

Curso de Mestrado em Enfermagem

Saúde Materna e Obstetrícia

Hidroterapia como técnica de relaxamento no trabalho de parto: uma estratégia do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica

Alexandra Pinheiro Simões de Almeida

2012

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Curso de Mestrado em Enfermagem

Saúde Materna e Obstetrícia

**Hidroterapia como técnica de relaxamento no trabalho
de parto: uma estratégia do Enfermeiro Especialista de
Saúde Materna e Obstétrica**

Alexandra Pinheiro Simões de Almeida

Professora Helena Presado

2012



Dedicatória

Ao João e à Carolina

Agradecimentos

Prof^a Maria Helena Presado, pela linha de orientação transmitidas e permanente disponibilidade para ajudar a ultrapassar as dificuldades. As observações, críticas e comentários que fez permitiram a correcção de pontos, alteração da forma de apresentação do relatório e contribuíram para uma maior clareza do texto.

Orientadores Especialista Isaura Fonseca e Prof.^o Mário Cardoso, pelo ensinamento e acompanhamento.

Equipa de Enfermagem do Serviço de Ginecologia, pela cooperação e palavras de incentivo ao longo do curso.

Ao meu marido e aos meus pais pelo apoio prestado

RESUMO

O presente relatório tem como finalidade dar a conhecer as competências específicas desenvolvidas no âmbito da aplicação de técnicas não farmacológicas, no decorrer de um estágio, no bloco de partos, enquanto aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Este tema foi especificado em aspectos parcelares: identificar as condições em que pode desenvolver-se a aplicação da hidroterapia como técnica de relaxamento no trabalho de parto; avaliar os reflexos desta aplicação nos atores envolvidos no processo (parturiente/acompanhante significativo e EESMO), reflexão sobre a hidroterapia como técnica de relaxamento no trabalho de parto; revisão da literatura, numa perspectiva analítica e reflexiva, bem como a revisão da legislação relativa à formação de um Enfermeiro Especializado em Saúde Materna e Obstetrícia e o estabelecimento dos percursos metodológicos de modo a procurar responder à questão ***“Que benefícios as parturientes identificam quando submetidas à hidroterapia como técnica de relaxamento em trabalho de parto?”***; definição dos objectivos e relato das actividades, cuja consecução permite atingir o desenvolvimento de competências específicas de um Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia; considerações e possíveis perspetivas futuras de pesquisa no domínio da aplicação de técnicas não farmacológicas no trabalho de parto.

Além de adotar uma atitude de permanente aprendizagem, relativamente à forma como um EESMO se relaciona com a parturiente e avalia as necessidades específicas do fenómeno de parir, bem como o interesse pela opinião da parturiente e o incentivo à pro-atividade no trabalho de parto. A proposta de aplicação da hidroterapia como técnica de relaxamento no trabalho de parto levou a uma boa aceitação pela parturiente acompanhante, quer no momento dessa proposta, quer através das informações obtidas no decurso da aplicação da técnica e no pós parto. Os relatos obtidos demonstraram uma adesão dos intervenientes no processo, realçando satisfação e auto-estima positiva das parturientes.

Assim, a hidroterapia como método não farmacológico, no relaxamento em trabalho de parto, poderá e deverá vir a ser um tema objecto de análise e reflexão, quer pelas parturientes/conviventes significativos, quer pelos EESMO.

Palavras-Chave: Hidroterapia, Parto Natural, Dor, Duche.

ABSTRAT

The present report has as purpose to give to know the developed specific abilities in the scope of the application of not pharmacological techniques, in elapsing of a period of training, the block of childbirths of an hospital in Great Lisbon, while pupil of the Master's degree in Nursing of Health Maternal and Obstetrician (Superior School of Nursing of Lisbon). This subject was specified in aspects to parcel out: to identify the conditions where it can be developed application of the hydrotherapy as technique of relaxation in the childbirth work; to evaluate the consequences of this application in the involved actors in the process (parturient/accompanying significant and EESMO). The study it encompassed diverse dimensions: reflection on the hydrotherapy as technique of relaxation in the childbirth work; revision systemize of literature on this subject, in an analytical and reflective perspective, as well as the revision of the relative legislation to the formation of a Nurse Specialized in Health Maternal and Obstetrician; establishment of the methodological procedures in order to look for to answer to the question ***“That benefits the women in labor identify when submitted to the hydrotherapy as technique of relaxation in childbirth work?”***, definition of the objectives whose achievement allows to reach the development of specific abilities of a Nurse Specialist of Health Maternal and Obstetrician; story of the implemented activities considerations on the relevance of the ethical values in the Nursing; final considerations and possible future perspectives of research in the domain of the application of not pharmacological techniques in the childbirth work . Throughout the period of training I looked for, beyond adopting an attitude of permanent learning, to be a participatory observing, relatively to the form as a EESMO if it relates with the woman in labor and it evaluates the specific necessities of the phenomenon to give birth, as well as the interest for the opinion of the woman in labor and the incentive to the pro-activity in the childbirth work. The proposal of application of the hydrotherapy as technique of relaxation in the childbirth work led to an acceptance for significant the accompanying woman in labor/, wants at the moment of this proposal, wants for the information gotten in the continuation of the application of the technique and in the after-childbirth. The gotten stories demonstrate a significant adhesion, of the intervening ones, to the process, enhancing satisfaction, raised self-esteem of the women in labor.

Thus, the hydrotherapy as not pharmacological method, in the relaxation in childbirth work, will be able and have to come to be a subject to analyze and to reflect wants for significant conviventes women in labor, wants for the EESMO.

Keyword: Hydrotherapy; Natural Childbirth, pain, Shower

SIGLAS

AESMO - Aluna da Especialidade de Saúde Materna e Obstetrícia

Bpm – Batimentos por minutos

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

DO – Docente Orientador

EESMOG – Enfermeiro Especialista de Saúde Materna Obstetrícia e
Ginecológica

ESMO - Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia

IA – Índice de APGAR (Tabela de avaliação de um conjunto de itens do recém-nascido, autora: Virgínia Apgar).

ICM – International Confederation of Midwives

OE – Ordem dos Enfermeiros

OL – Orientador Local do Estágio

OMS – Organização Mundial de Saúde

RABA – Rutura artificial da bolsa amniótica

REBA – Rutura espontânea da bolsa de amniótica

RL – Revisão de literatura

RN – Recém-nascido

SUOG – Serviço de urgência obstétrica e ginecológica

LISTA DE QUADROS

Quadro I: Unidades de Contexto de Registo, referente à Categoria “*Parturiente utilizando a hidroterapia*”.....31

Quadro II: Unidades de Contexto e Unidades de Registo, relativo à Categoria
Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstetrícia e
Ginecologia.....32

Índice

0. INTRODUÇÃO.....	12
1. METODOLOGIA DE TRABALHO	15
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	19
2.1 Trabalho de Parto	20
2.2 Hidroterapia como Técnica de Relaxamento no Trabalho de Parto	23
2.3 Modelo de Jean Watson: no Cuidar em Enfermagem.....	27
2.4 Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia	29
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS - NO PROCESSO DE APRENDIZAGEM	32
3.1 Caracterização do Contexto de Aprendizagem.....	32
3.2 Atividades Desenvolvidas e Resultados.....	33
3.2.1 Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que permitem prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto, sendo sensível à sua cultura.	35
3.2.2 Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que promovam a hidroterapia durante o trabalho de parto segundo as práticas demonstradamente úteis, recomendadas pela OMS.	39
3.2.3 Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que permitem potenciar o bem-estar da mãe e do recém-nascido, promovendo a sua adaptação/otimização à vida extra-uterina.	48
4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	53
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
ANEXOS	63

ANEXO I: Folha de Avaliação do Estágio com Relatório	64
APÊNDICES.....	66
Apêndice I: Grelha da Revisão Sistemática da Literatura	67
Apêndice II: Grelha de Observação e Guião para a Elaboração dos Diários de Campo.....	71
Apêndice III: Diários de Campo.....	75
Apêndice IV: Atividades Desenvolvidas no Estágio com Relatório.....	82
Apêndice V: Ação de Formação em Serviço sobre <i>EMPOWERMENT</i> DA MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO - <i>Um desafio para o cuidar do EEESMOG, que incluiu a hidroterapia</i>	85
Apêndice VI: Diários de Aprendizagem.....	105

0. INTRODUÇÃO

O presente relatório integra o conjunto de trabalhos realizados, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), que decorreu na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

É seu objectivo dar a conhecer as diversas etapas de aprendizagem teórica e práticas realizadas durante o estágio no Bloco de Partos de um Hospital da Grande Lisboa, no período compreendido entre 27/02 e 27/07/2012, sob a orientação do Docente Orientador (ESEL) e da Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) Orientadora do Local de Estágio.

Procurei que os conhecimentos adquiridos me permitam contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados a prestar à parturiente/família durante o trabalho de parto, levando à aquisição e ao aperfeiçoamento das competências específicas inerentes ao Enfermeiro Especialista de Saúde Materna, Obstétrica (EESMO). Segundo CARON e SILVA (2002, p.486), a forma como os cuidados são prestados às parturientes tem contribuído para que demonstrem uma enorme angústia associada a medo e principalmente à dor. Receiam a equipa de profissionais de saúde que as vai receber, há relatos de atendimentos impessoais, frios, distantes, o isolamento em boxes, rodeadas de aparelhos emitindo sons incompreensíveis. Por vezes, o profissional de saúde presente controla a situação, assumindo algum autoritarismo na execução das técnicas obstétricas, sem valorizar o apoio emocional da parturiente.

Assim, senti necessidade de aprofundar o meu conhecimento em duas vertentes complementares: a) a área das técnicas não farmacológicas em trabalho de parto, especificamente, a técnica da hidroterapia, identificando os seus benefícios, ao longo do parto das mulheres que experimentaram este processo de relaxamento b) a humanização dos cuidados em obstetrícia, através do *cuidar* procurando dar um maior apoio às parturientes, estabelecer uma relação interpessoal com a parturiente/acompanhante significativo de modo a incentivar a auto estima e confiança do casal, ouvindo as suas apreensões, medos, angústias e procurando atenuar em simultâneo a dor e esses sentimentos negativos, de modo a que o TP decorra em clima da maior tranquilidade possível.

A fim de estruturar o meu estágio, procurei delinear a questão que esteve subjacente às atividades que desenvolvi ao longo desse período.

“Que benefícios as parturientes identificam quando submetidas à hidroterapia como técnica de relaxamento em trabalho de parto?”

A esta questão fulcral associavam-se alguns aspectos complementares:

- *Que alterações ocorrem, na experiência de um trabalho de parto conduzido naturalmente, recorrendo à hidroterapia?*
- *Que vivências partilham as utentes que recorrem a esta técnica de relaxamento no seu trabalho de parto?*

Constatei, assim, a necessidade de consolidar aprendizagens anteriores e procurar novos saberes que me permitissem conhecer os benefícios da hidroterapia no trabalho de parto e identificar os cuidados especializados a prestar às parturientes submetidas a esta técnica não farmacológica.

A fim de estruturar o estágio, considerei ser de interesse procurar a consecução dos seguintes objectivos

- **Objetivo 1** - Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/família, durante o período pré-natal, trabalho de parto e pós-natal, sendo sensível à sua cultura.
- **Objetivo 2** - Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que permitam promover a hidroterapia durante o trabalho de parto seguindo, em simultâneo, as práticas recomendadas pela OMS.
- **Objetivo 3** - desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que permitam potenciar o bem-estar da mãe e do recém-nascido, promovendo a sua adaptação/otimização à vida extra-uterina.

A partir deste ponto, procurei situar teoricamente o tema, num quadro mais vasto em que se insere – a Obstetrícia. Iniciei uma revisão da literatura ao meu alcance, com especial incidência no tema em estudo – a Hidroterapia como Técnica de Relaxamento no Trabalho de Parto. A reduzida existência de estudos empíricos que se lhe referem, não permitiu, ainda, uma análise das suas potencialidades, de modo, suficientemente, objectivo e fundamentado. Essas potencialidades virão, decerto a ser aprofundadas e exploradas, aguardando-se que de futuras investigações resultem pistas facilitadoras de uma maior operacionalidade na implementação dessa técnica não farmacológica, nos blocos de partos.

Sendo o trabalho de parto um acontecimento natural conclusivo da gravidez, quando em contexto hospitalar, sofre um conjunto de alterações, quer pelas técnicas usadas, quer

pela atuação dos profissionais de saúde da área, procurando otimizar os recursos existentes. Há necessidade de identificar e caracterizar o que as mulheres experimentam, quando se recorre a práticas de relaxamento, no trabalho de parto, como a hidroterapia em articulação com atitudes tendentes à humanização dos cuidados prestados. Uma vez que a hidroterapia promove o relaxamento e sendo um recurso não farmacológico facilitador do trabalho de parto, cabe aos profissionais de saúde especializados proporcionar às parturientes a oportunidade de vivenciarem uma experiência mais natural e autónoma, menos dolorosa e mais satisfatória, na segurança de um contexto hospitalar. No capítulo inicial deste relatório, após uma revisão da literatura, procurei situar teoricamente o estudo. No segundo capítulo descrevo os procedimentos metodológicos adotados. No terceiro capítulo identifico a implementação das atividades que me permitiram procurar a consecução dos objectivos propostos, de modo a tentar adquirir as competências específicas, que de acordo com a legislação, uma EESMO deve assumir. Ainda neste capítulo, refiro a acção de formação promovida pelo grupo de estagiárias (em que estou incluída) do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, destinada a sensibilizar os profissionais de enfermagem do Bloco de Partos, para a aplicação de técnicas não farmacológicas, técnicas de relaxamento, no trabalho de parto. A sessão teve lugar, em 11/07/2012, na sala de formação do Bloco de Partos. No quarto capítulo registei algumas considerações sobre os valores éticos fundamentais no exercício da Enfermagem. No quinto capítulo, além de tentar proceder à síntese do trabalho realizado e apresentar algumas considerações finais, referem-se as limitações que este tema pode encontrar e algumas perspetivas de futuras pesquisas que permitam a construção de novas práticas, no quadro das técnicas não farmacológicas de relaxamento no trabalho de parto.

1. METODOLOGIA DE TRABALHO

Segundo NUNES (2010) a metodologia de trabalho de projeto prevê uma interação entre a teoria e a prática, sendo também necessário que essa interação seja concretizável, de acordo com a pesquisa bibliográfica realizada e as situações reais. Desta forma, o plano de trabalho deve organizar-se de modo pragmático, com efeitos a não muito longo prazo, de modo a poder ter uma concretização prática, útil e de certo modo rápida. Considera, ainda, que o problema a trabalhar deverá ser consistente, estar relacionado com experiências ou necessidades pessoais, ser exequível, congregando e articulando diversos conhecimentos. O resultado obtido deverá levar o interveniente a um outro patamar de saberes e à aquisição de novas capacidades/competências, nos vários níveis científico, técnico, humano, cultural e ético.

Assim, concebi a planificação e a concretização do estágio que realizei, como complemento da aprendizagem teórica que decorreu na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, tendo como suporte as etapas do processo de investigação, se bem que de modo simplista. Delineei uma questão para a qual pretendia obter resposta, procurei documentar-me sobre o tema, de modo a adquirir os conhecimentos teóricos que levassem à implementação de actividades conducentes à aquisição das competências práticas. Por fim, assumi no BP a implementação dessas actividades.

Refletindo sobre as considerações, do autor acima citado, relativas à metodologia do trabalho de projecto, formulei a questão: “ ***Que benefícios as parturientes identificam quando submetidas à hidroterapia, como técnica de relaxamento, em trabalho de parto?***”

Para RAMALHO (2006) é indispensável uma revisão sistematizada da literatura quando se pretende conhecer o estágio de evolução de um ramo do saber, a fim de apreender as suas especificidades. Esta revisão deverá ser acompanhada de uma reflexão e uma análise crítica, de modo a seleccionar os elementos fundamentais para o estudo que se pretende empreender.

Além da bibliografia consultada, utilizei a base de dados eletrónica para pesquisa bibliográfica EBSCO (*CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text*), procurando obter os artigos publicados de 2/ 2000 a 12/2011, em texto integral, com os seguintes descritores: [“*hydrotherapy*” or “*water therapy*” or “*natural labor*” or “*delivery*”; “*childbirth*” or

“management of labor” e (“hydrotherapy labor pain” OR “water midwifery”) and (“shower” or “birth” or “natural birth”.

Esta pesquisa permitiu-me obter um total de 303 artigos e levou-me a constatar a necessidade de seleccionar a informação pertinente para a realização do meu estágio com relatório. Para isso, estabeleci normas que me permitiram realizar a selecção de conteúdos, isto é, subordinei a escolha a critérios de inclusão e, em paralelo, a critérios de exclusão.

Como critério de exclusão estabeleci que seriam eliminados os artigos que, não se enquadravam no tema a trabalhar e com data anterior ao ano 2000. Após uma leitura breve, eliminei 280 artigos cujo título e *abstract* por si só indicava não estarem no âmbito da informação pretendida e também outros 12 artigos, cuja leitura mais atenta permitiu verificar não estarem relacionados com o tema cumprindo o critério de exclusão. Dos restantes 3 documentos não estavam disponíveis em *full text*, 2 artigos encontravam-se repetidos em duas bases de dados.

Como critério de inclusão, os artigos em análise deviam focar o meu objecto de estudo. Este critério levou à selecção de 6 artigos (em português, inglês e espanhol) (Apêndice I), cujos conteúdos considerei relevantes para o tema *“Hidroterapia como Técnica de Relaxamento no Trabalho de Parto”* e por inerência, também relacionados com a questão PICO.

Após a revisão da literatura e de acordo com a questão enunciada, procurei delinear as competências que pretendia atingir e programar um conjunto de actividades ou estratégias que permitissem atingir as competências específicas, de modo a responder à questão enunciada.

- *Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que permitem prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto, sendo sensível à sua cultura.*
- *Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que permitem promover a hidroterapia durante o trabalho de parto seguindo, em simultâneo, as práticas recomendadas pela OMS.*
- *Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que permitem potenciar o bem-estar da mãe e do recém-nascido, promovendo a sua adaptação/otimização à vida extra-uterina.*

A partir deste item e sem esquecer que NUNES (2010) refere a existência de uma grande diversidade de atividades que podem ser desenvolvidas no âmbito de um projecto de investigação, procurei reunir informação complementar sobre o parto e os seus condicionalismos, atendendo à dimensão que este tema assume no trabalho que pretendo realizar.

Segundo CARON e SILVA (2002, p.486) a *“obstetrícia nasceu sob a tutela da cirurgia e transformou o parto e o nascimento em evento medicalizado, descaracterizando a essência do fenómeno existencial e psicológico, para mãe e filho [...]”*, deste modo o parto é objecto de uma preocupação sobre a vivência das mulheres submetidas, em geral, a um acto médico. A resposta satisfatória das parturientes pelos cuidados prestados no decorrer do parto, está interligada com a envolvimento do ambiente que as rodeia no momento do nascimento do seu filho e, sem dúvida este mesmo ambiente tem também repercussões durante o trabalho de parto.

Deverá ser dada, à mulher, autonomia para a sua tomada de decisão relativamente ao modo como pretende que decorra o trabalho de parto, sendo por isso aconselhável a elaboração de planos de parto pelo profissional de saúde/grávida.

A utilização da hidroterapia no TP é um tema que suscita o meu interesse e o de muitas grávidas.

Seguindo uma perspectiva de análise qualitativa, procurei estruturar o trabalho, recorrendo a BILKEN e BOGDAN (1994, p.150) que considera os diários de campo como *“o relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiencia e pensa do decurso da recolha e refletindo sobre os dados de estudo qualitativo”*. Assim, a partir de um guião elaborei os diários de campo e respectiva grelha de análise (Apêndice II) e procedi à colheita de dados com o registo, nesses diários, da informação obtida.

A prestação de cuidados efectuada ao longo do estágio foi diversificada: atendimento da parturiente/convivente significativo no pré parto, durante o TP e no pós parto acompanhada pelo relacionamento interpessoal que estabeleci e estando atenta à participação dos intervenientes. Essa atividade conjuntamente com a análise da informação obtida a partir dos diários de campo constituiu tema para uma reflexão crítica sobre a qualidade do trabalho que desenvolvi, vantagem do processo não farmacológico utilizado, validade das atitudes assumidas, coerência profissional durante o estágio procurei verificar a pertinência das actividades implementadas e os resultados obtidos

foram analisados e comparados com os saberes provenientes da aprendizagem curricular, da revisão de literatura e com a prática resultante dos estágios realizados.

A partir desta linha de atuação, enfatizando o articular de conhecimentos teóricos com conhecimentos práticos que adquiri as competências específicas de enfermagem de especializada em saúde materna e obstétrica.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Ao iniciar a abordagem ao tema e ao longo da pesquisa bibliográfica realizada, verifiquei alguma escassez de estudos sobre a vertente fenomenológica do parto, principalmente no que diz respeito às vivências das mulheres e do seu trabalho de parto. OLIVEIRA e MADEIRA (2002) confirmam a carência de estudos nessa área, salientando uma lacuna na informação existente relativamente à subjetividade individual associada ao parto, ou seja, à forma como as grávidas sentem/vivem este momento particular das suas vidas e ao que lhes poderá proporcionar maior satisfação, podendo tomar decisões compartilhadas.

No entanto, a Organização Mundial de Saúde (1996) tem divulgado, desde os anos 80, com base em dados científicos, sucessivamente, actualizados, um conjunto de recomendações sobre os cuidados a prestar no decorrer de um parto normal (de acordo com a terminologia utilizada pela OMS) que contestam as práticas preconizadas pelo modelo biomédico, relativamente ao parto de baixo risco. De acordo com DAVIM e BEZERRA (2002 p.728),” [...] a OMS preconiza medidas onde a mulher em trabalho de parto deverá ter suporte emocional e atenção à saúde com o mínimo de intervenções.” A OMS (1996) desenvolveu uma classificação de práticas comuns na condução do parto de modo a torná-lo o mais fisiológico possível. Essa classificação organiza as referidas práticas em quatro categorias.

Assim, a “*Categoria A – Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas*” recomenda a utilização de métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como as técnicas de relaxamento a incentivar durante o trabalho de parto. O *Regulamento das Competências dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica* da Ordem dos Enfermeiros considera que o EESMOG “*assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco (...) e intervenções autónomas interdependentes em todas as situações de médio e baixo risco (...)*”. O Artigo 4º desse Regulamento define as competências específicas do EESMO: a) *Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional*; b) *cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal*; c) *cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto*; d) *cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período*

pós-natal; e) cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério; f) cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; g) cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

A OMS e OE, vêm a dar relevo à necessidade de uma pesquisa de técnicas auxiliares do TP, conducentes à optimização das condições de bem-estar da parturiente. A perda de controlo sobre a sua atuação no decurso do parto, levou a uma evidente redução na satisfação das mulheres, quanto à forma como ele decorre, tendo esta situação levado ao crescimento de um suposto movimento pró-parto natural. Aliado a este, surge a possibilidade de proporcionar um parto, com recurso a técnicas visando uma maior satisfação, face às vivências das parturientes durante o TP, nomeadamente quanto ao relaxamento.

Textos sobre as vivências das parturientes, relativamente aspectos fisiológico, físico e psicológico, durante o TP são em número reduzido, no entanto, constatei a existência de diversos estudos sobre a temática do controlo da dor e relaxamento, com resultados extremamente positivos. Esses estudos dão relevância aos temas em causa, com orientações no sentido de assegurar a sua eficácia, como alternativa aos métodos farmacológicos, habitualmente utilizados.

