual. O conforto psicológico envolve sentimentos de segurança, paz da mente, liberdade de ansiedade, auto-estima, auto-conceito, sexualidade e sentido de vida. Já o conforto espiritual surge de uma relação com algo superior, intimamente ligado às nossas crenças. Neste contexto, os sentimentos de esperança e expectativa são os mais dominantes. Por fim, o conforto *ambiental* que envolve aspetos como luminosidade, ruído, equipamento (mobiliário), cor, temperatura e elementos naturais ou artificiais do meio (Kolcaba, 1994).

A necessidade de cuidados surge sempre de uma ou mais situações que provocam um desequilíbrio no paciente. Este desequilíbrio acontece quando as “forças obstrutivas” superam as “forças facilitadoras”.

As “forças obstrutivas” correspondem às necessidades de cuidados de saúde, as “forças facilitadoras” às medidas de conforto implementadas pelos Enfermeiros, e as “forças interativas” são variáveis intervenientes que interferem com o processo de saúde e de cuidados, tais como experiências passadas, idade, estado emocional, sistemas de apoio, entre outras (Kolkaba, 1991 citado por Koehn, 2000).

Podemos dar como exemplo do supramencionado, uma mulher em trabalho de parto, cujas contrações vão aumentando de intensidade, com mecanismos de *coping* diminuídos, sendo dominada por sentimentos de perda de controlo que levam consequentemente à perda de equilíbrio entre conforto e desconforto.

A teoria de Kolcaba é uma teoria de médio alcance, no entanto, tem sido aplicada em várias áreas de Enfermagem, nomeadamente a obstetrícia.

A sua teoria pode ser aplicada a pacientes que experienciam situações de stresse em cuidados de saúde, que no caso específico deste estudo é a mulher em trabalho de parto.

O desconforto descrito por muitas mulheres durante o trabalho de parto poderá ter na sua origem diversos fatores. Contudo este está intimamente ligado à própria fisiologia do TP e a todas as alterações que ocorrem durante o mesmo. Assim, um conhecimento profundo sobre essas alterações é fulcral para que os profissionais prestem cuidados mais adequados, podendo dessa forma prevenir o desconforto e promover conforto.

2.2. Desconforto/Fisiologia do trabalho de parto

O trabalho de parto é constituído por quatro estádios, cada um com duração e mecanismos específicos, que variam de mulher para mulher.

O primeiro estádio – **Dilatação**, inicia-se com as contrações uterinas regulares e vai até à dilatação completa do colo uterino. Este estádio é por norma o mais longo de todos os estádios, dependendo no entanto, de múltiplos fatores.

O primeiro estádio divide-se em três fases:

- Fase Lactente – corresponde ao apagamento do colo do útero, e a uma dilatação até aos 3 cm, com contrações regulares.
- Fase Ativa – há um aumento do ritmo das contrações, ocorre uma dilatação mais rápida e há aumento da velocidade de descida da apresentação fetal. Compreende a dilatação desde os 4 cm até aos 8 cm.
- Fase de Transição – quando a dilatação do colo uterino passa de 8 a 10 cm, e as contrações são mais intensas. Dura cerca de 90 segundos e ocorrem com intervalos de 3 a 5 minutos.

O segundo estádio – **Período Expulsivo**, inicia-se com a dilatação completa e termina com a expulsão do feto.

O terceiro estádio – **Dequitação**, inicia-se após o nascimento e termina com a expulsão da placenta. As contrações uterinas que se sucedem após o nascimento provocam o descolamento da placenta da parede uterina e as membranas desprendem-se do útero (Towle, 2010).

O quarto estádio – **Puerpério Imediato**, corresponde ao período de recuperação até às 2 horas após a dequitação, quando a homeostasia é restabelecida. É um período importante para observar possíveis complicações como por exemplo hemorragias.

O desconforto apresentado durante o trabalho de parto está associado à dor sentida durante o mesmo, e que tem duas origens – dor visceral e dor somática.

No primeiro estádio, as contrações uterinas responsáveis pelo apagamento, dilatação cervical e isquémia uterina (diminuição do fluxo de sangue e diminuição da oxigenação local) que resulta dessas contrações, são responsáveis pela dor visceral. A dor visceral é um processo lento, uma dor profunda que se localiza ao longo de todo o abdómen inferior e pode irradiar para a região lombar e coxas. É vulgarmente descrita como uma dor

“maçadora”, e está associada à contração, ocorrendo períodos de alívio e conforto nos intervalos da mesma (Lowe, 2002; Towle, 2010).

A dor somática é caracterizada por ser uma dor rápida mais intensa e bem localizada, “tipo queimadura” e ocorre no início do segundo estágio do trabalho de parto. Está associada ao alongamento e distensão do períneo, para permitir a passagem do feto; e também à pressão e distensão do tecido de suporte útero-cervical durante as contrações, que podem resultar em lacerações dos tecidos moles (vagina, períneo e colo do útero) (Lowe, 2002).

Durante o terceiro estágio do TP, o desconforto está associado às contrações uterinas. A dor sentida durante este período é semelhante à dor do primeiro estágio do trabalho de parto.

A dor sentida durante o TP é exclusiva de cada mulher e é influenciada por fatores físicos e psicológicos.

Dos fatores físicos destacam-se a intensidade das contrações, posição fetal, dimensões pélvicas e fadiga. Um TP intenso e rápido está associado a um elevado grau de desconforto, diminuindo por vezes a possibilidade de escolha da mulher no uso de métodos farmacológicos. Acresce ainda que a posição fetal, poderá contribuir para um maior desconforto materno, sobretudo quando este se encontra em posições posteriores, nas quais exercem um maior pressão na região sagrada. Já a fadiga e o cansaço materno, iram afetar a capacidade de tolerância à dor, bem como o uso de estratégias e técnicas de autocontrolo por parte da mulher. A fadiga dificulta a capacidade de concentração da mulher no uso de medidas não farmacológicas.

Relativamente aos fatores psicológicos, a ansiedade, o medo, as experiências anteriores, o sistema de suporte e a preparação para o parto, são exemplos dos fatores que podem influenciar a percepção e a resposta da mulher à dor.

A dor inclui não só a percepção de um estímulo que causa desconforto como também é responsável por essa percepção (Venes, 2009 citado por Cosby, 2009). Para a grande maioria, a dor associada ao trabalho de parto intensifica esta experiência, que por si só já é altamente emocional quer para a mulher quer para o homem. A forma como a mulher lida com a sua dor vai influenciar toda a experiência do trabalho de parto.

Contudo, não nos podemos esquecer de que conforto é mais do que a ausência de dor (Collins et al, 1994 citado por Schuiling e Sampsel, 1999). É a satisfação da fome e da sede, é proporcionar relaxamento, é apoiar e demonstrar afeto. Mesmo na ausência de conforto físico a mulher pode experimentar conforto nos outros três contextos anteriormente descritos por Kolcaba - psicoespiritual, social e ambiental. O conforto nestes domínios pode ajudar a mulher a transcender a sua dor física e ter um parto com menor necessidade de analgesia.

Os cuidados promovidos durante o TP devem neste contexto, ter em atenção não só o uso de medidas farmacológicas para o alívio da dor, mas principalmente a utilização de medidas não farmacológicas que proporcionem conforto em todos os outros contextos (psicoespiritual, social e ambiental), e que simultaneamente aliviem a dor.

2.3. Cuidados Promotores de Conforto durante o Trabalho de Parto

Ao longo da História, a prática de Enfermagem tem sido caracterizada, pelos cuidados prestados ao ser humano encarando-o de forma holística. Desta forma, a teoria holística do conforto, só vem ajudar os enfermeiros a orientar os cuidados prestados a uma mulher em trabalho de parto (forças facilitadoras), tendo em conta todos os aspetos inerentes a esse momento e todos os fatores externos (forças interativas) que poderão influenciar positiva ou negativamente essa experiência.

Antigamente, o parto era vivido no seio da família, no conforto do lar e rodeado de pessoas significativas. A mudança do parto para o meio hospitalar provocou grandes alterações no tipo de assistência prestada às mulheres. O ato fisiológico de “dar à luz” e nascer passou a ser encarado quase como patológico, levando a um intervencionismo e a uma medicalização, que pode resultar no desconforto e insatisfação por parte das parturientes.

Segundo Gabe (1995) citado por Tereso (2006), o conceito de risco associado ao TP tem colocado de lado aspetos ligados à satisfação emocional das parturientes, e ao controlo destas sobre os acontecimentos relativos ao seu trabalho de parto.

Também Segreccia (1997) citado por Tereso (2006) afirma que, a sociedade capitalista onde vivemos, bem como a produção e a redução de custos presentes nos hospitais, conduziram a uma especialização extrema das tarefas, à impessoalidade e a uma

massificação das relações. Neste contexto, a Pessoa encontra-se frequentemente reduzida à sua vertente biológica.

Corroborando estas ideias, Kitzinger (1995) refere que para muitas mulheres o TP é considerado traumático em virtude de serem abordadas como máquinas em constante risco de falha e se sentirem impedidas de ter um papel ativo no controlo do seu TP. Afirma ainda que a manipulação do parto distorce a experiência do mesmo, uma vez que não respeita os direitos humanos das mulheres e submete-as a formas de violência institucionalizada.

Contrariando a despersonalização e o desconforto cada vez mais associados ao TP, os enfermeiros especialistas podem fazer a diferença, com os cuidados prestados a estas mulheres.

Alguns estudos têm demonstrado que o apoio contínuo por parte dos enfermeiros especialistas durante o trabalho de parto está associado a uma menor utilização de analgesia farmacológica, a uma diminuição do número de partos vaginais instrumentais, bem como o número de cesarianas, aumentando assim, o número de partos eutócicos, e a satisfação das mulheres com a sua experiência de trabalho de parto (Hodnett et al. 2007 citado por Romano, 2008).

Este acompanhamento também reduz fatores que estão associados ao trabalho de parto, como o medo, a ansiedade e o stresse, por se encontrarem num lugar desconhecido (hospital) e acompanhadas por profissionais com os quais nunca tiveram contacto previamente.

A ansiedade durante o trabalho de parto está associada à libertação de adrenalina e cortisol, que têm um efeito inibidor ao nível da produção de ocitocina, hormona responsável pela contractilidade uterina. Assim, verifica-se uma diminuição da contractilidade do útero, levando a trabalhos de parto mais prolongados e, por vezes, a padrões anormais de frequência cardíaca fetal e, posteriormente, a baixos valores no índice de Apgar (Lowe, 2002).

Prevalece, desta forma, a ideia de que o apoio por parte dos enfermeiros especialistas tem impacto no modo como cada mulher vai perceber a sua experiência do trabalho de parto, sendo determinante a responsabilização destes no estabelecimento de uma relação de ajuda verdadeira e útil em todos os momentos do TP.

Para que o acompanhamento e o apoio prestados sejam eficazes é necessário atender a quatro dimensões consideradas essenciais, as quais passarei a descrever.

Uma das dimensões, o apoio informativo, consiste em informar e aconselhar a parturiente, com uma linguagem adequada à compreensão de cada uma, sobre as intervenções que vão sendo realizadas e sua finalidade, bem como a evolução do trabalho de parto e o estado do feto. Esta dimensão irá proporcionar um estado de *Tranquilidade*, descrito por Kolcaba como um dos três estados do conforto.

