

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CAROLINA VIEIRA DEUCHER
FRANCIANE ACELI DE SOUZA
TATIANA RASSELE

**ESTIMULANDO O AUTOCUIDADO DA MULHER/ACOMPANHANTE
DURANTE O PROCESSO DE PARIR, BASEADO NA TEORIA DE DOROTHEA
OREM**

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0423
Ex.I

N.Cham. TCC UFSC ENF 0423
Autor: Deucher, Carolina
Título: Estimulando o autocuidado da mul



972493356

Ac. 241811

Ex.I UFSC BSCCSM CCSM

FLORIANÓPOLIS, JULHO DE 2003.

CAROLINA VIEIRA DEUCHER
FRANCIANE ACELI DE SOUZA
TATIANA RASSELE

**ESTIMULANDO O AUTOCUIDADO DA MULHER/ACOMPANHANTE
DURANTE O PROCESSO DE PARIR, BASEADO NA TEORIA DE DOROTHEA
OREM**

Relatório da Prática Assistencial da VIII Unidade
Curricular do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade
Federal de Santa Catarina

ORIENTADORA:

Prof.^a Maria de Fátima Mota Zampieri

SUPERVISORAS:

Enf.^a Vânia Sorgatto Collaço dos Santos

Enf.^a Eli Rodrigues Camargo Siebert

FLORIANÓPOLIS, JULHO DE 2003.

CAROLINA VIEIRA DEUCHER
FRANCIANE ACELI DE SOUZA
TATIANA RASSELE

**ESTIMULANDO O AUTOCUIDADO DA MULHER/ACOMPANHANTE
DURANTE O PROCESSO DE PARIR, BASEADO NA TEORIA DE DOROTHEA
OREM**

**Relatório da Prática Assistencial da VIII Unidade
Curricular do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal
de Santa Catarina submetido à banca examinadora:**

Prof^ª Maria de Fátima Mota Zampieri (Orientadora)

Enf^ª Eli Rodrigues Camargo Siebert

Enf^ª Vânia Sorgatto Collaço dos Santos

Prof^ª Vitória Regina Petters Gregório

FLORIANÓPOLIS, JULHO DE 2003.



*“Nascimento,
Nem especialmente difícil...
Nem especialmente fácil...
Momento único do início de uma nova vida”*

(REHUNA)

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e por estar ao nosso lado nos guiando nesta caminhada;

À Universidade Federal de Santa Catarina, em especial ao Departamento Enfermagem por nos proporcionar esta formação;

À nossa orientadora Maria de Fátima por aceitar nos guiar e orientar. Obrigada pela dedicação, alegria, por compartilhar sua sabedoria e por acreditar que tudo vai dar certo. Te Adoramos;

As supervisoras Eli e Vânia pela dedicação, contribuições e exemplo de profissionalismo e competência;

Às enfermeiras do Centro Obstétrico Sonia, Nezi e Elisete pelo acolhimento e disponibilidade em nos apoiar e guiar durante a realização do estágio;

À professora Vitória por aceitar ser membro da banca avaliadora e por suas importantes contribuições;

Aos funcionários do Centro Obstétrico pela receptividade e contribuições para a nossa prática assistencial;

Às mulheres e acompanhantes atendidas no Centro Obstétrico do Hospital Universitário por aceitarem participar e nos oportunizarem compartilhar de um momento tão especial;

Aos nossos amigos de graduação que nos acompanharam em nossa caminhada, em especial a Andresa, Kalinka, Maribel e Adriana pela amizade e pelos momentos de alegria e risos que compartilhamos;

A todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a execução deste trabalho;

Carolina agradece...

Aos meus pais Eliane e Beto que muitas vezes renunciaram seus sonhos e desejos a favor dos meus. Obrigada por tudo. Desejo ã vocês esta conquista.

Aos meus irmãos Gilberto e Ana Maria por fazerem parte da minha vida;

Ao meu love Guilherme pelo apoio, amor, dedicação, por me ouvir nas horas de desabafo, por mostrar-me que sou capaz e por me incentivar a ir sempre mais adiante. Te amo;

Aos meus avós Manoel, Nilza e Nilta por todas as orações feitas a meu favor;

As amigas do Grupo de Gestantes, Bel, Fátima, Odaléia, Vitória e Zaira, por despertarem em mim o gosto pela obstetrícia e por me mostrarem o quão maravilhoso é gestação e o nascimento;

As amigas Fran e Tati por dividiram comigo este momento especial. Adoro vocês;

Franciane agradece...

A minha família, especialmente aos meus pais Ricardo e Aceli e a minha irmã Deyse, por toda a dedicação em minha formação pessoal e por estarem ao meu lado em todos os momentos. Dedico esta conquista a vocês!

Ao Cristiano pelos momentos de alegria, descontração e principalmente pelo apoio e incentivo. Te Amo!

Aos funcionários da Área A pela amizade, apoio e pelos momentos de risos. Sentirei Saudades!

As minhas amigas e companheiras de trabalho Carol e Tati, por compartilhar momentos de alegria, dificuldades e conquistas. Muito Obrigada!

Tatiana agradece...

A minha família pelo apoio, em especial meus pais Alexandre e Lindomar pela dedicação a minha formação, incentivo e presença em todos os momentos desta conquista. Muito obrigado por tudo!

Ao meu amor Eduardo, pelo estímulo, compreensão e apoio, estando sempre presente.

A Equipe da Central de Incentivo ao Aleitamento Materno da Maternidade do HU, pela oportunidade de aprendizado e amizade.

A Prof^ª Margareth Linhares pelo carinho e exemplo de pessoa e profissional.

As minhas companheiras Fran e Carol pela amizade, paciência, cumplicidade e pelos momentos que passamos juntas, sentirei saudades.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. OBJETIVOS.....	18
2.1 OBJETIVO GERAL.....	18
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	18
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	19
3.1 O PARTO E SEUS ASPECTOS PSICOLÓGICOS, CULTURAIS E SOCIAIS.....	19
3.2 O PARTO E O TRABALHO DE PARTO.....	22
3.3 TIPOS DE PARTO.....	29
3.3.1 O Parto Normal.....	29
3.1.1.1 O Parto de Cócoras.....	32
3.3.2 O Parto Cesáreo.....	33
3.3.3 O Parto Sob Anestesia.....	33
3.3.4 O Parto Induzido e a Fórceps.....	36
3.3.5 O Parto Prematuro.....	39
3.3.6 O Parto Leboyer.....	40
3.4 CUIDADOS DE ENFERMAGEM DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO.....	40
3.5 FALANDO SOBRE A DOR E O MEDO.....	47

3.6 A HUMANIZAÇÃO DO PARTO E O USO DE TERAPIAS NÃO MEDICAMENTOSAS.....	50
4 REFERÊNCIAL TEÓRICO.....	61
4.1 BREVE REVISÃO DA BIOGRAFIA DE DOROTHEA OREM.....	62
4.2 TEORIA GERAL DE ENFERMAGEM DE OREM.....	62
4.2.1 A Teoria do Autocuidado.....	63
4.2.2 A Teoria do Déficit de Autocuidado.....	65
4.2.3 Teoria de Sistemas de Enfermagem.....	66
4.3 PRESSUPOSTOS DA TEORIA DE OREM.....	67
4.4 PRESSUPOSTOS PESSOAIS.....	67
4.5 CONCEITOS RELACIONADOS A TEORIA DE OREM.....	68
4.5.1 Enfermagem.....	68
4.5.2 Ser Humano.....	69
4.5.3 Saúde-Doença.....	70
4.5.4 Meio Ambiente.....	71
4.5.5 Autocuidado.....	72
4.5.6 Demanda Terapêutica para o Autocuidado.....	73
4.5.7 Competência do Indivíduo para o Autocuidado.....	73
4.5.8 Competência ou Poder da Enfermagem para Agenciar Autocuidado.....	74
4.5.9 Processo de Parir.....	74
4.5.10 Ações Humanizantes.....	75
4.6 PROCESSO DE ENFERMAGEM SEGUNDO OREM.....	76
4.6.1 Etapas do Processo de Enfermagem.....	76
5 METODOLOGIA.....	78
5.1 LOCAL DE ESTÁGIO.....	78
5.2 PERÍODO DE DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO.....	78
5.3 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – HU.....	78
5.4 MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIIVERSITÁRIO.....	80

5.5 PÓPULAÇÃO ALVO.....	82
5.6 PLANEJAMENTO.....	82
6 APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO E AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS.....	86
6.1 OBJETIVO 1.....	89
6.2 OBJETIVO 2.....	97
6.3 OBJETIVO 3.....	114
6.4 OBJETIVO 4.....	116
6.5 OBJETIVO 5.....	117
7 ASPECTOS ÉTICOS.....	120
8 CRONOGRAMA.....	122
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	125
10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	128
11 APÊNDICES.....	134
12 ANEXOS.....	158

RESUMO

O presente trabalho trata-se de um relato e um estudo convergente sobre a prática assistencial realizada com as mulheres, internadas no Centro Obstétrico da Maternidade do Hospital Universitário, da Universidade Federal de Santa Catarina e seus acompanhantes, desenvolvido no período de 09 de abril a 16 de junho de 2003. O objetivo deste trabalho foi estimular o autocuidado das mulheres e acompanhantes, enfocando as ações humanísticas/terapêuticas não medicamentosas com a finalidade de minimizar a dor e auxiliar no processo de parir, baseando-se na Teoria do autocuidado de Dorothea Orem. Prestamos os cuidados de enfermagem à mulher e acompanhante na sala de pré-parto e na sala de parto, realizamos cuidados com o recém-nascido e à mulher na sala de recuperação. Durante o estágio, a assistência de enfermagem foi prestada em média à 40 mulheres, sendo implementado o processo de enfermagem, segundo a Teoria do Autocuidado, de forma integral, a 10 mulheres, sendo esta teoria considerada apropriada para o cuidado realizado. No dia seguinte à realização do parto, no Alojamento Conjunto, foi aplicado um questionário a cada mulher, com a finalidade de avaliar o cuidado prestado e para obter relatos sobre a experiência do parto vivida pelas mulheres. Acreditamos que a realização deste estudo reforçou o importante papel da enfermeira, no Centro Obstétrico, no fortalecimento das potencialidades das mulheres e acompanhantes, estimulando-os a se autocuidarem e conduzirem o processo de parir de forma mais ativa, tranqüila e feliz. Destacou a necessidade do profissional ter uma postura e atitude de valorização e respeito ao ser humano, prestando atendimento à mulher no processo de parir numa perspectiva mais humanística. As ações terapêuticas não medicamentosas foram por nós compreendidas como humanísticas, ~~que~~ auxiliaram na condução do processo de parir e na sua evolução, reforçando que os profissionais devem conhecê-las e compartilhá-las com as mulheres e seus acompanhantes, aumentando a competência destes para decidirem e agirem.

1- INTRODUÇÃO

Este estudo constitui-se de um relato dos resultados do trabalho de conclusão do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Buscamos, através dele, prestar assistência às mulheres e acompanhantes no processo de parir; enfocando ações humanísticas/terapêuticas não medicamentosas, que propiciam bem-estar, conforto, maior interação, relaxamento e minimizam a dor, tendo como referencial teórico a Teoria do autocuidado de Dorothea Orem. O cuidado humanizado à mulher durante esta fase da vida é de grande relevância; neste momento a mulher e acompanhante necessitam de apoio, carinho, envolvimento, respeito, de alguém disponível para ouvi-los, para atender suas ansiedades e expectativas, sobretudo para compreender o significado atribuído por estes ao parto e trabalho de parto e, atendê-los de acordo com suas reais necessidades.

Humanizar o cuidado implica em instrumentalizar a mulher e acompanhante, compartilhando conhecimentos, para que possam conduzir com seus recursos o processo de gestação e parto.

Fortalecer as potencialidades e as capacidades da mulher e acompanhante durante o trabalho de parto e parto facilita a ambos escolherem, decidirem e agirem, resgatando o papel ativo que devem ter durante este momento de suas vidas, tornando-se sujeitos do processo de parir.

A humanização no cuidado depende da qualidade da relação entre os atores envolvidos no processo. Não existe uma fórmula para alcançá-la, depende da postura e atitude do profissional (SANTOS, 2000).

Para Santos citado por Bruggemann (2001, p. 56), a humanização é um fenômeno situado na pessoa, no ser humano, sendo este o centro do referencial. Desta forma, o profissional de saúde que acompanha a mulher e o familiar durante o processo de parir, além de possuir competência técnica, precisa estar autenticamente presente, disponível

aos outros seres humanos, e ser capaz de compreendê-los a partir do significado que os mesmos atribuem à experiência.

O profissional de saúde precisa agir diferente, tentando colocar-se no lugar do outro, buscando compreender suas dúvidas, dando valor a suas experiências prévias e respeitando as suas diferenças (ZAMPIERI, 1998).

Necessita colocar a cabeça e o coração na tarefa a ser desenvolvida, entregar-se de maneira sincera e leal ao outro e saber com ciência e paciência, compreender as palavras e os silêncios (OLIVEIRA, 2001).

Não existe uma definição de humanização, esta deve ser construída pelos autores envolvidos, dentro do contexto social no qual estão inseridos, influenciados pela cultura, questões educacionais, políticas e estilos de vida. No entanto alguns elementos são essências, a interação, o amor, harmonia, solidariedade, sensibilidade e razão, comprometimento, responsabilidade, respeito, empatia e vínculo (OLIVEIRA, 2001; ZAMPIERI, 2001).

O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbi-mortalidade materna e perinatal. Inicia no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, evitando intervenções desnecessárias e preservando sua privacidade e autonomia (BRASIL, 2001, p.9).

O processo de parir, aqui entendido como o trabalho de parto, parto e período de Greenberg; é fisiológico e natural e dele participam a mulher, acompanhante e o recém-nascido.

Concordamos com Maldonado (2000) com a concepção de que o parto é um momento na vida da mulher e da família cheio de significados, envoltos em muitos tabus e preconceitos. É um evento social e cultural, influenciado por crenças, valores, história de vida e contexto dos envolvidos. Constitui-se um dos pontos fundamentais da vida psico-sexual da mulher. Por vezes, esta vivência pode gerar dor, angústia, medo e isolamento, podendo emergir distúrbios psicológicos, afetivos e emocionais, que influenciam no relacionamento entre mãe-filho, além de sua vida afetiva e conjugal. A mulher sente sensações físicas durante o trabalho de parto, que dependendo do contexto social, cultural e psicológico, podem gerar medos e, por conseguinte, dor. Por sua vez, a dor pode aumentar o medo, o medo pode gerar mais dor, fechando um ciclo.

O medo também pode ser decorrente das experiências vividas anteriormente pela mulher, das informações recebidas de profissionais, amigos e de outras mulheres que passaram pela experiência de dar a luz (BRUGGEMANN, 2001).

As características pessoais de cada mulher influenciam a conduta tomada durante o parto e os diferentes tipos de parto, exercendo diferentes impactos, sendo estes vivenciados e integrados à personalidade da mulher de várias maneiras e as suas condutas ao longo da vida (BRUGGEMANN, 2001).