2.1 Trabalho de Parto

O trabalho de parto decorre ao longo de quatro estádios:

- Primeiro estágio: surge com o início das contrações uterinas regulares e termina com a dilatação completa do colo do útero. Desenvolve-se em três fases: fase latente, fase ativa e fase de transição. A fase latente caracteriza-se pelas transformações que ocorrem no colo do útero, não sendo a descida do feto significativa. Nas fases ativa e de transição, constata-se que a dilatação cervical e a descida da apresentação decorrem com maior rapidez. Uma primípara necessita, aproximadamente, 20 horas para que a dilatação completa do colo do útero se realize, enquanto algumas mulheres multíparas conseguem essa dilatação completa em menos de 1 hora. Estes períodos de tempo não são rigorosos, apresentando alguma variabilidade resultante de factores como a gestão clínica do trabalho de parto, o grau de risco da parturiente, a sua idade.

- Segundo estágio: refere-se ao período que decorre desde a dilatação completa do colo do útero até ao nascimento. Este estágio dura, em média, 50 minutos para as mulheres primíparas e 20 minutos para as mulheres múltiparas. Considera-se um trabalho de parto normal, aquele em que o segundo estágio tem uma duração inferior a 2 horas.
- Terceiro estágio: é o período que ocorre desde a saída do feto até à expulsão da placenta. Se esta expulsão ocorrer num intervalo de tempo até 1 hora considera-se dentro dos limites normais; no entanto, a mesma ocorrência pode demorar entre 3 a 5 minutos.
- Quarto estágio: ocorre após a expulsão da placenta. Tem, em média, a duração de 2 horas. O reequilíbrio homeostático ocorre no período de recuperação imediata.

Os mecanismos do parto integram-se nos estádios referidos e consistem nos ajustamentos e rotações efectuadas pelo feto, ao longo do canal do parto, quando o nascimento ocorre por via vaginal.

A maioria das mulheres sente dor durante o trabalho de parto. No entanto, a receptividade de cada uma delas e essa mesma dor varia consoante a sua estrutura física, a sua sensibilidade, isto é varia com a sua situação psicossomática. Como refere CARVALHO e CUNHA (2007, p.191), *“o medo da dor do trabalho de parto e do parto é algo que assusta muitas mulheres e as condiciona negativamente para esses momentos tão significativos para as suas vidas”*.

Segundo DAVIM, TORRES e DANTAS (2008, p.438), relativamente às parturientes e à dor de parto, afirma-se: *“Os sentimentos antagonistas presentes nessas mulheres representam, a existência de conflitos referentes à dor de parto no contexto situacional das mesmas, porém simbolizado de maneira prazerosa pelo evento do nascimento”*. Assim, a gravidez, o parto e o pós-parto são momentos importantes sentidos por cada mulher de modo específico, em que as sucessivas alterações vão interferir na forma como ela percebe o seu corpo e como vai interagir com o espaço que a rodeia.

Nas parturientes múltiparas, a experiência anterior face ao parto e a forma como lidaram com o mesmo vão ser preponderantes no desenvolvimento da auto-estima positiva. Autores, como COSTER (2002) e CARRARO (2008) afirmam que o simples facto da parturiente se sentir valorizada leva a uma atitude de bem-estar e satisfação pessoal.

Para FRÓIS e FIGUEIREDO (2004, p.3), *“o principal objetivo da equipa multidisciplinar na assistência à maternidade é: ajudar o casal a viver a concepção e o nascimento do seu filho de uma forma menos dolorosa possível e de um modo digno e feliz”*. As autoras referem ainda que compete aos profissionais de saúde conhecer as

múltiplas facetas assumidas pela dor, nesta fase tão significativa da vida da mulher/companheiro, de modo a conseguir minimizá-la.

Visando um parto, o mais tranquilo possível para a parturiente, GRAÇA (2000, p.402) refere que *“Não há nenhuma evidência que prove que a dor de parto seja benéfica para a grávida ou para o feto”*. Também não evidencia nenhuma prova científica de que a dor intermitente seja prejudicial a um ou ambos os intervenientes diretos do parto: mãe e filho. O autor (2000, p.402) afirma que *“o stress, a ansiedade e a dor produzem [...] alterações da homeostasia materna e provocam efeitos prejudiciais sobre a parturiente e o feto, assim como afetam a normal evolução do parto”*, não clarificando se se refere a estímulos stressantes (como a dor) contínuos ou intermitentes.

O corpo humano mantém uma dinâmica interna permanente devido à interacção dos sistemas vitais, originando a manutenção e o equilíbrio do organismo. Na mulher, quando se inicia uma gravidez, todo este funcionamento sofre modificações profundas, assumindo a capacidade de se transformar, para gerar um novo ser. A partir do ato de engravidar ocorre um conjunto de alterações no organismo da mulher: alterações fisiológicas, físicas e psicológicas. Os receios e as dúvidas surgem no início da gravidez e prolongam-se até ao momento do nascimento: dúvidas relativas à capacidade de ser mãe, receio de que o bebé não corresponda ao ser imaginado e, principalmente, medo do próprio parto. O momento do parto caracteriza-se por uma grande ambiguidade de sentimentos: a alegria de conhecer o novo membro da família vem acompanhada pelo medo da dor e do sofrimento.

No século XIX, as mulheres de classe social mais elevada começaram a solicitar o acompanhamento da sua gravidez e do seu parto tanto por parteiras como médicos e, na era vitoriana inicia-se a introdução de fármacos, como o ópio, no trabalho de parto. Nessa época criou-se a crença de que partos controlados, quer por meios farmacológicos, quer a partir do uso da instrumentação, seriam mais seguros, rápidos e menos dolorosos do que os dirigidos, naturalmente, pelas parteiras.

Pode afirmar-se que as promessas da ciência “hospitalizaram” o parto. Contudo, essa hospitalização do parto teve custos; segundo COUTO (2003, p.76), *“Um obstetra inglês apercebeu-se de que, no hospital, as mulheres se sentiam tensas, com medo, sós, e pariam com dificuldade; era necessário, por isso, intervir não só sobre o seu estado físico [...] mas também sobre o seu estado psíquico”*. Afirma ainda que (2003, p.78) *“A maioria dos defensores da preparação para o parto concorda que as principais causas de*

dor, durante o trabalho de parto, são o medo e a tensão, que transformam uma sensação natural e fisiológica numa sensação dolorosa.”

BOBACK (1999, p.235) confirma: *“Se medo, tensão e dor andam de mãos dadas, então é necessário aliviar a tensão para ultrapassar o medo e assim, eliminar a dor.”*

ENKIN (2005, p.134) faz referência a estudos controlados, com uma população-alvo superior a 8 000 mulheres, comparando os efeitos no trabalho de parto em instituições hospitalares e em casas de parto, referindo que as *“mulheres designadas para trabalho de parto, em casas de parto, usaram em média menos medicamentos analgésicos, houve menor probabilidade de estímulos de trabalho de parto com ocitocina, e elas tiveram uma maior hipótese de ficarem mais satisfeitas com a sua experiência de parto.”*

2.2 Hidroterapia como Técnica de Relaxamento no Trabalho de Parto

Lamaze, com o objetivo de combater a dor durante o TP, concebeu um método baseado em exercícios respiratórios que ajudam a parturiente, perante a dor, a manter o seu autocontrolo. Este método de Lamaze ou psico-profilático ao procurar o relaxamento da futura mãe, apesar de muito divulgado, não impediu o recurso à analgesia epidural, como refere GRAÇA (2000). No entanto, existem outros meios eficazes para reduzir a taxa de medicação e da intervenção médica no TP.

BRANDEN (2000, p.227) afirma que *“ O objetivo das técnicas de relaxamento é reduzir a ansiedade e a tensão muscular, dessa forma tranquilizando a mente e relaxando os músculos. Alguns estudos indicaram que o relaxamento diminui o consumo de oxigénio, as frequências cardíacas e respiratória, a concentração de lactato no sangue arterial e a atividade do sistema nervoso simpático.”*

Estas considerações permitem concluir que o relaxamento durante o trabalho de parto é fundamental e pode originar uma experiência de parto positiva.

O EESMO com um papel relevante na caracterização/compreensão do momento vivido por estas mulheres, deve atuar de modo a promover a auto-estima da mulher, procurando que o momento do parto seja individualizado e se rodeie de um ambiente de

bem-estar. Além de acompanhar o TP, deverá ter, sempre presente, o modo como o relaxamento interfere na evolução desse processo é essencial para melhorar as condições de bem-estar da parturiente. Este bem-estar reflete o “*cuidar*” prestado pelo EESMO. O “cuidar” é um tema fulcral em Enfermagem e sendo extremamente abrangente vai implicar uma envolvimento especial desse profissional de saúde nas suas atitudes diárias, na relação interpessoal com os utentes, procurando transmitir-lhes serenidade, através da criação de condições de conforto físico e psicológico, carinho, calor humano. WATSON (2002) refere que o enfermeiro devia “...*entrar na pele de cada um dos seus utentes, de forma a saber o que ele/ela precisa*”. Num período tão especial como é o TP, esta vertente da Enfermagem assume particular relevo. O relaxamento contribui para o bem-estar da parturiente conjuntamente com a ocitocina, provocando a contração da parede do útero e com a endorfina., hormona analgésica, diminuindo a dor sentida. Assume também uma enorme importância para o feto, facilita a sua passagem no colo do útero, diminuindo o esforço e sofrimento na preparação para o nascimento.

O relaxamento durante o trabalho de parto é, pelas razões apontadas, um contributo relevante para que esta experiência seja positiva.

Já no antigo Egipto, os sacerdotes e sacerdotisas nasciam na água. Nos finais dos anos 60, na maternidade de Pithivier,, em França, o obstetra Michel Odent revolucionou a sua área de atuação, utilizando uma piscina insuflável para a prática do banho de imersão, durante a dilatação e o nascimento, processo realizado de acordo com a vontade da parturiente.

A hidroterapia como processo natural de relaxamento no trabalho de parto e os seus benefícios para a parturiente têm vindo a ser divulgados ao longo do tempo.

A aplicação dessa técnica, sendo a água uma opção natural, não farmacológica, sem efeitos secundários, tem como objetivo diminuir a dor durante o trabalho de parto surge associada ao parto natural, como uma aliada no combate à dor.

SOTO (2006) refere que o número de parturientes a optar pelo parto natural tem vindo a crescer nos últimos anos. Outros autores consideram que uma das formas de minimizar a dor, no parto, é a utilização do meio aquático, mais especificamente da hidroterapia, como indutora de relaxamento e posterior auto controlo da mulher.

De acordo com FAME (2008) a ação da água quente durante a dilatação provoca um relaxamento tecidual generalizado. Reduz a ansiedade, estimulando a produção de endorfinas, melhora a perfusão uterina e encurta o período de dilatação. Esse

relaxamento tecidular contribui de modo muito significativo para reduzir a necessidade de algumas episiotomias.

Os efeitos da água já foram estudados em vários países (Reino Unido, Bélgica, França, EUA, Canadá) e são sumariados por BOBECK (1999, p.237): *“A hidroterapia [...] tem vários benefícios. O alívio do desconforto e o relaxamento generalizado do corpo reduzem os níveis de ansiedade da mulher. A diminuição da ansiedade diminui a produção de adrenalina que, por sua vez, permite um aumento dos níveis de ocitocina [...] e de endorfinas (para redução da percepção da dor).”*

Além destes efeitos, também contribui, para a eficácia desta técnica, a sensação de leveza proporcionada pela impulsão da água (força exercida pela água, de baixo para cima), possibilitando uma mais fácil movimentação da parturiente e uma escolha de posicionamentos antiálgicos. Com esses movimentos é facilitada a descida do feto pelo canal de parto.

De acordo com MAZONI (2009, pp.40 - 44), a hidroterapia é (...) *uma técnica não invasiva de estimulação cutânea de calor superficial, que associada à intensidade e tempo de aplicação, produz efeito local, regional e geral e dessa forma apresenta-se como tratamento complementar e alternativo para a prática obstétrica*. Também BALASKAS (2002, p.13) refere que “ (...) *a maioria das mulheres surpreende-se com a sensação tão maravilhosa do alívio que sentem quando entram na piscina. A piscina ajuda as mulheres a suportar melhor a dor* “ (...) *Para muitas mulheres, o uso da piscina sobrepõe-se ao uso da epidural*”.

Num estudo liderado por CLUETT (2004, pp. 314-328) afirma-se que “ *a água é uma excelente forma de alívio da dor e tem sido provado que reduz significativamente a necessidade em epidurais e petidina*”. Esse estudo permitiu obter as seguintes conclusões:

- O número de mulheres que necessitaram de aceleração artificial do trabalho de parto foi significativamente menor no grupo que utilizou a água (71%) do que naquele em que foram prestados os cuidados *standards* (95%).
- As parturientes do grupo que utilizou a água referiram maior satisfação com a liberdade de movimentos (91% vs. 63%) e com a experiência da privacidade (96% vs. 81%).

- Houve redução dos pedidos de analgesia farmacológica para combater a dor, nas mulheres que utilizaram a água como forma de relaxamento, durante o trabalho de parto.

Em 2006, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Brasil) recomendou a exclusão do cloridrato de petidina, usado como analgésico opióide.

Uma vez que a hidroterapia promove o relaxamento, quando utilizada como recurso não farmacológico, facilitador do trabalho de parto, é tarefa dos profissionais de saúde especializados nesta área, proporcionar às mulheres a oportunidade de vivenciarem uma experiência mais natural e autónoma, menos dolorosa e mais satisfatória, na segurança de um contexto hospitalar.

Um estudo de MAZONI (2009) (Apêndice I) *“Hidroterapia durante o trabalho de parto: relato de uma prática segura”* refere que 100% das inquiridas refere sensação de bem-estar relacionada com o relaxamento durante o duche e ainda três parturientes salientaram acentuada diminuição da dor.

A equipa de enfermagem deve atuar em interação com a parturiente/convivente significativo, com vista à satisfação das necessidades da parturiente, no decurso do TP, sugerindo alternativas que permitem minimizar o seu desconforto. É importante a comunicação com o “par” que recebe informações e clarifica dúvidas com os profissionais de saúde. A relação interpessoal que se estabelece deve ser entendida como um *cuidar*, uma ajuda de qualidade que, vai incentivar o estabelecimento da relação de confiança e empatia.

DAVIN (2008) (Apêndice I) em *“Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor da parturiente”* relata a experiência realizada com um grupo de parturientes que aceitou submeter-se a um banho de chuveiro, como auxiliar no trabalho de parto. Nas apreciações finais da experiência, enquanto as mulheres afirmaram que o duche permitiu sensações de bem-estar e conforto com diminuição da dor sentida na fase ativa do TP, os profissionais de saúde envolvidos constataram uma redução no tempo de duração desses partos. Com um nível de aceitação deste processo de 80 %, o autor concluiu que o banho de chuveiro é uma técnica de fácil adesão.

Em Portugal, ainda são escassos os locais onde se pode encontrar instalações que possibilitem a utilização da hidroterapia, em trabalho de parto. Também são pouco numerosos os artigos publicados sobre o tema.

2.3 Modelo de Jean Watson: no Cuidar em Enfermagem

As teorias de enfermagem procuram responder à complexidade dos fenómenos que ocorrem na área da saúde, organizando os saberes teóricos e práticos necessários às aprendizagens dos enfermeiros de modo a permitir o desenvolvimento das suas competências específicas.

WATSON (2002, p.61) afirma que a *“Enfermagem é a profissão que tem uma responsabilidade ética e social, tanto para o indivíduo como para a sociedade, para ser responsável pelo cuidar e estar na vanguarda das necessidades de cuidados da sociedade no presente e no futuro”*. Define Enfermagem *“como uma ciência humana de pessoas e de saúde humana”* pretendendo que o enfermeiro seja, além de cientista, teórico e clínico, um agente humanitário, com sentido ético e detentor de um conjunto de valores que lhe permitam cuidar da pessoa, do ser humano como *“um ser- no - mundo”*.

Assim, (p.86) *“A saúde refere-se à unidade e harmonia na mente, no corpo e na alma. (...) está associada ao grau de congruência entre o Eu, como é percebido e o Eu como é experienciado”* será resultado da unidade e harmonia entre *“a mente, o corpo e a alma”*. Também a *pessoa é considerada* (2002, p.97) *“como um ser-no-mundo e é o local da existência humana, é o organismo que experiencia e que compreende”*.

Independentemente das considerações filosóficas registadas, a utilização deste modelo resultou do facto da autora dar uma grande relevância ao “Cuidar” como fundamental na prática da Enfermagem.

Nesta perspectiva, além dos conhecimentos específicos, um EESMO deve procurar ter uma visão atualizada, holística e humanista, envolvendo a noção de harmonia, integrando, nos seus conhecimentos, factores como: a formação de um sistema de valores humanista-altruísta, a relação fé-esperança, a sensibilidade para o próprio e para os outros, a relação de ajuda-confiança, a promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos, usando o método científico para uma adequada tomada de decisão. Considera ainda a relevância do incentivo à auto-aprendizagem, a criação de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual favorável a uma inter-relação eficaz e à capacidade de apoio, na satisfação das necessidades humanas.

Ainda de acordo com a autora, estando a Enfermagem ligada ao ser humano, à vida, à morte, integrando noções tão relevantes como saúde, doença e processos de cuidar, não será possível realçar apenas aspetos empíricos e materialistas da vida, dever-

se-á procurar uma reflexão profunda sobre o ser-se humano, sendo através da Enfermagem que se pode ter uma actividade humana profunda.

Watson (2002) considera o conceito Cuidar extremamente abrangente, tendo grande relevância na Enfermagem. O *Cuidar* é visto como o ideal moral da Enfermagem, a sua essência, constituindo o foco centralizador e unificador da sua prática. Sendo uma profissão que cuida, proporciona um contributo único para o desenvolvimento civilizacional e a um outro nível exerce uma acção preponderante na sociedade em que estamos inseridos.

Assim, a enfermagem apropria-se de conhecimentos de outras áreas e o *Cuidar* toma uma visão integradora e unificadora de várias áreas do conhecimento. O processo de cuidar, a “*ciência de cuidar*” baseia-se na relação *eu-tu*, numa dimensão espiritual, em que o resultado deste contacto gera, transforma e potencializa todo o processo de cura. Não um processo de cura, envolvendo apenas a parte física, mas indo mais além, de modo a ser compreendida numa visão mais abrangente, como recomposição, reestruturação ou reconstituição de toda a complexidade daquele “*ser-no-mundo*”. O processo de cuidar permite criar uma aura de protecção para cada um de nós, melhorando o contributo de cada ser humano para a sociedade de modo a despertar nas pessoas uma maior consciência colectiva, humanista, solidária, em que os valores assumam uma preponderância que tem vindo a ser perdida. Além das competências técnicas, inerentes à profissão, a executar na prática quotidiana, há todo um conjunto de outras aprendizagens e competências que o profissional de enfermagem deverá adquirir.

Os sistemas de saúde, por vezes, com a sua atuação e com os problemas que envolvem, têm propiciado uma submersão dos valores da Enfermagem e, consequentemente, do *Cuidar*, tanto a nível individual, como a nível colectivo. A utilização das tecnologias, máquinas, tarefas administrativas e inclusive ter que orientar os utentes, de acordo com o sistema, poderá, de certo modo, dificultar a função de cuidar que deverá ter um papel preponderante na atuação do Enfermeiro.

Na atividade diária, o Enfermeiro relaciona-se com o ser humano, possuindo um determinado comportamento construído a partir da sua vivência individual, integrando experiências, valores, princípios e padrões culturais, que não podem ser dissociados de si próprio. É frequente surgirem situações que requerem uma determinada atuação e consequente tomada de decisão do profissional de saúde, às quais não é possível dar resposta de carácter científico, pelo que se torna necessário desenvolver outra forma de

conhecimento, que provém da compreensão do outro, do seu interior, do “*self*”, resultando assim na “*arte de enfermagem*”, defendida pelo modelo de WATSON.

Esta posição, que nos sistemas de saúde da Europa ocidental já constitui prática corrente, sendo implementada noutras regiões, iria provavelmente criar grande impacto. Os cuidados de Enfermagem a prestar aos utentes dos Serviços de Saúde além de assumirem a vertente de cuidados clínicos, devem ser complementados com a vertente do “Cuidar” numa perspectiva abrangente, integrando conhecimentos de psicologia e implicando um sentido ética e de valores.

A autora não apresenta, ao longo da sua obra, linhas de orientação de carácter pragmático, que se possam traduzir em vantagens a aplicar na prática da Enfermagem. No entanto a ênfase dada ao “Cuidar” abre um caminho, indica uma via para a humanização da Enfermagem.

WATSON (2002) salienta que numa sociedade como a actual, cujo desenvolvimento científico e tecnológico avança sem conhecimento dos seus limites, maior deverá ser o esforço dos profissionais de Enfermagem para criarem à sua volta núcleos de humanização, de carinho, de afeto, no procurar cuidar do outro. A evolução da tecnologia, leva à necessidade de sensibilizar os Enfermeiros para a filosofia do *cuidar*, saberes e práticas que devem estar presentes no ambiente de trabalho. Como profissão, deverá estar imbuída de valores éticos e sociais, posicionando-se na vanguarda do *Cuidar* da sociedade, no presente e no futuro.

A escolha, no mundo em que vivemos, de uma visão do Homem procurando o bem, orientada para a promoção da saúde, ajudando a pessoa num momento difícil como é a doença, suscitou o meu interesse por este conceito de *Cuidar*.

2.4 Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

Os cuidados de enfermagem devem orientar-se para a promoção de projectos de saúde que proporcionem, à sociedade, as condições favoráveis ao bem-estar, a uma vida saudável. Assim, o enfermeiro deve possuir um conjunto de conhecimentos, habilidades e

aptidões específicas que lhe permitam exercer influência em contextos de prática clínica, de acordo com as necessidades do grupo a quem são prestados os seus cuidados.

O desenvolvimento científico e respetivas consequências levaram à necessidade de formação de uma categoria de enfermeiros, os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia, possuindo determinadas competências específicas. Estas englobam as competências comuns e o conjunto das competências clínicas especializadas de acordo com o art.º 4º do Regulamento das Competências Específicas de um EESMO, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (18/02/2011) e transcrito no Enquadramento Teórico.

Esta visão abrangente dá relevância à Mulher, no âmbito do seu ciclo reprodutivo como a beneficiária principal dos cuidados maternos e obstétricos, os quais devem ser orientados numa perspetiva individualizada. Tendo em atenção toda a sua envolvimento, abrange a relação com os conviventes significativos e integra os contributos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais do meio em que está inserida. As considerações registadas no Regulamento, não só sublinham uma perspetiva individual, mas também numa perspetiva colectiva, como o conjunto das Mulheres em idade fértil, partilhando interesses e condições comuns.

De acordo com o preâmbulo deste regulamento o EESMOG “ *assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais, no ciclo reprodutivo da mulher* “

Constituiu um dos propósitos, no Ensino Clínico-Estágio com Relatório procurar que o profissional de enfermagem desenvolva competências científicas, técnicas, éticas e relacionais de modo a proporcionar um cuidar especializado e de primazia à Mulher/RN/Família. A OE (2009, p.10) menciona que o enfermeiro especialista é o profissional de enfermagem, que possui “ *...um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado*”.

O EESMO apoiado pelo quadro teórico em que se incluem as considerações tecidas por BENNER (2005) deverá saber que ser competente exige mais do que ser um bom executante e que (p.16) “ *o domínio de um conjunto especializado de aspectos da prática não qualificam, necessariamente, o profissional para ser reconhecido como perito*”. Segundo a autora, a obtenção de competências para uma excelência no cuidar, surge como resultado de aprendizagens adquiridas a partir de experiências, da prática concretizada nas situações que surgem no dia-a-dia, articulando o conhecimento teórico com a prática profissional.

BENNER (2005) utilizou como suporte teórico, o modelo de aquisição de competências de Dreyfus (médico brasileiro) e aplicou-o à enfermagem, descrevendo as características, necessidades e comportamentos de aprendizagem, em cada um dos níveis. O modelo defende que o enfermeiro passe por cinco níveis: Iniciado, Iniciado Avançado, Competente, Proficiente e Perito. Para atingir o nível de perito deverá passar, sucessivamente, por cada um dos níveis inferiores.