Segundo Hodnett (2002), mulheres que sentiram que tinham controlo sobre a sua situação, e que eram envolvidas no processo de tomada de decisão, tiveram um maior nível de satisfação com a sua experiência de TP.

O enfermeiro especialista deve assim maximizar a participação da mulher e o controlo da sua recuperação (Benner, 1982 citado por Coutinho, 2004), e só o consegue através da informação e da explicação que vai proporcionando, bem como através dos incentivos para o relaxamento e respiração adequada, permitindo uma maior participação da mulher durante o trabalho de parto. Este cuidado proporcionado à mulher conduz frequentemente a mudanças em termos comportamentais e emocionais, oferecendo otimismo em momentos em que a mulher possa sentir desalento. Defendendo os autores que “*Uma intervenção poderá ser vista como um atentado ao pudor, se a ação não se fizer acompanhar de mensagens de ajuda*” (Coutinho e Ferreira, 2002, p.43).

Já o apoio físico, constituindo-se como uma outra dimensão do apoio, consiste em proporcionar todas as medidas que promovam o conforto e a comodidade.

Com a progressão do trabalho de parto, as energias vão-se esgotando, a dor provoca angústia, podendo levar a mulher a situações de extremo desconforto, pelo que o enfermeiro necessita estabelecer uma relação de ajuda com a parturiente, no sentido de aliviar o seu sofrimento, respeitando-a e proporcionando-lhe a privacidade desejada. São exemplos disso o manter a roupa da mulher e da cama limpas e secas, manter a hidratação oral facilitando a ingestão de líquidos, oferecer medidas de alívio e bem-estar (massagem, auxílio na mudança de posições e ajuda nas técnicas de respiração), mantendo o toque apropriado.

Durante o trabalho de parto, o toque não só transmite conforto, como comunica que a parturiente e acompanhante não se encontram sozinhos naquele momento. Serve ainda

como forma de mostrar disponibilidade, demonstrando a nossa atenção (Swanson, 1993, citado por Coutinho, 2004). O apoio físico vem dar resposta ao estado de conforto - *Alívio*, também descrito por Kolcaba.

Outra dimensão do cuidar, o apoio emocional, baseia-se numa presença contínua por parte dos profissionais durante o TP, no estabelecer e manter uma atitude empática, amável e paciente, o ter em atenção a linguagem verbal e não-verbal, potenciar a autoconfiança, reforçando e premiando verbalmente os esforços da parturiente, animando e tranquilizando quando necessário.

Quando o suporte durante o TP é contínuo e individualizado, as mulheres necessitam de menor quantidade de analgesia, melhorando a sua performance (Simkin & O'Hara, 2002 citado por Adams, 2008).

Como última dimensão, refere-se a representação, que consiste em ajudar a parturiente a expressar as suas decisões e desejos, que se vai situar ao nível da *Transcendência*.

Desta forma, se os enfermeiros especialistas tiverem presentes no seu cuidado, todas as dimensões supracitadas, bem como as características individuais de cada mulher/acompanhante considerando os fatores culturais, sociais, religiosos entre outros, acredita-se que contribuam para experiências de parto saudáveis e gratificantes.

No capítulo que se segue, apresenta-se a metodologia que serviu de base para o desenvolvimento da temática em estudo.

3. METODOLOGIA

Inicialmente foi efetuada uma revisão narrativa da literatura, onde após a leitura de artigos, livros e também do relato de experiências de alguns casais, surgiu o interesse pela temática a abordar.

Posteriormente, com base na questão de investigação elaborada e nos objetivos a atingir, foram delineadas algumas intervenções/estratégias que se julgam ser pertinentes para a concretização dos mesmos.

Como intervenções a desenvolver, pretendeu-se recolher informação nos seguintes Ensinos Clínicos:

- Ensino Clínico II – Unidade de internamento de puérperas do Hospital de Santa Maria (HSM)
- Ensino Clínico III – UCSP Charneca do Lumiar
- UC de Estágio com relatório – Bloco de Partos do HSM

A colheita de informação foi realizada através de observação participante e interação com a utente durante os cuidados prestados, e posteriormente, foram efetuados registos em notas de campo. A elaboração e análise das notas de campo têm como objetivo perceber quais foram as experiências das utentes durante o trabalho de parto, o que para elas foi confortável e o que gostariam que tivesse sido diferente.

No ensino clínico III a colheita de dados foi efetuada nos momentos de interação com as utentes durante a consulta de revisão pós-parto, tanto em contexto de centro de saúde como durante as visitas domiciliárias.

Nos restantes ensinos clínicos - Bloco de partos e Puerpério, foi efetuada durante os períodos de prestação de cuidados à mulher/família.

As utentes foram selecionadas intencionalmente mediante o cumprimento dos seguintes critérios de inclusão: mulheres com parto por via vaginal, por considerar que nesses casos será o enfermeiro especialista de saúde materna quem maior período de tempo cuida da mulher. Como critérios de exclusão: mulheres cujo trabalho de parto tenha sofrido alguma intercorrência materno-fetal e parto por cesariana eletiva.

Para além das intervenções supracitadas, e para que os cuidados efetuados às mulheres em trabalho de parto sejam sustentados na evidência científica, foi efetuada uma revisão sistemática da literatura.

3.1. Revisão Sistemática da Literatura

A Revisão Sistemática da Literatura, segundo Fortin (2009, p.108) é *“um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação”*. Requer assim o uso de métodos explícitos e rigorosos para identificar textos, realizar uma apreciação crítica e sintetizar estudos relevantes; exigindo um planeamento prévio (Barroso, 2003).

A revisão sistemática da literatura enquanto metodologia fundamenta-se na pesquisa baseada na evidência, que emergiu do aumento da produção científica e da necessidade de validar os resultados obtidos a partir de vários estudos sobre determinada questão, a fim de subsidiar a tomada de decisão.

Esta difere das revisões bibliográficas narrativas, uma vez que obedece a um conjunto de etapas cuja metodologia é claramente explicitada, com técnicas padronizadas e passíveis de reprodução (Lopes & Fracolli, 2008).

A revisão sistemática da literatura deve assim respeitar um conjunto de etapas. Qualquer investigação científica requer uma pergunta/questão de partida (primeira etapa), que deve ser bem formulada e clara (Sampaio e Mancini, 2007). Deverá por isso contemplar elementos essenciais como população alvo (P), intervenções (I), e os resultados (O), atendendo desta forma ao formato PICO. Poderá ainda ser introduzido um elemento comparativo (C), sendo este opcional. A questão elaborada e que serviu como ponto de partida para a realização desta revisão sistemática foi:

“Quais os cuidados do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia promotores de conforto à mulher durante o trabalho de parto?”

População – Mulher (parturiente)

Intervenção – Cuidados do EESMO

Outcome – Promoção do conforto durante o trabalho de parto

Na segunda etapa são definidas palavras-chave, seguidas de estratégias de busca, definição das bases de dados e de outras fontes de informação a serem pesquisadas (Sampaio e Mancini, 2007).

A plataforma utilizada foi a EBSCO-Host nas bases de dados: CINAHL e MEDLINE. A pesquisa foi feita para texto integral no dia 3/07/2012. Assume-se como limitação do estudo esta premissa, dado que a aquisição de artigos que surgiram sem ser em full text tornar-se-ia muito dispendiosa.

Como fatores de inclusão foram considerados os artigos publicados entre 2005 e 2012, em língua inglesa, portuguesa ou espanhola e que estivessem relacionados com a temática. Foram assim excluídos todos os que não respeitavam esses critérios ou que estivessem repetidos nas bases de dados. *“É importante que os pesquisadores elaborem um protocolo de pesquisa que inclua os seguintes itens: como os estudos serão encontrados, critérios de inclusão e exclusão dos artigos”* (Sampaio e Mancini, 2007, p.79).

Os descritores utilizados para a pesquisa (Bolean/Phrase), foram os seguintes: Parto (Labor), Nascimento (Childbirth), Gestão do Trabalho de Parto (Management of Labor), Parteira (Midwifery), Intervenções de Enfermagem (Nursing Intervention), Enfermagem (Nursing), Papel do Enfermeiro (Nursing Role), Suporte (Support), Apoio psicossocial (Support Psychosocial), e Conforto (Comfort). Foram conjugados da seguinte forma:

[“Labor” OR “Childbirth” OR “Management of Labor” OR Prepared Childbirth” AND “Midwifery” OR “Nursing Intervention” OR “Nursing” OR “Nursing Role” AND “Support” OR “Support Psychosocial” OR “Comfort”]

Reunidos os artigos resultantes da pesquisa, inicia-se a terceira etapa, onde são avaliados e analisados os títulos e resumos de forma criteriosa, obedecendo rigorosamente aos critérios de inclusão e exclusão. Quando estes não são suficientemente esclarecedores, o artigo deverá ser lido integralmente não correndo o risco de eliminar artigos importantes (Sampaio e Mancini, 2007).

Desta pesquisa resultaram 127 artigos da base de dados CINAHL e 27 da MEDLINE. Posteriormente foi efetuada uma nova seleção através da leitura de títulos e resumos, sendo eliminados os que não iam ao encontro da problemática em estudo. Desta seleção resultou um total de 13 artigos da MEDLINE e 14 artigos da CINAHL.

Na quarta etapa o pesquisador deve proceder à avaliação da qualidade metodológica dos artigos que irão constituir a base científica do seu trabalho. Assim, todos os artigos resultantes da pesquisa efetuada foram classificados segundo o seu nível de evidência.

Por último, na quinta etapa são apresentados e analisados os resultados dos artigos, comparando os resultados e destacando as suas semelhanças e diferenças.