Parto, do ponto de vista biológico, é o estágio resolutivo do ciclo gravídico-puerperal, onde ocorre a expulsão do feto vital para o mundo exterior através das vias genitais (REZENDE, 2000).

Para Maldonado (2000, p.65) “é um evento psicológico, um momento crítico que marca o início de uma série de mudanças significativas e envolve diversos níveis de simbolização”.

Para as mulheres o parto é sentido como uma situação de passagem de um estado para o outro, que não é reversível, é imprevisível e desconhecida, fora do controle, que precisa necessariamente ser enfrentado, apesar dos medos, angústias e ansiedades. É um processo abrupto que introduz mudanças intensas: há uma nova transformação corporal, cuja evolução é muito mais rápida que a gravidez (MALDONADO, 2000).

O parto, por conseguinte, pode ser considerado como um verdadeiro processo psicossomático, cujas características são multideterminadas por inúmeras facetas do contexto sócio cultural, da individualidade físico-psicológica da parturiente e do contexto assistencial (MALDONADO, 2000, p.71).

O período do trabalho de parto e parto, apesar de curto se comparado com a duração da gestação, é, talvez a etapa mais dramática e significativa para a futura mãe, a criança e a família. (BURROUGHS, 1995, p.154). Envolve a separação do bebê e da mãe, é o primeiro passo para ver o filho como ser único.

A concepção sobre o parto e sua abrangência, considerando-o apenas na ótica biológica ou em suas múltiplas dimensões (psicológicas, sociais, culturais, educacionais), depende do ponto de vista do profissional de saúde e também da evolução e transformações que envolveram a gestação e o parto.

Historicamente, observamos que a obstetrícia sofreu grandes mudanças ao longo dos anos, o parto natural, domiciliar, distante do alcance dos homens, passou a ser institucionalizado e medicalizado, realizado por homens que não estavam familiarizados com o nascimento, e compreendiam pouco sobre o seu significado (ZAMPIERI, 1998).

O parto era visto como um assunto de mulheres conduzidas por parteiras, no domicílio, mulheres de confiança da gestante ou de experiência reconhecida pela comunidade, com conhecimento empírico sobre a continuidade da vida (BRUGGEMANN, 2002). No entanto, com o progresso, e desenvolvimento de tecnologia, o parto passou a ser realizado em hospitais sob o domínio médico. Não raramente são feitas intervenções; estabelecidas rotinas e normas hospitalares, tornando o parto um procedimento que necessita ser tratado e, portanto, patológico. O parto natural e fisiológico, de início espontâneo, passa a ser transformado pela medicina altamente tecnologicizada de algo simples e saudável, em algo complexo ou doença.

Neste sentido, Santos (1998) afirma que a assistência prestada a mulher durante o processo de parir sofreu, através dos tempos, modificações significativas, principalmente após a institucionalização e medicalização do parto. Apesar dos avanços tecnológicos e o desenvolvimento da medicina fetal que estabelece por um lado, a melhoria nas condições deste processo, pela redução de riscos para o binômio mãe-filho, por outro, configurou a sua desumanização.

A ciência e a medicina evoluíram, mas alguns profissionais de saúde, ainda não conseguiram realizar práticas humanísticas, tendo dificuldade em agir com sensibilidade, empatia, respeito e amor ao lidar com os clientes. A enfermagem tem um papel extremamente relevante, estimulando ações de autocuidado e desenvolvendo práticas humanísticas. Os membros da equipe de enfermagem participam diretamente deste período com a mulher e acompanhante, nas 24 horas ininterruptamente, atuando como facilitadores e parceiros no processo de parir; estimulando e dando apoio à parturiente; ajudando-a a refletir, esclarecendo suas dúvidas, valorizando seus saberes; compartilhando conhecimento e experiências que podem contribuir para a tomada de decisões, ou seja, auxiliando na transição de papéis que este período envolve (MONTICELLI, citado por COLLAÇO, 2002), além de propiciar que a mulher se aproprie do corpo e de sua saúde.

Considerando a importância deste tema, resolvemos aprofundá-lo ainda mais e realizar ações que possam contribuir para a vivência desta etapa, importante na vida da mulher, de forma tranqüila, saudável, segura e prazerosa.

Escolhemos trabalhar com mulher e acompanhante no Centro Obstétrico (pré-parto, parto e período de Greenberg), pois nosso grupo identifica-se com a obstetrícia, sendo esta uma das disciplinas de nossa preferência durante a graduação.

A paixão pelo tema nos motivou a aprofundar conhecimentos nesta área, tão fascinante, mágica e marcante que deve ser vivenciada como uma experiência única, da

melhor maneira possível, trazendo somente boas lembranças àqueles que estão vivenciando o processo. Este tema e a convivência com clientes nesta etapa de vida são importantes para o nosso crescimento pessoal, como mulheres e profissional de saúde, pois permite compreender o processo de gestar e parir a partir da ótica daqueles que vivenciam a situação na prática, facilitando nossa atuação.

Tentamos ainda, mostrar para a comunidade, as diversas visões do processo de parir, pois achamos que atualmente a existente encontra-se distorcida, enfocando o medo e a dor e que a mulher não possui capacidades para parir, e reforçar como este momento pode ser vivido por seus participantes de forma mais prazerosa.

Outro fator da escolha do tema, é que, na graduação, os trabalhos existentes focalizam de modo superficial as ações humanísticas, tecnologias de cuidado não medicamentosas, praticadas durante o trabalho de parto, despertando nosso interesse e curiosidade.

O desenvolvimento prático desta proposta foi realizado no Centro Obstétrico da Maternidade do Hospital Universitário, por ser um local que tem pressupostos filosóficos que direcionam a assistência humanizada, que valoriza a presença do acompanhante durante o processo de parir, apoia à mulher e busca estimulá-la para o parto natural. É um hospital escola de referência no Estado, no qual o ensino e a aprendizagem estão presentes no seu cotidiano e um espaço que já estamos familiarizadas, pois desenvolvemos neste local os estágios da graduação, tornando este um pedacinho das nossas casas.

Acreditamos que a mulher tem capacidades e potencialidades para autocuidar-se. Ao conhecer seus déficits e limites e ao buscar alternativas para superá-los, esta pode participar de forma ativa do processo de parir. Assim sendo, escolhemos a teoria do Autocuidado de Orem para guiar as ações a serem desenvolvidas durante a prática assistencial à mulher no processo de parir, tendo como objetivo principal o estímulo ao autocuidado.

Segundo George (1993), de acordo com esta teoria cabe à enfermagem ajudar a cliente a identificar suas necessidades, déficits e desvios de saúde, auxiliando-a e estimulando-a na direção de autocuidado através dos sistemas de compensação total, parcial ou educativo.

Desta forma, durante a prática assistencial buscamos desenvolver com a mulher e acompanhante, ações quando esta se encontrava incapacitada, fazendo ou agindo por ela e em determinadas ocasiões ficando ao seu lado ouvindo-a, segurando sua mão, dando conforto ou auxiliando-a a cuidar-se, apoiando-a física ou psicologicamente.

Paralelamente a isto, buscamos promover um ambiente que estimulava o seu desenvolvimento pessoal, quando se sentia apta para se autocuidar e para superar seus déficits. Sobretudo, compartilhamos conhecimentos e experiências, colocamo-nos a disposição, interagindo com ela e seu acompanhante, para que pudessem agir de forma autônoma e conduzir o processo de parir e autocuidar-se.

Atuamos assim nos três sistemas propostos por Orem: sistema totalmente compensatório, sistema de enfermagem parcialmente compensatório e sistema de apoio-educação.

Acreditamos que a mulher e o acompanhante têm capacidades, potenciais para gestar e parir e poder para se autocuidarem. Desta maneira, estimulando o autocuidado durante o processo de parir, fortalecendo suas potencialidades, buscamos propiciar que a mulher e acompanhante superassem seus medos, ultrapassassem seus limites, de forma que pudessem atuar mais ativamente no processo de parir e agir como autores principais do mesmo.

Nós acadêmicas de enfermagem, junto à equipe de saúde multiprofissional, somos coadjuvantes desta experiência, desempenhando importante papel rumo a autonomia da mulher e acompanhante. Aplicando nossos conhecimentos e reconhecendo os momentos críticos em que nossas intervenções são necessárias, buscamos assegurar o bem estar da mulher, acompanhante e do recém nascido.

2- OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Prestar assistência de enfermagem à mulher e acompanhante, aumentando o potencial destes para se autocuidarem e para enfrentarem os desafios e os medos, estimulando ações humanísticas/ terapêuticas não medicamentosas que visam minimizar a dor, favorecendo a vivência mais tranqüila durante o processo de parir, de acordo com a teoria do autocuidado de Dorothea Orem.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

1- Conhecer a clientela atendida e detectar seus medos, suas preocupações, ansiedades e déficits.

2- Realizar cuidado de enfermagem integral à mulher, enfatizando o autocuidado durante o trabalho de parto, sistematizando-o através do processo de enfermagem.

3- Proporcionar maior interação e facilitar a participação do acompanhante durante o processo de parir vivenciado.

4- Buscar interagir com a equipe multiprofissional para melhor desenvolvimento do trabalho e para crescimento profissional e pessoal.

5- Adquirir e ampliar novos conhecimentos na área da obstetria e, em especial, sobre ações humanísticas/terapêuticas humanísticas durante o processo de parir.

3- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1- O PARTO E SEUS ASPECTOS HUMANÍSTICOS, PSICOLÓGICOS, CULTURAIS E SOCIAIS

O fenômeno biológico do parto acontece em todo o planeta desde que os seres humanos começaram a habitá-lo. Trata-se de um momento de transição individual e social, de crise, encarado de forma diversa nas várias culturas.

A experiência da parturição é complexa e multidimensional, inclui todas as dimensões vividas pela mulher, a biológica, a psíquica, a educacional, a social e a cultural, não havendo indissociabilidade entre elas. O parto é uma situação social, é um evento que ocorre na sociedade e é por ela influenciado e transformado.

Conforme Kitzinger (1996), o trabalho de parto em si, não é apenas um processo social, que afeta a relação entre marido e mulher, mas se amplia para os membros do grupo, no qual estes vivem; define a nova identidade e papel da mulher, o de ser mãe. Parte do que acontece durante o parto é puramente instintivo e fisiológico, a outra é construída socialmente. O parto nunca é totalmente natural; ele reflete valores sociais e varia de acordo com a sociedade. Assim, em certas sociedades ele é considerado um drama, em outras, é visto como um processo comum e cotidiano.

Em todas as sociedades a gravidez e o nascimento significam mais do que simples eventos biológicos. São integrantes da importante transição social de “mulher” para “mãe” (HELMAN, 1994). Em algumas culturas o parto é encarado como um rito de passagem.

Monticelli, citado por Collaço (2002), ressalta que o nascimento é visto de diversas maneiras, em diversas culturas e sob várias perspectivas, mostrando a grande diversidade mundial na representação do mesmo. O parto é encarado nas diversas culturas como um rito de passagem, como um rito final que admite a mulher em uma nova função social.

Segundo Ribeiro e Campos (1996), na revolução histórica do parto, as diversas civilizações tinham comportamentos diferentes frente ao parto. Da mesma forma, as posições de parto variavam de civilização para civilização, sendo que a posição vertical prevalecia. Muitos rituais eram utilizados para o parto; visavam medidas de ajuda à mulher durante o nascimento e esta participava e concordava com os rituais.

Com relação aos tipos de parto, os autores possuem opiniões diversas. Rezende (2000), por exemplo, descreve o parto normal horizontal e o parto operatório. Relata que a posição de parir é a de “decúbito dorsal, com flexão máxima das coxas sobre o abdome e abdução dos joelhos”. Já Sabatino, descreve que a posição deitada nem sempre foi à posição adotada pelas mulheres, descreve e defende a posição vertical (COLLAÇO, 2002).

Nascer representa o milagre da vida, um ritual de cada espécie. Os ritos, as crenças inerentes à cultura e o universo que envolve o vir ao mundo dos seres humanos estão presentes no cotidiano da mulher (ZAMPIERI, 2001).

A dor durante o trabalho de parto é influenciada por fatores raciais, culturais e ambientais. As diferenças entre as sensações dolorosas, desconforto e desagrado são subjetivas.

Bittar (1995), refere que para a grande maioria da população o processo de parto está envolto em alguns padrões culturais que reforçam que a mulher deve dar à luz com sofrimento e, que o pai e familiares, por não poderem, em algumas instituições, estar perto das parturientes neste momento podem permanecer em tensão constante. Em contrapartida, os profissionais de saúde contribuem de forma direta e indireta para a manutenção de todo este processo, quando não esclarecem sobre procedimentos e ainda impõem seus padrões culturais.

O trabalho de parto e parto é um momento, no qual a mulher sente-se desprotegida e fragilizada, necessitando de apoio constante. Os profissionais de saúde devem estar alertas para todos esses fenômenos, na tentativa de minimizar situações de descontrole e, se possível, permitir o acompanhamento de um familiar, o que certamente tranquilizará, a parturiente (BITTAR, 1995).

Segundo Burroughs (1995, p.16), “a enfermagem precisa conhecer as diferenças culturais da cliente para melhor desenvolver um plano de atendimento individualizado.

Os antecedentes culturais de uma mulher influenciam suas atitudes, valores e crenças sobre saúde e doença”.

Os fatores psicossociais que influenciam o parto estão inseridos nas crenças culturais da mulher sobre o parto que podem por sua vez, influenciar sua maneira de encará-lo como um acontecimento significativo ou estressante. Seu conceito sobre o papel da mulher e o fato de reviver seu nascimento pode também afetar seu comportamento durante o trabalho de parto. Algumas gestantes não gostam de ser tocadas, outras pedem ajuda, e outras se tornam negativas e infelizes. Além disso, se a gestante teve uma experiência prévia desagradável em relação ao parto, ela, possivelmente, terá sentimentos negativos sobre o trabalho de parto atual (BURROUGHS, 1995, p. 169).

Isto é complementado por Santos (1998), ao afirmar que, quando a mulher entra na maternidade já tem uma idéia pré-concebida de como se desenrolará o processo, de como será atendida e quais as dificuldades que poderá enfrentar. A mulher já constrói uma idéia de como será o seu parto, de acordo com as informações recebidas dos familiares, profissionais e outras mulheres que passaram pela experiência de parir, dos conhecimentos apreendidos e aprendidos durante sua história de vida, das informações divulgadas pela mídia. Cria-se, então, um confronto entre o imaginário e o real, que muitas vezes acaba gerando um certo grau de preocupação e decepção, quando o processo não ocorre como havia imaginado, ou quando se defronta com a impessoalidade do profissional de saúde. Surgem então, situações de crise, que interferem na qualidade da vivência do parto, e conseqüentemente na evolução do trabalho de parto, podendo desencadear o aparecimento de distócias funcionais.

Neste sentido, o profissional deve procurar compreender o significado deste processo para a mulher; deve facilitar a expressão de sentimentos, sobretudo ficar ao seu lado, numa presença genuína (BRUGGEMANN, 2001).