Num paralelismo com o estágio que realizei, considero ter percorrido as várias etapas estabelecidas por BENNER, delineando objectivos, desenvolvendo actividades que permitissem atingi-los, refletindo sobre as experiências realizadas e resultados obtidos, de modo a reunir os conhecimentos práticos e teóricos implícitos às competências específicas que um EESMO deve possuir.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS - No Processo de Aprendizagem

A palavra competência, de origem latina (*competentia*) foi durante séculos e ainda hoje é usada no âmbito das ciências jurídicas. Na actualidade, a ideia de competência relaciona-se com a capacidade para apreciar e resolver qualquer assunto. O domínio de uma área do conhecimento permite afirmar que um indivíduo atingiu a competência nesse domínio, avalia e toma decisões eficazes e pertinentes relativamente a uma determinada situação

De acordo com o Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, Ordem dos Enfermeiros (20/11/2010) um EESMOG “ *assume no seu exercício profissional, intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher* “.

3.1 Caraterização do Contexto de Aprendizagem

O estágio objeto deste relatório realizou-se no Bloco de Partos do Serviço de Urgência Obstétricas e Ginecológica de um Hospital da Grande Lisboa. Neste Serviço a prestação de cuidados especializados a grávidas e parturientes internadas é da responsabilidade do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia.

O bloco de partos possui sete salas, com casa de banho privativa, equipadas com camas de parto articuladas, permitindo variar as posições a adotar de modo a conferir à parturiente o melhor conforto possível dentro dos condicionalismos da situação. Cada sala possui também, além do material a utilizar quando surge um parto distócico (ventosa e/ou fórceps) o equipamento necessário à prestação de cuidados ao recém-nascido. O bloco operatório possui duas salas, sendo por isso possível a realização de duas cirurgias, em simultâneo.

Algumas vezes o número de utentes atinge a capacidade máxima instalada, sendo por isso necessário encaminhar algumas dessas utentes para outra unidade hospitalar.

A equipa de enfermagem é constituída por vinte Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia e dezasseis Enfermeiros de Cuidados Gerais. Cada turno é chefiado por um EESMOG e é constituído por três EESMOG (em que um EESMOG fica na triagem) e três ECG, distribuídos pelas salas de parto, blocos operatórios e recobro. O facto de já trabalhar no hospital, permitiu-me uma rápida integração, na equipa do Serviço do Bloco de Partos.

As grávidas e utentes de ginecologia que recorrem ao Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia entram na sala de triagem, são encaminhadas para o gabinete médico ou, se necessário para o gabinete onde se processam os cardiotocogramas. Enquanto aguardam a sua avaliação cardiotocografia, permanecem numa outra sala, junto aos gabinetes médicos e à sala de trabalho de enfermagem.

Uma parturiente vinda do Serviço de Urgência é internada directamente, numa sala de partos. Uma grávida em TP permanece na sala de parto até ao nascimento da criança, que permanece junto da mãe. Quando é necessária uma cesariana, a parturiente é deslocada para o bloco operatório; após a intervenção, a puérpera passa para a sala de observação pós-parto, acompanhada na sua cama, pelo RN. Quando o neonatologista considera necessário, o bebé é colocado na incubadora de aquecimento, sendo depois transportado para junto da mãe.

3.2 Atividades Desenvolvidas e Resultados

O estágio com relatório consistiu na implementação das actividades anteriormente programadas, o que permitiu a aquisição de novos saberes e a consolidação de conhecimentos. Por agora, termino meu percurso como estagiária iniciado no Serviço de Ginecologia, seguiu no Serviço de Obstetrícia, Serviço Materno-Fetal, Unidade de Cuidados de Saúde Primários, em diversas Unidades de Saúde. As aprendizagens de teor prático, realizadas ao longo deste período articulam-se com as aprendizagens teóricas realizadas na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e com os conhecimentos adquiridos através da revisão de literatura efectuada são contributos imprescindíveis para a aquisição das competências específicas que pretendo alcançar.

Como muitas grávidas questionam o significado de um parto normal, socorri-me da Ordem dos Enfermeiros (2012). Integrado na OE, um grupo de Enfermeiros Especializados em Saúde Materna e Obstetrícia e baseada na definição da OMS, Parto Normal, será o “ *Parto de início espontâneo, de baixo risco no início, mantendo-se assim até ao nascimento. A criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e as 42 semanas completas de gravidez. Depois do parto, a mãe e o bebé apresentam-se em boas condições* São critérios de inclusão para que um parto seja classificado normal: *a rutura artificial de membranas sempre que não realizada com o intuito de induzir o trabalho de parto, monitorização fetal contínua, controlo da dor com métodos não farmacológicos e farmacológicos, correcção das distócias dinâmicas, episiotomia justificada por razões materna ou fetais, conduta ativa do 3º período de trabalho de parto, parto com complicações minor – como a hemorragia pós-parto ligeira e facilmente controlada, laceração de 1º e 2º grau e reparação perineal, administração de antibiótico para profilaxia da infecção neonatal.*

Um parto normal pode acontecer sem dor, estando, em princípio, ao dispor da parturiente com apoio clínico, métodos farmacológicos e não farmacológicos para aliviar a dor. De acordo com FAME (2008), o facto de as mulheres experimentarem dor durante o TP depende de inúmeros factores: fisiológicos, psicológicos e socioculturais, conjugados com o modo como a parturiente enfrentam a dor e como a manifesta.

Não são classificados como parto normal os abrangidos pelos seguintes critérios de exclusão: *Indução do trabalho de parto (com prostaglandinas, ocitócicos ou rutura artificial de membranas), fórceps, ventosa, anestesia geral, cesariana.* Num parto natural deve procurar-se atenuar a dor (há um limiar diferente de mulher para mulher), a fim de que a parturiente possa ter a vivência do momento do nascimento.

Quando ocorre um parto distócico (ventosa, fórceps ou cesarianas) contacta-se, antecipadamente, o médico neonatologista. Sempre colaborei com o clínico na prestação de cuidados.

As situações que ocorreram durante o “estágio com o relatório”, no Bloco de Partos, inclusive aquelas em que não participei directamente, foram uma fonte de aprendizagem e melhoria de conhecimentos.

Na vigilância dos quatro estádios do trabalho de parto das pacientes, tive a possibilidade de prestar cuidados de enfermagem adequados a cada parturiente e família, permitindo-me um aperfeiçoamento continuado, de modo a que as minhas competências

me tornem uma futura EESMO autónoma, cooperante com a equipa e eficaz, na prática quotidiana e no *cuidar*.

Relativamente à qualidade dos cuidados prestados ao nível da prevenção, segui as diretrizes da Ordem dos Enfermeiros (2010) “...*detetar e tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal*”.

3.2.1 Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que permitem prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto, sendo sensível à sua cultura.

Realizei o *atendimento*, de acordo com a triagem de Manchester, no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG), ao longo do EC ER, procurando desenvolver competências no âmbito da admissão e avaliação das parturientes relativamente ao bem-estar materno-fetal, assim como em outras situações do foro obstétrico e/ou ginecológico. A admissão de uma parturiente compreende a elaboração da sua história clínica (antecedentes pessoais e obstétricos, vigilância da gravidez e serologias) e ainda o motivo que a fez recorrer ao SUOG. Em seguida, é avaliado o bem-estar materno-fetal no caso materno avaliando os sinais vitais. Em relação ao feto recorri à auscultação dos batimentos cardio-fetais, à realização da cardiotocografia (CTG) e colheita sangue para análises, quando necessário. Procurei, deste modo, adquirir a Competência H.2.2.2 - *Identifica e monitoriza a saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados* (D.R 2ª série 18/02/ 2011 p.8663)

Durante a prestação de cuidados interagi de modo a informar, orientar e capacitar a grávida/convivente significativo, promovendo o desenvolvimento de competências parentais.

No BP tive a oportunidade de prestar cuidados a grávidas com patologia associada à gravidez, hospitalizadas para vigilância, sendo as patologias mais frequentes: hipertensão arterial (crónica ou induzida pela gravidez), pré-eclâmpsia e ameaça de parto pré-termo. Para um *cuidar* de qualidade e especializado recorri aos conhecimentos teóricos aprendidos, à revisão da literatura, articulado com a aquisição de conhecimentos práticos sob a supervisão da Orientadora Local, a fim de atingir as competências H 3.2.2 e H3.2.3 -*Identifica e monitoriza o uso materno-fetal durante o TP e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação*.

O acompanhamento da parturiente/acompanhante significativo, durante os 4 estádios do TP, foi, para mim, uma experiência extremamente gratificante. O parto é um momento muito significativo tanto para o casal como para a família e a recordação desses momentos é influenciada pelo modo como ocorre a prestação de cuidados. Desta forma o EESMO assume um papel crucial, na qualidade desses cuidados, devido à proximidade com o casal. O desenvolvimento de competências inerentes à prestação de cuidados especializados à parturiente/convivente significativo em TP, envolveu a realização de actividades, de acordo com o estágio e a evolução deste, procurando, de certo modo, corresponder às expectativas da parturiente.

Na admissão da grávida no BP, o que acontece, normalmente, no 1º estágio do TP, informei o casal sobre o espaço físico que os rodeava e o seu funcionamento, assim como esclareci dúvidas, minimizando desta forma o medo e a ansiedade característico desta situação. Tentei, desta forma, criar um ambiente de segurança durante o parto, procurando adquirir a competência H.3.1.2 “ *Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto* “.

Na vigilância do 1º estágio de TP prestei à parturiente os cuidados: monitorização dos batimentos cardio-fetais, cateterização venosa, realização de enema, higiene, hidratação oral, promoção de técnicas de relaxamento não farmacológicas (hidroterapia, respiração, deambulação, massagem) e técnicas farmacológicas de alívio da dor (analgesia epidural, administração de analgésicos endovenosos).

Procedi à monitorização de sinais vitais do feto (temperatura, tensão arterial e frequência cardíaca) com intervalos de tempo de 4 h, de acordo com as recomendações de FAME, qualquer alteração de um desses sinais vitais pode significar uma alteração no TP. A OMS preconiza a descida da apresentação sem auxílio do enema, por não existir evidência científica de que este procedimento seja benéfico, não altera a duração do parto, nem o índice de infecções neonatais ou do períneo.

Relativamente à alimentação da parturiente, a OMS (1996) aconselha que se proceda à hidratação oral que for solicitada e que seja facultada a ingestão de comidas leves, quando o TP progride dentro da normalidade.

No Bloco de Partos, o EESMO tem autonomia relativamente à hidratação oral. Como medida de prevenção, permite-se apenas a ingestão de alimentos leves e por vezes, restringe-se, um pouco, a ingestão de líquidos. Este cuidado justifica-se, pois em casos de urgência e/ou emergência e sendo necessária uma cesariana, pode evitar-se o

risco da aspiração. Segundo LOWDERMILK (2008, p 442), quando o TP é longo e a parturiente não tem capacidade para ingerir, oralmente, a quantidade de líquidos suficiente e foi submetida a anestesia epidural, intradural ou subaracnoideia dever-se-á proceder à administração de líquidos por punção venosa, a fim de manter a hidratação.

Realizei a avaliação do bem-estar fetal através da monitorização contínua dos batimentos cardio-fetais (CTG) e sua respectiva interpretação. Segundo a FAME (2009), deve usar-se uma monitorização intermitente, com períodos de 20-30 minutos. Realizei, ainda, monitorizações internas e amniotomias. O recurso a estas técnicas efectuou-se apenas em situações em que a monitorização externa era difícil, não possibilitando uma avaliação correta do bem-estar fetal.

A avaliação da cervicometria, enquanto procedimento para avaliar a progressão do TP, a percepção da variedade fetal e seu plano de apresentação, foi uma das dificuldades que foram ultrapassada no decurso do estágio com a orientação e supervisão da Orientadora Local de estágio e a prática adquirida. Uma vez que esta técnica provoca ansiedade e desconforto à parturiente, só foi aplicada quando necessário, limitando desta forma o número de toques vaginais (FAME 2008).

Relativamente ao 2º estágio do TP e de acordo com a competência H 3.2.6 “*Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica*” partilhei o nascimento de uma criança com a futura mãe e seu convivente significativo. Foi, para mim, um momento relevante.

Segundo a FAME (2008), após o nascimento (depois de seco e limpas as secreções da boca e do nariz), protegido por uma cobertura adequada, o recém-nascido deve colocar-se, pele com pele, sobre o tórax ou o abdómen da mãe. O calor materno e o carinho que deverá ser transmitido pela mãe poderão ser benéficos, apaziguadores, na sua chegada a um novo ambiente.

Sabendo que a clampagem do cordão deve realizar-se quando o bebé está estabilizado, procurei a participação ativa da parturiente/convivente significativo, no contato pele com pele e na clampagem do cordão umbilical. Este mecanismo foi, quase sempre, efectuado precocemente, quer por apresentar circulares cervicais apertadas (o que ocorreu em alguns partos), quer por o recém-nascido necessitar de assistência.

A FAME (2008) recomenda a clampagem tardia do cordão (2 a 3 minutos após o nascimento), apenas quando deixa de pulsar. Assim, possibilita uma transfusão placentária de cerca de 30% de volume de sangue adicional e de 60% de eritrócitos para

o recém-nascido, permite-lhe receber o volume sanguíneo necessário para percorrer pulmões, rins, intestinos e pele.

Durante o período expulsivo a parturiente foi incentivada a realizar esforços expulsivos, mas apenas quando sentia necessidade, tal como é recomendado pela OMS. A posição adotada durante o período expulsivo, foi quase sempre a posição de litotomia, apenas uma parturiente adotou, voluntariamente, o posicionamento de semi-sentada. A FAME (2008) defende a adoção de outras posições durante o TP (posição vertical, de cócoras, de joelhos, posição lateral), porque proporciona à parturiente uma evolução do TP mais eficaz, diminui a dor e a correspondente necessidade de analgesia.

A técnica da episiotomia teve uma aplicação selectiva que, de acordo com as indicações da OMS (1996), não deve aplicar-se em partos normais. A episiotomia foi possível em 3 dos partos em que participei, uma vez que em qualquer deles, o períneo ficou íntegro.

Relativamente à avaliação da integridade do canal de parto inserida no 3º estágio do TP, tive inicialmente alguma dificuldade na identificação das estruturas (mucosa vaginal, músculo e pele) para proceder à sua reparação, através da técnica da episiorrafia. Essa dificuldade, com a prática adquirida, foi ultrapassada com sucesso. Ao longo do estágio realizei 42 partos eutócicos com a supervisão da EESMO Orientadora Local do estágio e participei em 21 partos distócicos (variedades posteriores, sofrimento fetal, incompatibilidade feto-pélvica), onde houve recurso ao uso de ventosa, fórceps e cesariana.

O ato de realizar um parto é o culminar do meu processo de aprendizagem, pondo em prática os conhecimentos adquiridos ao longo dos dois últimos anos, procurando atingir as competências do EESMO.

Sendo referido no objectivo 1 que o EESMO deverá ser sensível à cultura da parturiente/família, considero útil conhecer um pouco das culturas dos utentes de determinados núcleos populacionais do HPP-Cascais, algo das suas vivências, hábitos familiares e costumes. Deste modo torna-se mais simples estabelecer uma relação de empatia, de confiança entre utente/convivente e o EESMO, ao longo das etapas do trabalho de parto.

A observação do comportamento das parturientes, relativamente à hidroterapia, como técnica facilitadora do trabalho de parto, permitiu-me reflectir sobre este tema.

Conhecia referências ao “parto na água”, mas pretendia saber mais sobre a hidroterapia, aprofundar o seu conhecimento.

A conjugação de diversas vertentes: os conhecimentos adquiridos ao longo das unidades curriculares, a aprendizagem teórica obtida a partir da revisão de literatura necessária para a realização do estágio com relatório, a prática resultante dos vários estágios que frequentei, a observação do comportamento da parturiente/acompanhante, no Bloco de Partos e, uma atitude reflexiva sobre as situações vividas, ajudaram-me a ter um entendimento mais abrangente das necessidades das utentes e de procurar preencher lacunas na minha aprendizagem.

Adotei medidas não farmacológicas, como a hidroterapia, a deambulação, a respiração, a bola de Pilates. No entanto a maioria das parturientes acabaria por solicitar a analgesia epidural. A minha colaboração com o anestesista concretizou-se, sempre que necessário, quer na colocação do cateter epidural, quer na administração dos fármacos, sem esquecer a informação à parturiente/acompanhante sobre a técnica/posicionamento adequada, procurando esclarecer as dúvidas apresentadas.

Há linhas de atuação que adoptei, definitivamente, como sejam o cuidado atempado e personalizado, de certo modo, afectuoso, a disponibilidade para ouvir, relativamente ao “casal”.

A relação interpessoal que estabeleci com a parturiente/convivente significativo teve subjacente a orientação preconizada por WATSON. Pôr em prática o “Cuidar” abrangendo não só os cuidados clínicos, como a criação de um ambiente afectuoso, de alguma “cumplicidade, valorizei as atitudes positivas do par, para que a sua auto estima se mantivesse elevada e procurei estabelecer uma relação de empatia, que desenvolvesse um sentimento de segurança física e psicológica.

3.2.2 Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que promovam a hidroterapia durante o trabalho de parto segundo as práticas demonstradamente úteis, recomendadas pela OMS.

A consecução deste objectivo permitiu o desenvolvimento de competências específicas de acordo com o tema sobre o qual pretendi aprofundar conhecimentos no decurso do estágio com relatório.

Na concretização das actividades que me permitiam alcançar este objectivo, procedi a uma observação cuidada do comportamento das parturientes nas várias etapas do trabalho de parto. Também surgiram questões relativas à hidroterapia: Porque não é utilizada mais vezes, a hidroterapia, em fases latentes do trabalho de parto? e se a analgesia epidural, efectuada num trabalho de parto demorado, limita a aplicação da hidroterapia?

Considerei necessário conhecer a apreciação das utentes do Bloco de Partos, a quem pretendia aplicar a hidroterapia como técnica de relaxamento no TP e, solicitei a colaboração de parturientes que correspondiam aos critérios de inclusão pré-definidos: ser grávida de termo (37- 42 semanas de gestação), em trabalho de parto (fase latente e/ou ativa), gravidez baixo risco, apresentação cefálica não ter patologias associadas, sem analgesia epidural aplicada anteriormente. Como critérios de exclusão foram definidos: parturientes com analgesia epidural, parturientes com rutura de bolsa e em que a apresentação ainda esteja móvel, apresentação pélvica e parturientes com patologia associada. Apenas duas parturientes cumpriam os critérios estabelecidos, além de terem sido as únicas que a quem prestei cuidados desde a sua admissão no Bloco de Partos até ao nascimento.

Perante a técnica proposta, as futuras mães aceitaram participar nesta experiência, que ocorreu em momentos diferentes do estágio. Com idades entre os 29 e os 32 anos, licenciadas, acompanhadas pelos maridos, apresentavam comportamentos diferentes quando chegaram ao bloco: uma muito à vontade (parto 1), a outra um pouco ansiosa e expectante (parto 2)

As diferenças encontradas, entre o parto 1 e o parto 2, verificaram-se principalmente a nível do comportamento psicológico, provavelmente, consequência das suas vivências anteriores. Enquanto o primeiro casal sabia o que pretendia e já conhecia a técnica a experimentar, o segundo casal foi surpreendido por o processo em causa ser algo de novo e inesperado. No entanto, ambos demonstraram elevadas expectativas, quanto ao uso da hidroterapia no TP. Os resultados obtidos, foram eficazes e contribuíram para o aumento da confiança de cada casal, relativamente a esta técnica.

A primeira abordagem, é extremamente importante para estabelecer uma relação de confiança, de empatia, criando um ambiente de tranquilidade e bem-estar, para que o parto se converta numa experiência positiva. Assim, os primeiros contactos com cada

casal foram no sentido criar uma relação interpessoal, que nestes casos foi bem-sucedida.

No decurso do processo fui observando os comportamentos e, quer pelas suas fisionomias, quer pelas exclamações proferidas, constatei que houve, em cada um dos partos (Parto 1- P1; Parto 2 - P2) momentos de alguma satisfação e bem-estar. Também para mim, como profissional atuante foram muito gratificantes as frases ouvidas, tais como:

- “*Obrigada por estar disponível e estar aqui comigo para me tranquilizar*” (P1)
- “*Que sensação de liberdade me dá...*” (P1)
- “*O duche dá-me uma sensação de tranquilidade, mesmo tendo um pouco de dor, sentir o jato do chuveiro é muito bom...*” (P1)
- “*Não podia ter sido melhor poder utilizar o duche aqui no hospital, pensava que não se podia.... Muito bom mesmo*” (P1)
- “*Sr.^a enfermeira explique ao meu marido os movimentos rotativos ele não sabe como se faz... e gosto da sensação que provoca nas costas*” (P2)
- “*Como sabe bem a água nessa região, ficava aqui até o bebé nascer*” (P2)

A observação dos comportamentos das parturientes em que utilizei a hidroterapia como técnica facilitadora do TP demonstrava uma melhoria significativa de bem-estar. Registei, nos diários de campo para cada parturiente, a correspondente colheita de dados e, a sua análise permitiu-me refletir sobre o tema, tendo em conta a expressão facial da parturiente, a comunicação entre os intervenientes na situação e a envolvimento criada. Constatei uma apreciação positiva da aplicação da hidroterapia, o que permite considerar que esta técnica constitui um contributo válido quando da utilização de métodos não farmacológicos no TP.

BILKEN e BOGDAN (p.150) consideram que os diários de campo são “*o relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiencia e pensa do decurso da recolha e refletindo sobre os dados de estudo qualitativo*”. Assim, a recolha de dados registados nos diários de campo possibilitou a sua análise. Com base no enquadramento teórico efectuado e a reflexão sobre as estratégias utilizadas, permitindo-me verificar a pertinência das atividades implementadas. Verifiquei que os resultados obtidos estavam de acordo com os conteúdos obtidos da revisão de literatura.

No Quadro I correspondente às Unidades de Contexto e Unidades de Registo, relativas à categoria *“Parturiente utilizando a hidroterapia”*, encontram-se as unidades de contexto: *domínio do trabalho de parto, conforto/satisfação por utilizar o duche e predileção pela hidroterapia versus exercícios respiratórios*.

Quadro I: Unidades de Contexto de Registo, referente à Categoria *“Parturiente utilizando a hidroterapia”*

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO
Domínio do trabalho de parto	<i>“ (...) a aplicação da hidroterapia auxiliava a controlar a dor e actuava como relaxante(...)” ()</i> <i>“ (...) constatei que a parturiente e seu convivente significativo estavam satisfeitos pelas suas tomadas de decisão no trabalho de parto relativas à hidroterapia.” ()</i> <i>“ (...) a parturiente ficou mais autónoma depois de ter sido informada sobre a aplicabilidade da hidroterapia” ()</i>
Conforto/satisfação por utilizar do duche	<i>“ (...) sensação de bem-estar.” ()</i> <i>“ (...) o duche conferia-lhe sentimento de tranquilidade, facilitando o trabalho de parto.” ()</i> <i>“ (...) apreendi que a hidroterapia XX tinha sido benéfica, diminuindo a sua ansiedade (...)” ()</i> <i>“ (...) aplicação da hidroterapia representava a esta parturiente o conforto (no alívio da dor) tendo sido uma mais valia.” ()</i> <i>“ (...) compreendi que o incentivo à hidroterapia veio a reflectir no trabalho de parto desta parturiente (...)” ()</i>
Predileção pela hidroterapia versus exercícios respiratórios	<i>“ (...) referiu que a hidroterapia surtia mais efeito que a respiração (no que diz respeito à dor).”</i> <i>“ (...) mencionou a preferência da hidroterapia em vez dos exercícios respiratórios.” ()</i> <i>“ (...) questionou se podia voltar ao duche, pois já tinha feito os exercícios respiratórios (...)” ()</i> <i>“ (...) mencionou se podia ir ao duche e aplicar as duas técnicas em conjunto (...)” ()</i>

Relativamente à categoria Competências do EESMOG (Quadro II), surgem além das Unidades de Registo, as Unidades de Contexto: *promover métodos não farmacológicos de alívio da dor (hidroterapia, massagem, deambulação, exercícios respiratórios, bola de Pilatos), Ensinar a parturiente sobre a hidroterapia como técnica de relaxamento no trabalho de parto e garantir um ambiente benéfico e confortável ao longo do trabalho parto e parto*.