O percurso metodológico de pesquisa para análise encontra-se exemplificado na figura seguinte:

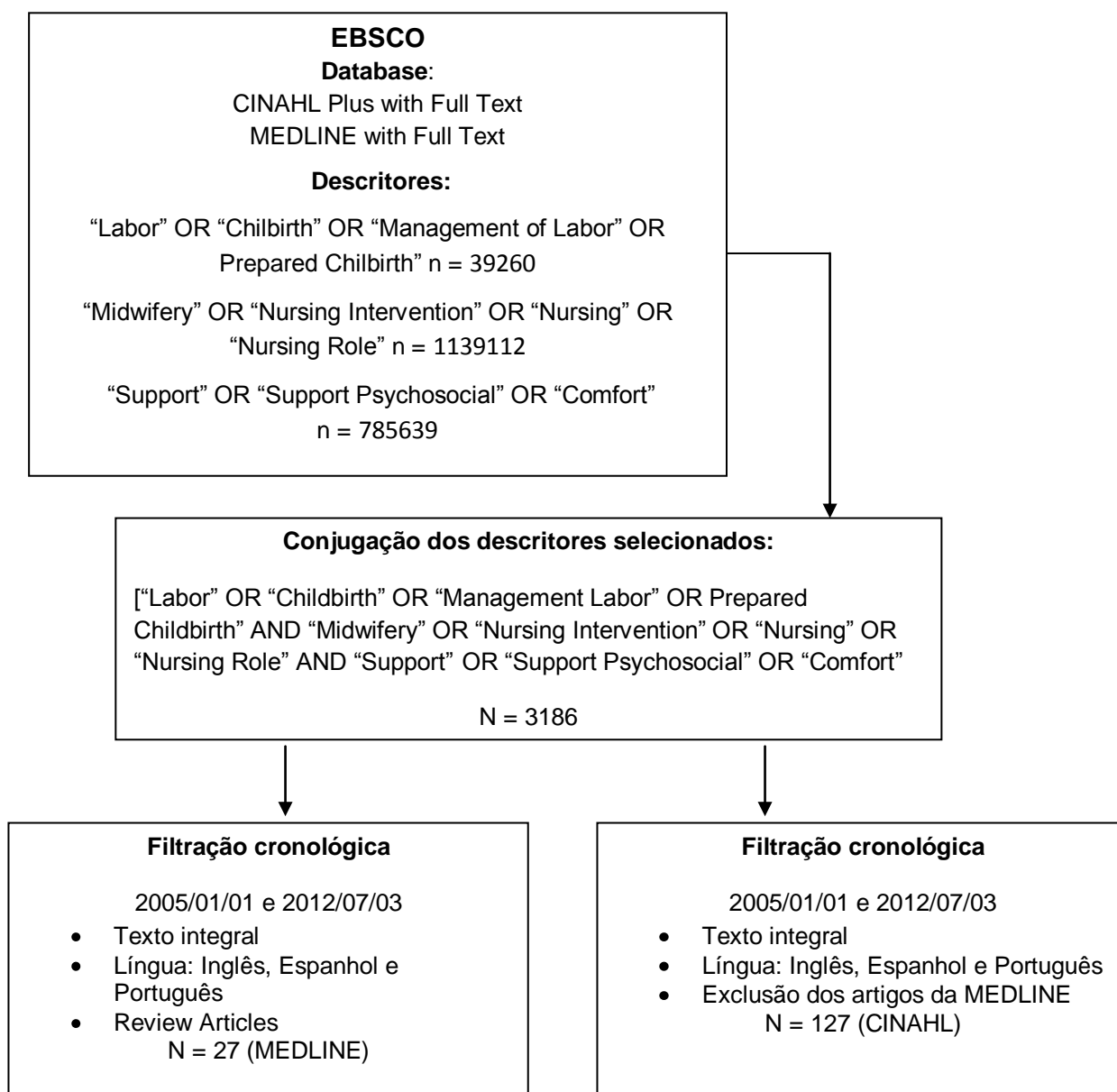


Figura 1 – Processo de Pesquisa e Seleção

4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS

Após leitura e análise de conteúdo dos artigos que resultaram da pesquisa na plataforma – **EBSCO**, verificou-se que apenas 13 continham dados relevantes e que iam ao encontro da temática que se pretende abordar.

Todos os artigos foram classificados segundo o seu nível de evidência, de acordo com a seguinte classificação (Melnik e Fineout-Overholt, 2005):

Nível I – revisões sistemáticas (meta análises/ linhas de orientação para a prática clínica com base em revisões sistemáticas);

Nível II – estudo experimental;

Nível III – estudos quase experimentais;

Nível IV – estudos não experimentais;

Nível V – relatório de avaliação de programa/ revisões de literatura;

Nível VI – opiniões de autoridades / painéis de consenso

Posteriormente a essa análise, efetuou-se uma avaliação entre os achados dos vários artigos e os dados recolhidos em campo, que serão apresentados na discussão de resultados.

4.1- Dados obtidos da Revisão Sistemática da Literatura

Como foi anteriormente referido, resultaram 13 artigos da revisão sistemática da literatura. De forma a tornar mais clara a informação contemplada em cada um dos artigos que constituiu a essência da minha análise, estes obedecem à seguinte ordem de apresentação: Autor, título de cada artigo, ano de publicação, tipo de estudo, nível de evidência, objetivo do estudo e os resultados que cada um deles obteve. Essa análise encontra-se no Apêndice I.

4.2- Trabalho de Campo

Quando se decidiu estudar mais profundamente a temática dos Cuidados promotores de conforto à mulher durante o trabalho de parto, um dos objetivos que me propus atingir foi - **Analisar os cuidados promotores de conforto durante o trabalho de parto identificados na revisão da literatura, bem como nos testemunhos das puérperas.**

Surgiu assim a necessidade de registar as observações e experiências vivenciadas durante a prestação de cuidados em contexto clínico, bem como os testemunhos das utentes, através da realização de Notas de Campo.

O trabalho de campo é a forma a que a maioria dos investigadores qualitativos recorre para a recolha de dados (Bogdan, Biklen, 1994).

Durante a recolha de dados o investigador regista de forma não invasiva o que vai acontecendo e simultaneamente outros dados descritivos, sendo empático e ao mesmo tempo reflexivo (Bogdan, Biklen, 1994).

A recolha de informação durante o trabalho de campo pode ser efetuada de várias formas: Observação participante, Entrevistas ou Busca de documentos.

No caso do presente trabalho, para o registo das interações ocorridas e da observação participante durante a prestação de cuidados recorreu-se à elaboração de diários de campo.

Houve ainda lugar a registo do conteúdo das interações no serviço de Puerpério e no Centro de Saúde, durante a prestação de cuidados. *“Nos estudos de observação participante, o investigador geralmente já conhece os sujeitos, do modo que a entrevista se assemelha muitas vezes a uma conversa entre amigos”, sendo a “entrevista utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo”* (Bogdan, Biklen, 1994, p.134).

Durante a interação com a utente foram efetuadas três perguntas gerais e abertas possibilitando que a utente se expressasse o mais livremente possível. *“As entrevistas qualitativas (...) centram-se em tópicos determinados ou podem ser guiadas por questões gerais”* (Merton e Kendall in Bogdan, 1994, p.135).

- Fale-me dos cuidados significativos para si durante o Trabalho de Parto.
- O que a fez sentir-se confortável/desconfortável durante o seu trabalho de parto?
- Se pudesse o que mudaria na experiência do seu trabalho de parto?

As notas de campo elaboradas encontram-se no Apêndice II. Da sua análise foram encontrados os seguintes temas, categorias e sub-categorias.

TEMA	CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
Conforto Físico	Toque	<ul style="list-style-type: none"> • Massagem • Dar a mão
	Nutrição	<ul style="list-style-type: none"> • Ingestão de água
	Ambiente	<ul style="list-style-type: none"> • Respeito pela privacidade • Importância de um ambiente calmo propício ao repouso e relaxamento
Conforto Emocional	Acompanhamento	<ul style="list-style-type: none"> • Pelo profissional de saúde • Pela pessoa significativa
	Informação	<ul style="list-style-type: none"> • Sobre bem-estar fetal • Sobre evolução do trabalho de parto
	Relação de ajuda	<ul style="list-style-type: none"> • Empatia com o profissional de saúde • Escuta ativa do profissional de saúde

Figura 2 – Quadro de temas, categorias e sub-categorias que emergiram da análise das notas de campo

Importa referir que ao longo da realização do presente trabalho, bem como no decorrer de todo o ensino clínico, foram tidos em consideração os princípios éticos da autonomia, da beneficência, de não maleficência e da justiça.

O princípio da autonomia assenta na premissa de que cada indivíduo tem o direito e é capaz de decidir sobre questões relacionadas com o seu corpo e a sua vida. Assim, durante os cuidados prestados, cada mulher/casal foram livres na aceitação ou recusa das medidas farmacológicas e não farmacológicas disponibilizadas durante o trabalho de

parto. O respeito pela sua autonomia esteve também presente durante a recolha de dados, tendo a mulher liberdade de responder ou não às questões efetuadas.

Durante a colheita de dados, procurou-se o consentimento informado de todos as participantes, informando sobre quais os objetivos da recolha de informação e assegurando sempre a sua privacidade e confidencialidade, respeitando dessa forma a alínea a) e b) do artigo 84.º do código deontológico dos enfermeiros (2009, p.4) *“Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem”, “Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado”,* bem como as alíneas a) e d) do artigo 85.º (2009, p.4) *“Considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte”, “Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados “.*

Sendo este trabalho subordinado ao tema – cuidados promotores de conforto, os princípios da beneficência e de não maleficência, que consistem no dever ético e moral do enfermeiro de maximizar o bem-estar e minimizar os desconfortos, estiveram sempre presentes.

De igual forma o direito a um tratamento justo e equitativo foram premissas respeitadas ao longo do estágio. A escolha das participantes esteve intimamente relacionada com o tema desenvolvido e não foi motivada por questões de conveniência, como a etnia, religião, condição social ou outras.

Esclarecidos os princípios que se constituíram como alicerce ao desenvolvimento do presente trabalho, cabe agora fazer a análise dos dados encontrados.

4.3- Discussão dos Dados

No decorrer da análise efetuada, constatou-se que existem duas grandes áreas do conforto transversais a todos os artigos analisados, e às notas de campo, que são o conforto físico e o conforto emocional.

Dos 13 artigos analisados, a importância do conforto físico está presente em 9 artigos, enquanto o conforto emocional está presente em todos os artigos. Tal facto só vem reafirmar o defendido pelos vários autores que foram citados na revisão narrativa ao longo deste trabalho, e que afirmam que o conforto não está confinado ao alívio da dor.

4.3.1- Conforto Físico

Os fatores que influenciam positivamente ou negativamente o conforto físico da mulher em trabalho de parto, são descritos em 6^(1,6,8,9,11,12) dos 9 artigos em que este conceito (conforto físico) é abordado.

Podem ser divididos em 2 grupos. Por um lado temos o conforto físico adquirido através da adoção de posicionamentos durante o trabalho de parto (caminhar e posição de cócoras), do toque associado à massagem, da aplicação de calor e frio, da nutrição (beber e comer), dos cuidados de higiene (banho imersão ou chuveiro, roupa limpa e seca), do uso da bola de parto. O outro grupo, não menos importante, relaciona-se sobretudo com o meio envolvente durante todo o trabalho de parto, temperatura, luminosidade, odor, ruídos e privacidade.

Relativamente ao primeiro grupo de medidas promotoras de conforto físico à mulher, embora todas assumam a sua importância, as mais referenciadas na literatura são em primeiro lugar a liberdade nos posicionamentos durante o trabalho de parto, e é referida em 5^(1,6,8,9,11) dos 9 artigos, seguida do toque (massagem) e da higiene (banho chuveiro ou imersão) que são referidos em 3^(6,8,9) artigos.

Após a análise de todos os artigos, pude constatar que o toque é abordado como um cuidado promotor de conforto físico por uns autores e de conforto emocional por outros. A diferença reside sobretudo no objetivo que o profissional de saúde pretende atingir com o mesmo. Assim, o toque pode ser um cuidado promotor de conforto físico quando usado durante uma massagem ao corpo da mulher, em que o objetivo é promover o relaxamento muscular de determinada região do corpo, ou pode ser usado para confortar a mulher e lhe dizer por meio de linguagem não-verbal “eu estou aqui”. Como exemplo desta linguagem, observa-se o ato de segurar a mão.

Comparativamente, na análise das notas de campo, os cuidados mais valorizados pelas mulheres, em contexto de conforto físico foram por ordem de prioridade, a hidratação oral (ingestão de líquidos) e o toque. Decorrente quer da observação, quer dos testemunhos das mulheres, a liberdade na adoção de outras posições (de pé, joelhos ou cócoras) não foi uma das medidas mais valorizadas enquanto estratégia na procura de conforto.