A participação do acompanhante durante o processo de parir é de extrema importância, podendo contribuir muito na assistência prestada pela equipe.

A presença do acompanhante, em particular do companheiro, junto à mulher, traz segurança e tranquilidade, a auxilia a ter mais controle sobre o seu corpo e sobre as sensações dolorosas, favorecendo a sua participação durante o trabalho de parto, o que aumenta a auto-estima feminina em relação a tarefa de dar à luz, além de fortalecer os laços afetivos e familiares do casal e estimular o relacionamento precoce entre o trinômio mãe-filho-pai (VARGAS, CURCIO, 2001).

3.2- O PARTO E O TRABALHO DE PARTO

O trabalho de parto é o processo pelo qual os produtos da concepção normalmente são expulsos. Requer uma seqüência coordenada e eficaz de contrações uterinas involuntárias, em geral aumentadas por contrações voluntárias da musculatura abdominal (BENSON, 1976).

Para Ziegel e Cranley (1980) o trabalho de parto é uma a série de fenômenos que conduzem ao apagamento progressivo e dilatação da cérvix e à descida da parte que se apresenta, com eventual expulsão da criança e dos produtos da concepção.

O efetivo nascimento do feto é o parto, segundo Rezende (2000, p.286): “em condições normais, o parto não se deveria dar senão ultimado o amadurecimento do concepto, na sua vida intra-uterina. É o *parto a termo*, aquele ocorrido na 40° semana; se o feto nasce antes disso, trata-se de *parto prematuro ou pretermo*, rótulo imposto à interrupção da gravidez antes de 37 semanas completas. Quando o concepto não atingiu a vitabilidade colocada, teoricamente, antes de 22 semanas completas, denomina-se *abortamento*. São *prenhezes seródias/serotinas, ou protraídas, ou prolongadas*, as que ultrapassaram a data prevista do parto, consideradas *pós-maduras*. É denominado parto *espontâneo*, aquele que se desencadeia, envolve e termina sem qualquer interferência; *induzido*, se medicamento ou manobra o provocaram; *dirigido* nos casos de participação ativa do obstetra (amniotomia, tocoanalgésicos, ocitócitos, episiotomia) em seu desenrolar; *operatório*, diante de manobra ou ato cirúrgico efetuados para realizá-lo ou concluí-lo; *normal ou eutócico*, transcorrido fisiologicamente, e *distócico*, perturbado por condições anômalas, patológico”.

Existem algumas manifestações que precedem o início do trabalho de parto (últimos 15 dias de gestação), as quais são chamadas de sintomas e sinais prodrômicos e são descritas como:

- ***Descida do fundo uterino (queda do ventre)***: o fenômeno ocorre devido à adaptação do pólo fetal ao estreito superior e a formação do segmento inferior. Situado próximo ao apêndice xifóide, o fundo uterino baixa 2 a 4 cm, condicionando maior amplitude à ventilação pulmonar, devido à descompressão do diafragma, tornando a respiração mais fácil.
- ***Insinuação da apresentação***: a acomodação ou adaptação do pólo fetal no estreito superior leva ao aparecimento das dores lombares e polaciúria, devido à compressão vesical. Nas primigrávidas, a insinuação começa aproximadamente de duas a três semanas antes do

início do trabalho de parto, e nas multigrávidas, a insinuação geralmente não ocorre antes do trabalho de parto.

- **Perda do tampão mucoso:** o muco secretado pelas glândulas cervicais foi acumulado durante a gravidez no canal cervical. À medida que a cérvix se torna parcialmente apagada e dilatada, o tampão de muco é expelido. Ocasionalmente, pode estar acompanhado de outras secreções vaginais e com vestígios de sangue (sinal sangüíneo).
- **Amolecimento do colo uterino:** é decorrente de alguns processos bioquímicos complexos. Entre eles, a síntese do condroitinsulfato, um dos componentes mais importantes da substância fundamental do tecido conjuntivo, que está mais elevado no colo maduro do que no imaturo.
- **Apagamento e dilatação cervical:** o apagamento ou esvaecimento cervical ocorre quando a cérvix se encurta e se afina. Isto freqüentemente acontece entre três e quatro semanas antes do trabalho de parto. As primigrávidas podem apresentar apagamento completo antes do início do trabalho de parto.
- **Contrações uterinas (Baxton-Hicks):** possuem freqüência e intensidade variáveis, tornando-se moderadamente dolorosas. São mais freqüentes à noite e diminuem pela manhã.
- **Ocorrência de manifestações locais:** são decorrentes das modificações descritas nos itens anteriores, sendo caracterizadas pela sensação de peso no baixo ventre, pela compressão nas porções inferiores do abdome, pela intensificação das varizes hemorroidárias e vulvares, e pelo aumento das secreções vaginais (BRUGGEMANN, 2002, p.25 e 26).

De acordo com Rezende e Montenegro (1995), o diagnóstico do início real trabalho de parto nem sempre é facilmente estabelecido. Através de um conjunto de elementos, já citados anteriormente, pode-se diagnosticar o trabalho de parto. De forma esquemática podem ser considerados:

- 1) Contrações rítmicas regulares no mínimo duas em dez minutos.
- 2) Colo apagado, nas primíparas, e dilatado para 2 cm, nas múltiparas semi-apagado e com 3 cm de dilatação.
- 3) Formação da bolsa das águas.
- 4) Perda do tampão mucoso, denunciando o apagamento do colo.

Devemos saber distinguir o trabalho de parto verdadeiro e o falso durante a avaliação inicial de uma parturiente com contrações uterinas.

Trabalho de Parto Verdadeiro	Trabalho de Parto Falso
<ul style="list-style-type: none"> - as contrações são regulares (intervalo gradativamente decrescente), duração e intensidade aumentam gradativamente; - a dilatação e o apagamento cervical progressivo; - descida progressiva da apresentação; - a parturiente refere-se a desconforto ou “dor” localizada nas costas que se irradia para o abdome; - as contrações não se interrompem com a sedação. 	<ul style="list-style-type: none"> - contrações com intervalo irregular (sem diminuição do intervalo), duração e intensidade sem alteração; - não ocorrem alterações cervicais; - não ocorre descida da apresentação; - a parturiente refere-se a desconforto ou “dor” localizada apenas no abdome; - as contrações interrompem-se com a sedação.

Fonte: (BRUGGEMANN, 2002, p.27).

Na evolução clínica do parto distinguem-se três períodos ou fases: dilatação, expulsão, dequitação ou secundamento. A este se segue um quarto período, dito de Greenberg. Cada período possui características específicas, no que se refere as modificações e evolução, (BRUGGEMANN, 2002, p.35).

Primeiro Período – Dilatação Cervical

De acordo com Rezende e Montenegro (1995), inicia-se a fase de dilatação com as contrações uterinas, que começam modificando ativamente a cérvix, e termina quando a sua ampliação está completa (10 cm).

Cerca de 70% das parturientes referem dor da contração uterina no hipogástrio, 20% na região sacra e 10% em ambos os lugares. Durante o primeiro período abre-se o diafragma cérvico-segmentário e se forma o canal do parto, isto é, a continuidade do trajeto uterovaginal. Dilata-se o colo graças ao efeito de tração das fibras longitudinais do corpo, que se encurta durante as contrações uterinas e de outros fatores convergentes (bolsa das águas e apresentação) (REZENDE; MONTENEGRO, 1995, p.188).

Para Bruggemann (2002, p.39):

“A dilatação compreende dois fenômenos: o esvaecimento ou apagamento do colo, que consiste na sua incorporação ao segmento inferior, e a dilatação propriamente dita. Na primiparturiente, ocorre primeiro o apagamento do colo e depois a dilatação do orifício externo. Na múltipara, o esvaecimento e a dilatação ocorrem simultaneamente”.

A autora supracitada subdivide este período em duas fases: a fase latente e a fase ativa.

Fase Latente: de duração variável, podendo em primíparas levar em média de oito a doze horas e, em multíparas, cinco horas. Caracteriza-se por um esvaecimento crescente e uma lenta dilatação do colo uterino, até 3 cm.

Fase Ativa: inicia-se após os 3cm de dilatação e compõe-se de três períodos distintos: o de aceleração, em que a velocidade de dilatação começa a modificar-se (3 a 4cm); de ascensão máxima, no qual o colo se dilata mais rapidamente (4 a 9cm) e de desaceleração, em que o ritmo da dilatação diminui um pouco até a dilatação completa.

À medida que se amplia a cervicodilatação, cria-se um espaço onde o líquido amniótico irá coletar-se, tumefazendo as membranas ovulares (âmnio e cório). Desse modo, se forma a bolsa das águas, que se insinua inicialmente no orifício interno do colo, e posteriormente no externo. A sua forma dependerá da quantidade de líquido que fica retido entre a apresentação e as membranas, sendo classificadas como chata, cilíndrica, globosa ou piriforme (BRUGGEMANN, 2002).

Durante o trabalho de parto podemos ocasionar alguns eventos, ou utiliza-se alguma conduta para estimular e/ou intensificar as contrações, podendo facilitar a evolução do trabalho de parto.

A rotura espontânea das membranas ou amniorrexe, com saída parcial do líquido amniótico, ocorre geralmente no final da fase de dilatação, no entanto, pode ocorrer precocemente, no início do período de dilatação, ou no momento da expulsão do feto.

A rotura é classificada de acordo com o momento em que ocorre durante o trabalho de parto: prematura (antes do início); precoce (no começo); oportuna (na fase final); tardia (no momento da expulsão do feto). São também classificadas de acordo com a forma que ocorrem: espontânea, provocada ou artificial (dedo ou instrumento), e intempestiva quando acarreta prolapso do cordão umbilical (REZENDE, 1991).

A cor do líquido amniótico pode significar: vermelha escura ou “achocolatada”, que sugere a presença de feto macerado ou de sangramento na cavidade uterina; esverdeado ou mecônio, que sugere sofrimento fetal, se estiver associado com alterações patológicas dos batimentos cardíacos fetais (BRUGGEMANN, 2002, p.39).

Para Rezende (1991), a integridade das membranas é necessária para uma boa evolução do trabalho de parto e devem ser conservadas íntegras até a dilatação completa. Tem função de cunha hidráulica, favorecendo a dilatação cervical, defendem a cavidade

uterina e o feto contra a penetração de germes vaginais ou vesiculados no momento do toque.

Após a amniotomia, as contrações se fazem mais intensas e mais freqüentes, resultando num aumento da eficácia da onda contrátil do útero e uma evidente aceleração da evolução do parto. As roturas das membranas podem ser positivas para acelerar o trabalho de parto, porém influenciam de forma negativa na vitalidade do feto. Quando rotas, ocorre uma maior compressão nas estruturas cerebrais do concepto e na circulação umbilical, durante as contrações, ocorrendo prejuízos na oxigenação fetal. A amniotomia quando indicada, deve ser realizada durante a contração uterina, momento em que as membranas estão tensas, utilizando-se uma pinça de Pozzi ou um instrumento próprio chamado de amniótomo (BRUGGEMANN, 2002, p.41).

Os ocitócitos, que são utilizados no parto e induzem o mesmo, são substâncias que tornam o parto rápido, clinicamente os ocitócitos aumentam a intensidade das contrações uterinas e sua freqüência, tornando maior a atividade do órgão. As parturientes que não apresentarem evolução clínica do parto devem ser criteriosamente avaliadas com relação a dinâmica uterina, condições do colo, bacia e apresentação fetal antes de iniciar uma correção da dinâmica uterina com ocitócitos, a fim de evitar complicações maternas e fetais (REZENDE, 1991).

A posição e atividade (repouso ou deambulação), adotados pela parturiente durante o período de dilatação interferem na evolução, assim como no bem-estar materno e fetal, entre elas temos:

- Decúbito Dorsal Horizontal: as contrações são mais freqüentes e incoordenadas, menos intensas e mais dolorosas.
- Decúbito Dorsal Lateral: as contrações se tornam menos freqüentes e intensas, desaparecendo a incoordenação.
- Decúbito Lateral: as alterações da freqüência cardíaca fetal são menos freqüentes, inclusive podendo ser corrigidas quando a parturiente assume esta posição.
- Débito cardíaco e volume sistólico, que estão reduzidos no decúbito dorsal, devido à compressão da veia cava inferior pelo útero grávido, se elevam no decúbito lateral.
- Deambulação melhora a coordenação miometrial, eleva a atividade uterina, diminui a duração do período de dilatação e as parturientes sentem menos desconforto. Além disso, o efeito da gravidade favorece a pressão da apresentação fetal sobre o segmento inferior do colo uterino (Bruggmann, 2002, p.42).

Segundo Período – Expulsão

Para Rezende e Montenegro (1995), esta fase começa quando a dilatação está completa e se encerra com a saída do feto. Caracteriza-se, fundamentalmente, pela associação sincrônica, às metrossístoles, da força contrátil do diafragma e da parede abdominal, cujas formações músculo-aponeuróticas, ao se retesarem, formam cinta muscular poderosa a comprimir o útero de cima para baixo e de diante para trás.

Alguns fenômenos caracterizam o final do período de dilatação e o início do expulsivo, tais como:

- Entre 4 e 5 contrações uterinas a cada 10 minutos e 45 a 70 segundos de duração;
- A apresentação insinua-se no canal de parto, podendo encontrar-se no estreito inferior;
- A apresentação fetal exerce pressão sobre as paredes vaginais, sobre o períneo e especialmente sobre o ânus. A parturiente manifesta vontade de fazer força, ou seja, sente vontade de evacuar (puxos);
- A dilatação cervical completa-se (10cm);
- Abaulamento do períneo com protrusão do ânus, apagamento dos grandes lábios, a vulva se entreabre e dilata-se lentamente, deixando-se penetrar pela apresentação.

No momento do desprendimento da cabeça fetal, deve-se realizar a proteção do períneo com as seguintes finalidades: facilitar a passagem do feto em posição favorável (flexão); deixar sair lentamente a cabeça, evitando uma descompressão súbita ou brusca, o que pode causar hemorragia cerebral; proteger a episiotomia ou o períneo de uma ruptura (BRUGGMANN, 2002, p.51).

Terceiro Período – Dequitação ou Secudamento

Segundo Rezende e Montenegro (1995), o terceiro período é também chamado de secundamento e delivramento, é o estágio da parturição que se processa após o nascimento do feto, e se caracteriza pelo descolamento (dequitação ou dequitadura), descida e expulsão ou desprendimento da placenta e das membranas para fora das vias genitais. O secundamento é composto de três fases, que são elas:

a) **Descolamento:** o descolamento da placenta ocorre, essencialmente, da retração do músculo uterino, após o parto, e em consequência de suas contrações. Assim, reduz-se de forma acentuada a superfície interna do útero, pregueando-se a zona de inserção da placenta, o que vai ocasionar o seu descolamento. A decídua cede, e se descola ao nível da

zona não resistente (camada esponjosa). A separação da placenta nos limites esponjosos se explica por esse mecanismo, e também pela existência de processos degenerativos e necróticos que aí se iniciaram nas últimas semanas de gravidez. No ponto em que se iniciou o deslocamento, forma-se o hematoma retroplacentário que não é indispensável, nem a causa do fenômeno, e sim sua conseqüência. Expande-se por entre as paredes do útero e os cotilédonos e poderá, em certas circunstâncias, favorecer a dequitação da placenta a cada onda contrátil.