Quadro II: Unidades de Contexto e Unidades de Registo, relativo à Categoria Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO
Promover de métodos não farmacológicos de alívio da dor.	“ (...) reforcei os benefícios da hidroterapia. Adicionando o esclarecimento de outras técnicas disponíveis, como a deambulação e bola de Pilatos (...)” () “ (...) esclareci alguns dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor, como a hidroterapia, deambulação, massagem, exercício respiratórios.” () “ (...) incentivei a reutilizar a hidroterapia, frisando a sua importância no relaxamento e como método não farmacológico de alívio da dor (...)” ()
Ensinar a parturiente sobre a hidroterapia	“ (...) referiu querer recorrer à hidroterapia, pois tinha sido muito benéfico no seu primeiro trabalho de parto, apesar de ter sido aplicado em casa (...)” () “ (...) mencionou não conhecer a técnica mas gostava de experimentar.” “ (...) destacou o facto de ter sido facilitado ao convivente significativo poder aplicar a técnica da hidroterapia (...)” ()
Garantir um ambiente seguro	“ (...) XX verbalizou “Obrigada por estar disponível (...)” “ (...) contentamento por ter proporcionado a possibilidade de usufruir da hidroterapia (...)” () “ (...) a díade encontrava-se extremamente satisfeitos pelos cuidados prestados.” () “ (...) informei que se quisesse levantar toca-se no dispositivo de chamada (que verifiquei se estava ao seu alcance), que iria ao seu encontro.” () “ (...) XX encontrava-se aparentemente tranquila, apesar de alguma dor que sentia, mas referiu o ambiente agradável do quarto (...)” () “ (...) questionou-me se podia utilizar a telemetria em vez da monitorização por cabos dos CTG, ao que respondi afirmativamente, pois assim podia deambular um pouco.” () “ (...) foi referenciado as boas condições da sala de partos em que se encontrava, dando-lhe a privacidade necessária para a realização de um parto.” () “ (...) XX referiu o facto de me ter disponibilizado para estar presente, pois criava um ambiente mais tranquilizador (...)” () “ (...) foi mencionado, pelo convivente significativo, o “desagrado” de cada vez que pretende se ausentar da sala, tem de tocar no dispositivo de chamada (...)”

As mães manifestaram satisfação pelo processo a que foram submetidas e pelo modo como acompanhamento foi efetuado no bloco de partos, salientando que essas duas vertentes contribuíram, de forma decisiva, para que o resultado final fosse positivo.

É da competência e da responsabilidade do ESMO procurar modificar certas atitudes e comportamentos e proporcionar à utente/família o apoio adequado a cada

situação, para que as experiências de parto sejam cada vez mais positivas e não momentos que se procuram esquecer.

O conhecimento de situações semelhantes às vividas por estas grávidas, no passado, complementada pelos saberes adquiridos agora, levam-me a afirmar que a grávida ou o casal pretende, sempre, um parto sem dor, de modo a desfrutar do momento mágico, que é o nascimento de um filho, seja ele o primeiro, o segundo, o terceiro...

A prática da hidroterapia vem confirmar o que as considerações teóricas, referidas neste relatório salientam: a hidroterapia é uma boa técnica de relaxamento no trabalho de parto. Deverá ser utilizada, desde que a grávida aceite o processo, humanizando e personalizando os cuidados prestados, diminuindo os cuidados de medicalização, mesmo em instituições hospitalares.

Relativamente à questão *“Que benefícios identificam as parturientes quando submetidas à hidroterapia como técnica de relaxamento em trabalho de parto?”* e após reflexão sobre os dados recolhidos, quer da informação teórica consultada, quer dos diários de campo, poder-se-á concluir que a hidroterapia é uma técnica de relaxamento no trabalho de parto, susceptível de grande êxito.

A disponibilidade do EESMO é fundamental para que se estabeleça uma relação de confiança, trabalhando em conjunto com a grávida/convivente significativo, a fim de que haja satisfação daqueles que usufruem dos nossos cuidados. É necessário o tempo adequado ao processo, o que nem sempre é possível, devido à imprevisibilidade que ocorre nos Serviços. O EESMO deve criar uma empatia com o casal, proporcionando segurança, promovendo um trabalho de parto mais natural e principalmente mais reconfortante, para quem usufrui desta técnica não farmacológica, para o alívio da dor.

Para que as actividades a desenvolver tivessem o suporte teórico adequado, procedi a uma revisão da literatura que se coadunava com o tema da hidroterapia, englobando as expectativas e o testemunho das mulheres a quem foram prestados.

Durante o trabalho de parto, particularmente no primeiro e segundo estágio, é frequente a parturiente referir dor física, criando ansiedade e impedindo o relaxamento que se deseja, nesta fase. Apesar de a dor assumir um papel fulcral, numa perspectiva de avaliação materna, como boa ou má experiência, factores como o ambiente envolvente, a informação facultada, a relação de empatia com o prestador de cuidados e o respeito pela privacidade, são factores que proporcionam as condições favoráveis a um relaxamento eficaz, no trabalho de parto.

Neste contexto, utilizei métodos não farmacológicos, como a massagem, a deambulação, a técnica de respiração e a hidroterapia que teve um papel de destaque. Nas situações, em que por diversas razões estas medidas não foram eficazes, utilizei métodos farmacológicos.

Segundo a FAME (2008), a massagem ativa o fluxo sanguíneo, potenciando a oxigenação dos tecidos, auxilia o relaxamento reduzindo a dor; na aplicação desta técnica procurei o envolvimento do convivente significativo, indicando-lhe como atuar, tornando o casal mais ativo, numa fase tão importante para a mulher.

Em alguns casos, utilizei a deambulação, conjuntamente com a hidroterapia, uma vez que a liberdade de movimentos ajuda a mulher a enfrentar a sensação de dor. De acordo com FAME (2008), a posição vertical na primeira fase do trabalho de parto, provoca menos dor, menos alterações no padrão da frequência cardio-fetal, encurta a duração da primeira fase do trabalho de parto.

Segundo LOWDERMILK (2008, p 361), durante o primeiro estágio do trabalho de parto, *“a técnica da respiração pode promover o relaxamento dos músculos abdominais, aumentando o tamanho da cavidade abdominal e diminuiu a fricção e desconforto entre o útero e a cavidade abdominal”* No início procurei avaliar os conhecimentos da parturiente relativamente a esta técnica e conforme a situação proporcionei a informação adequada, exemplificando em alguns casos.

FAME (2008) refere que a utilização da hidroterapia reduz de forma, estatisticamente significativa, o uso na analgesia epidural durante a dilatação, não apresentando efeitos adversos na durabilidade do trabalho de parto. A mesma entidade considera que o uso da água reduz a ansiedade e induz o relaxamento, aumenta a sensação de controlo da dor, estimula a produção de endorfinas, melhora a perfusão uterina, abreviando o período de dilatação.

Antes de iniciar o uso da hidroterapia, procurei saber do conhecimento da parturiente relativamente à técnica, usando a informação obtida como auxiliar na cooperação com o casal, durante o TP. Quando era desconhecida expliquei o procedimento, salientando as zonas do corpo onde o duche devia incidir.

Apliquei a técnica da hidroterapia, com o objectivo de atenuar a dor, usando o duche, sempre que possível com o envolvimento do convivente significativo, facultando-lhe um papel ativo, de forma a estabelecer uma interação entre os participantes, ao longo do processo.

A apresentação destes métodos não farmacológicos, à parturiente, levou a uma adesão a estes métodos, em detrimento da analgesia epidural. Quando desta aplicação, fui uma participante ativa, no esclarecimento de dúvidas, em conjunto com o anestesista, colaborei na aplicação da técnica, apoiando a parturiente relativamente ao posicionamento específico e à imobilização durante a colocação do cateter epidural, pois a dor provocada pelas contracções torna estes momentos muito desconfortáveis.

Nas actividades que desenvolvi, usando métodos não farmacológicos como facilitadores do TP, dei uma ênfase especial ao trabalhar a hidroterapia como técnica de relaxamento no TP. Quando a aplicação da hidroterapia não foi eficaz, cooperei com outros profissionais, na aplicação da analgesia epidural, procurando atingir a competência H.3.1.6 *“coopera com outros profissionais de saúde na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor”* (DR 2ª Série 2011, p.8664). Relativamente à consecução do objectivo procurei contribuir para a *promoção* do conforto e bem-estar da parturiente e convivente significativo.

A aplicação da hidroterapia como técnica de relaxamento no trabalho de parto, articulada com a relação interpessoal que procurei estabelecer com a parturiente/convivente significativo e terminando com o nascimento, constituiu para mim, uma dimensão muito gratificante, como profissional de saúde.

Visitei algumas mães a quem tinha realizado o parto e outras, a quem apliquei a técnica da hidroterapia, mas não realizei o parto, com objectivo de compreender se a hidroterapia tinha sido uma técnica facilitadora do trabalho de parto. Os momentos de interacção com as mães possibilitaram a recolha de informação e as respostas obtidas permitiram-me avaliar a qualidade dos cuidados que tinha prestado. Posteriormente, analisei essa informação e comparei com os conhecimentos obtidos a partir da revisão da literatura, confirmando as minhas expectativas: a técnica da hidroterapia como processo de atenuar a dor durante o TP obteve resultados muito positivos.

A tentativa de aperfeiçoamento das competências correspondentes às actividades realizadas no período pós-parto, não se limitou à minha prestação de cuidados no bloco de partos. Procurei desenvolver outras competências neste âmbito, nos ensinamentos clínicos II e III, nos Serviços de Puerpério e Unidade de Cuidados de Saúde Primários.

As actividades desenvolvidas ao longo do estágio permitiram-me aprofundar conhecimentos, desenvolver a capacidade de análise e reflexão crítica sobre os saberes

adquiridos e as situações vividas, como as relatadas nos diários de aprendizagem. (Apêndice VI).

As expectativas criadas, no início deste projecto, relativamente ao número de parturientes que iria utilizar a hidroterapia durante o trabalho de parto, não correspondeu à realidade vivida, no decorrer do Estágio. Da população alvo, um total de 127 parturientes, apenas 21 utilizaram a hidroterapia e 6 já conheciam a técnica.

Sendo assim, as oportunidades de reflexão foram restritas às situações com características e resultados observados comparáveis aos estudos encontrados na revisão da literatura.

Realizou-se, no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia, no decurso do período de estágio, uma acção de formação subordinada ao tema “*Empowerment da Mulher durante o Trabalho de Parto – Um desafio para o cuidar do EESMOG*”, que teve como destinatários os profissionais de enfermagem.

Cada mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa apresentou uma versão resumida do trabalho desenvolvido ao longo do estágio, após o que cada uma de nós, procurou responder às questões que os presentes formularam de modo a esclarecer os aspectos que tinham suscitado algumas dúvidas. Participei nesta atividade, apresentando o meu trabalho “*Hidroterapia como técnica de relaxamento no Trabalho de Parto*”, utilizando como recurso o *power point*. Tive a possibilidade de salientar os benefícios da hidroterapia, como técnica não farmacológica, no decurso do parto, quer para a parturiente, quer para o acompanhante, conseguindo que o nascimento ocorra em condições de bem-estar para a parturiente.

A colaboração nesta actividade levou-me a reflectir sobre as competências do EESMO como formadora e surgiram, de imediato, muitas dúvidas relativas ao desempenho desse papel: conseguirei ter as competências necessárias para expor um assunto, de modo correto, quer no domínio do tema, quer na terminologia a usar. Selecionei os materiais que pretendo apresentar, de modo a auxiliar a exposição? Se o tema não é, exclusivamente, expositivo e tem uma componente que procura o diálogo: a dinâmica do processo conseguirá “sobreviver” até a sessão finalizar. Assim, a acção de formação em que participei contribuiu, significativamente para a minha formação, na medida em que permitiu melhorar o meu autoconhecimento e constatar a necessidade de desenvolver a competência da comunicação, quer entre pares, quer no atendimento e

orientação das utentes do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia, competência que é necessária a um EESMO na sua actividade diária.

Ultrapassar o receio de falar em público, expondo um assunto, trocando opiniões, confrontando experiências, foi um desafio importante. A cooperação organizacional da sessão também me alertou para a necessidade de melhorar flexibilidade mental, extremamente útil para quem está integrado numa equipa multidisciplinar.

Esta sessão permitiu-me aprender: quanto a cooperação com os outros é essencial, mesmo que acompanhada de reflexão crítica; quanto o cuidado com a comunicação é relevante, procurando ser entendida, na interacção com as utentes e acompanhantes; quanto é útil o intercâmbio de ideias e de experiências.

Os profissionais do serviço, presentes na acção de formação, demonstraram interesse pelo tema exposto, através das questões que apresentaram e das opiniões manifestadas. Creio que ficaram sensibilizados para a utilização da hidroterapia como técnica de relaxamento no trabalho de parto.

Os trabalhos apresentados, pode afirmar-se serem passíveis de articulação, atendendo aos temas em estudo: *Empowerment da Mulher durante o Trabalho de Parto*, *Deambulação durante o Trabalho de Parto*, *Contributo da Bola de Nascimento durante o Trabalho de Parto*. O grupo de estagiários, como participantes ativos que foram durante a sessão, procurou, no final, sensibilizar os presentes para o documento “ *Pelo Direito ao Parto Normal- uma visão partilhada*”, dado a conhecer pela Ordem dos Enfermeiros, em 5/05/2012.

3.2.3 Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que permitem potenciar o bem-estar da mãe e do recém-nascido, promovendo a sua adaptação/otimização à vida extra-uterina.

Como finalização do processo de TP, a fim de auxiliar a mãe e o recém-nascido a confrontarem-se com uma nova situação e procurando o caminho para a concretização do bem-estar de ambos, surgiu o desenvolvimento desta competência.

Na perspetiva da parturiente/acompanhante, o nascimento é, em condições normais, um momento gratificante, pois convive intimamente com a “vida”. No entanto, esse instante especial é o culminar de um período de tempo de muitas emoções e de *stress*, vivido pelo casal, daí a extrema necessidade de nós, profissionais de saúde elegermos comportamentos e atitudes facilitadoras na relação de ajuda.

Essas atitudes facilitadora têm, muitas vezes, que ser adaptadas à situação em curso e à continuidade da relação estabelecida ao longo do parto. Acontece que, em alguns casos, essa relação teve o seu início no período pré-parto.

Como o RN é atendido por um outro profissional de saúde especializado, não específico a sua intervenção, mas como mãe e profissional nesta área, e perante a necessidade de atuar relativamente ao bebé, julgo que atuaria correctamente, de modo a proporcionar ao bebé todo o bem-estar possível.

De acordo com as aprendizagens realizadas no decurso das aulas correspondentes à Unidade Curricular - Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia IV, o puerpério compreende o intervalo de tempo após a dequitação até à 6ª/8ª semana pós parto, compreende três períodos distintos: puerpério imediato, puerpério precoce e puerpério tardio. Designa-se por puerpério imediato o período de duas horas após a dequitação, também designado como 4º estágio; o puerpério precoce é o intervalo de tempo até ao final da primeira semana pós parto e o puerpério tardio é o período de tempo desde o fim da 1ª até à 6ª/8ª semana, pós parto.

Neste período de vida da mãe, com alterações físicas e psicológicas, é imprescindível estar muito atenta, de modo a detectar desajustamentos característicos do período de readaptação. É necessário determinar a satisfação da mulher e as suas impressões relativas ao nascimento do filho, pois é a partir desses dados que se deve orientar a prestação de cuidados de saúde de qualidade à mãe e ao recém-nascido. Estive atenta a todos esses requisitos, e atuei de modo a prestar os cuidados que o bem-estar materno exige: além dos cuidados físicos (análise de sinais vitais, de perdas hemáticas, o globo de segurança de Pinard), tive em atenção os cuidados de natureza psicológicos e ambientais, de modo a satisfazer as necessidades individuais da mulher. Deste modo, consegue-se que readquira a sua vida quotidiana com um sentimento de segurança. Em paralelo, incentivei a uma transição para a idade parental saudável, a vinculação da tríade e o aleitamento materno.

Sempre que a mãe desejava amamentar, esclareci as dúvidas existentes (como colocar o recém-nascido à mama), procurando adquirir a competência H 4.1.4 “*concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno*”.

Segundo ALSOP (2005) o “*empoderamento*” é um conceito abrangente quer numa perspectiva social, quer numa perspectiva individual. No primeiro caso refere-se a uma

acção colectiva em que os indivíduos que nela participam tomam decisões de consciência social, procurando implementar direitos sociais. Numa perspectiva individual significa atingir a emancipação do ser humano, sem esquecer a consciência coletiva necessária para superar a dependência social. O *empoderamento* possibilita o acesso à dignidade, ao discernimento e principalmente à liberdade de decidir e controlar o próprio destino, com responsabilidade e respeito pelo outro.

Ao afirmar que procurei o *empoderamento* dos pais, significa que pretendi incentivá-los a assumirem, relativamente ao RN uma autonomia e uma liberdade de decisão responsável, respeitando as características físicas e psicológicas do filho, preparando-os para uma nova realidade, para um processo de recuperação e adaptação eficazes.

A cada pós parto em que tive intervenção julgo ter dado ao casal a informação adequada ao momento e aos intervenientes, pois nesta fase (puerpério imediato), as mães estão, de uma maneira geral, preocupadas com o bem-estar do filho, dão pouco relevo aos cuidados que lhe são prestados no momento e, por vezes, até no puerpério precoce e no puerpério tardio.

A transição do meio intra-uterino para o extra-uterino provoca no recém-nascido (RN) alterações fisiológicas específicas, que lhe poderão causar instabilidade. Deste modo, o desenvolvimento de competências para um cuidado específico, foi uma preocupação sempre presente. Quando não me foi possível realizar o parto, procurei ser a responsável pela receção e prestação de cuidados imediatos ao recém-nascido. Fiz a verificação da unidade do recém-nascido, quanto à sua funcionalidade, tendo tudo em conformidade para a receção do RN. Após o nascimento procedia à secagem e estimulação táctil do RN, avaliando o Índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minuto de vida. Sempre que possível foi efetuada a vinculação precoce, pelo contato pele com pele. Nas situações em que o RN necessitou de um procedimento mais invasivo (aspiração das vias aéreas), manteve-o na sala onde se processara o parto. Segundo a FAME (2008), a administração da vitamina K é aconselhada nas primeiras quatro horas de vida, assim é explicado aos pais a sua funcionalidade (evita o risco de hemorragia neonatal), e foi aplicada a vitamina K. Deste modo procurei atingir a competência H 3.2.7 *“Assegura avaliação imediata do RN implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina”*

Observei e colaborarei na prestação de cuidados ao RN com necessidades de cuidados especializados durante o estágio de Neonatologia (EC V). Esta experiência permitiu-me, alcançar conhecimentos mais especializados, como preconiza a competência H 4.3.10 “*coopera com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com problemas de saúde no período neonatal*”.

No decorrer deste estágio com relatório procurei desenvolver competências recomendadas pela OE e pelo ICM. Os cuidados efectuados basearam-se nas linhas de orientação do “*Cuidar*” de Jean Watson, procurando desenvolver com a parturiente/convivente significativo uma relação de proximidade, criar uma relação interpessoal com o par, de modo a proporcionar um ambiente de TP seguro e confiante.

Procurei desenvolver as competências específicas anteriormente referidas, que além de serem significativas para o meu percurso profissional, constam do Regulamento das Competências Específicas do EESMOG. Julgo ter adquirido durante o estágio com relatório algumas das competências que enumero: a avaliação de cervicometria, a interpretação de cardiotocografia (CTG), o registo de tocograma, na avaliação dos batimentos cardio-fetais, para despiste de algum sinal de sofrimento fetal, bem como monitorização externa e interna do feto. A técnica de suturação de episiotomias e lacerações (não a identificação das estruturas) foi um obstáculo difícil de ultrapassar. Realizei, fora do bloco de partos, um treino intenso (com materiais de uso corrente), procurando adquirir a destreza indispensável a uma reconstituição anatómica, o mais correta possível.

Na prestação de cuidados a parturientes com patologias associadas (diabetes gestacional, hipertensão gerada pela gravidez) exerci uma vigilância rigorosa relativamente a parâmetros vitais: glicemia capilar, proteinúria, de modo a conseguir um bem-estar materno fetal.

Em síntese, além das competências técnico-científicas, procurei desenvolver competências na área das relações humanas, como a relação entre pares, a relação com a parturiente/acompanhante significativo numa perspectiva de disponibilidade para ouvir, para cuidar de modo afectuoso, para acalmar, incentivando a autoconfiança.

Procurei fazer a articulação dos conhecimentos teóricos obtidos, com a vertente prática do meu trabalho. Relativamente à dimensão pragmática, saliento a observação saliento a observação direta, não estruturada, das situações em estudo, acompanhada

dos registos nos diários de campo e, posteriormente, de uma atitude reflexiva perante a análise das respostas.

O meu estágio teve uma avaliação qualitativa classificada como Excelente. (Anexo I).

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Ética é uma palavra de origem grega, significando costume e segundo BIROU (1973) é uma ciência que “ (...) *estuda os princípios normativos do comportamento humano e os valores morais que dirigem a vida dos homens* “. Num âmbito mais específico, a ética social procura evidenciar as regras e normas por se deve reger a vida social, especialmente as ligações entre os vários grupos que constituem uma sociedade. Este conceito articula profundamente com o conceito de valor, referindo o mesmo autor que a reflexão sobre *valor* leva a procurar distinguir o que é um *bem*, seja direccionado para a sociedade, seja perspectivado a nível pessoal. O bem será aquilo que permite o desenvolvimento do ser humano, valorizando-o, tornando-o justo e honesto nas suas actividades, ao longo da vida.

Se bem que no momento actual, a sociedade tenha, de certo modo, desvirtuado, um pouco, a importância dos valores éticos, a Enfermagem deverá estar posicionada como um baluarte defensivo desses valores, pautando em conformidade a sua atuação, procurando conhecimentos teóricos e práticos sempre actualizados (a ciência está em evolução permanente), numa atitude de abertura ao novo saber, não prescindindo de análise e reflexão crítica. Esta atitude de um Profissional de Enfermagem ficará completa se nunca esquecer o *bem*, valor que deve estar subjacente na relação com o outro, na relação com a sociedade, mais propriamente no contato com os elementos dessa sociedade. O bem é traduzido, no dia-a-dia, na qualidade dos cuidados prestados a quem surge na sala onde se encontra o Profissional de Enfermagem.

Preocupações éticas e morais devem estar sempre implícitas em qualquer processo de investigação científica que envolva seres humanos. Segundo FORTIN (2009) há um conjunto de normas morais articuladas com a arte de dirigir o comportamento. Segundo a mesma autora, quaisquer que sejam os aspectos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito pelos direitos de cada pessoa.

De acordo com os códigos de ética, salientam-se os seguintes princípios baseados no respeito pela dignidade humana:

- O respeito pelo consentimento livre e esclarecido, tendo cada pessoa o direito de decidir por ela própria.