Quanto ao meio ambiente, referenciado em 5 artigos ^(1,5,6,11,12) como um componente importante para o conforto da mulher, apenas um dos artigos ⁽¹¹⁾ o aborda de forma mais pormenorizada, colocando por ordem de prioridades o que as mulheres mais valorizam. Deste modo, as cinco características mais apreciadas pelas mulheres no meio ambiente envolvente são: quarto arrumado e limpo, cama articulada, cadeira confortável para o seu acompanhante, permanecer no mesmo quarto durante todo o trabalho de parto e que o espaço físico lhe permita caminhar.

Ainda referente ao meio ambiente, a privacidade é um dos aspetos mais importantes para a mulher, sendo descrita na literatura em 3 ^(1,5,6) dos 5 artigos que fazem referência ao meio ambiente. Neste âmbito os achados da análise das notas de campo enquadram-se nos resultados da revisão sistemática. Nos seus testemunhos as mulheres valorizaram o ambiente, especificando a importância do respeito pela sua privacidade, bem como a importância do silêncio na promoção de um ambiente mais tranquilo.

Nos restantes 3 artigos ^(2,5,7) em que o conforto físico é referido como um aspeto importante na satisfação das mulheres durante o seu TP, um ⁽²⁾ deles é uma revisão da literatura, do qual constam vários estudos de diversos autores, e apenas um dos autores (Lavender et al, 2006) faz referência a este. Mas quando colocados por ordem de prioridades, o conforto físico associado ao alívio da dor aparece em quarto lugar, sendo o apoio das enfermeiras obstetras e do acompanhante o fator mais importante para as mulheres, seguido da sensação de controlo sobre a situação, em terceiro lugar a participação nas tomadas de decisão e, por último, o alívio da dor.

Num outro estudo ⁽⁷⁾, que se constitui também como uma revisão de literatura, alguns autores (Hodnett et al, 2005) abordam a dor e o alívio da mesma como um dos principais fatores que condiciona a satisfação e conforto das mulheres durante o seu TP. Contudo, estes também referem que um acompanhamento contínuo por parte dos profissionais reduz a dor e a necessidade de analgesia, proporcionando um maior conforto à mulher.

Assim, estes autores levam-nos a pensar que o conforto físico para além de ser condicionado por todos os fatores já referidos está, intimamente, ligado ao apoio emocional que é fornecido à mulher durante todo o TP.

4.3.2.- Conforto Emocional

O suporte emocional proporcionado pelos enfermeiros durante o trabalho de parto é referido em todos os artigos analisados como algo fundamental para o conforto e satisfação da mulher durante o seu trabalho de parto.

Contudo, o suporte emocional é um conceito lato, abrangendo diversos componentes do cuidado, criando desta forma, a necessidade de especificar o que efetivamente é valorizado e proporciona o conforto das mulheres.

Portanto, existem dois componentes do cuidado, se assim lhe pudermos chamar, que se verificaram ser os mais referenciados e valorizados na literatura: a atitude do cuidador face à mulher e a presença e apoio contínuos do enfermeiro junto da parturiente.

A atitude do cuidador ou mais especificamente as características deste mais valorizadas pelas mulheres são descritas em 12 dos 13 artigos analisados, o que revela a extrema importância que assumem na promoção de conforto e satisfação das mulheres.

De todas as que são referidas na literatura, destacam-se as seguintes: ser atencioso e paciente, demonstrar segurança nos procedimentos que efetua, respeitar e valorizar os desejos da mulher envolvendo-a na tomada de decisões, respeitar e valorizar as diferenças culturais e ser um bom comunicador fornecendo informação adequada à compreensão de cada mulher.

A importância de todas estas características revela-se na tranquilidade e segurança que o enfermeiro proporciona à mulher, bem como, pelo facto de serem geradoras de autoestima e confiança. Contudo, existe uma que assume algum destaque nos artigos analisados – a informação proporcionada à mulher pelos profissionais de saúde.

A informação fornecida é abordada em 5 ^(1,2,3,7,11) dos 12 artigos. Esta, não só é importante uma vez que pode ajudar a tranquilizar a mulher, como também pode “conduzir” a comportamentos de autoajuda (p. ex.: técnicas de respiração). Acresce ainda o facto de a capacitar para uma tomada de decisão informada e de lhe dar a sensação de controlo sobre o seu trabalho de parto.

A importância da sensação de controle por parte da mulher é referida em 6^(2,3,4,7,10,12) artigos. Num dos artigos⁽⁷⁾ são vários os autores (Gibbins & Thomson, 2001, Ortiz e Langer 1998, Vicent, 2008) que afirmam, que o controle sobre o TP é fundamental para que a mulher se sinta satisfeita e confortável.

Relativamente à presença contínua do enfermeiro junto da mulher durante o trabalho de parto é abordada em 9 dos 13 artigos. Muitos autores (Lavender et al 1999; Hodnett 2002; Adams et al 2006; Vicent 2008; Walsh 1999; Frelho et al 2010; Singh et al 2006) afirmam que o apoio contínuo quer por parte dos enfermeiros quer pelo acompanhante (pessoa significativa para a mulher) é essencial na promoção de tranquilidade e confiança da mulher, tendo uma influência direta na diminuição da dor e consequentemente numa menor necessidade de analgesia.

Neste contexto, também os dados que emergiram da análise das notas de campo são corroborados pelos resultados encontrados na literatura. A observação feita ao longo do estágio e os testemunhos de muitas mulheres evidenciaram a importância por elas atribuída ao acompanhamento (pelos enfermeiros e pelo acompanhante), à informação fornecida (sobre a evolução do TP e sobre o bem-estar fetal), e à relação de ajuda estabelecida com o cuidador (enfermeiro).

5. CONCLUSÃO

É chegado o momento de tecer algumas considerações, cuja finalidade é analisar e refletir sobre os objetivos atingidos com a realização deste relatório, e quais as implicações que se podem retirar para a prática de cuidados.

A constante exigência ao nível dos cuidados e a procura de um elevado padrão da qualidade dos mesmos, suscitou a necessidade de aprofundar conhecimentos através da pesquisa com base em métodos científicos bem definidos. Assim, a exigência de que a nossa prática seja fundamentada e sustentada num conhecimento científico válido e credível é cada vez mais uma realidade.

Quando decidi desenvolver esta temática, foi porque acreditei profundamente que os conhecimentos resultantes desta, poderiam dar um pequeno contributo para uma prática com mais qualidade da qual resultariam experiências de parto mais gratificantes e positivas para a mulher.

Ao longo de todo o estágio pude observar que os vários profissionais envolvidos nos cuidados à mulher durante o seu trabalho de parto ainda têm muito presente o modelo biomédico, sendo a sua principal preocupação a promoção do bem-estar ao nível físico. Por outro lado, decorrente por vezes do excesso de trabalho, o acompanhamento mais próximo da mulher fornecendo um apoio contínuo à mesma nem sempre se verifica, bem como o envolvimento do acompanhante nos cuidados, e a informação fornecida a ambos é quase sempre insuficiente.

Considerando os resultados obtidos, julgo que consegui fazer emergir a importância do conforto emocional nos cuidados proporcionados durante o trabalho de parto. Desta forma creio haver necessidade de repensarmos a nossa prática.

Se até à data a ênfase dos nossos cuidados se situava ao nível de medidas farmacológicas promotoras do alívio da dor, cabe agora aos enfermeiros especialistas reconsiderarem esta prática e incluírem nos seus cuidados intervenções que visem a promoção de conforto a outros níveis – psicológico, espiritual e ambiental.

Acredito que a evolução tecnológica ao longo dos tempos poderá ter contribuído para alguma impessoalidade e insatisfação por parte das mulheres relativamente ao seu trabalho de parto, reduzindo-as à sua vertente mais fisiológica. No entanto, julgo ser

possível, e cabe-nos a nós especialistas na área, contornar tais circunstâncias e colocar essa tecnologia ao serviço da mulher proporcionando-lhe o maior conforto possível e fazendo com que o nascimento do seu filho seja recordado como uma experiência positiva.

Ser confortado é uma necessidade humana básica, devendo por isso ser considerada com um foco importante para a disciplina de enfermagem. Confortar, é assim um ato de excelência do cuidar, sendo como tal um “dever” moral e ético do enfermeiro.

Os cuidados de saúde visam obter ganhos em saúde e bem-estar para os utentes. Assim, durante os nossos cuidados nunca devemos esquecer qual o nosso “alvo” de cuidados e quais os nossos objetivos. Colocar a mulher/casal no centro dos nossos cuidados, permitindo que estes sejam parte ativa do seu trabalho de parto, participando na escolha das intervenções e permitindo-lhes a expressão de desejos e expectativas, coloca-nos no “caminho” certo na procura da máxima qualidade dos cuidados. *“A satisfação dos clientes é vital para o bem-estar financeiro de qualquer organização e os cuidados de saúde não representam uma exceção. Conhecer as necessidades do cliente tornou-se um objetivo principal das organizações e saúde (...).”* (Bendall-Lyon e Powers, 2002, citado por Loureiro e Ferreira, 2007, p.24).

Ao longo do ensino clínico tive contacto com experiências positivas e outras menos positivas, com todas elas procurei refletir e todas se constituíram como bons momentos de aprendizagem. O desenvolvimento e aquisição de competências foram feitos de forma gradual, aliando sempre os conhecimentos teóricos, *skills* e atitudes adequadas.

Posso afirmar que o meu desempenho enquanto futura especialista de saúde materna e obstetrícia irá beneficiar com os conhecimentos e competências desenvolvidas durante este estágio. Para isso contribuíram não só os conhecimentos adquiridos em contexto escolar ou fruto de leituras da literatura, mas também a partilha de saberes e experiências com a minha tutora e com os restantes elementos da equipa multidisciplinar. *“A experiência é por isso necessária para a perícia”* (Benner, 2005, p.30).

Quando falamos em especialização profissional a competência é uma exigência necessária para saber e poder atuar um contexto específico. Neste âmbito, é crucial conciliar competências científicas, técnicas e relacionais.

Na minha perspectiva, este trabalho assume a sua importância uma vez que contempla os testemunhos de mulheres cuidadas na instituição onde teve lugar o meu estágio, e não apenas os resultados da revisão sistemática da literatura. Só conhecendo na “1ª pessoa” quais as maiores necessidades, e o que é mais valorizado nos nossos cuidados, é que poderemos mudar consciências e práticas.