Para Bruggemann (2002, p.57), o descolamento da placenta ocorre de acordo com dois mecanismos.

Baudelocque-Schultze: ocorre em 75%, se dá quando a placenta está inserida na parte superior do útero e se desprende pela face fetal, em forma de guarda chuva invertido. Nesse caso, o hematoma retroplacentário inicia-se no centro de inserção e fica prisioneiro da massa placentária, o que explica a saída de sangue posterior à saída da placenta. *Baudelocque-Duncan:* ocorre em 25% dos casos. A placenta está inserida na parede lateral do útero, sendo que a sua desinserção se inicia pela borda inferior. O sangue se exterioriza antes da placenta, que desliza e se apresenta ao colo pela borda ou face materna. Ao deslocar-se, ela cai no segmento inferior, momento que se completa com a descida. O descolamento das membranas ocorre por ação das contrações, pelo preguçamento do útero e pela queda e descida da placenta.

b) Descida: a permanência das contrações uterinas e a ação da gravidade condicionam a descida da placenta, que se cumpre de acordo com o mecanismo de descolamento, a localização placentária e a facilidade com que se desprendem as membranas. A placenta passa do corpo uterino para o segmento inferior, que se distende, percorre a cérvix e cai na vagina.

c) Expulsão ou Desprendimento: o desprendimento provoca nova sensação de “puxos”, no canal vaginal, determinando esforços abdominais semelhantes ao período expulsivo, que são responsáveis pela expulsão da placenta para o exterior.

Logo após a expulsão do feto, o útero sofre mudança na forma (arredondado) e na posição (altura da cicatriz umbilical). Ocorrido o descolamento da placenta, o útero sobe e desvia-se para a direita, apresentando-se achatado no sentido ântero-posterior. E após a expulsão da placenta, o útero se encontra, normalmente, abaixo da cicatriz umbilical.

Quarto Período – Greenberg

Para Rezende e Montenegro (1995, p.205), considera-se a primeira hora após a saída da placenta como o quarto período. Caracterizado por quatro fases:

1º fase – miotamponagem: após a expulsão da placenta o útero se contrai e é palpável num ponto intermediário entre o pube e a cicatriz umbilical. A retração inicial faz com que ocorra a laqueadura viva dos vasos uterinos, constituindo a primeira linha de defesa contra a hemorragia.

2º fase – trombotamponagem: é a formação de trombos aderentes aos vasos uteroplacentários, constituindo o hematoma intra-uterino que recobre, de modo contínuo, a ferida aberta no sítio placentário. Os coágulos enchem a cavidade uterina, levando o fundo uterino a localizar-se no nível da cicatriz umbilical. É a Segunda linha de defesa contra hemorragia.

3º fase – indiferença miouterina: o útero se torna apático e do ponto de vista dinâmico apresenta fases de contração e de relaxamento, com o perigo de encher-se progressivamente de sangue. Esta fase tende a ser maior nas múltiparas, nos partos excessivamente rápidos, na prenhez múltipla, no feto macrossômico e quando os três primeiros períodos do parto ocorreram de forma prolongada.

4º fase – contração uterina fixa: normalmente, decorrida uma hora, o útero adquire maior tono e assim se mantém.

Rezende (1991), recomenda que após o terceiro período (dequitação), deve-se palpar o útero, para verificar a formação do globo de Pinard. Quando ausente ou persistir um certo grau de flacidez uterina, utiliza-se ocitócicos, a fim de prevenir hemorragia pós-secundamento decorrentes de atonia ou hipotonia uterina.

3.3- TIPOS DE PARTO

3.3.1 O Parto Normal

De acordo com Bittar (1995, p.171):

Durante toda a gravidez o útero mantém uma atividade reduzida, apresenta contrações irregulares e indolores (contrações de Braxton – Hicks), porém ao término da gravidez a capacidade contrátil é estimulada pelos estrogênios e iniciam-se então as primeiras contrações dolorosas e de frequência variável.

Durante o pré-natal a gestante é orientada quanto aos sinais que antecedem o trabalho de parto. Alguns dias antes, (primigesta) ocorre o encaixamento da cabeça do feto na pelve materna, tornando a respiração mais fácil, na medida em que o concepto se afasta do diafragma. Em contra partida, a lordose se acentua e a frequência urinária aumenta pôr compressão da bexiga. As secreções vaginais aumentam, pois com o início da dilatação do colo uterino ocorre à saída do tampão mucoso, podendo também surgir o sinal de sangue. O colo torna-se apagado (afilado), a lombalgia se intensifica. Iniciam-se as contrações mais regulares, freqüentes, de duas ou mais em dez minutos (BITTAR, 1995, p.171).

“A equipe de enfermagem e médica necessita estar bem atenta a toda e qualquer situação que implicaria em risco para a gestante e o conceito” (BITTAR, 1995, p.171).

O trabalho de parto inicia-se com a dilatação cervical, que começa com as primeiras contrações verdadeiras e termina com a dilatação total (10cm) do colo uterino. O controle dos sinais maternos é contínuo e importante para detectar precocemente qualquer distúrbio durante este período. Durante a fase de dilatação, realiza-se o toque vaginal para a verificação e avaliação da dilatação e do apagamento do colo uterino (BITTAR, 1995).

O toque vaginal objetiva identificar sucessivamente: as características do colo uterino (amolecido ou duro, apagado ou longo, grosso ou fino, facilmente dilatável ou resistente, fechado ou aberto, se dilatado e o grau de dilatação; o tipo de apresentação, (pélvica, cefálica ou córmica); a presença de caput succedaneum (edema do couro cabeludo do feto); a altura da apresentação em relação as espinhas isquiáticas da parturiente. Identifica-se a proporcionalidade entre o feto e a estrutura pélvica da mãe e o estado das membranas, se íntegras ou rotas. No último caso verifica-se a ocorrência de saída de líquido amniótico e suas características, principalmente a cor. O toque vaginal será realizado o menor número de vezes possível, pois do contrário, pode provocar edema da cérvix e facilitar o aparecimento de infecção, tanto para o feto como para mãe. As parturientes com mais de 6 horas de bolsa rota, são consideradas com risco de infecção. Nas que não estão em trabalho de parto, está contraindicado o toque vaginal, (BITTAR, 1995, p.171).

“Com o avançar do trabalho de parto e o aumento da dilatação cervical, as contrações ocorrem com maior intensidade, com intervalos de 2 a 5 minutos e com duração em torno de 30 a 40 segundos” (BITTAR, 1995, p.172).

Normalmente, a rotura espontânea das membranas, ocorre com 6 cm de dilatação do colo. Com a amniotomia ou ruptura espontânea da bolsa amniótica, os batimentos cardio-fetais devem ser monitorizados, pois com a saída do líquido amniótico, pode ocorrer o prolapso do cordão umbilical (BITTAR, 1995, p.172).

Em trabalho de parto prolongado, está indicada a administração de líquidos por via endovenosa, segundo prescrição médica, para prevenção de desidratação, e consequentemente acidose materna e fetal (BITTAR, 1995, p.172).

Com a dilatação em torno de 8 cm ou mais, o sinal de sangue aumenta com a laceração dos capilares no colo uterino. Náuseas e vômitos podem estar presentes, por ação reflexa. A parturiente refere pressão no reto (puxo) e urgência de urinar. Atentar para os sinais iminentes de parto, entre eles: distensão dos músculos perineais e abaulamento do períneo, que aumenta a cada contração. O ânus dilata-se acentuadamente. Durante a fase de expulsão, ao exame de toque, o colo está totalmente dilatado

(10cm). Neste momento, a parturiente é encaminhada para a sala de parto, em maca ou cadeira de roda (BITTAR, 1995, p.172).

Evoluindo o parto, a cabeça do feto desce, o intróito vaginal transforma-se em uma fenda ântero-posterior, mais a seguir torna-se ovalado, e finalmente um orifício circular, expondo a cabaça do concepto. Este passa pela pelve em posição diagonal, gira para a posição ântero-posterior sob o púbis (BITTAR, 1995, p.173).

Com o aparecimento da cabeça fetal na abertura vulvar, é importante proteger a fúrcula e a região anal com uma das mãos espalmadas sobre o períneo; outra mão espalmada sobre o púbis, protegendo-se a região do vértice fetal e auxiliando-se o desprendimento lento da cabeça. Ao surgir a fronte, o nariz, a boca e o queixo do bebê, deve-se limpar delicadamente as secreções das vias aéreas superiores. Após a exteriorização da cabeça, ela gira, na medida em que os ombros se colocam em posição ântero-posterior. A cabeça é então tracionada para baixo, favorecendo a descida do ombro anterior e depois para cima, libertando o ombro posterior. Após a saída da cabeça e dos ombros, o resto do corpo desliza facilmente, acompanhado de um jato de líquido amniótico.

O cordão umbilical somente será pinçado e clampeado quando o recém-nascido estiver respirando, após 30 a 60 segundos de nascido, com exceção, se a paciente for RH negativo. O clampeamento é feito com anel de borracha ou fio grosso esterilizado, a uns 3 cm da pele (BITTAR, 1995).

Momentos após a saída do feto ocorre à expulsão da placenta, observando a integridade dos cotilédones na face materna e verificando o tipo de vascularização e de inserção do cordão, o número de vasos sanguíneos (duas artérias e uma veia), a presença de nós e tumorações no cordão. É observado ainda o canal vaginal, o colo uterino e a região perineal, para identificar roturas e lacerações e a necessidade de suturação (BITTAR, 1995, p.173).

O parto normal pode ser horizontal, vertical, semi-sentado, SIMS, na água e Leboyer. Em relação a localização pode ser hospitalar ou domiciliar.

Parto Horizontal: a mulher tem seu filho na posição de litotomia, deitado em decúbito dorsal em posição ginecológica, decúbito lateral. Faz força contra a gravidade.

Parto Vertical: a força da gravidade dirige o peso do feto e do líquido amniótico para baixo, cooperando com as contrações uterinas e com esforços de puxos, e na abertura do canal de parto e intróito vaginal (BRUGGEMANN, 2002).

As vantagens do parto domiciliar são: a mulher não se separa do ambiente familiar, sente-se mais a vontade, toma decisões por si própria, tem maior privacidade. Torna-se um ambiente para a chegada e acolhimento do recém-nascido facilitando o vínculo e interações. Menor número de internações, levando a menores custos, normas, rotinas, uso de tecnologias, comuns aos ambientes hospitalares. Participação ativa da mulher e família no processo e ambiente mais humanizado (NEME, 1995).

3.3.1.1 O Parto de Cócoras (Vertical)

Durante o trabalho de parto a possibilidade de mudar de posição é mais importante que uma posição específica. É pouco provável que as parturientes elejam e permaneçam em uma única posição durante o processo de parir. No entanto, a posição de cócoras é a mais próxima das leis da natureza, sendo conhecida como a posição fisiologicamente eficaz, não havendo compressão dos grandes vasos abdominais, e possibilitando a pelve total movimentação (BALASKAS, 1993).

Segundo Sabatino (1992), o processo de parir pode ocorrer na postura de cócoras que compreende a posição vertical, com os pés apoiados no chão, com as pernas fletidas sobre as coxas e estas sobre o abdome, mantendo o joelho separados e o restante do corpo com uma ligeira inclinação para frente. Nos últimos anos, estudos revelam as inúmeras desvantagens e perigo potencial da posição horizontal, indicando haver menor eficiência das contrações uterinas e na dilatação da cérvix, como conseqüência maior duração dos períodos de dilatação e expulsão, além da grande possibilidade de um parto operatório precisar ser realizado, ou até mesmo a utilização de medicações ocitócicas, analgésicas e anestésicas.

É um parto alternativo para algumas instituições, que consiste antes de tudo no preparo da gestante com exercícios de agacharem-se e levantarem-se várias vezes ao dia e em pequenos intervalos. Com tais exercícios toda a musculatura pélvica e de membros inferiores são preparados para o parto de cócoras. O pai do parto de cócoras, Dr. Moysés Paciornick afirma, que na posição ginecológica – a mais utilizada nos partos normais – ocorre um estreitamento do canal de parto, o que pode resultar em compressão da cabeça do bebê, aumentando o risco de lesões cerebrais. Além disso, o parto normal convencional, geralmente, faz-se uma incisão – a episiotomia que pode causar danos ao assoalho pélvico, no canal vaginal e na continção urinária, resultando em disfunções urinárias, vaginais e sexuais (BITTAR, 1995, p.169).

3.3.2 O Parto Cesáreo

Para Neme (1995), a cesariana é uma operação, pela qual o feto é liberado através de dupla incisão abdominal e uterina.

A cesárea é um ato cirúrgico e requer anestesia, com abertura de cavidade, exposição de vísceras e perda de sangue, devido a isso o risco de infecção esta presente, não esquecendo de todos os riscos que envolvem o uso da anestesia (BITTAR, 1995).

De acordo com Gregório (2002, p.246) a cesariana é indicada:

Indicações Absolutas: desproporção cefalopélvica (DCP), malformações fetais, tumor prévio, comprometimento anatômico do canal do parto (trajeto mole), condiloma acuminado, herpes ativo, patologia anexial representada por placenta prévia (PP), prolapso do cordão umbilical com colo não dilatado, descolamento prematuro de placenta (DPP) com feto vivo e viável, sofrimento fetal agudo intraparto ou crônico, impondo imediata extração do concepto e ausente cervicodilatação.

Indicações Relativas: parturiente com mais de uma cesárea, primigesta idosa (mais de 35 anos), primigesta adolescente com reduzido fundo de saco vaginal, morte fetal, placenta prévia marginal ou lateral, principalmente com feto vivo e viável, eclâmpsia intragesta ou intraparto; varizes vulvares, prenhez gemelar com fetos prematuros, mas viáveis, com o primeiro gêmeo em apresentação pélvica e o segundo em apresentação cefálica, apresentação pélvica com feto prematuro viável.

Tipos de cesárea, segundo Bittar (1995):

- **Cesárea segmentar baixa:** é a mais utilizada, é feita uma incisão transversal no segmento inferior do útero, área mais delgada (fina) e menos irrigada, facilitando a abertura do útero. Além de menos vascularizada, o segmento inferior do útero também possui uma atividade motora diminuta, favorecendo a recuperação.
- **Cesárea clássica:** a incisão é feita no sentido vertical, na parede abdominal e uterina. Adota-se esta técnica quando a bexiga e o segmento inferior apresentam aderências extensas, nos casos de placenta prévia anterior e o feto em situação transversa.

3.3.3 Parto Sob Anestesia

Segundo Bittar (1995), depois da descoberta da analgesia e em especial a anestesia obstétrica, esta vem se utilizando cada vez mais. A analgesia obstétrica é o emprego de técnicas que suprimem as dores do parto. A mulher é mantida consciente e participativa na

primeira fase do trabalho de parto (dilatação), passando-se a utilizar a anestesia na fase de expulsão, ou dependendo do caso, já antes dela.