- O respeito pelos grupos vulneráveis, exige a ausência de qualquer mau tratamento ou qualquer tipo de discriminação.
- O respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais, é um direito adquirido em muitas culturas.
- O respeito pela justiça e pela equidade, remetendo para a imparcialidade na escolha.
- O equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes é primordial na investigação.
- A redução dos inconvenientes, visando suprimi-los perante os participantes.
- A otimização das vantagens, consistindo no querer o bem das pessoas. (FORTIN, 2009, p186 -192)

Apesar destes princípios abrangerem os grupos vulneráveis (são consideradas pessoas vulneráveis: os menores, as pessoas mentalmente inaptas, as pessoas internadas em estabelecimentos e os doentes considerados, clinicamente, em fase terminal) além do já referido respeito pela dignidade humana, há que enfatizar a necessidade de uma atitude de complacência por parte dos profissionais de saúde.

Durante o curso, quer na pesquisa efetuada para a aquisição dos conhecimentos considerados necessários, quer ao longo do estágio, procurei sempre que, nas minhas atitudes, estivessem implícitos os princípios bioéticos, conducentes à valorização do respeito pela pessoa e proteção do seu livre arbítrio.

Na prática diária, procurei valorizar as atitudes positivas da parturiente/acompanhante significativo, preservei as confidências e as informações pessoais, respeitei a tomada de decisão do “casal” quando para isso foi solicitado. Também procurei ultrapassar as dificuldades que surgiram, bem como potenciar as situações que promoviam o bem-estar das pessoas com as quais contactava.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste relatório procurei explicar o modo como decorreram as minhas aprendizagens teóricas e práticas, direccionadas para a aquisição das competências específicas que me foram proporcionadas ao longo do estágio

Além dos conhecimentos adquiridos, no domínio da fisiologia, também na área das relações interpessoais procurei saberes de modo a melhorar a minha atitude relativamente a cada parturiente, uma vez que cada uma é um “caso”, com a sua história de vida (hábitos, tradições, cultura).

Integrada, no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, o estágio, objecto do presente relatório, deu um contributo relevante para o meu desenvolvimento profissional e pessoal, alertando-me para a importância das várias atitudes a adotar quando EESMO, em meio hospitalar. Realizei este estágio num hospital de construção recente e equipamentos atualizados, onde decorreu, normalmente, o exercício das actividades que me propus desenvolver, quer relativamente à utilização das instalações e equipamentos, quer na minha integração na equipa de profissionais de saúde com quem trabalhei. Todos sem exceção foram incedíveis no apoio e colaboração que me prestaram.

Ao longo do estágio delineei objetivos, estratégias/atividades que foram desenvolvidas, apoiadas pela evidência científica, pelas necessidades identificadas na prática.

À luz do modelo de assistência à parturiente no TP, preconizado pela obstetrícia tradicional tudo parece resolver-se através da medicação e das intervenções humanas, que muitas vezes são classificadas pela OMS como potencialmente prejudiciais ou sem benefícios associados. Procurei, assim, afastar-me desse modelo e usar na assistência à parturiente outra linha de atuação recorrendo a técnicas de relaxamento não farmacológicas, principalmente à hidroterapia.

Pretendia obter uma resposta à questão: *“Que benefícios identificam as parturientes quando submetidas à hidroterapia como técnica de relaxamento em trabalho de parto?”*. Partindo de uma atitude reflexiva sobre este ponto, procurei fazer uma revisão da literatura ao meu alcance, de modo a conseguir obter os conhecimentos teóricos que permitissem enquadrar as práticas que pretendia implementar, em articulação com as competências específicas referenciadas pela Ordem dos Enfermeiros, na área das

técnicas não farmacológicas. Assim, considerei ser pertinente procurar *Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais permitindo: prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto, sendo sensível à sua cultura; promover a hidroterapia durante o trabalho de parto segundo as práticas demonstradamente úteis, recomendadas pela OMS; potenciar o bem-estar da mãe e do recém-nascido, promover a adaptação/otimização à vida extra-uterina.*

A consecução destas metas permitindo a aquisição das competências específicas que pretendo obter, decorreu sob a supervisão da Sr^a Orientadora Local. De acordo com a metodologia de trabalho, desenvolvi as atividades programadas. As aprendizagens teóricas enquadraram as práticas executadas, como previsto. As actividades desdobraram-se em várias áreas que sintetizo: atuei na triagem e orientação das parturientes no bloco de partos, tal como referido neste relatório, procedi à realização de exames pré parto (maternos e fetais), atuei na aplicação de técnicas não farmacológicas no decurso do TP (massagem, respiração, hidroterapia, deambulação, bola de Pilatos) e acompanhamento do casal, executei partos, acompanhei a mãe/ acompanhante significativo e recém-nascido no período pós parto de modo a procurar alcançar as competências predeterminadas.

Considerei ser fundamental para o meu estágio conhecer a forma como a parturiente/acompanhante significativo vivencia o TP, utilizando a hidroterapia, como estratégia de relaxamento e controlo da dor, num ambiente diferente daquele que, usualmente, se encontra nas salas de partos. A informação recolhida, conjuntamente com outros saberes complementares, adquiridos ao longo dos vários TP que acompanhei constitui um contributo para a minha formação. Houve mães, que enquanto parturientes, tiveram a oportunidade de experimentar estratégias de relaxamento, diferentes das consideradas “normais” no contexto da biomedicina e da obstetrícia, em Portugal.

A análise da experiência e dos registos nos diários de campo, permitiram constatar que o relaxamento e o bem-estar, provocado pela hidroterapia, foram a nota dominante nos relatos que obtive. A impulsão que a água causa no corpo da parturiente permite maior leveza, possibilita maior capacidade de mobilidade e uma sucessiva adaptação aos sinais que o corpo vai transmitindo durante o trabalho de parto. Esta situação melhora o bem-estar sentido pela parturiente.

Os relatos permitem concluir que as vivências das mulheres que utilizaram a hidroterapia durante o TP, como meio natural de relaxamento e de controlo da dor foram positivas. Na verdade, a totalidade das participantes recomendam a hidroterapia e referiram o seu interesse em dar a conhecer os benefícios que obtiveram, a fim de que outras parturientes possam usufruir do mesmo processo, tornando o trabalho de parto mais humanizado e menos intervencionado.

O apoio continuado às parturientes ao longo do TP também foi referido como algo a salientar nas experiências, neste campo. A compreensão dessas vivências é importante para que, na minha actividade profissional, possa responder aos anseios das futuras mães.

Os conhecimentos teóricos aprendidos, articulados com as actividades práticas concretizadas, permitem-me um conjunto de saberes que me levam a perspectivar a minha atuação futura, no campo profissional, com confiança e entusiasmo.

As situações registadas correspondem à prestação de cuidados ao longo estágio, procurando atingir as competências específicas de um EESMO. Uma vez que esta categoria confere ao profissional de saúde uma maior competência científico-técnica na prestação de cuidados de enfermagem especializados, procurarei, ao longo dessa prestação de cuidados a cada pessoa, melhorar os conhecimentos adquiridos, atingindo o grau de *perito*, que segundo BENNER (2005,p.58) resulta de uma grande experiência que leva à compreensão de cada situação, de maneira intuitiva e, à apreensão do problema, rapidamente, “ *... sem se perder num largo leque de soluções e de diagnóstico estéril (...) age a partir da compreensão profunda da situação global.*”

Admitindo a possibilidade de realização de futuras pesquisas, em torno do uso de processos não farmacológicos em TP haveria que: a) procurar sensibilizar os profissionais de Obstetrícia para uma atitude de mudança relativamente a hábitos há muito adquiridos; b) tentar obter instalações que permitam alguma privacidade das parturientes relativamente à hidroterapia, o que não acontece em muitos hospitais; c) procurar sensibilizar o maior número possível de profissionais de saúde desta área, para as técnicas não farmacológicas de relaxamento durante o TP.

Seria interessante desenvolver pesquisa sobre a conjugação de duas ou mais técnicas não farmacológicas de relaxamento durante o TP e conhecer os resultados técnicos e as opiniões das parturientes de modo a poder obter informações credíveis que permitam chegar a respostas bem fundamentadas.

A concretização deste processo passaria pela constituição de equipas com formação específica nesta área, ministrada por uma entidade credenciada para o efeito. Essas equipas deslocar-se-iam ao Bloco de Partos dos hospitais, procurando sensibilizar e incentivar os profissionais de saúde à utilização das técnicas não farmacológicas. Nestas acções de formação seriam distribuídos documentação sobre o tema e fichas de registo, previamente elaboradas, que após o seu preenchimento seriam devolvidas à entidade promotora para obtenção de *feedback* e posterior divulgação dos resultados.

De igual forma, parece fundamental a preparação das mulheres/casais sobre técnicas não farmacológicas no trabalho de parto, nomeadamente a hidroterapia, durante a vigilância da gravidez e nos cursos de preparação para o parto.

Agradeço a receptividade e a disponibilidade de toda a equipa multidisciplinar com que tive o privilégio de trabalhar. O seu contributo foi um fator determinante no meu percurso enquanto mestranda, permitindo-me terminar o estágio com relatório com uma aprendizagem científica e técnica que me irá auxiliar ao longo da vida profissional.

6. BIBLIOGRAFIA

- ALSOP, Ruth (2005) *Measuring Empowerment in practice*. WorldBank. Washington, DC. p.5
- BALASKAS, Janet (2002) *Parto y nacimiento en agua* – Revista obstare El mundo dela Maternidad. Nº4, pp. 13-17.
- BARDIN, Laurence (2004) – *Análise de conteúdo* 3ª Edição. Lisboa; Edições 70, pp.7-27
- BECK, HUNGLER, POLIT, (2004) – *Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem, Métodos, Avaliação e Utilização*. 5ª Ed. Porto Alegre. Artmed (p.488).
- BENNER, Patrícia (2005) – *De iniciado a perito* Quarteto Editora. pp .294.
- BIASOLI, Maria C.; MACHADO, Christiane M.C. (2006) – *Hidroterapia: Aplicabilidades Clínicas* . Revista Brasileira de Medicina. Vol. 63.Nº 5.
- BIKLEN, Sari Knopp; BOGDAN, Robert (1994) – *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto; Porto Editora, ISBN 972-0-34112-2.
- BIROU, A. (1973) – *Dicionário das Ciências Sociais* Lisboa; Pub. Dom Quixote p 153.
- BOBECK , Irene et al (1999) - *Enfermagem na Maternidade*. Lusociência. ISBN 972 – 8383 – 96 - 6 p.237.
- BOTELHO, José Rodrigues (1998) – *Contributos da Formação Profissional Continua para a Qualidade dos cuidados de Enfermagem* Lisboa; Revista Servir. ISSN: 262-266 Nº 5
- BRANDEN, Pennie S. (2000) - *Enfermagem Materno-infantil*. Reichmann & Affonso Editores. 2000 ISBN: 85-87148-41-9.
- CANAVARRO, Maria Cristina (2006) *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Quarteto ISBN: 989-558-081-9
- CARON, Olga A., SILVA Isilia A. (2002) *Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação*. Revista Latino-Americana de Enfermagem Vol.10 Nº4 pp 485-492.

CARRARO, Telma E, et al (2008) *O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto: opinião de puérperas*. Texto Contexto Enfermagem, Vol.17 Nº3 pp 502-509.

CARVALHO, Geraldo Mota & CUNHA, Emerson Barbosa (2007) – *Enfermagem em Obstetrícia*. 3ª Ed. São Paulo.E.P.U. pp. 191.

CLUETT, Elizabeth R. et al (2004) - *Randomized controlled trial of labouring in water compare with standart for management of dystocia in first stage of labour*. Brithish Midwifery Journal, Fevereiro, pp 314-328.

COSTER, L. (2006) - *Accouchement dans l'eau et expérience de la mère: entre participation active et position regressive*. Revue Française de Psychiatre et de Psychologie Médicale. Vol.10 Nº 96 pp 5-10.

COUTO, Germano (2003) – *Preparação para o Parto: Representações Mentais de um Grupo de Grávidas de uma Área Urbana e de uma Área Rural*. Loures. Lusociência ISBN 972 – 8383 – 63 – 0.

DAVIM, Rejane et al (2008) – *Banho de Chuveiro como Estratégia não Farmacológica no Alívio da Dor da Parturiente*. Revista Eletrônica Enfermagem. pp. 600-609.

DAVIM, Rejane; BEZERRA,Luiz G.M. (2002) - *Assistencia à parturiente por enfermeiras obstétricas no projecto midwifery: um relato de experiencia*. Revista Latino-Americana de Enfermagem Vol.10 Nº5 pp 727-732.

DAVIM, Rejane M.B., TORRES,Jamilli e DANTAS (2008) - *Efectividade de Estratégias não Farmacológicas no Alívio da Dor de Parturientes no Trabalho de Parto*. Revista da Escola de Enfermagem. USP pp. 438-45

DAVIM, Rejane M.B., TORRES, Gilson V., MELO, Eva S. (2007) – *Estratégias não Farmacológicas no Alívio da Dor durante o Trabalho de Parto: pré teste de um instrumento*.Revista Latino-Americana de Enfermagem. Novembro-Dezembro 2007 .

ENKIN, Murray et all. (2005) - *Guia para atenção efectiva na gravidez e no parto*. Guanabarra Koogan IBSN: 85-204-1079-0, p 134.

FIGUEIREDO, Nélia M.A.et al. (2004) – *Indicadores de Cuidados para o Corpo que Procura: Ações de Enfermagem no Pré-trans e Pós-parto- Uma Contribuição para a Prática de Enfermagem Obstétrica*. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol.12, Nº 6 pp. 905-912.

FORTIN, M. F. (2009) - *O processo de Investigação: da concepção à realização*. Lusodidacta ISBN: 978-989-8075-18-5

FRÓIS, Deolinda FIGUEIREDO, Helena (2004) – *Atitudes Terapêuticas não Farmacológicas no Alívio da Dor*. Viseu. Hospital de S.Teotónio.de Viseu. .Acessível no Núcleo de Urgência de Obstetrícia/Ginecologia do HSTV, SA .(p 3 ; pp 905 -912)

GRAÇA, Luís M. et all (2000) *Medicina Materno Fetal* Lisboa; Editora Lisel Vol. 1. ISBN: 972-757-148-4

INTERNATIONAL CONFEDERATION of MIDWIVES (2002) – *Essencial Competencies for Basic Midwifery Practice*, .Acesso em Janeiro/2012. Disponível em: <http://www.internationalmidwives.org>

LOWDERMILK, Perry (2008) - *Enfermagem na Maternidade*. Lusodidacta, Loures

MACHADO, Nilce X. S.; PRAÇA Neide S. (2006) - *Centro de parto normal e assistência obstétrica entrada nas necessidades da parturiente*. Revista da Escola de Enfermagem USP . Vol. 40 nº 2 pp 274-279.

MAZONI, Simone R.; DENISE G.S.; MANFREDO, Vanda A. (2009) - *Hidroterapia durante o Trabalho de Parto: Relato de uma Prática Segura*. Arq. Ciência e Saúde. Janeiro-Março 2009. 976 – 989- 693- 000 – 4. pp 905-912.

NUNES, Lucília – *Metodologia de Projecto: colectânea descritiva de etapas. Percursos*. [em linha]. Nº 15 (2010), pp 1-37. Acedido em 30/05/2011. Disponível em: <http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista Percursos . 15.pdf>.

ISSN: 1646-5067.

ODENT, Michel (1999) - *L'amour scientifié*. Éditions Jouvence. ISBN: 2-88353-241-9.

OLIVEIRA , Zuleyce M.P.L.,MADEIRA, Anézia M.F. (2002) – *Vivenciando o Parto Humanizado: um Estudo Fenomenológico sob a Ótica de Adolescentes*. Revista Escolar de Enfermagem USP pp 133 – 140.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) – *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Regulamento nº127/2011.D.R. II Série. 35 (2011/02/18) 8662-8666.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1996) - *Les soins liés à un accouchement normal. Rapport d'un groupe de travail technique*.

RAMALHO, Anabela (2006) - *Estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise estrutura funções e utilização na investigação em enfermagem*. Revista Sinais Vitais. Coimbra. ISSN: 0872-8844. Nº 64 pp. 51-56.

REIS, Felipa, L. (2010) – *Como Elaborar uma Dissertação de Mestrado*. Lisboa. Pactor ISBN 976 – 989 - 693 - 000–4. pp 77 – 80.

ROCHA,MR et al (2009) - *Cuidados no alívio da Dor: percetiva da parturiente*

SILVA, Flora et al (2006) - *O Efeito do Banho na Duração do Trabalho de Parto*. Revista da Escola de Enfermagem USP (pp. 57-63), Estudo 3

SOTO, Carmen et al (2006) - *Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural*. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia. Vol 71 Nº2 pp 98-103.

TERESO, Alexandra (2005) - *Coagir ou emancipar? Sobre o papel da enfermagem no exercício de cidadania das parturientes*. Formasau, ISBN: 972-8485-44-1

TURATO, E. R. (2005) - *Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objectos de pesquisa*. Revista de Saúde Pública, Vol.39 Nº3 pp 507-514.

WATSON, Jean (2002) - *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Edições Técnicas e Científicas, Lda. Lusociência, ISBN: 972-8383-33-9

ANEXOS

ANEXO I: Folha de Avaliação do Estágio com Relatório

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA
ANO LECTIVO 2011-2012

2.º Ano / 4.º Semestre

AVALIAÇÃO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

LOCAL DE ESTÁGIO: BLOCO PARTOS HOSPITAL HPP CASCAIS

DATAS: INICIO 27 FEV 2012 FIM 27 JUL 2012

ESTUDANTE: ALEXANDRA PINHEIRO SIMÕES ALMEIDA

ENFERMEIRO ORIENTADOR: ENFª ESMO ISAURA MARIA SANTOS FONSECA

DOCENTE ORIENTADOR: ENFº ESMO MÁRIO CARDOSO

A estudante Alexandra Almeida no final deste Ensino Clínico Estágio com Relatório revelou uma Excelente capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico.

A elaboração do seu projecto pela pertinência e adequação obteve o nível de Muito Bom

Na autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades o nível atingido correspondeu ao Excelente.

Promoveu a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados a um nível de excelência,

Para os indicadores de desenvolvimento de processos de educação em saúde ao indivíduo / família o nível atingido foi o de Muito Bom +.

Na prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto efectuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém-nascido a sua prestação o nível atingido foi de Excelente.

Na prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, na demonstração de autonomia, capacidade de negociação e tomada de decisão face às necessidades de cuidados, na revelação de capacidade de utilização de pensamento crítico na análise e resolução de problemas, na revelação de capacidade de análise e reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem, na análise e discussão de situações vividas e demonstração de atitudes e comportamentos adequados à situação de estudante em EC e ao desempenho de cuidados de enfermagem especializados o nível atingido foi de Excelência.

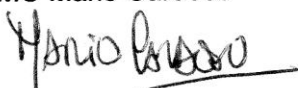
Partos efectuados: 42

Partos participados: 21

Classificação Final: Excelente

O Docente: Enfº ESMO Mário Cardoso

Data 25 JUL 2012



APÊNDICES

Apêndice I: Grelha da Revisão Sistemática da Literatura

Autor	Título	Ano	Palavra-chave	Objetivos	Tipo de estudo	Local	População	Crítérios de inclusão	Principais resultados
Simone R. Mazoni et al	Hidroterapia durante o trabalho de parto: relato de uma prática segura	2009	Hidroterapia trabalho de parto, terapêutica/efeitos adversos	Verificar a segurança da aplicação da hidroterapia no trabalho de parto e descrever a experiência das parturientes submetidas a esta intervenção	Estudo descritivo	Brasil	6 Parturientes	Sem patologias, idade gestacional 37-41 semanas em fase ativa de trabalho de parto	Todas as parturientes referiram sensação de bem-estar relacionada ao relaxamento durante e após o banho de chuveiro, e três delas ainda referiram diminuição da dor nesse período.
Davim B.M. et al	Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor da parturiente	2008	Parto normal; Dor no parto; Enfermagem obstétrica	Avaliar a efetividade da estratégia não farmacológica do duche para o alívio da intensidade da dor das parturientes na fase ativa do trabalho de parto	Estudo quantitativo do tipo intervenção terapêutica	Brasil	Parturientes consideradas de baixo risco gestacional, admitidas na instituição	Mulheres a partir do seu segundo parto, em trabalho de parto, baixo risco gestacional, estar na fase ativa do trabalho de parto até os 6cm de dilatação. Participar voluntariamente no estudo	Todas as parturientes referiram sensação de bem-estar relacionada ao relaxamento durante o duche, a maioria referiu diminuição da dor nesse período.
Flora MB da Silva et al	O efeito do banho na duração do trabalho de parto	2006	Parto; banhos; Enfermagem obstétrica; Contração uterina	Analisar a influência do banho da fase lactente do trabalho de parto; avaliar a influência do banho na frequência e duração das contrações uterinas durante o trabalho de	Estudo experimental, controlado e randomizado	Brasil	Mulheres que tiveram um parto eutócico realizados por enfermeiros especialistas, foram divididos em dois grupos: Grupo de Controlo – parturientes que não usaram o banho para alívio da dor	Nulíparas, gestação de termo, feto com apresentação cefálica, cervicometria igual ou superior a 6cm no momento da admissão, bolsa de águas íntegra ou rota espontaneamente	Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa, com relação do trabalho de parto em minutos, entre o grupo experimental e controlo. No entanto como método e não

				parto			durante o trabalho de parto e Grupo experimental – parturientes que usaram o banho como método de alívio da dor	ente num período inferior a 6 horas antes da admissão e estar com dinâmica uterina de duas ou mais contrações em dez minutos	farmacológico tem a sua eficácia.
Davim R. et al	Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto	2009	Parto; trabalho de parto; dor do parto; enfermagem obstétrica	Avaliar a efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto	Ensaio clínico de intervenção terapêutica	Brasil	100 Parturientes	Parturientes de baixo risco gestacional, quando admitida na UPH da referida instituição. Segunda gestação, estar fase ativa do trabalho de parto com máximo de 6cm de dilatação, ter no mínimo 20 anos de idade e que aceitasse participar no estudo	Verificou-se que os exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombosacral e o banho de chuveiro, aplicados de forma combinada e/ou isolada, são técnicas efetivas no alívio e conforto da dor em trabalho de parto na sua fase ativa.
Davim R et al	Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: pré teste de um instrumento	2007	Dor; estratégias	Necessidade de se selecionar estratégias não farmacológicas para o alívio da dor das parturientes no seu processo de trabalho de parto	Estudo quase-experimental do tipo intervenção terapêutica não controlada e não randomizada, com abordagem quantitativa	Brasil	30 Parturientes selecionadas por meio de amostragem por acessibilidade	Estar em trabalho de parto, fase ativa, segunda gestação ter idade superior a 20 anos, apresentar colo uterino com 6cm de dilatação, sem indicação clínica de distocia e aceitar participar no estudo	80% das participantes pretenderam, os exercícios respiratórios, o duche, a massagem lombosacral, rejeitando a deambulação e o balanço pélvico. Relativamente ao alívio da dor verificou-se que os mais eficazes foram os exercícios respiratórios, a massagem lombo sacral assim como o

									duche, tendo ainda repercussões a nível da dilatação do colo, promovendo-a
Rocha MR et al	Cuidados no alívio da dor: precetiva da parturiente	2009	Expetativa; percepção; fatores obstétricos; cuidados no alívio da dor	Analisar as relações paridade, vigilância da gravidez, educação para a saúde materna do grupo, preparação para o nascimento pelo método profilático, duração do parto e as expetativas e percepção dos cuidados no alívio da dor durante o trabalho de parto. Analisar a relação entre as expetativas e a percepção dos cuidados no alívio da dor durante o trabalho de parto	Estudo quantitativo, transversal, descritivo-relacional	Brasil	197 Puérperas	Mulheres que pariram num hospital no centro do país	Diversos fatores são importantes para o cuidado e conforto durante o trabalho de parto, nesse sentido pensasse que uma atenção voltada para as necessidades específicas da parturiente pode ajuda-la a ter um trabalho de parto e um parto satisfatório