Ainda Benner (2005) afirma, que só descrevendo o conhecimento que advém da nossa prática e das nossas experiências é que poderemos contribuir para o desenvolvimento e alargamento da teoria em enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

- Adams, E., & Bianchi, A. (2008). A practical approach to labor support. *JOGNN*, pp. 106-115.
- Alligood, M. R., & Toney, A. M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. Loures: Lusociência.
- Andersson, O., Westas, L., Andersson, D., & Domellof, M. (Novembro de 2011). Effect of delayed versus umbilical cord clamping on neonatal outcomes and iron status at 4 months: a randomized controlled trial. *BMJ*.
- Apóstolo, J. (Março de 2009). O Conforto nas teorias de enfermagem - análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, pp. 61-67.
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. (2009). *Iniciativa Parto Normal*. Loures: Lusociência.
- Bachman, J. A. (2002). Manejo do desconforto. In D. L. Lowdermilk, S. E. Perry, & I. M. Bobak, *O cuidado em enfermagem materna* (pp. 314-335). Porto Alegre: Artmed.
- Barroso, J., & all, e. (2003). The Challenges of Searching for and Retrieving Quaitative Studies. *West J Nurs Res.*, pp. 153-178.
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Biklen, S. K., & Bogdan, R. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria a aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bobak, I. M., Perry, S. E., & Lowdermilk, D. L. (2002). *O Cuidado em Enfermagem Materna*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Branden, P. S. (2000). *Enfermagem Materno-Infantil*. Reichmann & Affonso Editores.
- Carraro, & al, e. (Novembro de 2006). Cuidado e Conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. *Texto Contexto Enferm*, pp. 97-104.
- Cosby, B. (2009). Promoting patient comfort during labor and birth. In S. L. Ward, & S. M. Hisley, *Maternal-Child Nursing Care* (pp. 399-426). Philadelphia: F.A. Davis Company.

- Costa, R., Figueiredo, B., & Pacheco, A. (2003). Parto - Expectativas, Experiências, Dor e Satisfação. *Psicologia, Saúde & Doenças*, pp. 47-67.
- Coutinho, E. (Outubro de 2004). A experiência de ser cuidada na sala de partos. *Repositório Científico do Politécnico de Viseu - Revista Millenium*, pp. 29-35.
- Coutinho, E., & Ferreira, M. (Janeiro de 2002). O banho versus o cuidado portador de sentido de ajuda. *Sinais Vitais*, pp. 42-44.
- Darós, D. Z., Hess, P. T., Sulsbach, P., Zampieri, M., & Daniel, H. (2010). Socialization of knowledge and experiences about the birth process and the technologies of care. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, pp. 308-314.
- Davim, R., Torres, G., & Dantas, J. (Outubro de 2008). Efetividade de Estratégias não Farmacológicas no Alívio da dor de Parturientes no Trabalho de Parto . *Revista Esc. Enfermagem USP*, pp. 438-445.
- Federación de Asociaciones de Matronas de España. (2006). Definición de parto normal. Vélez, Málaga: FAME.
- Fortin, M. F., Côte, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freeman, L. M. (Maio de 2006). Continuity of carer and partnership. A review of the literature. *Women and Birth*, pp. 39-44.
- Frello, A., & Carraro, T. (2010). Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, pp. 660-668.
- Frello, A., & Carraro, T. (Setembro de 2010). Conforto no processo de parto sob a perspectiva das puérperas. *Revista Enfermagem Universidade Estatal do Rio de Janeiro*, pp. 441-445.
- Gabriel, J., & Regina, M. (Novembro de 2006). Fatores que Influenciam a Percepção da dor no Trabalho de Parto. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, pp. 47-53.
- Hodnett, E. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, pp. 160-172.

- Howarth, A., Swain, N., & Treharne, G. (Maio de 2010). A review of psychosocial predictors of outcome in labor and childbirth. *New Zealand College of Midwives*, pp. 17-20.
- INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES. (2010). *ESSENTIAL COMPETENCIES FOR BASIC MIDWIFERY PRACTICE*. Obtido de <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2011/DB%202011/Essential%20Competencies%20ENG.pdf>
- John, V., & Parsons, E. (Maio de 2006). Shadow work in midwifery: unseen and unrecognised emotional labour. *British Journal of Midwifery*, pp. 266-271.
- Kitzinger, S. (1995). *A Experiência do Parto*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Koehn, M. (Setembro de 2000). Alternative and Complementary Therapies for Labor and Birth: An Application of Kolcaba's Theory of Holistic Comfort. *Holist Nurs Pract*, pp. 66-77.
- Kolcaba, K. (Setembro de 1992). Holistic comfort: Operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. pp. 1-10.
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, pp. 1178-1184.
- Kolcaba, K., & all, e. (Novembro de 2006). Comfort Theory - A Unifying Framework to Enhance the Practice Environment. *JONA*, pp. 538-543.
- Kontoyannis, M., & Katsetos, C. (2008). What influences women in Athens to choose home birth? *British Journal of Midwifery*, pp. 44-48.
- Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e coletivas. Resposta a 80 questões*. Porto: Asa.
- Lopes, A. L., & Fracolli, L. (Dezembro de 2008). Revisão sistemática de literatura e Metassínteses qualitativa: Considerações sobre a sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto Contexto Enferm.*, pp. 771-778.
- Loureiro, R., & Ferreira, M. (2007). Satisfação da utente versus qualidade dos cuidados em obstetrícia. *Almada: Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 24-27.

- Lowdermilk, D. &. (2008). *Enfermagem na Maternidade (7ª Edição)*. Loures: Lusociência.
- Lowe, N. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, pp. 16-24.
- Machado, H. (2005). Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In L. M. Graça, *Medicina Materno-Fetal* (pp. 320-328). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Melnyk, B. F.-O. (2005). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. Philadelphia, Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins.
- O'Hare, J., & Fallon, A. (2011). Women's experience of control in labour and childbirth. *British Journal of Midwifery*, 164-169.
- Oliveira, C., & Lopes, M. (2010). Construir Laços de Confiança e Promover o Conforto. *Pensar em Enfermagem*, pp. 67-74.
- Ordem dos Enfermeiros. (16 de Setembro de 2009). Código Deontológico. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecológica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde. (1996). Assistência ao parto Normal: um guia prático. Genebra: Unidade de Maternidade Segura.
- Peterson, S., & Bredow, T. (2004). *Comfort. In Middle Range Theories: Application to Nursing Research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Porfírio, A., Progianti, J., & Souza, D. (2010). Humanized practices of nurse midwives in hospital delivery care. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, pp. 331-336.
- Rabelo, L., & Oliveira, D. (2010). Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. *Revista Esc. Enfermagem Universidade São Paulo*, pp. 213-220.
- Romano, A., & Lothian, J. (2008). Promoting, protecting, and supporting normal birth: a look at the evidence. *JOGNN*, pp. 94-105.

- Rua, M., & Alarcão, I. (2005). Interdisciplinariedade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, pp. 373-382.
- Sampaio, R. F., & Mancini, M. C. (Fevereiro de 2007). Systematic review studies: a guide for careful synthesis of scientific evidence. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, pp. 83-89.
- Sauls, D. (2006). Dimensions of Professional Labor Support for Intrapartum Practice. *Journal of Nursing Scholarship*, pp. 36-41.
- Schuling, K. D., & Sampelle, C. M. (Março de 1999). Comfort in Labor and Midwifery Art. *Journal of Nursing Scholarship*, pp. 77-81.
- Shon, D. (2000). *Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Silva, M. J. (2005). O papel da Enfermagem em Medicina Materno-Fetal. In M. L. Graça, *Medicina Materno-Fetal* (pp. 162-167). Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda.
- Singh, D., & Newburn, M. (Julho de 2006). Feathering the nest: What women want from the birth environment. *Official Journal of the Royal College of Midwives*, pp. 266-269.
- Snow, S. (2010). Mutual newness: mothers' experiences of student midwives. *British Journal of Midwifery*, pp. 38-41.
- Tereso, A. (Novembro de 2006). O Parto: Uma Experiência de Cidadania? *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, pp. 5-6.
- Towle, M. A. (2010). *Assistencia de enfermeira materno-fetal*. Madrid: Pearson Educación S.A.
- Wilson, L., & Kolcaba, K. (Junho de 2004). Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *Journal of Perianesthesia Nursing*, pp. 164-173.

APÊNDICES

APÊNDICE I: ARTIGOS DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Artigo #1

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação

Adams, E; Bianchi, A, "A Practical Approach to Labor Support", 2008

Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados, Nível de Evidência

Revisão sistemática da literatura; Nível de evidência I.

Objetivo

Bianchi e Adams classificaram os cuidados de suporte e conforto em 4 áreas: i) Conforto físico; ii) Conforto emocional; iii) Suporte de informação; iv) Apoio fornecido (advocacia).

Resultados

i) Conforto Físico

- Meio ambiente (temperatura do quarto, pouco ruído, diminuição das luzes, odor, música ambiente)
- Posicionamento no primeiro estágio do TP (andar, cócoras, semi-fowler) o posicionamento adequado durante o trabalho de parto pode reduzir a dor, o uso de analgesia, o trauma perineal e permitir contrações uterinas mais eficazes.
- Toque (massagem, pressão na região sagrada) Relaxa os músculos aumentando também o fluxo sanguíneo, aumentando a libertação de endorfinas, promovendo o conforto e diminuindo a dor. (Brown & Flood 2001; Simkin & Bolding, 2004).
- Aplicação de calor e frio: ajudam a relaxar e à progressão do trabalho de parto.
- Higiene (providenciar banho, higiene oral, cuidados perineais, mudança de roupa de cama)
- Nutrição (água, alimentos)

ii) Conforto Emocional

- Distrações (imaginação guiada, conversar)
- Presença do enfermeiro
- Atitude no cuidado (expressão verbal e não verbal)
- Espiritualidade (rezar, meditação)

iii) Suporte de Informação

- Técnicas de comunicação verbal e não-verbal (escolher palavras apropriadas e culturalmente sensíveis, gestos, contacto ocular)
- Instruir sobre técnicas de respiração, relaxamento e como fazer força dirigida no período expulsivo
- Informar sobre rotinas e procedimentos

iv) Apoio Fornecido

- Respeito pela privacidade, fornecer informações completas, prestar cuidados sem julgamentos, proteger os direitos dos utentes, respeitar as relações existentes.
- Segurança, fornecendo ao utente um ambiente em que ele possa expressar emoções positivas e negativas.
- Conhecer quais as expectativas das mulheres para o parto, encorajar as mulheres a expressar desejos, necessidades; explicar riscos e benefícios. Encorajar os acompanhantes para serem "advogados de defesa" das mulheres.

A satisfação materna com o parto não está tão relacionada com o alívio da dor, mas sim mais intimamente relacionada com as atitudes e comportamentos dos seus cuidadores (Hodnett, 2002).

A enfermeira que apoia a mulher durante o trabalho de parto, vai afetar positivamente as experiências do mesmo (Adams, et al, 2006)

Artigo #2

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação

Lesia M. Freeman Ph.D, RM, RGON, "Continuity of carer and partnership A review of the literature", 2006.

Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados, Nível de Evidência

Revisão da literatura; Nível de evidência I.

Objetivo

Determinar se há evidências convincentes de que a continuidade de cuidados por parte das parteiras é fundamental para uma relação de parceria entre estas e as mulheres.