De acordo com Branden (2000, p.229) a diferença entre analgesia e anestesia:

- A analgesia significa redução da dor sem perda da consciência. Embora a paciente possa continuar percebendo a dor, o agente analgésico pode torná-la mais tolerável.
- Anestesia é a perda parcial ou total da sensibilidade, algumas vezes com perda da consciência. Ao atuar no corpo todo ou apenas numa região do corpo; o agente anestésico bloqueia a condução dos impulsos ao longo das vias nervosas da dor do cérebro.

Apesar de o parto ser fenômeno natural, o processo é acompanhado de sensações dolorosas em menor ou maior grau. As dores são provocadas não somente pelos mecanismos inerentes ao parto, mas também pelas distensões e contrações musculares, distensão dos tendões e dos ligamentos, distensões dos componentes da articulação da sínfise púbica e da articulação sacroilíaca. Na gênese, ou como agravante do processo da dor, não devem ser esquecidos os fenômenos psíquicos como agentes desencadeantes ou intensificadores das algias do parto (TEDESCO, 1999, p.314).

O progresso da anesthesiologia, associado a um melhor conhecimento da fisiopatologia da contração uterina e sua interferência sobre o conceito e de novos esclarecimentos das modificações gravídicas nos diversos órgãos e sistemas, têm propiciado técnicas mais efetivas para minimizar ou abolir a dor nas gestantes, com um mínimo de risco materno-fetal. O conhecimento dessas mudanças torna a administração da anestesia à parturiente mais segura (BENEDETTI, 1999, p.377).

“O uso da anestesia ou analgesia na parturiente não deve em momento algum prejudicar a evolução do parto, portanto não pode modificar o padrão de contrações uterinas e não deve promover dificuldade de descida do pólo fetal no interior da pelve materna” (CABRAL, 2002, p.151).

Segundo Cabral (2002), tem sido freqüente o uso de analgésicos no trabalho de parto, principalmente no período de dilatação, sendo que a escolha habitualmente recai sobre a meperidina, derivado sintético da morfina. Os riscos do uso deste fármaco se relacionam a depressão respiratória neonatal, principalmente quando o tempo transcorrido entre a última dose ministrada na parturiente situa-se acima de quatro horas do nascimento.

Os agentes analgésicos podem causar sonolência, euforia, hipotensão ortostática e tontura. Os tipos de analgésicos sistêmicos usados durante o trabalho de parto são sedativos, agonistas narcóticos, agonistas-antagonistas dos narcóticos mistos, agentes ansiolíticos e analgésicos inalantes (BRANDEN, 2000, p.235).

A anestesia regional tem por finalidade o bloqueamento da transmissão da dor sem alterar o nível de consciência, possibilitando a gestante participar do trabalho de parto e do nascimento do bebê, ao mesmo tempo em que reduz a percepção dolorosa e a quantidade do fármaco que chega ao feto. Alguns médicos recomendam a anestesia regional, cujas desvantagens são efeitos tóxicos potenciais ao nível do SNC, hipotensão enfraquecimento dos esforços expulsivos, prurido, retenção urinária, náuseas e vômitos (BRANDEN, 2000).

Segundo Branden (2000, p.235-237) as técnicas da anestesia regional são:

- Infiltração local: utilizada antes do nascimento para realizar a episiotomia ou, após o nascimento, para reparar lesões do períneo. Esse método simples de anestesia, que costuma ser escolhido pelos pacientes preparados ou que pretendem um parto “natural”, causa poucas complicações para a paciente e o RN.
- Bloqueio do pudendo: essa técnica de infiltração local é usada no segundo estágio do trabalho de parto para anestésiar o períneo e a vagina para o nascimento do bebê, a reparação da episiotomia ou o parto de fórceps. O bloqueio do pudendo é particularmente eficaz para as episiotomias difíceis ou para reparar as lacerações após o nascimento. Essa técnica não bloqueia a dor originada das contrações uterinas, mas pode enfraquecer os espaços expulsivos.
- Bloqueio paracervical: essa também é um tipo de infiltração local e bloqueia os nervos existentes nos dois lados da cérvix, dessa forma anestésia o útero e a cérvix durante a fase ativa do trabalho de parto. A duração dessa anestesia é de cerca de uma hora, e em geral, proporciona alívio durante todo o segundo estágio do trabalho de parto. A utilização do bloqueio paracervical não é freqüente, 20 a 30% dos fetos desenvolvem bradicardia e em seguida podem ter acidose fetal. Além disso, existe o risco da injeção intracraniana acidental.
- Bloqueio epidural: método usado com mais freqüência para proporcionar alívio para a dor do trabalho de parto, o bloqueio epidural pode produzir anestesia contínua na metade inferior do corpo durante o primeiro e segundo estágio do trabalho de parto. Esse tipo de anestesia costuma ser usado nos partos cesáreos. As contra-indicações da anestesia epidural são coagulopatias, reações alérgicas, insuficiência placentária e infecção na região da punção. Caso a pele do local da punção esteja infectada por um vírus, como o herpes, pode haver disseminação adicional da infecção. O bloqueio deve ser realizado com cautela, caso a gestante tenha pressão arterial alta ou baixa. Essa técnica pode prolongar o trabalho de parto, dificultar a micção, aumentar o consumo de oxigênio e elevar o risco de parto de fórceps, tendo em vista que há enfraquecimento dos esforços expulsivos da gestante.
- Bloqueio espinhal: a gestante perde a sensibilidade e a função motora na parte inferior do corpo. O bloqueio espinhal baixo pode ser usado no segundo estágio do trabalho de parto, caso seja necessário realizar a extração da placenta ou parto instrumental.

Como também ocorre com o bloqueio epidural, a anestesia espinal pode causar vasodilatação, que leva a hipotensão e hipóxia fetal (BRANDEN, 2000).

A anestesia geral requer técnicas inalatórias e intravenosas, sendo de uso restrito em obstetrícia, principalmente nas parturientes. Ambas produzem baixa oxigenação materna, podem interferir na contratilidade uterina pós-parto levando a hipotonia, além de promoverem depressão fetal e neonatal. O uso deste tipo de anestesia restringe-se as urgências tais como na aplicação de fórceps, extração manual da placenta, versão do segundo gemelar e, ocasionalmente, gestantes com instabilidade hemodinâmica que precisem de técnica com menor risco de hipotensão (CABRAL; AGUIAR; VITRAL, 2002, p.155).

3.3.4 O Parto Induzido e a Fórceps

Parto induzido: “é aquele que começa artificialmente por interferência de medicamentos ou manobras. Esta indução pode ter fins terapêuticos, procurando beneficiar a mãe e/ou feto, ou pode ser eletivo, para atender a desejos da mãe ou da família” (BITTAR, 1995, p.196).

De acordo com Bittar (1995), é feita a amniotomia (ruptura das membranas fetais), que geralmente é realizada para auxiliar o trabalho de parto já iniciado com a administração de ocitocina. A indução do parto é indicada quando a atividade uterina é insuficiente para completar o período expulsivo.

Para Brasil (2001, p.44):

Embora existam evidências de que a amniotomia precoce possa reduzir a duração do trabalho de parto em 60 a 120 minutos, efeitos indesejáveis podem ocorrer com essa prática, como o incremento de desaceleração precoces da FCF e alterações plásticas sobre o pólo cefálico (bossa serossanguínea). Existem também um risco aumentado de infecção ovular e puerperal, quanto maior for a duração do trabalho de parto com membranas rotas. Sendo assim, a rotura artificial da bolsa deve ser evitada, reservando-se seu uso para aquelas condições onde sua prática seja claramente benéfica, como é o caso de algumas distócias funcionais.

As indicações maternas para indução são: toxemia gravídica, quando o tratamento específico não tem êxito; hemorragia ao final da gravidez (PP e DPP) e ruptura prematura das membranas. Já as indicações fetais são: morte intra-útero, polidrâmnio, associado com

deformidade fetal incompatível com a vida, presença de diabetes materna, incompatibilidade sangüínea materno-fetal com titulação elevada e pós-maturo (BITTAR, 1995).

Para que a indução tenha um bom resultado, deve-se atentar para os seguintes requisitos: relação cefalopélvica aceitável, feto único e com apresentação encaixada, período gestacional mais próximo possível do termo, quando a indução terá um melhor resultado. Estando o colo uterino parcial ou completamente apagado e dilatado de 1 a 2 cm, a indução se processará mais facilmente (BITTAR, 1995, p.196 e 197).

O fármaco mais utilizado para a indução do parto é a ocitocina, por via endovenosa, através de administração contínua. O uso de ocitocina está contra-indicado nos casos: grande multiparidade, prematuridade, cesárea anterior, desproporção céfalopélvica, vício pélvico, apresentações anômalas, cardiopatia materna, sofrimento fetal, antecedentes de cirurgias uterinas, hiperdinamia uterina, feto com mais de 4000 gramas ou menos de 1500 gramas. Durante a administração de ocitocina, a dinâmica uterina e os batimentos cardio-fetais devem ser verificados freqüentemente. Na ocorrência de qualquer anormalidade, interrompe-se imediatamente a infusão, o que propicia a diminuição e, conseqüentemente, a ausência do efeito sobre o útero e concepto (BITTAR, 1995).

Condições de indutibilidade Freitas (1991) e Rezende (2000)

- Restrito a apresentação cefálica fletida. A indução da apresentação pélvica por ser reservado para casos especiais;
- Prenhez o mais próximo possível do termo;
- Cabeça insinuada, fletida, colo responsivo, amolecido, centrado, dilatado para + 2cm e a apagado 50%, na indução eletiva;
- Avaliação do Índice de Bishop modificado, que sendo com índice menor que três terá mais probabilidade de falha.

Fontes: Freitas, 1991.

Índice de Bishop Modificado				
ESCORE	0	1	2	3
<i>Dilatação (cm)</i>	0	1-2	3-4	≥5
<i>Apagamento (%)</i>	0-30	40-50	60-70	80
<i>De Lee</i>	-3	-2	-1 – 0	+1

Parto com Fórceps: “também conhecido como fórcipe ou fórceps obstétrico, é um instrumento cirúrgico composto por duas pás ou colheres que se entrecruzam. Sua aplicação tem por objetivo extrair o concepto por tração ou rotação da cabeça” (BITTAR, 1995, p.197).

Para Costa, citado por Gregório (2002, p.251), “o fórcipe, é uma pinça de dois ramos destinado à apreensão, tração, por vezes rotação e expulsão da cabeça fetal através do canal do parto, podendo também ser empregado no parto transabdominal”.

Só deve ser utilizado quando: dilatação total do colo (10 cm), vértice da cabeça fetal no plano De Lee mais de três, não obstrução do canal de parto, como tumores no trajeto, atresias da vagina, ou quais quer outros obstáculos que não passam ser resolvidos com exereses e/ou episiotomia, diagnóstico correto de posição e colo completamente dilatado. Outros requisitos para a aplicação do fórceps são a proporção entre o concepto e a pelve materna; presença de membranas rotas, feto vivo ou morte recente (BITTAR, 1995).

Antes da aplicação do fórceps, o obstetra deverá examinar (exame de toque) e avaliar as condições materno-fetais. A posição fetal e a altura da apresentação devem ser verificadas para aplicação correta do instrumento. Tal medida caracterizará o tipo de parto com fórceps, os quais podem ser fórceps baixo – é aplicado após a cabeça ter atingido o assoalho perineal; fórceps médio – é realizado antes da cabeça chegar ao assoalho pélvico, porém já encaixada; e o fórceps alto – neste caso a cabeça ainda não está encaixada, este tipo é usada em circunstâncias raras (BITTAR, 1995, p.197).

Os riscos do uso do fórceps, segundo Neme (1995) são:

- Para a mulher: laceração do canal vaginal e colo uterino, provocando hemorragias e consequentemente infecções; ruptura uterina e lesões da bexiga e/ou reto.
- Para o feto: cefalohematoma, lesões cerebrais e hemorragias intracranianas, fratura no crânio, paralisia facial e compressão do cordão umbilical.

As indicações do uso do fórceps, de acordo Freitas (1991) são:

- Maternas: dificuldade, incompatibilidade ou contra-indicação da preensão abdominal, eclâmpsia, doenças que contra-indiquem o esforço expulsivo (cardiopatias e pneumopatias), discenesias.
- Fetais: sofrimento fetal, falta de progressão ou da rotação de apresentação, pseudo expulsivo prolongado.

3.3.5 O Parto Prematuro

“No parto prematuro, o nascimento de recém-nato se dá entre a 22° e 37° semanas incompletas de gestação, podendo ou não estar correlacionado com baixo peso do bebê ao nascer” (BITTAR, 1995, p.200).

“É prematuridade a interrupção da gravidez antes de 37 semanas completas” (REZENDE, 1995, p.338).

A prematuridade está entre os maiores problemas em perinatologia, devido às elevadas taxas de morbi-mortalidade peri e neonatal. Estando o conceito no terceiro trimestre de gestação, fase caracterizada principalmente pelo desenvolvimento e crescimento dos órgãos já formados, o nascimento neste período é viável. Contudo há de se convir que, por imaturidade dos sistemas neurológicos, respiratório, gastrointestinal, entre outros o recém nascido está exposto a complicações por dificuldade de adaptações extra uterinas com relação à temperatura, umidade, defesa contra agentes infecciosos. A viabilidade fetal estará diretamente relacionada às condições do bebê ao nascer e à assistência recebida (BITTAR, 1995, p.200).

Para Bittar (1995), as causas que desencadeiam o parto prematuro, em sua maioria permanecem desconhecidas, contudo existem alguns fatores predisponentes: idade, gestante abaixo ou acima do peso ideal, fumo, estresse, alimentação, infecções repetitivas, desequilíbrio familiar, mulheres com malformações uterinas, miomatose e incompetência istmocervical, abortos tardios repetitivos, complicações específicas da gravidez (DPP, PP, DHEG), cirurgias ginecológicas, acidentes, entre outros.

Será tentada a inibição do parto quando o feto estiver vivo, a membrana amniótica íntegra e em ausência de contra-indicações médicas e obstétricas. O fármaco mais utilizado para a inibição do parto é a terbutalina, por via endovenosa. Outros medicamentos também usados são: isoxoprina, salbutamol, indometacina (BITTAR, 1995).

Efeitos dessas drogas são, segundo (BITTAR, 1995):

- Para mulher: taquicardia, hipotensão, palpitações, tremores, náuseas, vômitos, cefaléia e até mesmo anemia e hemorragias no pós-parto.

- Para o feto: hipotensão, distúrbios da função hepática, taquicardia, diminuição do peso, APGAR baixo, síndrome da angústia respiratória e aumento da mortalidade perinatal.

Quando o parto prematuro é inevitável, a parturiente deve ser acompanhada e preparada para possível parto cesáreo. O feto pré-termo é mais propenso a hipoxemia e traumatismo intracraniano, motivo pelo qual dá-se preferência à retirada do feto por via trans-abdominal. Porém o parto por via baixa também é possível quando o único problema é a prematuridade (BITTAR, 1995).