Apêndice II: Guião para a Elaboração dos Diários de Campo e Grelha de Observação

GUIÃO PARA ELABORAÇÃO DOS DIÁRIOS DE CAMPO

Data:	Observador:
Hora:	Local:
PARTE DESCRITIVA	
a) Retratos dos sujeitos b) Reconstrução dos diálogos c) Descrição do espaço físico d) Relatos de acontecimentos particulares e) Descrição de actividades f) O comportamento do observador	Comentários do observador
PARTE REFLEXIVA	
a) Reflexão sobre análise b) Reflexões sobre o método c) Reflexões sobre o ponto de vista do observador d) Pontos de classificação	

GRELHA DE ANÁLISE DOS DIÁRIOS DE CAMPO					
IDENTIFICAÇÃO					
Nome:					
Idade:		Escolaridade:			
Raça:		Acompanhante durante o TP e Parto:			
Nacionalidade:					
GRAVIDEZ ATUAL					
Índice Obstétrico:		Complicações na Gravidez:			
Idade Gestacional:		Antecedentes Pessoais:			
Grupo Sanguíneo:		Frequentou CPP:			
ADMISSÃO NO BLOCO DE PARTOS					
Motivo de Admissão:					
Estádio do Trabalho de Parto:		Bolsa de Águas:			
Cervicometria:		CTG:			
ACOLHIMENTO NO BLOCO DE PARTOS					
	Sim	Não		Sim	Não
Calma			Conhece a Hidroterapia		
Ansiosa			Estabelece relação de empatia		
Dor			Coloca questões		
Pretende acompanhante			Compreende o que é transmitido		
OBS.					
DESENHO DO ESPAÇO FÍSICO/AMBIENTE					
Familiarização com espaço:		Música ambiente:			
Explicação do espaço:		Tranquilidade do Serviço:			
OBS.		Hora			

COMPETENCIAS DO ENFREMEIRA ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTERICA

PROMOÇÃO DA HIDROTERAPIA NO TRABALHO DE PARTO

OBSERVAÇÃO DUCHE

Duração do Duche	Inferior a 10"		Superior 10"	
Cervicometria	Antes do Duche		Depois do Duche	
Dor	Diminuiu	Manteve	Aumentou	
Sentimentos verbalizados pela parturiente relativamente à hidroterapia	Agradável	Indiferente	Desagradável	
Posição Corporal	Sentada		Em Pé	
Incidência do Duche	Cervical	Dorso/Lombar	Abdominal	
Presença do acompanhante	Sim		Não	
Pretende reutilizar a técnica	Sim	Talvez	Não	

OBS:

Apêndice III: Diários de Campo

DIÁRIO DE CAMPO I

Data de elaboração do diário: 28/05/2012	Observador: Alexandra Almeida
Data de observação: 05/2012	Local: Hospital da Grande Lisboa – Bloco de Partos
Hora: 08h00/16h30	

PARTE DESCRITIVA

Descrição da situação	Comentários do Observador
Em Maio do corrente ano, foi admitida no Bloco de Partos, a grávida de 40 semanas de gestação com 29 anos e com o diagnóstico de início de trabalho de parto. A Sr.^a C. M. aparentava ser mais jovem. Raça caucasiana, cabelos longos castanhos assim como os seus olhos. Expressiva no seu olhar e um pouco ansiosa. A sua admissão foi efetuada na sala do referido serviço por volta das 08h20 pela AESMO Alexandra Almeida de modo a criar uma relação de empatia. A estudante apresentou-se, fazendo uma breve descrição do espaço físico assim como dos procedimentos que iriam ser efetuados. Foi dado uma camisa e uns chinelos, de modo a trocar pela sua roupa pessoal. Logo neste primeiro momento foi-lhe recomendado o “duche” como técnica de relaxamento, o qual seria acompanhado pela AESMO Alexandra Almeida. Como protocolo do serviço foi-lhe fornecido dois micros enemas e explicado a sua utilização e a sua função. A sala 9 é um local espaçoso, não tem luz solar, apenas luz artificial e com uma janela que se encontra de frente para a porta principal (sem acesso ao exterior). Como referido anteriormente a luz é artificial, com lâmpadas no teto e na cabeceira e ainda um “pantoff” fixado no teto em frente à porta de entrada, encontra-se a cama de partos, à direita o monitor de cardiocografia, à esquerda a unidade e admissão ao recém-nascido. Ao lado dessa unidade encontra-se uma porta que dá acesso a uma arrecadação com vários materiais e apoio para os cuidados ao recém-nascido e um lavatório com formato de banheira para dar banho quando necessário. Por baixo essa bancada há roupas de cama, batas para as utentes, material esterilizado que se utiliza no parto. Ao lado do cardiocógrafa, encontra-se a porta da casa de banho, esta é espaçosa, tendo um lavatório, uma sanita e um duche em espaço aberto permitindo a entrada em cadeira de rodas. No decorrer dessa parede temos um lavatório e apoio e um pouco mais à frente um carro de apoio com material e medicamentos necessários para os procedimentos realizados no internamento. Ainda existe um banco e uma mesa de apoio para o parto. Após terminado o acolhimento, foi explicado que irá ser puncionada uma veia periférica e iniciará soroterapia para hidratação e posterior para a necessidade de administrar alguma medicação. Quando regressa-se do duche iria-se proceder à monitorização (com transdutor e toco) para a vigilância da frequência cardíaca fetal e contratilidade uterina. A Sr.^a C. M. verbalizou que gostaria de ter um parto natural uma vez que o anterior tinha sido uma cesariana. Após estar confortável, acompanhei-a até à casa de banho e regulei a temperatura da água a seu gosto. Desde o princípio que me pareceu uma pessoa certa das suas capacidades no entanto notava-se uma certa ansiedade. A minha atitude foi tentar reduzir esta ansiedade transmitindo alguma segurança para aumentar a sua autoconfiança, uma vez que “o seu	Utente na segunda gestação, cuja gravidez decorreu sem intercorrências. Foi uma gravidez vigiada numa USF da sua área de residência, não frequentou curso de preparação para o nascimento. A Sr.^a CM, encontrava-se um pouco ansiosa, por o primeiro parto tinha se convertido em cesariana e ela desta gravidez pretendia um parto natural.

momento” e aquilo que ela esperava relativamente à evolução do trabalho de parto excedem aquilo que profissionais de saúde têm padronizado, tendo uma reação positiva da Sr.^a C. M.

Foi questionada sobre a presença do convivente significativo, pelo que respondeu que sim.

Durante o decorrer da técnica da hidroterapia (sob supervisão da Enfermeira Orientadora), a Sr.^a C. M. descreve a sensação agradável, sentindo-se mais tranquila e segura mesmo na presença da contração. Refere ainda uma ligeira diminuição da dor, reforçando no entanto que ainda considerava intensa.

Agradava-lhe principalmente o facto de se sentir confortável.

Após terminado o duche, vestiu a bata e dirigiu-se para a cama, onde foi colocada em monitorização externa, sendo puncionada a veia periférica com IONOG 1000 em curso a 125ml/h.

Reforcei que se pretende-se novo duche, seria possível sempre que quisesse. Antes de me ausentar da sala dei indicação para chamar o marido que ainda entrou na minha presença e confirmei se estava tudo bem, o volume da música e o acesso à campainha. A vigilância do bem do bem-estar materno-fetal estava a ser efetuada através da central de CTG’S sem alterações dos padrões normais, apresentando boa variabilidade com registo de dinâmica uterina irregular, de média amplitude.

Relativamente à cervicometria, apresentava (após duche) um colo mole com 5 centímetros de dilatação.

Meia hora depois de ter saído do quarto a campainha da sala 9 tocou, a Sr.^a C. M. pretendia outro duche realizado pelo marido e sobre minha supervisão. Comuniquei o pretendido à minha Enfermeira Orientadora e suspendi a transmissão do CTG (colocando em pausa) e obturei o cateter periférico.

Acompanhei o casal à casa de banho, onde constatei a cumplicidade entre ambos, mas desta vez quem se encontrava ansioso era o marido. Demonstrei como dar o duche e onde, tendo-me depois afastado um pouco, tentando dar alguma privacidade. Apesar de um pouco tenso, consegui aplicar a técnica sem grande dificuldade, apenas referindo que era pena não estar com roupa mais adequada (pois molhava-se), no entanto o ambiente era sereno e reconfortante para a parturiente (descrito pela mesma).

Esteve cerca de 15 minutos referindo esta vez que a dor se mantinha intensa, apesar de se sentir “tranquila” e ter apreciado o duche.

Foi encaminhada para a cama, colocado soroterapia em curso e conectada ao cardiotocógrafo. Cervicometria com 6 centímetros de dilatação e colo fino.

Perguntei se necessitava de alguma coisa pois notei uma certa apreensão pelo facto de eu ir sair do quarto. Questionaram-me se podia fazer epidural ao qual respondi afirmativamente e se era isso que pretendia iria tratar disso o mais rápido possível.

Ao sair da sala, constatei que se encontrava um anestesista (que acabara de aplicar a técnica a outra Senhora), perguntei se estava disponível ao que respondeu afirmativamente e se eu poderia posicionar a Sr.^a C. M. e adiantando os procedimentos.

Voltei então à sala, troquei o IONOG por LR 1000 (conforme protocolo), coloquei a braçadeira para avaliar a tensão arterial, o oxímetro e posicionei a parturiente. Pedi ao marido para aguardar um pouco lá fora. Colaborei na técnica com o anestesista que correu sem intercorrências em que as algias começaram de imediato a diminuir de intensidade.

O tempo passou rápido e pelas 10h00 foi feita a reavaliação de cervicometria tendo dilatação completa do colo, foi realizada RABA com saída de líquido amniótico de cor clara e cheiro característico, foi posicionada e a Sr.^a C. M. iniciou esforços expulsivos.

Às 10h19, nasceu uma menina com 3.835 gramas com procedência da mão direita, sem malformações aparentes de IA 09/10/10, por parto eutócico, com realização de episiotomia, efetuado pela ESMO Alexandra Almeida e pela ESMO Isaura Fonseca. Logo após a expulsão foi promovida a relação precoce da mãe (em contato pele a pele) e a realização do corte do cordão umbilical. O parto decorreu sem intercorrências, a dequitação foi natural, aparentemente completa de membros e cotilédóneos. Iniciou uma perfusão de ocitocina 20UI/500 ml de soro fisiológico, como protocolado, após verificação de globo de segurança de Pinard. As perdas hemáticas vaginais eram em quantidade normal, de seguida verifiquei o canal vaginal, para dar início à episiorrafia, que decorreu sem intercorrências. Após terminado, foram prestados os cuidados de conforto à Sr.^a C. M.

Numa das nossas conversas, foi falado na amamentação e a Sr.^a C. M. fazia questão de amamentar a Matilde.

Mesmo tendo sido uma experiência agradável e onde referiu sentir-se confortável, notei que mesmo repetindo a técnica se a dor aumenta-se de intensidade iria recorrer a uma técnica farmacológica para o alívio da dor. Considero que apesar de querer um parto natural, o medo de ter outra cesariana estava muito presente, podendo condicionar as suas decisões.

Como tinha previsto, acabou por recorrer à analgesia epidural, não ficou dececionada porque penso que a técnica da hidroterapia é um método que pode facilitar a evolução do trabalho de parto, e quando não é o suficiente as mulheres têm todo o direito de optar por outro método que as compense.

Uma vez que fui eu a realizar o parto, tive a oportunidade de “conduzir” todo aquele momento tão importante para este casal. Onde depois de terminado, fui reconhecida de forma bastante calorosa, pelo trabalho efetuado, como disse a Sr.^a CM:

“ Obrigada. Eu vinha tão ansiosa e apreensiva, mas logo desde o início foi uma grande ajuda, explicando sempre tudo e acarinhando-me. Até quando fui para o duche, pensava eu que era um banho e foi muito mais que isso. Muito obrigada”

São palavras assim que nos fazem querer seguir em frente com a nossa prestação de cuidados e fazê-lo sempre melhor indo de encontro às necessidades de cada um.

Os cuidados imediatos ao recém-nascido foram prestados pela Enfermeira M. A., tendo sido administrado vitamina K, como se encontra protocolado, colocando as pulseiras de identificação e eletrônica na presença dos pais, após confirmação do nome da mãe e vestida a primeira roupa escolhida pelos pais. Foi então colocada a Matilde junto da Sr.^a C. M., ambas em posições confortáveis. A Matilde apresentava um excelente reflexo de busca, conseguindo sem grande dificuldade efetuar uma boa pega, apresentando bons reflexos de sucção e deglutição. Havia uma atmosfera de felicidade, em que aquele casal brilha com a presença do seu novo membro. Agradeceram várias vezes por este momento ter correspondido às expectativas e por toda a nossa colaboração.	
PARTE REFLEXIVA	
Mais uma vez verifico que este estágio realizado no bloco de partos, facultou – me uma aprendizagem real das necessidades que as mulheres necessitam durante os eu trabalho de parto e parto. O que pude observar nesta situação, é que mesmo não conhecendo a técnica mostraram-se disponíveis para experimentar. Por vezes pesam ou imaginam que ter um parto natural é ter um parto com dor, o que não corresponde à verdade, mas sim o que se pretende fazer para atenuar essa mesma dor (que tem um lumiar diferente de mulher para mulher), a fim de poder ter o controlo do seu momento vivido no parto. Como averigui na pesquisa bibliográfica sobre a temática as experiencias positivas do parto, estão relacionadas com a gravidez. E uma vez que nesta situação a primeira gravidez tinha sido um pouco angustiada e terminada numa cesariana, havia por parte do utente um misto de sentimentos. Para este casal, este processo de trabalho de parto era algo novo, logo as expectativas eram altas, criando no casal uma certa ansiedade. Verifiquei, que através dos elogios recebidos, acerca do acompanhamento efetuado no bloco de partos (referindo que a hidroterapia teve a sua importância, pois foi algo que apreciaram muito) foi um dos fatores que contribuíram para que fosse uma experiencia positiva. Constatei também que devido a ter sido um processo rápido e sem intercorrência, contribuiu para o aumento da confiança do casal. As diferenças encontradas entre o primeiro caso e este, são principalmente a nível do comportamento psicológico e suas vivências. Em que os primeiros sabiam bem o que pretendiam e tinham a vantagem em já conhecer a hidroterapia. No entanto, ambos esperavam que mesmo usando esta técnica os resultados obtidos correspondessem ao esperado. Considero que a área da hidroterapia, carece de ser mais explorada pelos nossos profissionais de saúde. Não apenas ser considerada como um “duche de higiene”, mas sim um duche terapêutico, com todas as vantagens que lhe advêm. Para isso, temos de ter o tempo necessário para que isso aconteça o que na realidade, por vezes não é possível. É da responsabilidade do ESMO, modificar certas atitudes e comportamentos e proporcionar às utentes/família as necessidades adequadas a cada situação, para que as experiencias de parto sejam cada vez mais positivas e não um momento da nossa vida que se quer esquecer. O parto deverá ser uma lembrança para mais tarde recorda...	

DIÁRIO DE CAMPO

Data de elaboração do diário:
28/04/2012

Data de observação: 04/2012

Hora: 23h00/08h30

Observador: Alexandra Almeida

Local: Hospital da Grande Lisboa – Bloco de Partos

Local: Hospital da Grande Lisboa – Bloco de Partos

Local: Hospital da Grande Lisboa – Bloco de Partos

PARTE DESCRITIVA

Descrição da situação	Comentários do Observador
No mês de Abril de 2012, foi admitida no Bloco de Partos, a grávida de 40 semanas de gestação e 2 dias de evolução, com 32 anos e diagnóstico de início de trabalho de parto. A Sr.^a F. G., raça caucasiana, cabelos compridos castanhos-claros e muito encaracolados, face com sardas dando-lhe um ar jovial. Calma e sorridente, com o seu sotaque característico, era uma pessoa que na primeira impressão era muito comunicativa. A admissão da Sr.^a F. G., foi efetuada no início do turno da noite, por volta das 23h30, na sala de partos 2, após ter sido triada e ter sido observada pela equipa médica no SVOG. A sala 2 é a sala mais próxima dos blocos operatórios é uma das duas salas com luz solar, a janela que encontra-se de frente para a porta principal (sem acesso ao exterior). Ainda tem lâmpadas no teto e na cabeceira e ainda um "pantoff" fixado no teto em frente à porta de entrada, encontra-se a cama de partos, à esquerda o monitor de cardiocografia, à direita a unidade e admissão ao recém-nascido. Ao lado dessa unidade encontra-se uma porta que dá acesso a uma arrecadação com vários materiais, depois dessa porta existe uma bancada de apoio para os cuidados ao recém-nascido e um lavatório com formato de banheira para dar banho quando necessário. Por baixo essa bancada há roupas de cama, batas para as utentes, material esterilizado que se utiliza no parto. Ao lado do cardiocógrafa, encontra-se a porta da casa de banho, esta é espaçosa, tendo um lavatório, uma sanita e um duche em espaço aberto permitindo a entrada em cadeira de rodas. No decorrer dessa parede temos um lavatório e apoio e um pouco mais à frente um carro de apoio com material e medicamentos necessários para os procedimentos realizados no internato. Ainda existe um banco e uma mesa de apoio para o parto. A admissão foi efetuada por mim, juntamente com a Enfermeira Orientadora. A Sr.^a F. G. desde o início que referiu querer recorrer à técnica da hidroterapia, pois tinha tido uma experiência muito positiva na anterior gravidez, onde em casa na fase latente do trabalho de parto tinha aplicado o duche. No entanto referiu que pretendia analgesia epidural. Apos terminado, foi explicado que irá ser puncionada uma veia periférica e iniciará soroterapia para hidratação e posterior para a necessidade de administrar alguma medicação. Quando regressa-se do duche iria-se proceder à monitorização (com transdutor e toco) para a vigilância da frequência cardíaca fetal e contratilidade uterina. Foi questionada se pretendia a presença do convivente significativo, respondendo afirmativamente. Encaminhei-a à cas de banho e regulei a água aseu gosto. Como a Sr.^a era alta, utilizei o banco do banho para estar mais proporcional. O duche incindia mais na região dorso-lombar e também cervical. Sempre muito comunicativa, ia referindo que o duche a descontraía muito, principalmente com os movimentos rotativos. A intensidade da dor diminuía mas por pouco tempo. Gostava de se poder movimentar juntamente coma água, dando-lhe sensação de liberdade. Por vezes pedia para regular a temperatura da água para mais fria (que o fazia por estar perto das torneiras). Gostando da diferença da temperatura, causando sensação de alívio da dor. Permaneceu no duche mais de 10 minutos, disfrutando o que ele lhe	A Sr.^a F.G., multipara, cuja vigilância de gravidez foi efetuada com um médico particular. Foi uma gravidez tranquila, sem intercorrências. Serologias negativas e atualizadas, StrepB vaginal e retal negativo. Nesta gravidez não frequentou nenhum curso de preparação para o nascimento, pois tinha participado na primeira gravidez. Pude verificar o à vontade e a autoconfiança da Sr.^a FG, a aplicação da técnica de hidroterapia. No entanto, ia sempre colocando questões pertinentes relativas ao mesmo. Uma vez que na primeira gravidez tinha experimentado a técnica, tendo sido explicada no curso de preparação para o nascimento que tinha frequentado (curso lecionado por uma ESMO), queria sem dúvida recorrer a este método não farmacológico.

podia proporcionar. A minha atitude, foi sempre de ir ao encontro das suas expectativas, permitindo desta forma o “casamento perfeito”, entre o que a parturiente pretende e o que a hidroterapia faculta. Ao terminar o duche, vestiu a bata e encaminhou-se para junto da cama para ser colocada a monitorização externa com “wireless” para poder andar pelo quarto como pretendia. Foi puncionada uma veia periférica com IONOG em curso. No determinar dos procedimentos, juntou-se o marido também com um comportamento muito descontraído e confiante. Vivia-se um ambiente de pura cumplicidade entre o casal. Era muito agradável poder assistir a um momento como este, porque é tudo aquilo que pretendemos como profissionais da saúde. Verifiquei se necessitavam de mais alguma coisa, reforcei que poderia usar o duche quando quisesse, apenas teria que tocar à campainha para poder desmonitorizar e se preparar para o mesmo. Ausentei-me então da sala para a realização dos registos de enfermagem. A vigilância do bem-estar materno fetal é efetuada através da central dos CTG’S sem alteração dos parâmetros normais. O registo fetal apresentava boa variabilidade com uma linha basal nos 140 bpm. No que diz respeito à dinâmica uterina estava na regular de média/alta amplitude. Relativamente à cervicometria apresentava um colo com 5 centímetros de dilatação fino e centrado após o término da aplicação da hidroterapia (de referir que na admissão apresentava um colo com 4 centímetros de dilatação a centrar). Cerca das 00h10, dirigi-me à sala 9 para verificar se tudo estava bem, quando me questionaram se poderiam reutilizar o duche. A Sr.^a F. G., andava pelo quarto, sempre com um sorriso, no entanto notava-se com o início da contração o mesmo sorriso desaparecia, os seus olhos fechavam, para de andar e inspirava e expirava com suavidade. Sobre a orientação, da minha Enfermeira Orientadora, desmonitorizei e obturei o cateter venoso periférico e acompanhei o casal à casa de banho. Sempre muito descontraídos, muito autónomos, ficando simplesmente atentos às minhas orientações, foi dos momentos mais bonitos que vivenciei durante este período de estágio. Talvez por existir esta harmonia em nosso redor, onde todos colaboramos para o mesmo fim. Durante a prática desta técnica pude observar que a liberdade de movimentos tem uma extrema importância para o bem-estar da parturiente, pois a Sr.^a F. G. alternava entre a posição de sentada para a de pé. Pude constatar, que apesar de referir sensação agradável, a intensidade da dor diminuía e por vezes tornava-se mais forte. Permaneceu no duche cerca de 20 minutos, alternando a região do corpo incidente dos jatos de água assim como a sua temperatura. Tendo autocontrolo da situação sobre a nossa supervisão. Quando terminou, perguntou se poderia recorrer à técnica de analgesia epidural pois da primeira vez não tinha tido oportunidade de usufruir da mesma e gostaria de ter essa comparação. Mas apesar de sentir-se controlada, estava neste momento com algum receio de perder o controlo devido à intensidade da dor e ao curto espaço de tempo entre as contrações. Antes de efetuar a chamada, realizei o toque obstétrico, verificando que apresentava um colo fino com 6 centímetros de dilatação e bolsa amniótica a “tufar” na contração. A Enfermeira Orientadora foi contactar o Médico Anestesiologista e enquanto aguardava a chegada do mesmo foi realizado o esclarecimento de algumas dúvidas colocadas pela Sr.^a F. G. ao mesmo tempo que efetuava a monitorização dos sinais vitais (TA, FC, SAT%O₂), foi substituído a soroterapia em curso por Lactato de Ringer, conforme protocolado. Cerca das 00h45, o Anestesiologista de serviço compareceu no serviço para realizar a técnica de colocação do cateter epidural. A Sr.^a F. G. foi posicionada no leito, sentada à beira da cama, com as pernas fletidas, costas curvadas e ombros descaídos. A técnica decorreu sem intercorrências levando aproximadamente 15 minutos desde o início ao término do procedimento. Tendo um efeito rápido no alívio da dor referido pela Sr.^a F. G. Ao ser reposicionada, cerca das 00h55, deu-se REBA com saída de líquido claro. Foram prestados os cuidados de conforto e reforçado se houvesse alguma alteração para nos chamar. Nesta altura, o casal encontrava-se um pouco ansioso, pois sabiam que a	Poder ajudar o casal é sempre uma mais-valia. Conciliar outras técnicas, pra favorecer uma boa evolução do trabalho de parto, é sempre de estimular, tanto as parturientes a utilizar, como os ESMOS nas suas prestações de cuidados, de forma a haver uma interajuda para alcançar o mesmo objetivo. Constatei com este momento, que quando nos esforçamos para alcançar algo, esse esforço é compensado, com a satisfação de quem o usufrui. E neste exemplo em que nós estávamos todos em “sintonia”, foi um momento com resultados positivos. Consegui compreender a decisão da Sr.^a FG e não acho de todo que ao aplicar uma ou várias técnicas não farmacológicas para o alívio da dor, as parturientes não queiram optar por uma técnica farmacológica, uma vez que o uso do duche, segundo a literatura está mais ligado ao relaxamento e como consequência possa aliviar a dor.
--	---