Resultados

- Um grande número de estudos evidencia, que as mulheres não priorizam o facto de serem cuidadas pelo mesmo cuidador durante todo o processo, mas colocam ênfase na qualidade do cuidado.
 - Drew et al (1989), descobriram num dos estudos que a maior satisfação das mulheres é ter um bebé saudável, o segundo aspeto mais valorizado por elas é a informação dada de forma a, que elas a entendam, e a terceira é que respondam a todas as suas questões.
 - Lee(1997) no seu estudo com 32 mulheres concluiu que para as mulheres a comunicação é o mais importante, em segundo conhecer a enfermeira parteira e em terceiro o serem envolvidas no processo de decisão. Quando questionadas sobre quais as qualidades que gostariam de ver numa parteira, em primeiro lugar vêm, o ser alguém de confiança, em segundo que promova cuidados competentes e seguros, em terceiro lugar alguém amável e em quarto, que a envolva nas decisões.
 - Outros estudos revelaram que o que as mulheres mais valorizam nos cuidados é sentirem-se envolvidas nas decisões, a informação partilhada e sentirem controlo sobre a situação.
 - Lavender et al (1999), num estudo em que questionou 615 puérperas sobre a sua experiência de trabalho de parto e quais foram os aspetos para elas mais importantes, concluiu que o apoio das parteiras e do acompanhante é o aspeto para ela mais importante, seguidos da sensação de controlo, participação nas tomadas de decisão e alívio da dor.
- Walsh (1999), num estudo com 10 puérperas concluiu que a experiência das mulheres é influenciada pela relação estabelecida com as parteiras.
- A relação entre uma mulher e uma parteira está no coração da prática obstétrica.

Artigo #3

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação

Joanne O'Hare, Anne Fallon, "Women's experience of control in labor and childbirth", 2011.

Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados, Nível de Evidência

Estudo qualitativo, com abordagem fenomenológica; Nível de Evidência IV.

Objetivo

Interpretar a experiência vivida de controlo durante o trabalho de parto e parto.

Resultados

Respiração – as técnicas de respiração parecem dar às mulheres a sensação de controlo. De toda a informação que as mulheres recordam ter no período pré-natal a respiração é apontada como a mais importante.

Comunicação – as enfermeiras foram identificadas como boas comunicadoras o que as distingue dos médicos. É um fator importante para as mulheres principalmente no segundo estágio do TP, muitas mulheres sentiram-se encorajadas pelas enfermeiras, fazendo com que elas sentissem que são capazes. A comunicação pode envolver o toque, a escuta ou o silêncio.

- Muitas das mulheres do estudo, sentiram-se felizes pelo fato de serem as enfermeiras a acompanharem o seu TP, referindo que estas as informam sobre todas as decisões e que lhes cabia a elas a última palavra.

- A sensação de autocontrolo durante o TP é importante para as mulheres.

Artigo #4

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação

Maria Kontoyannis, Christos Katsetos, "What influences women in Athens to choose home birth?", 2008.

Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados, Nível de Evidência

Estudo qualitativo com abordagem fenomenológica; Nível de evidência IV.

Objetivo

Conhecer quais os motivos que levam as mulheres em Atenas a preferir o parto no domicílio e quais as suas opiniões.

Resultados

- O primeiro motivo é o desejo de controlar o parto. Para as mulheres é importante controlar o ambiente, quem está presente, que posições preferem adotar no parto. As mulheres sentem que podem tomar as suas próprias decisões facilita sentimentos de confiança e segurança.

-O facto de quererem um parto o mais natural possível é importante para as mulheres, e acreditam que no hospital não vão cumprir as suas expectativas.

Artigo #5

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação

Telma Elisa Carraro, Roxana Knobel, Vera Radünz, Sonia Maria Könzgen Meincke, Marlei Fátima Cezarotto Fiewski, Ariane Thaise Frello, Marisa da Silva Martins, Caroline Vasconcellos Lopes, Andressa Berton, "Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: Na busca pela opinião das mulheres", 2007.

Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados, Nível de Evidência

Estudo misto, descritivo-prospetivo; Nível de evidência IV.

Objetivo

Avaliar a opinião das mulheres puérperas sobre os métodos utilizados para o seu cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto.

Resultados

- Estado emocional: a presença, a paciência e atenção proporcionada pelos profissionais, faz com que as parturientes se sintam bem, tranquilas e fortalecidas durante o TP.
- A dor é outro fator determinante para o conforto durante o TP.

Artigo #6

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação

Ariane Frello, Telma Carraro, "Conforto no processo de parto sob a perspectiva das puérperas", 2010.

Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados, Nível de Evidência

Recorte de uma tese de mestrado que analisou dados qualitativos, que derivaram de um estudo, descritivo, prospectivo e multicêntrico; Nível de evidência III.

Objetivo

Conhecer quais os cuidados valorizados pelas mulheres durante o trabalho de parto.

Resultados

i) Conforto Físico:

- O conforto foi relacionado com o uso da bola de parto, apoio da barra, ventilação do quarto, massagem e higiene.
- A liberdade de movimento

ii) Conforto Emocional:

- A forma como são realizados alguns procedimentos obstétricos (toque sem pedir permissão), fazem com que a mulher se sinta desrespeitada.
- A relação de confiança e apoio estabelecida com os profissionais, aliada a uma boa comunicação, gera sentimentos de auto-estima, conforto, confiança, resultando em segurança e satisfação por parte da mulher.
- Ter alguém ao lado para dar a mão, para a mulher significa carinho, apoio, alívio, segurança.
- Mostrar-se próximo, preocupado e disposto escutar, são ações importantes para a relação estabelecida.
- Respeito pela privacidade e pudor da mulher também foi referido como conforto.

Artigo #7

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação

Anne Howarth, Nicola Swain, Gareth Trehame, "A review of psychosocial predictors of outcome in labor and childbirth", 2010.

Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados, Nível de Evidência

Revisão de Literatura, Nível de evidência I.

Objetivo

Conhecer os fatores psicológicos que influenciam a gravidez e o parto.

Resultado

Existem vários fatores que influenciam a satisfação da mulher relativamente ao TP, são eles:

- i) Sentir-se confiante e sem medos
 - ii) Sentir que tem controlo sobre a situação
 - iii) Alívio da dor
 - iv) Corresponder às suas expectativas
 - v) Estar com o bebé logo após o nascimento
 - vi) Características e qualidade dos cuidados prestados
- Num dos estudos em que as mulheres foram questionadas sobre a sua experiência do TP, o ter controlo sobre a situação, foi o mais referido por todas. Para algumas o controlo era importante apenas no facto de serem envolvidas nas decisões a tomar, para outras era mais completo, sendo o controlo absoluto sobre os seus comportamentos e emoções (Gibbins & Thomson, 2001).
 - Ortiz e Langer referem que o controlo "é o componente chave, para a satisfação durante o trabalho de parto".
 - A dor é um dos principais fatores que condiciona a satisfação da mulher no TP. Mas um conceito já provado por vários estudos é o facto de que se o TP for acompanhado continuamente pelo mesmo profissional, reduz a necessidade de analgesia da mulher e conseqüentemente a sua dor (Hodnett et al, 2005).
 - Uma mulher confiante tem a capacidade de lidar melhor com a dor do TP e conseqüentemente tem uma melhor experiência do mesmo.
 - Num outro estudo, as mulheres valorizaram o suporte dado pelas parteiras e companheiros, que incluía o cuidar, a informação dada, e o reconhecimento da mulher com um papel ativo no poder de decisão, como fatores que contribuíram para uma boa experiência do TP (Vicent, 2008).
 - Num estudo em que as mulheres tiveram a possibilidade de escolher uma parteira conhecida que prestou cuidados contínuos durante o TP, foi demonstrado que tiveram TP mais curtos e os bebés Índices de Apgar mais elevados, quando comparados com o grupo controlo.

Artigo #8

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação

Daiane Zocche Darós, Pâmela Tasca Hess, Patrícia Sulsbach, Maria de Fátima Mota Zampieri, Heloisa Silveira Daniel, "Socialização de conhecimentos e experiências sobre o processo de nascimento e tecnologias do cuidado", 2010.

Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados, Nível de Evidência

Qualitativo, exploratório e descritivo; Nível de evidência IV.

Objetivo

Conhecer a importância de se desenvolver um processo educativo na ótica das mulheres que viveram esta experiência na gestação e no parto.

Resultados

- A massagem, o banho de chuveiro e a deambulação são técnicas que ajudam no alívio da dor e proporcionam conforto às mulheres.

- A presença da parteira que disponibiliza tempo e atenção influencia na redução do medo, ansiedade e dor, proporcionando tranquilidade e satisfação, reduzindo muitas das vezes o tempo do TP.

Artigo #9

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação

Aline Bastos Porfírio, Jane Márcia Progianti, Danielle de Oliveira M. de Souza, "As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar", 2010.

Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados, Nível de Evidência

Estudo descritivo de abordagem qualitativa - Entrevistas a enfermeiras especialistas de saúde materna, a exercer na sala de partos, em duas maternidades do Rio de Janeiro; Nível de Evidência IV.

Objetivo

Analisar as práticas incorporadas e desenvolvidas por enfermeiras desde a implantação do modelo humanizado de assistência ao parto.

Resultados

- Práticas que promovem o relaxamento e alívio da dor, associadas a uma maior satisfação e conforto da mulher
 - Massagem
 - Toque, dá sensação de segurança, atenção e proteção (ex: segurar a mão)
 - Relaxamento no banho de imersão (a mais utilizada pelas enfermeiras, segundo estas proporciona à mulher uma sensação de autonomia)
 - Respiração
 - Posicionamento (a mulher deve adotar a posição mais confortável para ela durante o TP)
 - Relação atenciosa, escuta ativa para que a mulher se sinta respeitada e valorizada
 - Valorizar as diferenças culturais

Artigo #10

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação

Sarah Snow, "Mutual newness": mothers' experiences of student midwives", 2010.

Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados, Nível de Evidência

Artigo; Nível de evidência I.

Objetivo

Conhecer a percepção das mulheres sobre os cuidados, prestados por estudantes da especialidade de enfermagem de saúde materna.

Resultados

i) Suporte Emocional

- Presença contínua da parteira
- Atitude positiva
- Ser atenciosa

ii) Suporte relacional

- Confiança
- Amiga
- Igualdade

iii) Controle

- Sobre os acontecimentos
- Partilha de informação

Artigo #11

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação

Debbie Singh, Mary Newburn, "Feathering the nest: What Women Want from the birth environment", 2006.

Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados, Nível de Evidência

Trabalho de investigação onde foram aplicados questionários a 2620 mulheres nos anos 2003 e 2005; Nível de evidência IV.

Objetivo

Analisar qual a importância e o que as mulheres valorizam no ambiente (espaço físico) durante o trabalho de parto e qual a influência deste no tipo de parto que elas têm. Bem como se as necessidades e influências se alteraram ao longo dos anos comparando os resultados de 2003 e do ano 2005.

Resultados

Os resultados em 2005 vieram apenas reafirmar os achados de 2003.

Quando questionadas, sobre o que mais valorizam no ambiente durante o TP as mulheres responderam (ordem de prioridade as 5 primeiras):

- Um quarto arrumado e limpo
 - Uma cama articulada
 - Uma cadeira confortável para o seu acompanhante
 - Permanecer no mesmo quarto durante todo o trabalho de parto/parto
 - Ser possível caminhar pelo quarto
- A pesquisa de 2003 revelou que as mulheres que não tiveram acesso a espaços que correspondiam ao que elas valorizam estavam mais propensas a cesarianas de urgência. Em 2005 as cesarianas aumentaram nos casos em que as mulheres estavam em ambiente que não lhe permitia deambular.