3.3.6 O Parto de “Leboyer”

Leboyer (1974) desenvolveu uma filosofia de assistência ao parto (infelizmente confundida por alguns como uma “técnica” de parto) em que a preocupação essencial é acolher bem o recém-nascido, suavizando o impacto da diferença entre o mundo intra-uterino e o extra-uterino. Preconiza, portanto, uma sala de parto com luz difusa, silêncio, música suave e contato corporal imediato entre mãe e bebê, este logo após o nascimento, é colocado sobre o ventre materno e longamente acariciado pelo obstetra e pela mãe, o cordão umbilical somente é cortado após alguns minutos, quando pára de pulsar, posteriormente o recém-nascido é colocado num banho de água morna. Trata-se desta forma reproduzir o mais fielmente possível o ambiente intra-uterino. Obviamente procura-se trabalhar com um mínimo de analgesia e com anestésias que não tirem a consciência, para possibilitar um contato intenso e precoce entre mãe e recém-nascido. Também preconiza que nos primeiros meses de vida, deve-se realizar massagens no bebê, com a finalidade de ampliar seu desenvolvimento sensorial, perceptual e afetivo. (MALDONADO, 1984, p.61 e 62).

3.4- CUIDADOS DE ENFERMAGEM DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO

Os cuidados de enfermagem devem ser desenvolvidos num constante processo de compartilhar conhecimentos. De fato uma estratégia para que a parturiente seja um agente ativo do processo do nascimento e possa participar das escolhas de forma consciente. Além disso, devemos inserir a família ou acompanhante neste processo de aprendizagem, pois estaremos possibilitando a sua participação nos cuidados, diminuindo a ansiedade, e desta forma ela passa a ser uma colaboradora (SANTOS, 1998).

1) Na internação da mulher

Segundo Bruggemann (2002, p. 30 e 31).

A internação pode ser um momento de crise ou de realização, dependendo da forma como a gestante, o casal grávido e família reagem, ou seja, com tranquilidade ou ansiedade. Esta reação também é influenciada pelo tipo de relação estabelecida entre o profissional de saúde e os atores envolvidos no processo. Assim, enquanto profissionais, devemos estar atentos para a qualidade da relação, compreendendo e respeitando o processo vivenciado, que, muitas vezes, não é o primeiro, mas sempre será único e singular.

Realiza-se a *anamnese* (idade, paridade, intervalo interpartal, idade gestacional, tempo de frequência e início das contrações, sintoma de rotura das membranas, frequência dos movimentos fetais, presença de sangramento, antecedentes de DST, tipagem sanguínea e fator RH, diabetes, hipertensão, cardiopatia, última ingestão de alimentos, alergia a medicamentos, tabagismo, alcoolismo ou uso de drogas); *exame físico* (presença de edemas, pressão arterial, pulso, temperatura, peso), tendo como objetivo identificar doenças intercorrentes ou fatores que possam complicar o trabalho de parto; *exame abdominal* (avaliação do volume fetal, diagnóstico da situação, apresentação e posição fetal, batimentos cardíacos fetais, altura do fundo uterino, dinâmica uterina); *exame pélvico* (especular – para realizar amnioscopia, confirmar a rotura das membranas, observar as características do líquido amniótico e identificar a procedência de sangramento; digital – toque vaginal). Além de estar atento aos registros existentes no cartão do pré-natal e as informações fornecidas pela parturiente, acompanhante e família.

2) No preparo da mulher

Segundo Bruggemann (2002, p. 32, 33 e 34):

Quanto a Tricotomia:

Existem várias condutas sobre as regiões a serem tricotomizadas. De acordo com Rezende e Montenegro (1995) e Neme (1995) a tricotomia deve ser realizada no Monte de Vênus e genitália externa ou região perivulvar. Segundo Ziegel e Cranley (1985) deve-se remover os pêlos da região perineal ou apenas cortar os pêlos do períneo.

A Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 1996):

Não recomenda o uso rotineiro de tricotomia, uma vez que pode aumentar o risco de infecção, considerando-a como um procedimento desnecessário. A conduta a ser seguida deve ser discutida e implantada pela equipe de saúde da instituição, sendo que a tendência atual é abolir totalmente a tricotomia ou limitá-la apenas à região perineal.

Na Maternidade do Hospital Universitário, não é feita a tricotomia há alguns anos, não havendo aumento de infecções, complicações ou queixas da cliente.

Quanto ao Enema:

Segundo Rezende e Montenegro (1995) e Neme (1995):

“o esvaziamento do reto, sigmóide e colo descendente pode evitar a contaminação por ocasião do parto. Entretanto, atualmente discute-se a sua utilização de forma rotineira.”

A Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 1996):

“considera o enema de rotina um procedimento desnecessário e que deve ser respeitado o desejo da mulher de realizá-lo ou não”.

IMPORTANTE: é contra-indicados a tricotomia e o enema quando: as membranas rotas com apresentação não insinuada, uma vez que existe a possibilidade de ocorrer prolapso de cordão; sangramento vaginal não diagnosticado; parto eminente ou cesariana de urgência, a fim de evitar contaminação.

Este procedimento não é feito na maternidade do H.U. e são poucos os relatos de evacuação durante o parto, e quando acontece não é dada a importância que era dada antigamente, sendo apenas tomados cuidados de higiene. Porém, quando a mulher deseja fazê-lo por algum motivo como vergonha de evacuar durante o parto por exemplo, este é realizado de acordo com a solicitação da mulher.

Quanto a Higiene Corporal:

Após a realização da tricotomia e enema, quando indicados, a parturiente deve ser orientada e encaminhada ao banho geral. Além de diminuir riscos de infecção, proporciona bem estar geral.

Quanto ao vestuário:

A parturiente usará a roupa adotada pela maternidade e um forro perineal.

Quanto à dieta:

A restrição total de alimentos por via oral durante o trabalho de parto tem sido tema de discussões. A Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 1996) recomenda que esta rotina deve ser avaliada para cada situação. Para Ziegel e Cranley (1980), pode-se fornecer pequenos fragmentos de gelo ou picolé, pequenas quantidades de água, chá ou caldo no início do trabalho de parto, passando a ser restringido no trabalho de parto em franca evolução ou com sinais de riscos, a fim de evitar possível regurgitação e aspiração quando se necessita de narcose. Já Neme (1995) aconselha que seja oferecido à parturiente a cada 2 horas, pequenos tabletes de chocolate, que possuem pouco volume gástrico e grande valor energético.

3) No primeiro período ou dilatação cervical

Segundo Bruggemann (2002, p. 45 a 40).

Quanto ao reconhecimento da unidade:

- levar a parturiente e acompanhante para conhecer a área física do Centro Obstétrico, especialmente a sala de parto e cirúrgica;
- fornecer as orientações necessárias sobre os tipos de parto, o período expulsivo, os cuidados com o recém-nascido e a função de cada equipamento, promovendo uma familiaridade com o ambiente.

Quanto à atividade física:

- orientar e estimular para que a parturiente deambule;
- orientar a parturiente para deitar em decúbito lateral esquerdo (preferencialmente) ou direito, quando estiver vontade ou necessidade;
- orientar a parturiente a permanecer em repouso no leito nos casos de uso de drogas sedativas ou analgésicas; rotura das membranas com apresentação alta riscos de prolapso de cordão), trabalho de parto prematuro; apresentação ou posição viciosa do feto; doença hipertensiva da gravidez; sangramento vaginal a esclarecer (suspeita de PP ou DPP);
- Estimular sono e repouso quando o trabalho de parto se inicia à noite e não ocorre evolução, pois a parturiente se sentirá menos cansada;
- Respeitar a vontade da parturiente com relação à atividade física, sempre que possível, desde que não interfira no bem-estar materno e fetal.

Quanto à posição no leito:

- orientar a parturiente sobre a importância do decúbito lateral, preferencialmente o esquerdo, uma vez que esta posição reduz o desconforto na região dorsal, aumenta a oxigenação fetal pela descompressão da veia cava inferior, aumenta a perfusão renal e uterina, aumenta a intensidade e diminui a frequência das contrações;
- orientar a parturiente a adotar uma posição mais confortável, evitando a supina (decúbito dorsal – o peso do útero grávido, em geral, comprime a veia cava inferior e a aorta abdominal contra a coluna vertebral, obstruindo desta forma, o retorno do sangue da metade inferior do corpo até o coração. Em consequência ocorre queda do débito cardíaco e hipotensão arterial materna. A redução do débito cardíaco diminui o fluxo sanguíneo útero placentário, provocando alterações na homeostasia do feto e no metabolismo da contração, daí

decorrendo distócia da contração e sofrimento fetal (GREGÓRIO, 2002);

- orientar a parturiente sobre a contra-indicação da posição supina.

Quanto aos alimentos e líquidos:

- esclarecer a o parturiente sobre sua dieta, isto é não receberá alimentos sólidos durante o trabalho de parto;
- oferecer líquidos (água, chá ou caldos), balas, pedras de gelo e picolé para aliviar o sabor desagradável da boca e como fonte de líquidos e calorias, quando não houver contra-indicação, e observando-se a rotina da instituição;
- orientar e supervisionar dieta zero para a parturiente com indicação de cesárea ou parto sob analgesia;
- molhar a boca da parturiente com algodão ou gaze embebida em água para evitar ressecamento da mucosa, quando contra-indicado ingesta hídrica;
- Nos caso de vômitos freqüentes ou trabalho de parto prolongado, providenciar hidratação parenteral para prevenir a hipoglicemia e a desidratação.

Quanto às eliminações:

- orientar a paciente para urinar com freqüência, a cada duas ou três horas, evitando a distensão da bexiga. A bexiga cheia pode causar aumento da dor durante as contrações e retardar a progressão da cabeça fetal;
- observar distensão vesical e realizar cateterismo, se necessário, após a realização de todas as manobras para micção espontânea;
- questionar sobre eliminações intestinais;
- observar as características (cor, odor e quantidade) das secreções vaginais e do líquido amniótico.

Quanto à higiene pessoal:

- orientar, estimular e encaminhar a parturiente ao banho de chuveiro, respeitando a sua vontade e observando as indicações e as contra-indicações;
- orientar e estimular e ajudar a parturiente na higiene oral, do rosto e das mãos. Como também pentear os cabelos e trocar a camisola;
- realizar lavagem externa asséptica ou banho de leite, em caso de repouso relativo ou absoluto;
- trocar os forros perineais sempre que estiverem molhados, especialmente após as roturas das membranas;
- manter a cama da parturiente limpa e seca.

Quanto aos sinais vitais:

- pulso e pressão arterial de 1/1 hora, entre as contrações;

- temperatura de 4/4 horas, e no caso de rotura das membranas, de 2/2 horas;
- respiração é de difícil controle, realizar apenas quando houver indicação específica.

Quanto ao controle dos batimentos cardíacos fetais (BCF)

- as condições fetais são avaliadas de 30/30 minutos ou no máximo de 1/1 hora, através do ritmo cardíaco. A ausculta do BCF deverá ser feita antes/durante e 20 segundos após a contração, com o objetivo de detectar alterações do ritmo associadas às contrações.

Quanto o controle da dinâmica uterina (DU)

- verificar a DU de 1/1 hora, posicionando a parturiente em decúbito lateral. Espalmar a mão no fundo uterino durante 10 minutos, observando e registrando a frequência e a duração das contrações.

Quanto ao toque vaginal

- realizar toque vaginal o menor número de vezes, deve-se manter um intervalo mínimo de 2 horas entre eles quando bolsa íntegra e de 4 horas quando bolsa rota;
- observar os cuidados de assepsia; lavar as mãos, calçar as luvas esterilizadas, usar antisséptico;
- posicionar e manter a privacidade da parturiente durante o exame, orientar sobre a indicação e resultado.

IMPORTANTE: estar atento quanto aos sinais de perigo: sangramento vaginal abundante ou hemorragia; distúrbios visuais, tonturas, vômitos, dor epigástrica, inquietude e cefaléia; distensão do segmento inferior do útero, alterações na DU (hipertonia ou hiperatividade); alterações dos batimentos cardíacos do feto.

Nesses casos adotar as seguintes medidas: verificar sinais vitais; puncionar veia calibrosa; manter parturiente em DLE; nos casos de sofrimento fetal, instalar oxigênio nasal por cateter; solicitar a avaliação do obstetra.

4) No segundo período ou expulsão

Segundo Bruggemann, (2002, p. 55 e 56).

- observar os sinais do período expulsivo, ou seja, abaulamento do períneo com protusão do ânus, apagamento dos grandes lábios, abertura da vulva e coroamento da apresentação;
- estar atento às queixas da parturiente, com vontade de fazer força e evacuar (puxos);
- realizar amniotomia, se necessário. Anotar no prontuário: hora, cor do líquido, odor e frequência cardíaca fetal;
- arrumar a mesa de parto com roupas e materiais necessários;

- orientar a parturiente sobre o que está ocorrendo e levá-la para a sala de parto;
- coloca-la em posição na mesa ou cadeira de parto;
- quando necessário, fornecer à parturiente orientação para o aproveitamento das contrações expulsivas, realizando prensa abdominal na hora da contração. E após a contração, orientar para que relaxe, descanse e respire tranquilamente, preparando-se para a contração seguinte;
- umedecer a face e secar o suor;
- encorajar seus esforços e apontar seus progressos;
- observar local da punção, caso esteja com fluidoterapia;
- providenciar anestésico para infiltração de períneo (xilocaína 1% ou 2%, sem vasoconstritor), se necessário;
- controlar os batimentos cardíacos do feto a cada 5 ou 10 minutos, no caso de período expulsivo prolongado;
- controlar pressão arterial, se necessário;
- observar estado geral do RN, fazer ligadura do cordão umbilical e avaliar o Apgar do primeiro minuto;
- colocar o RN junto a mãe e estimular o início precoce do aleitamento materno, nos primeiros 30 minutos após o parto;
- auxiliar o neonatologista ou prestar os primeiros cuidados ao RN, e realizar a sua identificação (pulseira e impressão plantar);
- possibilitar a presença de um familiar ou um acompanhante que a mulher desejar durante este período, estimulando para que o mesmo forneça o apoio necessário;
- favorecer a interação precoce entre mãe, bebê e pai ou familiar;
- comunicar aos familiares sobre o nascimento e o estado da parturiente, quando a rotina da instituição não permitir a presença dos mesmos.

5) No terceiro período ou dequitação ou secundamento

Segundo Bruggemann (2002, p. 60).

- orientar a puérpera e acompanhante sobre o que está ocorrendo, e prepará-la para a episiorrafia, quando necessário;
- colocar o recém-nascido junto à mãe e estimular o aleitamento materno;
- observar os sinais de descolamento e descida da placenta;
- observar e anotar o mecanismo de deslocamento da placenta (Baudelocque- Schultze ou Baudelocque- Duncan);
- secar a placenta e examinar a face fetal e a materna, o cordão umbilical e membranas;
- verificar sinais vitais, principalmente o pulso e pressão arterial;
- observar aspectos clínicos do útero;
- observar sangramento vaginal.