hora de conhecerem a filha estaria para breve. Não cheguei a ausentar-me do quarto quando a Sr.^a F. G. referiu pressão a nível pélvico, seria 01h08 quando me informou. Pedi então para observá-la onde constatei que apresentava dilatação completa, com a apresentação bem apoiada. Às 01h20, nasceu a Inês, com 3. 125 Gramas de peso, sem malformações aparentes, IA 9/10/10, por parto eutócico com realização de episiotomia, realizado por mim e pela ESMO Isaura Fonseca. Após a expulsão, foi colocado o recém-nascido em contato pele a pele com a mãe e promovida a relação precoce entre a tríade. O corte do cordão umbilical foi efetuado pelo Sr.^o P. G. Alguns minutos depois foram prestados cuidados imediatos pela Enfermeira R. T., sendo necessária uma aspiração na orofaringe, foi administrado vitamina K, colocadas pulseiras de identificação e eletrônica do recém-nascido na presença dos pais e vestida a primeira roupinha. Apresentou emissão de mecônio. O parto decorreu sem intercorrências sob efeito de analgesia epidural. A dequitação decorreu natural com mecanismo de Duncan, ao fim de aproximadamente 15 minutos com formação do globo de segurança de Pinard e perdas hemáticas vaginais em quantidade normal. Foi efetuada a visualização do canal vaginal de modo a verificar a sua integridade, apresentando uma pequena episiotomia, sendo suturada sem intercorrências. De referir que após a dequitação iniciou a perfusão de ocitocina 20 UI/500 ml de soro fisiológico. Terminado o procedimento, foram prestados cuidados de higiene e conforto à Sr.^a F. G. e simultaneamente foi questionada se pretendia amamentar a Inês, quando terminasse os cuidados que estavam a ser prestados. A resposta foi afirmativa, pois também tinha amamentado a outra filha. Nesta altura, quem se encontrava com o recém-nascido era o pai que irradiava orgulho pelo seu novo membro da família. Pedi permissão para segurar no recém-nascido, pedi à Sr.^a F. G. para se posicionar e posicionei o recém-nascido junto da mãe para ajudá-los a efetuar uma boa pega, o mamilo era pouco proeminente mas quando estimulado ficava bem formado. Após alguns minutos de tentativas, apareceram bons reflexos de sucção e deglutição da Inês. Foi nesse momento que algumas lágrimas escorreram pela face cheia de sardas da Sr.^a F. G., sorrindo para a sua nova menina. Este momento, fez transparecer no rosto do casal a felicidade que sentiam e a alegria de ter corrido tudo bem.	Visto ter acompanhado este processo desde o início, tive a oportunidade de verificar se a hidroterapia era uma boa estratégia utilizada pelo ESMO para o relaxamento durante o trabalho de parto. Pelos sentimentos verbalizados pela Sr.^a FG, penso que sim, tendo repercussões positivas tanto físicas como psicológicas. Apesar de achar que a Sr.^a FG, tinha um grande autocontrolo, a hidroterapia não foi suficiente para que se abstrai-se da dor sentida na contração e permanecer assim até ao nascimento da sua filha.
PARTE REFLEXIVA	
A escolha da observação direta dos comportamentos das utentes, relativamente à utilização de técnicas não farmacológicas, especificamente a hidroterapia, facultou-me refletir sobre a temática. Existia uma falha na minha aprendizagem, tanto com profissional assim como estudante, sobre a hidroterapia e desta forma não conseguia avaliar os resultados efetivos do mesmo durante o trabalho de parto. O que se falava muito era no parto na água e não era isso o pretendido. Logo a minha formação neste estágio foi importante para complementar este ciclo. Assim, com esta aprendizagem, com a observação e a reflexão das situações vividas, ajudaram-me a entender melhor as necessidades das utentes. No entanto, surgiram algumas dúvidas entre elas: ✓ Será que a analgesia epidural efetuada num trabalho de parto demorado é um fator que limita a aplicação da hidroterapia? ✓ Porque não se utiliza mais vezes esta técnica em fases latentes do trabalho de parto? Muitas questões, surgem com o evoluir de uma reflexão, mas considero que perante os meus conhecimentos e a observação efetuada, foram estas que obtiveram relevo. Considero, que a desta minha reflexão, estava preparada para um trabalho de parto rápido e que decorre-se de forma linear. Pude constatar que algum conhecimento por parte do casal, tinha sido adquirido num CPN na primeira gravidez. Para mim, são cursos importantes, principalmente quando lecionados por ESMO. O casal referido neste diário, era muito seguro nas suas tomadas de decisão e transpareciam uma grande cumplicidade, que juntamente com a empatia estabelecida connosco veio facilitar, todo o processo. Mesmo já conhecendo a técnica, não descuidavam a nossa presença e orientações. Verifiquei que a nossa disponibilidade, era fundamental para se estabelecer uma relação de confiança e desta forma trabalhar em conjunto para que haja uma satisfação por parte daqueles que usufruem dos nossos cuidados. Verifiquei que este casal, com a ajuda da hidroterapia conseguiu ir de encontro às expectativas esperadas, mesmo que mais tarde tenham recorrido à analgesia epidural. Constato, que o que a mulher/casal pretende sempre é um parto sem dor, onde possa desfrutar daquele momento mágico, que é o nascimento de um filho, seja ele o primeiro, segundo, terceiro....	

Apêndice IV: Atividades Desenvolvidas no Estagio com Relatório

PLANO DE ACTIVIDADES – ENSINO CLÍNICO IV/BLOCO DE PARTOS

Objetivo 1 - Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que permitem prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto, sendo sensível à sua cultura.

ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RESULTADOS ESPERADOS	RECURSOS	COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS
1. Realizar acolhimento à utente/conviniente significativo no bloco de partos; 2. Informar utente acerca da presença do conviniente significativo à sua escolha e permanência do mesmo durante o trabalho de parto, se for esse o seu desejo; 3. Proporcionar medidas de conforto ambiente seguro e tranquilo à utente antes do início dos procedimentos; 4. Consultar utente/conviniente significativo acerca da existência de plano de parto, quais as decisões que tomou relativamente ao seu parto e cuidados ao recém-nascido; 5. Avaliar o bem-estar materno-fetal através da avaliação dos parâmetros vitais, estática fetal e monitorização cardiotocográfica; 6. Puncionar acesso venoso periférico de bom calibre, colheita de sangue para análises e iniciar soroterapia, segundo prescrição médica e protocolos homologados; 7. Verificar resultados analíticos relativamente a resultados das serologias relativamente à rubéola, Toxoplasmose, citomegalovírus, Hepatite B e C, HIV I e II, VDRL e pesquisa de estreptococos do grupo B no exsudado retal e vaginal; 8. Iniciar antibiótica profilática, se infeção comprovada analiticamente ou se resultados desconhecidos (se início de trabalho de parto) segundo prescrição médica e protocolos homologados; 9. Avaliar os conhecimentos da parturiente, relativos à preparação para o parto, nomeadamente acerca da respiração, hidroterapia, efetuar ensino, se necessário; 10. Reduzir a luminosidade e o ruído, mantendo música suave, se possível; 11. Possibilitar a ingestão de pequenas quantidades de água e líquidos açucarados e fornecer rebuçados; 12. Registo de todos os parâmetros avaliados no partograma (cervicometria, apresentação, variedade, características do líquido, interpretação do CTG, exames e procedimentos efetuados, soros e medicação administrada, eliminação, sinais vitais, e alterações significativas, que ocorram durante o trabalho de parto, assim como as medidas empreendidas para as colmatar; 13. Proporcionar estratégias não farmacológicas no alívio da dor e redução da ansiedade, como deambulação, musicoterapia, técnicas respiratórias e de relaxamento; 14. Informar acerca das estratégias farmacológicas para alívio da dor;	Parturientes conheçam a evolução do trabalho de parto para um controlo eficaz da dor e ansiedade; Preservar o bem-estar materno-fetal durante os vários estádios do trabalho de parto; Saber utilizar o partograma com ferramenta estratégica para avaliação e condução do trabalho de parto de forma natural; As parturientes têm alívio da dor nos vários estádios do trabalho de parto;	Temporais: Início a 27 de Fevereiro termos a 27 de Julho Materiais: artigos, documentos, duche do HPP de Cascais Físicos: casa de banho do bloco de partos do HPP Cascais Humanos: equipa multidisciplinar; Enfº ESMO Orientador de estágio e Docente Orientador	Foi sempre garantida a vigilância do bem-estar materno-fetal e comunicado à equipa as alterações registadas no CTG, assim como as alterações após o exame físico; Realizados todos os registos da evolução do trabalho de parto no partograma, bem como no programa; Informativo; Todas as dúvidas da parturiente e conviniente significativo, foram esclarecidas assim com todos os procedimentos efetuados foram-lhes explicados; Foram esclarecidas dúvidas das parturientes e conviniente significativo, sobre a colocação do cateter epidural e administração de analgesia ao longo do trabalho de parto. Tendo 1 mulher que recusou recorrer à analgesia epidural e 3 que no início não pretendiam, alterando a sua decisão mais tarde

15. Contactar anestesia para realização de analgesia epidural, se reunidas condições analíticas e evolução do trabalho de parto, e colaborar na sua colocação; 16. Realizar nova administração de analgesia através do cateter epidural, se reunidas condições (parâmetros vitais e cervicometria), segundo protocolo homologado e prescrição terapêutica; 17. Preparação do material necessário para a realização de parto eutócico; 18. Promover vinculação precoce, através do contacto pele a pele, entre a díade/tríade; Permitir corte do cordão umbilical pelo conviniente significativo, se for esse o seu desejo; 19. Realizar episiotomia, quando necessário; 20. Realizar colheita de sangue do cordão umbilical para tipagem do grupo de sangue do recém-nascido quando grupo sanguíneo materno for do grupo O ou se for Rh - e para conservação de células estaminais, respeitando indicações do laboratório de conservação; 21. Verificar integridade da placenta e membranas amnióticas; 22. Verificar características e integridade do cordão umbilical; 23. Realizar extração manual da placenta e membranas, se não ocorrer dequitação natural; 24. Realizar revisão uterina manual, quando for necessário; 25. Realizar revisão do canal vaginal e suturar lacerações se verificar sua existência; Realizar episiotomia, sob efeito de anestesia local, se necessário; 26. Verificar formação do globo de segurança de Pinard; 27. Verificar características e quantidade das perdas hemáticas; 28. Promover relação precoce entre a tríade; 29. Promover amamentação precoce, se for o desejo da utente; 30. Proporcionar cuidados no 4º estado do trabalho de parto, à utente/RN; 31. Informar equipa multidisciplinar, se evolução de trabalho de parto não for da competência do EESMO; 32. Informar e colaborar com a equipa multidisciplinar quando detetadas complicações no puerpério imediato; 33. Transferir puérpera para Unidade de Cuidados Intensivos, se houver indicação; 34. Realizar registos de enfermagem relativamente à admissão, parto e puerpério imediato, de forma a promover continuidade dos cuidados prestados; 35. Transmitir a informação pertinente, na passagem de ocorrências quando reunidas condições para a transferência da utente, para o serviço de internamento de obstetria ou Unidade de Cuidados Intensivos; 36. Realizar, no mínimo, 40 partos eutócicos; 37. Realizar diários de aprendizagem de forma a refletir acerca dos cuidados prestados durante o ensino clínico;	Preservar o bem-estar materno-fetal, durante a colocação do cateter epidural; As parturientes/convinientes significativos experienciem um parto como idealizado; As parturientes/convinientes significativos, estabeleçam uma relação precoce com o recém-nascido, logo após o nascimento e sempre que possível; Preservar o bem-estar do recém-nascido nas primeiras 2 horas de vida		47 do total das parturientes acompanhadas no bloco de partos recorreram à analgesia epidural, no qual del a minha colaboração na aplicação da técnica; Sempre que reunidas as condições, foram administradas replicagens de acordo com o protocolo; 4 das mulheres, necessitaram de anestesia local, para se poder proceder à episiorrafia; Foram realizados 42 partos eutócicos 29 partos distócicos (26 ventosas+1 ventosa e forceps+3 cesarianas) Sempre que possível foi promovida a vinculação precoce com a díade/tríade Foram realizadas 36 episiotomias suturadas, 3 lacerações de Grau I e II e 3 perineos íntegros Foram prestados cuidados imediatos a 24 a recém-nascidos, efetuados todos os procedimentos protocolados Foram prestados cuidados a 33 puérperas e recém-nascidos, não tendo sido detetadas alterações, permitindo a sua transferência para o serviço de obstetria
--	---	--	--

Objetivo 2 - Desenvolver competências que promovam a hidroterapia durante o trabalho de parto segundo as práticas demonstradamente úteis, recomendadas pela OMS.

ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RESULTADOS ESPERADOS	RECURSOS	COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS
1. Manter presença contínua durante o 1º e 2º estágio do trabalho de parto, transmitindo informação sobre o que vai acontecendo, inspirando segurança e tranquilidade; 2. Vigília da utente para avaliação da progressão do trabalho de parto, estar atenta à alteração da fase latente e ativa que se pretende ser mais rápida na dilatação (velocidade máxima de dilatação 3cm/h); 3. Identificação do início da fase ativa: colo completamente apagado, e com cerca de 3 a 4cm de dilatação; 4. Vigília das características das contrações e dos batimentos cardíaco-fetais; 5. Promover a diminuição dos desconfortos provocados pelas contrações uterinas, incentivando a utente a recorrer à hidroterapia utilizando o duche do bloco de partos, se não houver contraindicação; 6. Proporcionar estratégias não farmacológicas no alívio da dor e redução da ansiedade, deambulação, musicoterapia, técnicas respiratórias entre outros; 7. Promover o uso da hidroterapia, informando a mulher/convincente significativo sobre os benefícios, pois a ação da água promove um relaxamento tecidual generalizado, incluindo os músculos perineais, as articulações e os ligamentos, tendo a capacidade de os relaxar profundamente e, assim, diminuir significativamente a tensão tecidual, conduzindo a um aumento da elasticidade dos tecidos; 8. Valorizar as indicações verbalizadas pela mulher, incentivando a participação do convivente significativo, para em conjunto descobrirem um melhor conforto; 9. Avaliação da progressão do trabalho de parto através do toque vaginal: características do colo, identificação da integridade das membranas, características do líquido amniótico se bolsa de águas rota e determinação da apresentação; 10. Avaliação do bem-estar fetal através de monitorização externa; 11. Avaliação de sinais vitais em S.O.S. 12. Realizar os registos de enfermagem.	Incentivar o maior número de mulheres a utilizar o duche durante o 1º e 2º estágio do trabalho de parto Percecionar que a hidroterapia está associada à redução o tempo de trabalho de parto Facilitar nas mulheres maior autonomia e participação no parto natural; As parturientes utilizem a hidroterapia, de forma a aliviar a dor nos vários estádios do trabalho de parto; As parturientes e os seus conviventes significativos, participem ativamente, na utilização da hidroterapia;	Temporais: Início a 27 de Fevereiro termos a 27 de Julho Materiais: artigos, documentos, duche do HPP de Cascais Físicos: casa de banho do bloco de partos do HPP Cascais Humanos: equipa multidisciplinar; Enº ESMO Orientador de estágio e Docente Orientador	Em 21 das grávidas admitidas foram proporcionados momentos de relaxamento com hidroterapia sempre de acordo com o consentimento da mesma; Apenas duas das mulheres optaram por não utilizar a hidroterapia no momento da admissão; Das 23 mulheres admitidas, apenas 6 tinha conhecimento da técnica da hidroterapia Algumas das parturientes, não tinham a percepção que a hidroterapia poderia atenuar a dor Sempre que possível e com o consentimento da parturiente foi aplicada a técnica da hidroterapia, no sentido de otimizar a experiência do trabalho de parto

Objetivo 3 - Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que permitam potenciar o bem-estar da mãe e do recém-nascido, promovendo a sua adaptação/otimização à vida extra-uterina.

ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RESULTADOS ESPERADOS	RECURSOS	COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS
1. Apresentação/Integração na equipa multidisciplinar do bloco de partos e serviço de urgência obstétrica do HPP de Cascais; 2. Coirer informações através de entrevistas informais com o OE, restantes elementos da equipa multidisciplinar, documentos existentes no serviço; 3. Conhecer circuito de admissão da utente/convincente significativo, no Serviço; 4. Consultar documentação existente no serviço utilizada na prestação de Cuidados de Enfermagem especializados; 5. Observar prestação de cuidados efetuados pelo EESMO orientador do local e restante equipa; 6. Realizar acolhimento a utente/convincente significativo nos referidos serviços; 7. Realizar anamnese, em ambiente calmo e acolhedor, respeitando a privacidade da utente/convincente significativo; 8. Consultar Boletim Individual de Grávida e Exames Complementares de Diagnósticos realizados durante o período pré-natal; 9. Avaliar o bem-estar materno-fetal através da avaliação dos parâmetros vitais, estática fetal e monitorização cardiotocográfica; 10. Realizar exame bimanual para avaliação da cervicometria, pavimento pélvico e alterações obstétricas/ginecológicas; 11. Identificar situações de risco que alterem o bem-estar materno-fetal, encaminhar e comunicar à equipa multidisciplinar; 12. Comunicar as utentes/convintes significativas situações detectadas; 13. Comunicar e esclarecer cuidados especializados a prestar, procedimentos a efetuar consoante as necessidades detectadas; 14. Administrar terapêutica prescrita consoante prescrição médica; 15. Realizar colheita de produtos para realização de exames complementares de diagnóstico; 16. Realizar ed. para a saúde consoante as necessidades detectadas, idade gestacional e questões colocadas pela utente/convincente significativo (ex., vários estádios do trabalho de parto, medidas de conforto durante o trabalho de parto através de estratégias não farmacológicas e farmacológicas, pós-parto, amamentação, entre outros); 17. Realizar registos de enfermagem no processo clínico; 18. Refletir adequando sempre que necessário, as atividades desenvolvidas, (diários de aprendizagem) e através de reuniões informais e programadas com os orientadores do ensino clínico	Adquirir novos conhecimentos consolidar os já existentes, através da observação da prestação de cuidados, da pesquisa e do estudo; Adquirir as competências necessárias para prestar cuidados autónomos e especializados à mulher/família durante o pré-natal; Refletir sobre as práticas e situações vividas e assumir erros e responsabilidades. Ser um elemento que colabora na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Ser capaz de identificar situações de risco e de desenvolver estratégias para as resolver.	Temporais: De 27 de Fevereiro a 27 de Julho Materiais: documentos normas protocolos do serviço, Boletim de saúde da grávida, processo de enfermagem e material necessário à prestação de cuidados. Físicos: serviço de urgência obstétrica e bloco de partos do HPP Cascais Humanos: equipa multidisciplinar; Enº ESMO Orientador de estágio e Docente Orientador	Integração proporcionada, foi bastante facilitadora no processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências; Foram acompanhadas no bloco de partos um total de 127 grávidas e conviventes significativos; Efetuada 23 admissões no bloco de partos ao longo do estágio e realizados os procedimentos protocolados; Foram realizados 2 diários de campo, resultante da observação direta dos comportamentos das parturientes; Realizados 2 diários de aprendizagem referentes a duas situações vividas no bloco de partos;

Apêndice V: Ação de Formação em Serviço sobre *EMPOWERMENT* DA MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO - *Um desafio para o cuidar do EEESMOG, que incluiu a hidroterapia*

***EMPOWERMENT DA
MULHER DURANTE O
TRABALHO DE PARTO***

***Um desafio para o cuidar do
Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde***

SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

FORMADORAS: Enf^a Adelaide Bento*, Enf^a Alexandra Almeida*, Enf^a Domingas d'Orey* e Enf^a Vanessa Furão*.

DESTINATÁRIOS: Profissionais de enfermagem do bloco de partos do HPP Cascais.

DATA: 11 de Julho de 2012 entre 15:00 às 16:00 horas. **Duração:** 60 minutos.

LOCAL: Sala de formação do bloco de partos

PLANO DE SESSÃO

DATA: 11 de Julho de 2012 entre 15:00 às 16:00 horas. **LOCAL:** Sala de formação do bloco de partos. **Duração:** 60 minutos.

DESTINATÁRIOS: Profissionais de enfermagem do bloco de partos do HPP Cascais.

FORMADORAS: Adelaide Bento, Alexandra Almeida, Domingas d'Orey e Vanessa Furão.

TEMA: *EMPOWERMENT DA MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO - Um desafio para o cuidar do EEESMOG*

OBJETIVO:

- Contribuir para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem no âmbito da saúde materna e obstetrícia.
- Partilhar a evidência científica.
- Facilitar a partilha de experiências e conhecimentos entre os participantes sobre:
 - O contributo do EESMO para o *empowerment* da mulher/casal;
 - Hidroterapia como técnica de relaxamento no trabalho de parto;
 - A deambulação durante o trabalho de parto;
 - Contributo da Bola de Nascimento durante o trabalho de parto

	CONTEUDOS	METODOLOGIA	RECURSOS PEDAGÓGICOS	DURAÇÃO
INTRODUÇÃO	• Apresentação. • Objetivos da sessão	Expositiva	Data show (PowerPoint) Computador	5 min.
DESENVOLVIMENTO	• O <i>empowerment</i> da mulher durante o trabalho de parto • Hidroterapia como técnica de relaxamento no trabalho de parto • Deambulação durante o trabalho de parto • Contributo da Bola de Nascimento durante o trabalho de parto • Iniciativo parto normal da OE • Considerações finais	Expositiva	Data show (PowerPoint) Computador	35 min.
CONCLUSÃO	• Discussão	Discussão participada	Data show (PowerPoint) Computador	20 min.

Julho 2012



Curso de Mestrado em Enfermagem de
Saúde Materna e Obstetrícia

EMPOWERMENT DA MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Um desafio para o cuidar do EEESMOG

Mestrandas:

Adelaide Bento, nº 3813
Alexandra Almeida, nº 3812
Domingas d' Orey nº 3825
Vanessa Furão, nº 3855

Julho 2012



Curso de Mestrado em Enfermagem de
Saúde Materna e Obstetrícia

EMPOWERMENT DA MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Um desafio para o cuidar do EEESMOG

Mestrandas:

Adelaide Bento, nº 3813
Alexandra Almeida, nº 3812
Domingas d' Orey nº 3825
Vanessa Furão, nº 3855

OBJETIVOS

- Contribuir para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem no âmbito da saúde materna e obstetrícia.
- Partilhar a evidencia científica.
- Facilitar a partilha de experiências e conhecimentos entre os participantes sobre:
 - O contributo do EESMO para o *empowerment* da mulher/casal;
 - Hidroterapia como técnica de relaxamento no trabalho de parto;
 - A deambulação durante o trabalho de parto;
 - Contributo da Bola de Nascimento durante o trabalho de parto

OBJETIVOS

- Contribuir para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem no âmbito da saúde materna e obstetrícia.
- Partilhar a evidencia científica.
- Facilitar a partilha de experiências e conhecimentos entre os participantes sobre:
 - O contributo do EESMO para o *empowerment* da mulher/casal;
 - Hidroterapia como técnica de relaxamento no trabalho de parto;
 - A deambulação durante o trabalho de parto;
 - Contributo da Bola de Nascimento durante o trabalho de parto

O CONTRIBUTO DO EESMO PARA O EMPOWERMENT DA MULHER/CASAL

- *Empowerment* está relacionado com o acréscimo do poder pessoal mediante aumento de conhecimentos, e da perceção das necessidades pessoais, que permitem a capacidade para tomar decisões aumentado a autoestima e a confiança em si próprio.