- As mulheres que tiveram partos em casa ou em casas de parto, estavam mais satisfeitas com o seu trabalho de parto, quando comparadas com as que tiveram no hospital.
- Quando questionadas sobre o que mais valorizavam nos cuidados prestados pelas parteiras, responderam:
 - i) As sugestões práticas, sobre posições e respiração
 - ii) A confiança no instinto da mulher e o respeito pelo que ela queria fazer
 - iii) Ser gentil, simpática e faladora
 - iv) Orientação firme e segura
 - v) Permanecer calma e positiva
 - vi) Explicar o que vai acontecendo
 - vii) Presença constante, não deixando a mulher sozinha, ou entregar a outra parteira
 - viii) Parecer confiante, tendo toda a situação sob controle
 - ix) Envolver o acompanhante

Artigo #12

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação

Ariane Thaise Frello, Telma Elisa Carraro, "Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto", 2010.

Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados, Nível de Evidência

Estudo descritivo, prospetivo com abordagem qualitativa; Foram feitas entrevistas semi-estruturadas, em média 3 dias após o parto a mulheres puérperas (38) internadas; Nível de evidência IV.

Perguntas:

- i) Como foram as suas horas antes do bebé nascer?
- ii) Como foi o seu parto?
- iii) Como foi o cuidado recebido durante o seu trabalho de parto e parto?
- iv) O que pensa sobre o relacionamento entre profissionais de saúde e você/acompanhante durante o seu trabalho de parto e parto

Objetivo

Identificar como se apresentam os componentes do cuidado de enfermagem nas declarações de puérperas acerca do seu processo de parto.

Resultados

Os componentes dos cuidados foram categorizados em temas/categorias:

i) Observação e atenção ao estado emocional da mulher

- A sensação de dor é uma das primeiras recordações da mulher no pós-parto. Deve respeitar-se e valorizar as queixas da mulher. A relação de confiança estabelecida entre parteira e mulher é fundamental para fortalecer a mulher e dar força para ela continuar o seu trabalho de parto com ânimo.
- A empatia dos profissionais diminui o medo e o stresse, promovendo sentimentos de confiança e segurança.
- O respeito pela individualidade.

- O estabelecimento de uma relação de confiança, promove sentimentos positivos, que tranquilizam a mulher. Quando esse relacionamento não se estabelece a experiência do parto fica afetada negativamente.

ii) Relações interpessoais

- A presença do acompanhante é muito importante para as mulheres, transmitindo segurança e conforto.
- A sensibilidade dos profissionais, para com o acompanhante, interagindo e valorizando a sua presença, também é referida pelas mulheres como importante.
- A comunicação estabelecida com a mulher e acompanhante, é geradora de auto-estima, conforto, confiança, apoio, resultando em experiências positivas.

iii) Condições oferecidas pelo ambiente na potencialização do seu poder vital

- A mulher sente-se mais segura quando lhe é dada a possibilidade de escolher e participar dos procedimentos que envolvem o seu parto.
- A presença contínua seja do acompanhante, seja do profissional de saúde, é valorizada pela mulher.

São vários os fatores ambientais que influenciam o trabalho de parto: ruído, temperatura, luminosidade, privacidade, higiene do ambiente, possibilidade de realizar atividades de relaxamento.

Artigo #13

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação

Veronica John e Evelyn Parsons, "Shadow work in midwifery: Unseen and unrecognise emotional labor", 2006.

Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados, Nível de Evidência

Estudo exploratório: Participaram no estudo mulheres e respetivas parteiras, num total de 20 participantes. Os dados foram colhidos durante dois momentos distintos. Em primeiro lugar através da observação do relacionamento estabelecido entre parteira e mulher durante o trabalho de parto. Posteriormente foram feitas entrevistas às parteiras e mulheres (três semanas depois); Nível de evidência IV.

Objetivo

Explorar o trabalho emocional desenvolvido por parteiras que cuidam de mulheres em salas de parto, compreendendo que cuidado é esperado pelas mulheres durante o mesmo.

Resultados

- Para as parteiras: estabelecer uma relação harmoniosa é uma importante parte da relação terapêutica. E destacam cuidados básicos como o toque, encorajamento, "partilhar algo de nós", limpar a testa, oferecer água.
- Para as mulheres: é importante poderem confiar nas parteiras. Referem que é confortante quando estão sob stresse, terem apoio das enfermeiras que vão perguntando "está tudo bem?" "quer beber alguma coisa?". Para elas o estabelecimento de uma relação amigável com conversas banais, dá-lhes a sensação de que o trabalho de parto decorre normalmente e não se torna num processo patológico em que frequentemente se "adoentam" as mulheres.

APÊNDICE II: NOTAS DE CAMPO

Local: Bloco de Partos HSM	2/3/2012 22h30 – 8h30
Descrição da situação	Comentários do Observador
<p>Encontrava-me a fazer noite na sala de partos. Estavam 3 parturientes nas salas de dilatação cujos trabalhos de parto estavam ainda numa fase muito inicial, mas que decorriam sem intercorrências, com CTG com boa variabilidade, reativo e dinâmica uterina irregular de média amplitude, e sem desconforto.</p> <p>Cerca das 0h30, uma das senhoras começou a ficar bastante queixosa - nível de dor 7. Foi observada e apresentava um colo apagado com 4cm de dilatação. Iria ser mãe pela primeira vez e estava visivelmente ansiosa.</p> <p>Chamei o anestesista e fiquei junto dela, dizendo-lhe o quão importante era respirar calmamente e respirava com ela. Nos momentos em que vinha uma contração agarrava a minha mão com força e dizia “ajude-me por favor!” ao que lhe respondi “Já vai passar. Respire comigo” O anestesista chegou e após conversar um pouco com a senhora e por vontade da própria decidiu fazer analgesia epidural.</p> <p>Auxiliei a senhora a posicionar-se e sempre que tinha uma contração ela dizia “por favor espere um pouco deixe passar esta” respondi “Sim leve o tempo que precisar, estamos aqui para ajudar quando parar continuamos.”</p> <p>Já posicionada e iniciada a técnica da punção permaneci de frente para a senhora auxiliando-a a manter a posição e a cada contração ela procurava a minha mão e agarrava-a com força. Terminada a técnica e já sentindo algum alívio da dor foi auxiliada a posicionar-se de forma confortável, perguntei-lhe se precisava de mais alguma coisa ao que me respondeu que não e no fim disse-me “muito obrigada por me ter dado a sua mão, desculpe se a apertei com muita força, mas estava com tanta dor.”</p>	<p>O facto de ser a primeira experiência de um trabalho de parto faz com que as mulheres tenham por vezes medo do desconhecido. Cabe-nos a nós profissionais o dever de informar as mulheres sobre o que se está a passar e quais as várias etapas, reduzindo assim o seu estado de ansiedade.</p> <p>O toque (dar a mão) assume aqui importância, não como promotor de conforto físico mas emocional, em que a mulher tem necessidade de saber que não está sozinha naquele momento.</p> <p>A compreensão do enfermeiro, o respeito pelo tempo da mulher e o acompanhamento, são fundamentais para que esta se sinta compreendida e para que a relação seja empática, ajudando a diminuir o grau de ansiedade e a colaboração da mulher no seu trabalho de parto.</p>

<p>Local: Bloco de Partos HSM</p>	<p>9/3/2012 22h30 – 8h30</p>
<p>Descrição da situação</p>	<p>Comentários do Observador</p>
<p>Quando entrei de turno a parturiente e respetivo acompanhante encontravam-se numa das salas de dilatação.</p> <p>A senhora tinha 30 anos, com um IO: 0;0;0;0, apresentava um colo apagado com 4cm de dilatação e um CTG com contractilidade regular de média amplitude. Já tinha sido efetuada analgesia epidural e encontrava-se de momento sem desconforto.</p> <p>O trabalho de parto foi decorrendo de forma gradual e sem intercorrências, com necessidade de analgesia por dor que foi sendo administrada e a senhora foi transferida para a Box1 quando apresentava 9cm de dilatação.</p> <p>Ainda na sala de dilatação durante a evolução do TP tinha sido explicado ao casal as várias etapas do TP e a necessidade de transferência para outra sala.</p> <p>Já na Box e uma vez que nos encontrávamos mais perto do período expulsivo, o casal tinha muitas dúvidas acerca do período expulsivo, sobretudo a utente “tenho medo que ele nasça e não dê conta” então foi explicado ao casal quais as sensações que a mulher ia sentindo, de como era importante respirar no período expulsivo para ajudar o seu bebé a nascer. Questionei-os também sobre quais os seus desejos sobre o poder estar logo com o bebé em contacto pele a pele com a mãe e se o pai gostaria de cortar o cordão umbilical, ao que me responderam que sim se fosse possível.</p> <p>Chegado o momento expliquei ao casal o que se iria passar e auxiliei a senhora a posicionar-se.</p>	<p>Informar o casal sobre os procedimentos, diminui a sua ansiedade e promove a sua colaboração, e dá-lhes segurança.</p> <p>Conhecer as expectativas e desejos do casal ajuda-nos a prestar cuidados individualizados, promovendo assim o seu conforto.</p> <p>O envolvimento do companheiro nos cuidados promove sentimentos de união e companheirismo no casal, bem como ajuda o companheiro a sentir-se</p>

<p>Quando me encontrava a vestir e a organizar o material no campo, o casal colocou mais uma das suas dúvidas à enfermeira que iria receber o bebé e que se encontrava mais perto deles, e obtiveram a seguinte resposta “a senhora não está é preparada para ser mãe!”. Olhei de imediato para o casal para tentar perceber o que se estava a passar, o casal estava visivelmente transtornado com a resposta e a senhora ficou bastante agitada olhando para o marido e para as enfermeiras que se encontravam na sala procurando algum apoio.</p> <p>Olhei para ela e disse “S olhe para mim, vai tudo correr bem. Sente as contrações?” S: “Não” Eu: “Então vai fazer força quando eu lhe disser, ou quando sentir necessidade.” O restante período expulsivo decorreu normalmente terminando no nascimento de um rapaz de 3540g com IA: ao 1’-9; 5’10 que foi colocado sobre a mãe e o pai cortou o cordão umbilical. Mais tarde o casal agradeceu bastante o apoio e compreensão,” Obrigado sem si não teria sido possível, muito obrigada pelo apoio”.</p>	<p>útil no processo.</p> <p>A falta de empatia com o enfermeiro cuidador promove sentimentos de insegurança e medos no casal levando a um desconforto emocional deste.</p> <p>A relação de ajuda, e o “olhar”, fruto da relação previamente estabelecida com o casal, é fundamental para que o casal confie no cuidador, ajuda ao seu bom desempenho e fomenta sentimentos de satisfação com o seu TP.</p>
---	--

<p>Local: Bloco de Partos HSM</p>	<p>11/5/2012 22h30 – 8h30</p>
<p>Descrição da situação</p>	<p>Comentários do Observador</p>
<p>A senhora e o marido que se encontrava a acompanhar encontravam-se na Box 2. Era um segundo filho, mas devido ao facto de se encontrar já há 10 horas na sala de partos em TP encontrava-se ansiosa e impaciente. A relação estabelecida com a utente era de alguma cumplicidade uma vez que esteve várias vezes internada no serviço onde trabalho (medicina materno-fetal). Quando me viu ficou feliz, “É a</p>	<p>A empatia do profissional de saúde e a relação estabelecida com a mulher/casal ajuda o casal a sentir-se mais à vontade para colocar as suas</p>

Filipa que me vai fazer o parto? Ainda bem que está cá hoje!" estive quase sempre junto dela e do marido, ausentava-me quando era necessário cuidar de outras utentes que se encontravam também na sala de partos. Apesar de ter feito analgesia epidural encontrava-se um pouco queixosa e com algum desconforto ao nível lombar. Decidi envolver mais o marido no processo de cuidar uma vez que se mostrava bastante motivado, tendo fornecido creme gordo ao casal e expliquei como poderia massajar a região lombar aliviando a pressão sentida. A utente sentiu alívio e o marido ficou bastante feliz por poder prestar a sua ajuda.