6) No quarto período ou Greenberg

Segundo Bruggemann (2002, p. 63 e 64).

- observar a presença do globo de segurança de Pinard;
- observar o sangramento vaginal;
- orientar sobre a sutura do canal do parto, quando necessário;
- controlar sinais vitais: pressão arterial e pulso a cada 15 minutos, sendo que os desvios de variação normal exigem verificação a cada 5 minutos. A perda de sangue pode resultar em aumento da frequência do pulso e respiração e queda da pressão arterial. Deve-se estar alerta para elevação subida da pressão arterial. A temperatura deve ser verificada de 1/1 hora;
- transferir a puérpera, de maca, da sala de parto para a sala de recuperação;
- trocar a camisola e colocar o forro perineal;
- observar continuamente a involução, altura, consistência e forma do útero;
- proporcionar ambiente tranquilo no qual possa ocorrer a interação precoce entre mãe, bebê pai ou acompanhante;
- deve-se estar alerta para os sinais de perigo: sangramento vaginal abundante, útero amolecido e aumentado de tamanho, sudorese, queda da pressão arterial e aumento da frequência do pulso. Diante deste quadro, deve-se: massagear o útero, colocar saco de areia, puncionar veia calibrosa, controlar pressão arterial e pulso, além de solicitar a avaliação médica;
- encaminhar puérpera com o RN e acompanhante para a unidade de internação (Alojamento Conjunto), após a avaliação do seu estado geral.

3.5- FALANDO SOBRE A DOR E O MEDO

Conforme Ávila (1998), com o avanço da tecnologia e da medicina, hoje as pessoas grávidas correm riscos mínimos. Apesar disso, o medo do parto ainda é o mesmo de sempre pela representação emocional que tem este evento.

Nesse contexto, Collaço (2002) ressalta que o parto é encarado como um momento muito difícil, pois é a passagem de um estado para o outro, uma situação que precisa ser vivenciada. A mulher passa por um momento imprevisível, desconhecido, sobre o qual não lhe é permitido na maioria das vezes ter controle.

Segundo Smeltzer e Bare (2000, p.158) “a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, resultante de um real potencial dano ao tecido”.

A teoria do portão de controle aplica-se no processo de parir. Os mecanismos de portão da medula, do córtex e do tronco cerebrais omitem ou diminuem a sensação de dor pelo “fechamento do portão”. Acredita-se atualmente que muitos portões podem ser abertos ou fechados, por intervenção da enfermagem, durante o trabalho de parto e o parto. A estimulação cutânea pode ter o efeito direto de fechar o portão. O que acontece, fisiologicamente, quando uma pessoa sente dor é o seguinte: as células nervosas levam a mensagem de sensação de dor à medula; o portão abre-se, e as células transmissoras enviam a mensagem da dor. A teoria de controle do portão, usando trajetórias ascendentes e descendentes, ajuda a explicar a eficácia de vários tipos de estratégias de focalização em partos com preparação previa, como a respiração, o ouvir música, a orientação verbal e estimulação cutânea. A acupuntura e as massagens nas costas proporcionam alívio, porque ajudam a fechar o portão ao desconforto. A mensagem de desconforto pode-se acumular até o ponto de se tornar uma sensação de dor intensa (BURROUGHS, 1995, p.173).

A dor representa um importante sinal do início do trabalho de parto. O componente mais importante da dor é a dilatação do colo uterino, somado a outros fatores como: contração e distensão das fibras uterinas, distensão do canal de parto, tração de anexos e peritônio, pressão na uretra, bexiga e outras estruturas pélvicas, e pressão sobre as raízes do plexo lombosacro. A inervação uterina e anexial são autônomas, mediada principalmente pelo Sistema Nervoso Simpático, que conduz estímulos de características viscerais, com aferências no Sistema Nervoso Central no nível de T10, T11, T12, L1. Com a evolução do trabalho de parto e progressão da apresentação, a dor assume características somáticas em decorrência da distensão perineal. O nervo pudendo, formado por fibras de S2-S3-S4, inerva a maior parte da região perineal. Esses impulsos nociceptivos são conduzidos principalmente por fibras A- δ e C, que penetram no corno dorsal da medula e fazem sinapses com neurônios que prosseguem para centros superiores e outros envolvidos em arcos reflexos medulares, sofrendo neste local em complexo processo de modulação. Este processo, principalmente quando intenso, provoca respostas reflexas segmentares, supra-segmentares e corticais, que incluem estimulação respiratória, circulatória, de centros hipotalâmicos de função neuroendócrina predominante simpática, de estruturas límbicas e de mecanismos psicodinâmicos de ansiedade e apreensão (BRASIL, 2001, p.68 e 69).

A dor é influenciada por vários fatores seja racial, social, cultural, e há diferenças entre as sensações de dor, desconforto e medo que variam entre as mulheres que vivenciam este momento. O controle ou diminuição da sensação da dor ameniza a fadiga do trabalho de parto, auxiliando a mulher e acompanhante a participarem ativamente do processo de parir (BURROUGHS, 1995).

A intensidade da dor do parto varia de mulher para mulher e de gestação para gestação de acordo com diversos fatores: limiar individual, grau de relaxamento, intimidade com o ambiente, apoio de familiares e profissionais, preparação e outros. É uma

dor diretamente influenciada por vários fatores psicológicos, funcionais e emocionais (AMIGAS DO PARTO, 2003).

É difícil para as grávidas sentir-se livre do medo da dor do parto, pelo fato de que aprenderam que a dor e o sofrimento são obrigatórios, inevitáveis e normais na vida da mulher e na maternidade. Sabe-se que a dor do parto, além de ser culturalmente aprendida, pode estar ligada a disfunções anatomofisiológicas da mulher, mas que a tensão emocional pode causá-la ou intensificá-la, sua intensidade é subjetiva e difícil de mensurá-la (ÁVILA, 1998).

Muitos fatores influenciam a percepção dolorosa da paciente e sua capacidade de suportar a dor. Esses fatores podem ser fisiológicos, sociais ou psicológicos e incluem paridade, tamanho e posição do feto, alguns procedimentos médicos, ansiedade, fadiga, nível educacional, influência cultural e mecanismos de enfrentamento. O reconhecimento dessas influências pode ajudar a enfermeira a antecipar, avaliar e entender às necessidades da gestante (BRANDEN, 2000, p.220).

Uma preparação mental e corporal durante a gravidez, capacita e auxilia a mulher a enfrentar o processo de parir com mais segurança. Cada um de nós tem um limite de tolerância à dor. Algumas mulheres sentem uma dor muito forte, enquanto outras têm dúvidas de que o que sentiram foi realmente dor (BALASKAS, 1993).

De acordo com Burroughs (1995), é importante que a equipe profissional compreenda as reações fisiológicas e psicológicas da mulher à dor, que ocorrem durante o processo de parir, sendo capazes de identificar os fatores que afetam a intensidade da dor que a mulher sente. Além disso, a equipe deve estar atenta e utilizar estratégias de controle não-farmacológicas da dor durante o processo de parir, a fim de amenizar a dor e o medo, tranquilizando a mulher.

Balaskas (1993, p. 140 e 141):

ressalta que durante a gestação e o parto o corpo produz hormônios chamados endorfinas, que são analgésicos naturais que relaxam e aliviam as dores. Um outro hormônio secretado pelo corpo é a ocitocina, cuja ação é desencadear as contrações e o processo de parto. Porém, a produção desses hormônios está profundamente relacionada com suas emoções. Para que o corpo produza esses hormônios é necessário que a mulher se sinta segura, relaxada, desinibida e livre para ser ela mesma.

Nesta perspectiva, é importante o preparo da gestante para o parto. Este abrange a incorporação de um conjunto de cuidados, medidas e atividades que têm como objetivo oferecer à mulher a possibilidade de vivenciar a experiência do trabalho de parto e parto como processos fisiológicos, sentindo-se protagonista do processo (BRASIL, 2001, p.26).

Burroughs (1995) estabelece algumas estratégias não-farmacológicas de controle da dor que auxiliam no processo de parir:

- O apoio que pode ser dado pelo acompanhante ou mesmo pela equipe do setor, que também pode dar atenção à pessoa que estiver apoiando a mulher.
- A orientação, que é fundamental para que a mulher mantenha-se informada quanto aos cuidados e procedimentos prestados e atividades que pode realizar, bem como o que está acontecendo e o que poderá acontecer durante o processo de parir.
- A redução de estímulos nocivos é importante sempre que possível. Neste sentido a equipe ou acompanhante devem aliviar a sede, o calor, o suor, a tensão, o medo, com medidas de conforto.
- A tentativa do controle cognitivo: vários métodos cognitivos de controle de dor podem ser tentados como a dissociação e a interferência. A dissociação pode ser usada, auxiliando a mulher a lembrar de momentos agradáveis. A interferência talvez seja melhor, a mulher é solicitada a assistir televisão, ou conversar para se distrair, sendo esta a interferência passiva; e quando é pedido que a mulher focalize algo, pode auxiliá-la a bloquear a sensação dolorosa, esse comportamento exige a participação ativa dela.
- A estimulação cutânea: a massagem, o toque, a pressão sobre pontos dolorosos na coluna, uso de toalhas quentes ou frias aplicadas nas costas, podem ajudar a diminuir o desconforto.
- O relaxamento sistêmico: mesmo que a mulher tenha freqüentado aulas de pré-natal, ela necessitará de apoio constante, para o relaxamento de sua musculatura voluntária, a etapa de melhor aproveitamento é entre as contrações e na fase latente do primeiro período do trabalho de parto.

3.6- A HUMANIZAÇÃO DO PARTO E O USO DE TERAPIAS NÃO MEDICAMENTOSAS

Humanizar, segundo Ferreira, citado por Zampieri (2001, p.75), significa “tornar-se humano, dar condição humana”.

O movimento de preparação para o parto e para a maternidade tem como um dos objetivos básicos “humanizar” o processo de nascimento, hoje tão mecanizado e dissociado de seu contexto social cultural e emocional. “A humanização tem como preocupação

básica a valorização do ser humano e busca o desenvolvimento de todas suas potencialidades” (ZAMPIERI, 2001).

Ao falar de Parto Humanizado algumas pessoas o definem restringindo apenas ao direito da mulher a uma vaga na maternidade, a presença do acompanhante, ou a restrição de algumas rotinas hospitalares antes feitas rotineiramente. No nosso entendimento, humanizar o parto permite um conceito mais abrangente: significa dar a mulher e acompanhante o que lhes é de direito, um atendimento centrado em suas necessidades e déficits, respeitando suas crenças e valores, e atendendo as suas dimensões físicas, emocionais, psicológicas, sociais e espirituais.

Significa compreender o significado deste momento para sua vida. Tentar colocar-se no lugar da mulher; respeitá-la, interagir e comunicar-se com ela numa linguagem fácil e clara, estar sensível e disponível para ajudá-la a enfrentar seus déficits, apoiá-la e fortalecê-la em suas capacidades para que possa decidir e agir com maior segurança e tranqüilidade.

É uma atitude diferenciada do profissional, o qual valoriza e respeita o ser humano, suas experiências e significado que atribui ao parto e nascimento, não sendo apenas a mudança de rotinas, fluxos ou procedimentos. Não existe uma forma para aplicá-la, necessita sim de uma postura com perspectiva humanística do profissional (ZAMPIERI, 2001; BRUGGEMAMM, 2001).

O estímulo e apoio à mulher durante este período, enfatizando que possui potencialidades para parir, contribui para diminuir seus medos e angústias e se constitui no verdadeiro atendimento humanizado.

Neste contexto, algumas medidas podem ser utilizadas durante o trabalho de parto e parto para que à parturiente viva este processo sem traumas, com menos dor, de uma maneira saudável, prazerosa e feliz.

Segundo Bittar (1995), vem sendo divulgados e aplicados alguns tipos de condução do parto, considerados alternativos os quais, buscam recondicionar à mulher para o processo de parir, isto é, a parturiente é estimulada a substituir as emoções negativas decorrentes do não conhecimento do parto, o que gera ansiedades, medos etc., por emoções fortes e positivas como a felicidade e o prazer da maternidade.

A autora completa que é fundamental para a humanização do parto a utilização de métodos psicofiláticos que trabalhem tanto a área psíquica quanto à física.

Existem várias técnicas de cuidado, terapias não invasivas, não farmacológicas, para o alívio da dor que podem ser utilizados durante o trabalho de parto. Estas ações são, no nosso entendimento, denominadas ações humanísticas, as quais são todas as práticas estabelecidas no Centro Obstétrico que auxiliem a mulher na evolução do trabalho de parto e parto, minimizam a dor, favorecem ou propiciam o conforto, a comunicação e a interação e a vivência mais tranqüila e segura do processo de parir.

Existem vários métodos não invasivos, como já falamos, para o alívio da dor que podem ser utilizados durante o trabalho de parto, que já devem ser orientados desde o pré-natal a gestante, companheiro e família. Para muitas mulheres, um banho de chuveiro ou de imersão minimiza a dor. Da mesma forma, alguns métodos que auxiliam as mulheres a modificar seu foco de atenção e concentrar-se, como uma respiração ritmada e ofegante, comandos verbais e relaxamento, que podem ser aplicados incluindo uma variedade de abordagens psicossomáticas para apoiar a parturiente, como a hipnose, música e *biofeedback* (BRASIL, 1996).

São práticas que ajudam a mulher, a escolher, a decidir, a agir de acordo com suas potencialidades e capacidades, estimulando-a a autocuidar-se, assumindo o papel de protagonista, sujeita do processo de parir, bem como tornam o ambiente hospitalar mais acolhedor, mais humano. Entre eles temos: massagem, deambulação, banho de aspersão, relaxamento, uso de materiais (bola e cavalinho), respiração, troca de decúbito, música, permanência do acompanhante, escolha do tipo de parto. Inclui, sobretudo o apresentar-se, o ouvir, o orientar, o comunicar-se numa linguagem fácil e clara, o estar ao lado da cliente, o estar disponível, atenta e sensível, o interagir, o respeito as suas crenças e valores.

As rotinas já cristalizadas e incorporadas pela equipe muitas vezes ao invés de facilitar o parto o atrapalham e geram dor. “A constatação de que a violência pela imposição de rotinas inflexíveis, o estabelecimento da posição do parto pela instituição ou equipe de saúde e o uso de inferências obstétricas iatrogênicas, desumaniza, perturba e inibe o mecanismo fisiológico do parto, transformando-o em experiência de dor, impotência, alienação, temor e ansiedade” (DINIZ, citado por CURCIO e VARGAS, 2000).

Observamos, por outro lado que, o controle da dor, ameniza o cansaço, deixa a mulher mais segura, aumenta seu potencial, faz com que co-participe com a equipe multiprofissional, toma mais consciência do ambiente e situação, participe ativamente, sem necessidade de usar drogas, facilitando o processo (BURROUGHS, 1995).

Com freqüência, os toques e massagens feitos pelo acompanhante são úteis e até prazerosos.