SCHMID (2010)

O CONTRIBUTO DO EESMO PARA O EMPOWERMENT DA MULHER/CASAL

- *Empowerment* está relacionado com o acréscimo do poder pessoal mediante aumento de conhecimentos, e da perceção das necessidades pessoais, que permitem a capacidade para tomar decisões aumentado a autoestima e a confiança em si próprio.

SCHMID (2010)

O CONTRIBUTO DO EESMO PARA O EMPOWERMENT DA MULHER/CASAL

- Os níveis elevados de epinefrina/ adrenalina desencadeados pela ansiedade materna, podem reduzir a atividade uterina e prolongar o trabalho de parto.
- Devem ser criadas condições para a mulher libertar a suas hormonas naturais, a ocitocina endógena. Esta hormona leva à produção de endorfinas que ajuda na diminuição da dor.

ODENT (2010)

O CONTRIBUTO DO EESMO PARA O EMPOWERMENT DA MULHER/CASAL

- Os níveis elevados de epinefrina/ adrenalina desencadeados pela ansiedade materna, podem reduzir a atividade uterina e prolongar o trabalho de parto.
- Devem ser criadas condições para a mulher libertar a suas hormonas naturais, a ocitocina endógena. Esta hormona leva à produção de endorfinas que ajuda na diminuição da dor.

ODENT (2010)



HIDROTERAPIA COMO TÉCNICA DE RELAXAMENTO NO TRABALHO DE PARTO

Mestranda Alexandra Almeida



HIDROTERAPIA COMO TÉCNICA DE RELAXAMENTO NO TRABALHO DE PARTO

Mestranda Alexandra Almeida

HIDROTERAPIA COMO TÉCNICA DE RELAXAMENTO NO TRABALHO DE PARTO

- A hidroterapia durante o trabalho de parto promove a sensação de relaxamento e de alívio da dor



- Minimizando os riscos relacionados
 - com as intervenções farmacológicas
- Para a OMS é de extrema importância que os métodos não farmacológicos, passem a ser utilizados, por serem mais seguros e menos invasivos.

OMS (2009)

HIDROTERAPIA COMO TÉCNICA DE RELAXAMENTO NO TRABALHO DE PARTO

- A hidroterapia durante o trabalho de parto promove a sensação de relaxamento e de alívio da dor



- Minimizando os riscos relacionados
 - com as intervenções farmacológicas
- Para a OMS é de extrema importância que os métodos não farmacológicos, passem a ser utilizados, por serem mais seguros e menos invasivos.

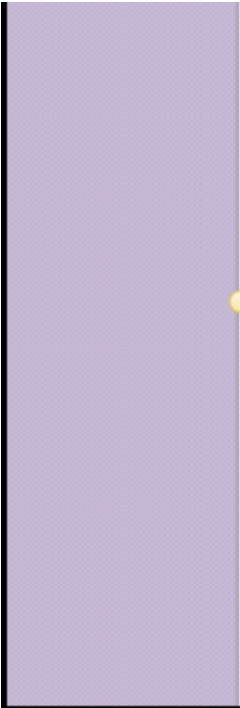
OMS (2009)

HIDROTERAPIA COMO TÉCNICA DE RELAXAMENTO NO TRABALHO DE PARTO



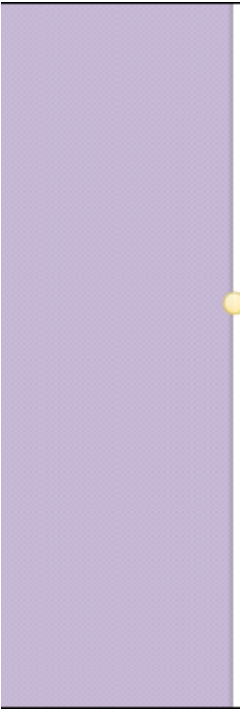
HIDROTERAPIA COMO TÉCNICA DE RELAXAMENTO NO TRABALHO DE PARTO





DEAMBULAÇÃO DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Mestranda Adelaide Bento



DEAMBULAÇÃO DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Mestranda Adelaide Bento

DEAMBULAÇÃO DURANTE O TRABALHO DE PARTO

- Existem recomendações expressas sobre a importância da liberdade de movimentos, nomeadamente a deambulação durante o 1º estágio do trabalho de parto, devido às suas inúmeras vantagens.

(OMS, 1996; APEO, 2009)

- A posição horizontal da parturiente durante o trabalho de parto tem sido adotada para comodidade dos profissionais.

(Mamede, 2004)

DEAMBULAÇÃO DURANTE O TRABALHO DE PARTO

- Existem recomendações expressas sobre a importância da liberdade de movimentos, nomeadamente a deambulação durante o 1º estágio do trabalho de parto, devido às suas inúmeras vantagens.

(OMS, 1996; APEO, 2009)

- A posição horizontal da parturiente durante o trabalho de parto tem sido adotada para comodidade dos profissionais.

(Mamede, 2004)

WALKING EPIDURAL

- Consiste na administração de uma baixa concentração de anestésico local e um opióide, no espaço epidural, através de injeções em bólus ou uma contínua perfusão.
- É uma técnica que permite suficiente função motora de pacientes para deambular.

Schrock e Harraway-Smith (2012)

- Estudo de Gomes et al (2009), todas as 23 parturientes incluídas no estudo todas deambularam e não houve casos de dificuldade ou queda.

WALKING EPIDURAL

- Consiste na administração de uma baixa concentração de anestésico local e um opióide, no espaço epidural, através de injeções em bólus ou uma contínua perfusão.
- É uma técnica que permite suficiente função motora de pacientes para deambular.

Schrock e Harraway-Smith (2012)

- Estudo de Gomes et al (2009), todas as 23 parturientes incluídas no estudo todas deambularam e não houve casos de dificuldade ou queda.

**CONTRIBUTO DA
BOLA DE NASCIMENTO
DURANTE O
TRABALHO DE PARTO**

Mestranda Vanessa Furão

**CONTRIBUTO DA
BOLA DE NASCIMENTO
DURANTE O
TRABALHO DE PARTO**

Mestranda Vanessa Furão

Formas de utilização da bola de nascimento

Existem três posições possíveis:

- Sentada em cima da bola.



- De pé apoiada sobre a bola.



- Na posição genito-peitoral (na cama ou no chão) sobre a bola.



EXERCÍCIOS

- Sentada, com os membros inferiores em abdução, fazer movimentos de lateralização em cima da bola.
- Sentada, com os membros inferiores fletidos em ângulo recto, realizar movimentos verticais ou movimentos circulares.
- De pé apoiada sobre a bola realizar movimentos circulares com a estrutura pélvica.

B. de Gasquet (2006)

MEDIDAS DE SEGURANÇA

- Sempre que está sentada na bola a mulher deve ter onde se segurar, e preferencialmente deve ser apoiada por um profissional de saúde ou pelo acompanhante.
- A utilização da bola é ponderada mediante uma avaliação física da mulher.
- Não deve ser utilizada por mulheres com bolsa rota e apresentação não apoiada.
- Não deve ser utilizado nas mulheres com bloqueio sensitivo e motor dos membros inferiores, ou a que tenha sido administrada petidina.

VANTAGENS

- A bola é um dos melhores meios de mobilizar a bacia. O material é instável, pelo que a pélvis que está em cima também o é.
- Existe uma semelhança entre a bola que se move em todas as direções e as articulações da bacia, que também é multidirecional.
- É um meio que ajuda a mobilizar e orientar a cabeça fetal ao mesmo tempo que o efeito da força da gravidade e a verticalidade tornam as contrações uterinas muito eficazes.

CALAIS-GERMAIN (2009, p. 164)

VANTAGENS (cont)

- Sentada numa “bola de nascimento”, a estrutura pélvica da grávida abre 1-2 cm mais que noutras posições.

Livingstone (2005)

- Promove a mobilidade pélvica e facilita a realização de movimentos rítmicos. Um posicionamento correto reduz a dor durante as contrações.

Perez (2000)

- Facilita o relaxamento pélvico e promove um suporte ao períneo sem muita pressão.

Perez (2000); Simkin (1995)

VANTAGENS (cont)

- O uso da “bola de nascimento” pode proporcionar a rotação de uma variedade occipito-posterior para uma variedade anterior.

Perez (2000); Simkin (1995)

- Na posição genito-peitoral, o bebé tem 85% de probabilidade de rodar para a posição anterior.

Livingstone (2005)

- É possível a monitorização fetal contínua externa e a administração de soroterapia e medicação EV.

- Auxiliada por um acompanhante, a parturiente realiza uma série de movimentos que encurtam o tempo do TP, o que promove a sensação de pertença por parte do casal em todo o processo do TP.

SALMI (2009, p.12)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A pesquisa efetuada sobre a deambulação durante o trabalho de parto apresenta vantagens e benefícios para a mãe e bebê, sendo uma prática a ser encorajada.
- *“A bola de nascimento durante o 1º estágio do TP: Favorece a adoção de posições verticais (liberdade de movimentos) e torna as contracções mais eficientes, mas menos perceptíveis para a mulher.”*

SALMI (2009, p.12)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A parteira é considerada pelos autores como o profissional de saúde responsável pela gravidez e o parto normais, incluindo a avaliação de riscos e o reconhecimento de complicações, com melhor custo efetividade.

OMS (1996); VARGENS, PROGNIATI E SILVEIRA (2008); APEO (2009); BAKER (2010)



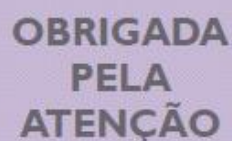
O Bastonário da OE sublinhou que «nunca, como hoje, o Direito ao Parto Normal pelos casais foi tão atual. As mulheres grávidas e suas famílias continuam a encontrar nas maternidades públicas e privadas um excesso de medicalização e instrumentalização do parto, sem conhecerem ainda o direito a um parto normal, como é defensável pela Organização Mundial de Saúde e pela Ordem dos Enfermeiros».

(OE, 2012)

Algumas recomendações

PELO DIREITO AO PARTO NORMAL
Uma visão partilhada

- Utilizar o partograma para registar a evolução do trabalho de parto
- Oferecer líquidos claros a gosto durante o trabalho de parto
- Apoiar a liberdade de movimentos da mulher oferecendo-lhe instrumentos que facilitem a posição vertical
- Possibilitar o contacto pele a pele imediato e prolongado, promovendo os processos de vinculação e de amamentação.
- **Evitar** a utilização por rotina em parturientes de baixo risco de práticas e procedimentos cujo benefício não esteja demonstrado:
 - Exames vaginais repetidos
 - Restrição de alimentos e água
 - Confinamento à cama
 - Administração de fluidos intravenosos
 - Algáliação
 - Posição de litotomia
 - Esforços expulsivos dirigidos pelo pessoal de saúde



- AFEO – Iniciativa Parto Normal. Lourdes: Lusociência, 2009. ISBN: 978-972-8930-49-3.
- B. de Gasquet, 2006 ??
- BAKER, Karen - Midwives should support women to mobilize during labour. *British Journal of Midwifery* [em linha]. Volume 18, nº 8 (Agosto, 2010) p. 492-497. [Acedido em 20/05/2011]. Disponível em: <http://www.bmjjournals.co.uk/resources/online.asp?RID=94372>.
- CALAIS-GERMAIN, Blandine; PARÉS, Núria Vives – *Partir en movimiento – Las movildades de la pelvis en el parto*. Espanha, La Lierre de marzo, 2009. ISBN 978-84-92470-12-9
- LINNINGSTON, Connie – *The Birthing Ball Source Book: A Guide For Parents and Health Care Professionals*. Nuova Vita Publishing Co. Ohio, 2005.
- MAMEDE et al – O efeito da deambulação na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Escola Anna Nery* – Revista de Enfermagem [em linha]. Volume 11, nº 3 (Setembro, 2007), p. 466-471. ISSN: 1414-8145. [Acedido em 20/05/2011]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452007000300011&script=sci_abstract.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – *Assistência ao Parto Normal: um guia prático*. Genebra: Unidade de Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família, 1996.
- Perez, 2000 ??
- REGULAMENTO n.º 127/2011. D.R. II Série. 35 (2011-02-18) 8662-8666.
- SABATINO, Hugo; DUNN, Peter M.; CALDEYRO-BARCIA, R. – *Parto Humanizado: Formas Alternativas*. São Paulo: Editora Unicamp, 2000. ISBN: 8526805118.
- SALMI, Gabriela Sanchez; SILVA, Juliana dos Santos; CUZZIOLI, Karen Toccoli – *Métodos de controle da dor no parto: Uma abordagem do enfermeiro*. São Paulo, 2009
- SANTOS, Maria João B.; BAPTISTA, Margarida A. – *IMPORTÂNCIA DA DEAMBULAÇÃO DURANTE O TRABALHO DE PARTO*. *REVISTA APEO*. Lisboa. ISSN: 1640-3625 Nº 2 (2000), p. 21-26.
- SIMKIN, Penny. – *Simkin's Ratings of Comfort Measures for Childbirth*. Childbirth Graphics. Texas. 1997. ISBN 38647-4817-0797.

Apêndice VI: Diários de Aprendizagem

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTETRÍCIA

Unidade Curricular: Estágio com Relatório



“Diário de Aprendizagem”

Discente: Alexandra Almeida

Docente Responsável: Mário Cardoso

Enfermeira Orientadora: Enf. ^a Isaura Fonseca

Lisboa

Maio 2012

INTRODUÇÃO

O diário de aprendizagem constitui um instrumento de trabalho dos Ensinos Clínicos, com formato de registo escrito de situações vividas na prática de cuidados, inscrito no processo de aprendizagem reflexiva. A elaboração do diário, inspirado no Ciclo Reflexivo de Gibbs, permite centrar a análise em situações concretas e singulares, integrando a dupla dimensão referencial e expressiva dos factos. O diário de aprendizagem constitui um espaço narrativo de pensamentos e sentimentos. Este capta amplamente e com veracidade o pensamento e o sentimento de cada estudante de enfermagem no seu percurso académico, sem contudo interferir na sua intimidade. É um processo que permite reviver a experiência prática, ao descrever, analisar e avaliar a mesma prática.

DESCRIÇÃO, AVALIAÇÃO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO

A expectativa e a ansiedade que nos assalta como alunos que buscamos novas experiências conduzem os nossos sentimentos em cada dia de ensino clínico, especialmente num dia como este, em que estava no bloco de partos uma grávida em fase activa do trabalho de parto, com 8 cm de dilatação. O companheiro estava com a grávida e ambos tinham assistido às aulas de preparação para o nascimento.

Acompanhar a mulher grávida nesta etapa da sua vida é das actividades mais importantes que o enfermeiro especialista desenvolve, visto que há um misto de ansiedade, preocupação e temor pelo desconhecido, sentimentos estes que é necessário desmistificar, explicando o objetivo e a natureza dos procedimentos que irão ser efetuados.

Também nesta tarde...

A grávida aparentava alguma tranquilidade. No início do turno apresentei-me e perguntei-lhe se queria colocar algumas dúvidas e/ou perguntar algo.

Respondeu-me que não e que por enquanto se sentia muito mais calma e sem queixas álgicas devido à analgesia epidural. O companheiro perguntou-me se íamos ser nós (eu e a enfermeira especialista) a “fazer” o parto. Expliquei-lhe que sim, caso não fosse necessário aplicar ventosa ou fórceps para “ajudar o bebé” a progredir, ao que me respondeu *“Ainda bem, vocês são muito simpáticas e estão muito disponíveis!”*

O trabalho de parto continuou a progredir até se atingir a dilatação completa. Iniciaram-se os esforços expulsivos em decúbito lateral para facilitar a progressão do feto no canal de parto. Durante uma visita médica, e após se ter colocado a grávida em posição ginecológica, a obstetra de serviço observou a grávida e pediu-lhe para iniciar esforços expulsivos. Eu senti-me algo confusa com esta mudança de papéis no comando do período expulsivo, mas pensei que o obstetra teria detestado alguma situação anómala e haveria necessidade de ser aplicada uma ventosa ou fórceps.

A enfermeira especialista que estava presente referiu por várias vezes ao médico que caso tudo estivesse a decorrer normalmente, realizaríamos nós o parto.

Não foi isto que sucedeu embora a descida e rotação do feto se tivesse processado normalmente e perante o meu espanto e o da enfermeira especialista, dá-se a chegada de uma outra média em estágio de especialidade e realizou o parto eutócico.

Senti um misto de alegria e de consternação, visto que não compreendi a razão pela qual o obstetra insistiu em não permitir que eu e a enfermeira especialista realizássemos o parto. Pensei que seria oportuno esclarecer estas dúvidas mais tarde com a enfermeira especialista.

Após prestado os primeiros cuidados ao recém-nascido, estabelecido a relação precoce da tríade, fui ao encontro da minha orientadora e coloquei as minhas dúvidas compreendi que também ela não tinha percebido a situação. Senti-me confusa e triste pois não conseguia compreender a razão da atitude do obstetra, para além de que não me tinha sido possível realizar o parto.

Tínhamos acompanhado a grávida e o seu companheiro durante a fase activa do trabalho de parto, pelo que estabeleci uma relação terapêutica que me permitiu interagir com ambos de forma eficaz.

Penso que talvez pela emoção do momento tenham levado á equipa médica a “esquecer” que a pessoa que ali estava ao lado dela é a aluna sedenta de aprender e de assimilar novas experiências, “nós queríamos fazer o parto”.

Restou a aprendizagem de ter prestado cuidados no puerpério imediato à sua mãe e família. Tive também de lidar com os sentimentos contraditórios e algo negativos que me assolaram e que me levaram a pensar na minha postura em situações futuras.

Deverei talvez ser mais activa e demonstrar de forma mais expressiva o meu desejo de realizar o parto eutócico. Pode ser que os profissionais mais desatentos compreendam a minha necessidade de apreender novos conhecimentos e experiências e se evitem que surjam mais mal-entendidos como este.

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTETRÍCIA

Unidade Curricular: Estágio com Relatório



“Diário de Aprendizagem”

Discente:

Alexandra Almeida

Docente Responsável:

Mário Cardoso

Enfermeira Orientadora:

Enf. ^a Isaura Fonseca

Lisboa

Julho 2012

Agora, alcançada a meta final posso olhar para trás e relembrar os momentos marcantes deste percurso que foram vividos todos com grande intensidade....

Recordo-me

CM, grávida de 33 anos, empresária. Índice Obstétrico – 1001; com uma filha de 3 anos, a atual gestação (de 22 semanas e 1 dias) era uma gravidez desejada segundo ela verbalizou acrescentando:

-“Já temos uma filha mas estes gémeos são tão importantes como ela!...” - Verbalizava com os olhos marejados de lágrimas.

Após ter recorrido à Urgência Obstétrica na véspera por ligeira perda hemática, hoje (27-6-2012) recorre por pertusão da bolsa de águas ficou internada no bloco de partos para vigilância e repouso absoluto. O internamento deixou-a muito chorosa e como ela própria verbalizava, muito deprimida. Verbalizava que se sentia presa, que só tinha vontade de chorar. CM passava grande parte do dia a chorar apesar do seu esforço para sorrir, “brincar” com a situação e para se animar e reagir. Verbalizava que sentia muita necessidade de ir para casa, e repetia que se sentia como se estivesse presa. Por várias vezes (em vários dias) me sentei junto dela, ouvia-a em silêncio, dava-lhe a mão enquanto chorava (ela apertava-a em resposta); depois estimulava-a a procurar estratégias para se sentir melhor enquanto estava internada.

-“Como é que nós podemos ajudá-la a sentir-se melhor?” “Será que não há algo que lhe possam trazer que a ajude?” ...

-CM sorria (apesar das lágrimas) e agradecia-me a atenção:

-“Vou continuar a tentar acalmar-me...” - dizia com pouca convicção.

Cada vez que saía do quarto eu saía triste e um pouco frustrada; era possível proporcionar a CM um ambiente calmo e com pouco ruído; era também possível escurecer o ambiente para que ela descansasse; só não era possível “animá-la”. É muito difícil estar com... e possibilitar... como defende Swanson.

Dois dias depois, em passagem de ocorrências, a colega dizia:

-“... CM expulsou 2 fetos (rapaz e uma rapariga) ...”

Senti um arrepio e interrompi de imediato a colega questionando:

-“Como é que ela está?”

-“Bem hemodinamicamente; aparentemente calma, não estive muito com ela.”-
Respondeu-me a colega. Tinha sido transferida para o quinto piso (serviço de ginecologia e grávidas, onde presto serviço).

Após ter terminado o meu turno no bloco de partos, seguia turno no meu serviço e por enredos da vida a CM estava aos meus cuidados...

Quando cheguei junto dela, acolheu-me com um sorriso; já não estava chorosa.

-“Bom tarde, como se sente?”

-“Bom tarde Sra. Enfermeira”. - Respondeu-me – “Sinto-me bem...Já sabe que o que aconteceu aos meus bebés? Penso agora que foi o melhor...”

-“Ouvi na passagem de turno...Sabe CM, a natureza é sábia e sabe o que faz...” -
Respondi. Senti-me bastante dividida; estava triste e incomodada com a morte destes bebés, mas em simultâneo aliviada por se encontrar melhor quer física quer emocionalmente.

Fomos “conversando” as duas enquanto eu lhe avaliava a tensão arterial; conversamos durante algum tempo e tanto para mim como para ela, foram momentos de riso e lágrimas mas que serviram para libertar a “tensão” do ambiente...

Nesse mesmo dia tinha conversado com a enfermeira que estava a orientar-me sobre o procedimento destes funerais e quem informava: Disse-me que deveriam ser os médicos a informar as utentes sobre isto mas, na maioria das vezes, era a enfermeira que informava a família e quando não o fazia as pessoas eram informadas pela morgue, de que tinham que levantar o corpo. Pensei então, que era preferível saber por mim do que por um telefonema da morgue do hospital...

Dirigi-me ao quarto; CM já se encontrava acompanhada do marido e pela filha, e falei-lhes do assunto. Estavam ambos informados de tudo (tinham sido informados pela colega do BP), num entanto tinham ainda algumas dúvidas por que na altura na explicação o seu pensamento estava bem longe...

CM tinha um fâcies triste mas aparentemente conformado; o marido deu-lhe a mão esboçando um ligeiro sorriso. Ficámos em silêncio por uns escassos segundos que me pareceram horas.

-“Obrigada enfermeira por nos informar e nos esclarecer o que nos foi dito numa altura tão complicada...” - Disse CM –“ assim vamos começar a tratar das coisas com calma e sem sobressaltos...”- Mantinham-se de mão dada; tinham ambos um sorriso triste.

Saí do quarto; o casal necessitava de estar só, se precisassem de algo viriam ter comigo, pensei.

Estabelecer uma verdadeira relação de ajuda é complexo; Lazure (1994, p.14) defende que estar em relação de ajuda “ (...) engloba não só a presença física do enfermeiro junto do doente mas também todo o seu ser.”

“Quando estamos em relação de ajuda há todo um envolvimento e uma busca constante de soluções no sentido do desenvolvimento das suas potenciais capacidades, de forma a conseguir o equilíbrio desejado.” (1997,p.22).

Nunca é fácil vivenciar estes momentos, mas penso que são de grande importância para o nosso crescimento como profissionais e até como seres humanos...

BIBLIOGRAFIA

- LAZURE, H  lene – **Viver a Rela  o de Ajuda**. Lisboa, Lusodidacta, 1994. 214 p. ISBN 972-95399-5-2.
- SWANSON, Kristen M. - **Empirical Development of a Middle Range Theory of Caring**. *Nursing Research*, 3 (40) Maio/Junho 1991, p. 161-166, tradu  o de Alice dos M  rtires, 22 p.
- VELADAS, M   Manuela Nen   C. - **Ajudar na Sala de Partos, Compet  ncias reais no momento da interac  o**. Lidel, Lisboa, 1997, 112 p. ISBN 972-757-044-5.