Chegado o momento do período expulsivo (Estádio 2) foi solicitada à utente a sua colaboração, mas esta encontrava-se muito pessimista verbalizando sempre que não conseguia "Filipa já não aguento mais, por favor ajude-me" ao que lhe respondi "Claro que consegue. Olhe para mim e vai respirar fundo."

Ao fim de algum tempo em que a utente continuava a dizer que não era capaz e de continuar a incentivá-la, acabou por nascer uma menina de parto eutócico.

O casal encontrava-se visivelmente emocionado e feliz e agradeceram "Obrigada pela paciência e apoio."

dúvidas, fomenta sentimentos de segurança e bem-estar.

O **envolvimento do acompanhante** é muito importante para que este sinta que é útil em todo o processo.

A massagem lombar isoladamente não é suficiente para o alívio da dor, mas como medida complementar não farmacológica, revelou-se eficaz no alívio desta, ajudando a mulher a relaxar.

As palavras de incentivo e o **acompanhamento** por parte dos enfermeiros promovem sentimentos de autoconfiança na mulher ajudando no seu desempenho e satisfação com o seu TP.

Local: Bloco de Partos HSM	16/4/2012 15h – 23h
Descrição da situação	Comentários do Observador
<p>Um casal que iam ser pais pela primeira vez e encontravam-se aparentemente calmos.</p> <p>A parturiente estava sem dor, tinha sido administrada analgesia há pouco tempo e apresentava um colo apagado com 9cm de dilatação e uma apresentação no plano (+1).</p> <p>Fui acompanhando o casal e expliquei quais as várias fases do trabalho de parto, os procedimentos que iriam sendo realizados, como seria o período expulsivo e de que forma a mulher poderia colaborar para o nascimento do seu filho. O casal foi colocando as suas dúvidas e a utente perguntou <i>“Senhora enfermeira posso beber água?”</i> Segundo o protocolo instituído pela equipa de anestesia as senhoras podem ingerir cerca de 20ml de água ou chá de 2/2h. Como já havia passado esse tempo disse que sim e a utente ingeriu água <i>“Só isto? Tenho tanta sede”</i>. Passados cerca de 15min perguntou novamente <i>“Senhora enfermeira não posso mesmo beber mais água, tenho tanta sede.”</i> Expliquei o porquê de não poder beber indiscriminadamente líquidos mas que poderia molhar os lábios e dei-lhe compressas molhadas. Compreendeu e agradeceu.</p> <p>Mais tarde, pouco tempo após o nascimento do bebé voltou a perguntar <i>“Senhora enfermeira e agora já posso beber água? Eu nem tenho fome, tenho só sede.”</i> Respondi: <i>“Temos de aguardar a saída de placenta para ver se está tudo bem, mas dou-lhe mais compressas molhadas.”</i></p>	<p>Informar a mulher e o casal diminui a sua ansiedade e fomenta a sua participação no TP.</p> <p>A não ingestão de água foi sem dúvida algo que causou desconforto a esta mulher. Este facto é demonstrado por muitas outras mulheres com experiência semelhante, tendo referido que um dos grandes desconfortos foi não poder beber mais água.</p> <p>Informar e explicar os motivos ajuda à compreensão da mulher e à sua colaboração.</p>

Local: CS Charneca do Lumiar	3/1/2012 – 17/2/2012
Descrição da situação	Comentários do Observador
<p>Nas consultas de puerpério, questionei as puérperas sobre os cuidados que mais valorizaram durante o seu TP, quais tinham sido promotores de conforto e o que mudavam ou que sugestões gostariam de dar. As respostas obtidas foram:</p> <p>Puérpera 1: <i>“Gostei especialmente quando o enfermeiro me colocou compressas com água fria na cara, quando estava a fazer força para o bebé nascer. Tirando o facto de sentir algumas dores, gostei muito, não mudava nada.”</i></p>	<p>No período expulsivo a mulher faz esforços causando sensação de calor, o que se pode tornar desconfortável. As compressas frias aqui assumem o papel de uma medida promotora de conforto físico, diminuindo essa sensação de calor.</p>
<p>Puérpera 2: <i>“Para mim, foi muito importante estar acompanhada pelo meu marido. Sobretudo porque muitas vezes tocamos à campainha porque estamos com dor e as enfermeiras demoram imenso tempo a vir”.</i></p>	<p>A mulher valoriza o facto de estar acompanhada, sobretudo por alguém que lhe é familiar.</p>
<p>Puérpera 3: <i>“As dores foram o que me causou maior desconforto, mas também o não poder beber água. Mas foi bom quando a enfermeira me deu compressas molhadas para molhar os lábios.”</i></p>	<p>O alívio da dor é valorizado uma vez que a ajuda a relaxar e a vivenciar melhor o seu trabalho de parto, sendo promotor de conforto físico. A hidratação oral durante o trabalho de parto é uma necessidade evidenciada por quase todas as mulheres.</p>

<p>Puérpera 4: <i>“Senti-me muito sozinha, porque às vezes mandavam sair o meu marido e demoravam muito tempo a chamá-lo novamente. Não gostei também, de uma das vezes que estava com dores chamei a enfermeira que demorou quase uma hora a vir e quando eu disse que já tinha chamado há muito tempo respondeu-me - a senhora não é a única na sala de partos, temos outras senhoras que também precisam. Eu percebo que não sou a única, mas estava com muitas dores e já estava cansada porque já estava ali há 10horas.”</i></p>	<p>A presença do acompanhante e o acompanhamento pelos enfermeiros é muito valorizado pelas mulheres para que estas não se sintam sozinhas.</p>
---	---

<p>Local: Serviço de Puerpério do HSM</p>	<p>De: 3-11-2011 a 28-11-2011</p>
<p>Descrição da situação</p>	<p>Comentários do Observador</p>
<p>Durante a minha prestação de cuidados às puérperas, questioneei-as sobre os cuidados que mais valorizaram durante o seu TP, quais tinham sido promotores de conforto e o que mudavam ou que sugestões gostariam de dar. As respostas obtidas foram:</p>	
<p>Puérpera 1: <i>“Este correu melhor que o meu primeiro porque me senti acompanhada, e a enfermeira explicava-me as coisas. Valorizavam as minhas queixas.”</i></p>	<p>O acompanhamento como medida promotora de conforto emocional é muito valorizado pelas mulheres em TP. A informação e a escuta ativa dos enfermeiros assumem também um papel fundamental para que a mulher se sinta cuidada e satisfeita com o seu TP.</p>

<p>Puérpera 2: “ Gostei de tudo, fui muito bem tratada. Senti-me acompanhada, a enfermeira foi-me dando informação que me deixava mais tranquila, porque às vezes o CTG começava a apitar e nós ficamos sempre ansiosas e a pensar que se passa alguma coisa com o bebé.”</p>	<p>A informação e o acompanhamento são mais uma vez valorizados, diminuindo a ansiedade da mulher/casal.</p>
<p>Puérpera 3: “Fui mãe pela primeira vez então quando entrei estava muito nervosa. A enfermeira foi muito simpática explicou-me tudo, o que me acalmou bastante. Na hora do bebé nascer ajudou-me muito porque me explicou como devia respirar e o que devia fazer. Senti-me muito apoiada.”</p>	<p>A empatia com o enfermeiro cuidador é fundamental para que a mulher se sinta à vontade para colocar dúvidas e solicitar ajuda quando necessita. A informação e ensinios à mulher/casal capacitam-nos para uma participação ativa no seu TP e um melhor desempenho, fazendo com que estes se sintam mais satisfeitos.</p>
<p>Puérpera 4: “ No geral acho que correu bem, só houve uma coisa que não gostei, foi no momento do bebé nascer, estava muita gente na sala e senti-me exposta. Estamos numa posição desconfortável e com 5 pessoas no fundo da sala a ver foi para mim e para o meu marido muito constrangedor.”</p>	<p>A privacidade foi no testemunho desta mulher o que a levou a sentir-se desconfortável durante o seu TP. Sendo o parto um momento único e de grande intimidade para o casal, eles sentiram-se expostos. Quando cuidamos a mulher/casal devemos ter o cuidado de proporcionar um ambiente o mais acolhedor possível preservando sempre a sua privacidade.</p>
<p>Puérpera 5: “Não poder beber água foi um dos maiores desconfortos. As compressas molhadas que a enfermeira me deu para molhar os lábios, foram muito confortantes. De resto correu tudo muito bem.”</p>	<p>A hidratação oral assume uma importância fundamental na promoção de conforto físico.</p>

<p>Puérpera 6: <i>“Tive muitas dores porque a epidural não fez efeito, e estive muitas horas em TP. O ter de estar sempre deitada foi horrível, estava com muitas dores nas costas e não me deixavam levantar. Depois chegava um profissional observava-me e falava para o outro e iam embora, vinham outros e a mesma coisa e nós estamos ali sem perceber o que se está a passar se as coisas estão ou não a correr bem e ninguém nos diz nada.”</i></p>	<p>A informação fornecida ao casal no período que antecede o parto é fundamental para que estes estejam mais informados e preparados para o trabalho de parto.</p> <p>A deambulação com medida de conforto físico à mulher é muito valorizada.</p> <p>A informação e o envolvimento do casal em todo o processo é fundamental para reduzir a sua ansiedade e para que se sintam verdadeiramente cuidados e satisfeitos durante o TP.</p>
<p>Puérpera 7: <i>“Posso dizer que tive uma boa experiência, as enfermeiras foram-me explicando as coisas, e quando levei a epidural fiquei sem dores. O que mais me provocou desconforto foi mesmo o estar algaliada, tanto que pedi à enfermeira para me retirar a algália e depois disso fiquei muito melhor.”</i></p>	<p>Alguns cuidados mais invasivos em vez de satisfazerem o seu verdadeiro objetivo, que é o benefício e bem-estar da mulher podem ter o efeito contrário, provocando-lhes um profundo desconforto.</p> <p>Também aqui o nascimento que deveria ser visto e vivido com um acontecimento natural é transformado muitas vezes num momento medicalizado repleto de inúmeras intervenções à mulher.</p>

Puérpera 8: *“Não tenho qualquer queixa. Correu tudo bem, as enfermeiras foram muito simpáticas e sempre que eu chamava com dores eram muito prestáveis. A única coisa menos boa é o facto de depois do parto ficarmos no corredor, onde estão sempre pessoas a passar.”*

Puérpera 9: *“Muito barulho, é quase impossível conseguir descansar. Tive muitas horas em trabalho de parto e depois quando foi preciso fazer força para o bebé nascer já não conseguia porque me sentia muito cansada.”*

O **ambiente físico** envolvente é um dos fatores que pode provocar desconforto à mulher/casal. Mais uma vez a falta de privacidade e de um ambiente físico mais íntimo causou desconforto.