Todos os profissionais que utilizam a massagem, naturalmente apreciarão os potenciais fisiológicos desta, na indução do relaxamento e alívio da dor. Um simples toque pode comunicar uma sensação de companhia, carinho e de compartilhamento, principalmente quando recebido do companheiro. Carícias, toques suaves ou massagens em áreas adequadas podem ser usados com bom efeito quando apropriadamente ensinados (POLDEN, 1993, p.106).

As mulheres que receberam massagem utilizada na técnica apropriada durante o parto, em geral, notificam posteriormente como esta ação foi benéfico, para aliviar a dor. Embora não tenham sido feitos ainda estudos controlados para determinar os mecanismos neurofisiológicos exatos pelos quais a massagem modera a dor, é indescritível que este ato de “esfregar”, minimiza a dor e provoca uma sensação de bem estar. É possível que o estímulo sensorial calmante produzido pelas batidas e massagens ativem o mecanismo de “bloqueio”, em nível espinhal. A manipulação do tecido (por exemplo, massagem sacral profunda), pode ainda estimular a liberação de opiáceos endógenos, reduzindo as sensações dolorosas. Além de seu potencial de aliviar a dor, a massagem é uma forma de cuidar, de apoio não-verbal e de comunicação. É muito importante que todo aquele que está fazendo uma massagem seja sensível às necessidades da parturiente, buscando um local tranqüilo, silencioso e agradável, desempenhando massagem técnica e com profundidade, transmitindo energia positiva (POLDEN, 1993).

“Fazer massagem é um exercício de amor, de concentração e de meditação. Quem massageia deve estar centrado na respiração, em seu inspirar e expirar, permitindo que a mente se esvazie. O toque na parturiente deve ser firme e leve, nunca profundo e forte” (RODRIGUES, 1999, p.39).

Os impulsos nervosos gerados pela massagem em determinadas regiões do corpo vão competir com as mensagens de dor que estão, sendo enviadas ao cérebro, reduzindo as sensações de dor. São impulsos nervosos diferentes, competindo pelos mesmos receptores do cérebro. Essa massagem deve ser aplicada nos pés e mãos e funcionam como a técnica de contra-pressão (feita nas costas, durante a contração, na altura da borda superior da bacia). Massagens aplicadas nos ombros e pescoço são melhores entre as contrações e ajudam a relaxar. Já a massagem suave na barriga, braços e pernas dão a sensação de apoio físico e companheirismo (AMIGAS DO PARTO, 2003).

A massagem, segundo Pereira e Austregésimo (1983), ao estimular a circulação sanguínea e linfática, proporciona relaxamento, oxigenação, nutrição das células, além de desintoxicar o organismo, descarregando tensões e aliviando a dor em situações específicas.

Ao lado da massagem, o banho é uma terapêutica, que na prática tem se mostrado extremamente favorável para o alívio da dor e evolução do trabalho de parto.

O banho desempenha um papel importante durante toda vida, na infância e na maturidade como um meio de relaxar e liberar as tensões. Muitas mulheres sentem atração pela água durante o trabalho de parto e acham que a água aquecida é um ótimo meio de relaxar e de se deixar levar pelas forças involuntárias que atuam no corpo e para aliviar a dor e o desconforto das contrações fortes (BALASKAS, 1993).

As parteiras já sabiam, há muito tempo, que um banho quente pode relaxar e encorajar a mãe no progresso do parto. A água aquecida é uma ferramenta para facilitar o trabalho de parto.

Burroughs, citado por Zampieri (2002), ressalta que a hidroterapia visa, principalmente no trabalho de parto e parto, propiciar maior tranqüilidade, diminuir o estresse e a tensão e, em consequência, minimizar a dor, pois atua no metabolismo, na circulação sanguínea, no sistema nervoso e na respiração. Os principais métodos hidroterápicos são: compressas, banho de duchas, banho de imersão, banho de assento. O banho pode ser utilizado no início da fase ativa do parto, ou seja, quando as contrações começam a ficar mais intensas.

O chuveiro morno sobre as costas é relaxante e diminui a sensação de dor. Não há limite de tempo para a mulher permanecer no chuveiro. A água muito quente pode causar alguma queda de pressão. As banheiras comuns ou de parto também são relaxantes, podem fazer diminuir o inchaço, e diminuem a sensação de dor (AMIGAS DO PARTO, 2003).

É interessante mostrar as filosofias subjacentes ao uso do relaxamento para o parto na obstetrícia moderna, porque o conceito original de que a mãe deve “deitar-se de costas e respirar” foi atualmente substituído em grande parte por uma atitude mais positiva e uma abordagem ativa, visando enfrentar a dor e o estresse do parto (POLDEN, 1993, p. 165).

Os exercícios de relaxamento têm por finalidade diminuir a tensão muscular e oxigenar a musculatura uterina. Proporcionam também economia de energia para o controle psíquico, sendo aconselhável entre as contrações (BITTAR, 1995).

Brasil (2001, p.28) ressalta que “o relaxamento tem como objetivo permitir que as mulheres reconheçam as partes do corpo e suas sensações, principalmente as diferenças entre relaxamento e contração, assim como as melhores posições para relaxar e utilizar durante o trabalho de parto”.

Dick-Read, citado por Polden (1993), sugere que há dois motivos para ensinar o relaxamento no parto; para evitar que a mãe fique indevidamente cansada, causando assim “fadiga nervosa” e para ajudá-la a controlar seus pensamentos, sentimentos e emoções.

Para Mitchell, o relaxamento deve ser usado durante o primeiro estágio do parto como um método de conservar a energia da mãe para o “trabalho mais árduo” que ela irá fazer: No segundo estágio, o relaxamento se encaixa no ciclo de máxima atividade durante as contrações seguidas por um máximo repouso intercalado, que parece ser a intenção da natureza para um esvaziamento eficiente, rápido e seguro do útero. A beleza de seu método está em que ao realizar os movimentos necessários para acionar áreas em posição de descanso e conforto, a mãe pode produzir relaxamento no espaço de alguns segundos (POLDEN, 1993, p.167).

“Qualquer que seja o método de alcançar relaxamento que o profissional resolva ensinar deve fazê-lo com uma total compreensão de que reduz a tensão, dá calma e permite que as mulheres enfrentem o estresse e a dor do parto” (POLDEN, 1993, p.167).

Uma maneira de relaxar da melhor maneira possível é utilizando a respiração. Durante o trabalho de parto a respiração ajuda a mulher a não se prender ao lado doloroso das contrações, permitindo que o útero se dilate e o bebê atravesse com mais facilidade o canal vaginal (RODRIGUES, 1999, p.25).

“Um útero bem oxigenado irá produzir contrações mais rítmicas e coordenadas, levando a um trabalho de parto mais rápido e com menores complicações, beneficiando enormemente tanto a mãe quanto o bebê” (BONOMI, 2002, p.15).

Os exercícios respiratórios têm por objetivo auxiliar as mulheres no controle das sensações geradas pelas contrações durante o trabalho de parto; são usados para auxiliar a parturiente a relaxar. O relaxamento é à base dos padrões respiratórios.

As técnicas respiratórias são usadas para auxiliar a gestante a relaxar, anulando a dor das contrações (BURROUGHS, 1995; POLDEN e MANTLE, 1993).

Padrões rígidos de respiração tem o potencial de não somente reduzir o suprimento de oxigênio da mãe e o feto, mas pode causar baixos níveis de dióxido de carbono e hiperventilação, causando efeitos colaterais na mãe, como pânico, ansiedade, enjôo e parestesia. As mulheres devem se concentrar em seu próprio padrão de respiração, respeitar o seu ritmo - uma inspiração, uma pausa momentânea e uma expiração e depois um repouso entre as respirações. Uma respiração lenta e profunda abdominal propicia maior oxigenação e diminuição de tensão do que uma rápida e superficial. Uma respiração calma, lenta e profunda, como pausa entre a expiração e inspiração pode ser tudo que as mulheres precisam na primeira etapa do parto.

Os padrões de respiração, geralmente usados durante o parto são: a respiração lenta e compassada ou a respiração compassada modificada. As técnicas podem ser descritas como: respiração torácica lenta, respiração torácica superficial, uma combinação das duas anteriores e a respiração oxigenadora, esta ajuda a mulher a relaxar e pode realmente melhorar a oxigenação. Os objetivos gerais do ensino de técnicas respiratórias são: (a) manter a oxigenação adequada para mãe e para o feto, (b) aumentar o relaxamento físico e psicológico, diminuindo possivelmente o desconforto e a ansiedade, e (c) proporcionar um meio de manter a atenção em um foco (BURROUGHS, 1995, p. 143 e 144).

Outros autores recomendam que durante todo o processo de trabalho de parto e principalmente entre as contrações a mulher respire profundamente. Contudo, não existe uma técnica respiratória “certa” a ser ensinada na preparação para o parto. A parturiente deve ter a permissão de escolher a que melhor lhe convir (BURROUGHS, 1995).

Polden (1993) descreve sobre a importância da expiração que freqüentemente acompanha o alívio espontâneo da tensão. A respiração para fora é a fase de relaxamento do ciclo respiratório, esse fato pode ser utilizado para acentuar a resposta de relaxamento.

Tão importante como a respiração é a posição que a mulher assume durante o trabalho de parto, no que se refere à oxigenação fetal e materna.

A posição de decúbito lateral esquerda deve ser estimulada, pois reduz o desconforto na região dorsal, aumenta a oxigenação fetal pela descompressão da veia cava inferior, aumenta a perfusão renal e uterina, aumenta a intensidade e diminui a freqüência das contrações. Segundo Oxorn, citado por Basile (2000), a posição lateral inclui vantagens como o conforto para a mulher, relaxamento para os músculos pélvicos, facilitando a descida da apresentação, ajuda na assistência ao desprendimento cefálico

sobre o períneo, com menor ocorrência de lacerações, drenagem natural das secreções ou vômitos.

A posição supina (decúbito dorsal), é contra-indicada devida ao peso do útero grávido, em geral, comprime a veia cava inferior e a aorta abdominal contra a coluna vertebral, obstruindo desta forma, o retorno do sangue da metade inferior do corpo até o coração. Em consequência ocorre queda do débito cardíaco e hipotensão arterial materna. A redução do débito cardíaco diminui o fluxo sangüíneo do útero placentário, provocando alterações na homeostasia do feto e no metabolismo da contração (BRUGGEMANN, 2002).

Para que a mulher não permaneça deitada, ou seja, passiva durante o trabalho de parto, podem ser utilizadas algumas medidas e o uso de materiais que auxiliam na condução do processo de parir. Os materiais são utilizados para massagear o períneo, destacando-se a cadeira de balanço, a bola, o cavalinho e o banquinho.

“A bola suíça que tem se tornado um instrumento indispensável e um intermediário ideal para os movimentos no treinamento dos músculos do assoalho pélvico” (CARRIERE, 1999, p.334).

A posição sentada na cadeira de balanço ou no cavalinho ou na bola favorece o balanço pélvico, que proporciona o alívio da tensão muscular. A posição de joelhos apoiada na bola, na cadeira ou banquinho, sobre os braços, favorece a dilatação, melhora a circulação e contribui para a abertura e expansão do estreito superior (JICA, 2000).

Os exercícios com a bola suíça, especialmente na posição sentada, podem ser utilizadas para exercitar as várias estruturas musculares e para melhorar a percepção sensorial dos músculos do assoalho pélvico, estimulando a circulação e massageando o períneo (CARRIERE, 1999).

O retreinamento do assoalho pélvico é conseguido por meio de propriedades características da bola que são sua forma esférica e elasticidade singulares, que complementam a forma esférica de seu contato com as tuberosidades isquiáticas. Na posição, o contato dessas duas formas redondas entre si permite comunicação e tradução singular do movimento de rolamento enquanto a pelve muda continuamente suas posições em relação à bola. Isso favorece a percepção e aumenta a força muscular do assoalho pélvico (CARRIERE, 1999, p.335).

Durante a gestação o preparo para o parto, as mulheres podem ser instruídas com exercícios para o assoalho pélvico e melhorar a percepção de tensão e relaxamento no preparo para o parto. Durante as contraturas de abertura do parto, a meta dos exercícios é vencer por meio do

movimento. Isso pode ajudar a prevenir a tensão durante o parto (CARRIERE, 1999, p.336).

Além da posição, a deambulação também é uma alternativa que deve ser utilizada durante o trabalho de parto, auxiliando na sua evolução. Muitas autoridades na obstetrícia recomendam a deambulação e as posições diferentes para a mulher enfrentar melhor este processo. A mulher deve andar, abaixar-se, sentar, ficar de pé, ajoelhar, deitar, tentando encontrar posições confortáveis, seguindo seus instintos. A mudança de uma posição para a outra estimula a atividade uterina eficiente e diminui a intensidade da dor (BURROUGHS, adotado por ZAMPIERI, 2002).

Estudos recentes demonstram vantagens para a mulher que deambula ou adota outras posições que não a deitada durante o trabalho de parto, entre elas: evolução mais rápida do trabalho de parto, o bem estar, a mudança de foco, levando-a desligar-se da dor. Outros estudos ainda sugerem que as contrações uterinas são mais intensas e eficientes para a dilatação do colo, somente com a mudança da posição da parturiente (BRASIL, 2001, p.31).

Bruggemann (2002, p.42) ressalta

....que a deambulação melhora a coordenação miometrial, eleva a atividade uterina, diminui a duração do período de dilatação e as parturientes sentem menos desconfortos. Além disso, o efeito da gravidade favorece a pressão da apresentação fetal sob o segmento inferior do colo uterino.

Concomitante ao uso destas ações e técnicas tem se tornado gratificante, prazerosa e terapêutica para a mulher o uso da música na gestação e parto.

Podemos constatar no Centro Obstétrico do Hospital Universitário, que o uso da música durante o trabalho de parto torna o ambiente mais tranquilo, fazendo com que a mulher entre em sintonia com o ritmo e tom da música, ficando calma, relaxada e concentrada no que está vivenciando.

“Os sons corporais da mãe, como os batimentos cardíacos, a respiração e os ruídos do processo digestivo, precisam entrar numa cadência sincopadas baseadas no ritmo e na frequência da música ouvida, e dessa forma estabelecem compatibilidades harmônicas com o filho” (BONOMI, 2002, p. 49).

As células do nosso corpo ressoam automaticamente com as vibrações sonoras que ouvimos. O corpo humano vibra a cada batida do coração, que repercute em todo o organismo, respondendo a esse batimento. Se o corpo da gestante vibra através da música, o corpo do feto começará

também a vibrar no mesmo tom e no mesmo ritmo, como se estivesse ele próprio “escutando” a música, pois foi tocado pelas ondas sonoras emitidas pelo corpo da mãe. O corpo do feto ressoa em resposta do tom ouvido pela mãe porque ele possui em seu interior a mesma estrutura vibratória que permite a concordância que vai produzir o som (BONOMI, 2002, p. 52).

A música tem propriedade de relaxar, gerar um ambiente harmonioso, facilitar o encontro da mulher com ela e seu filho, permitindo a ela centrar-se propiciando a evolução do parto e diminuição da dor.

O uso dos sons como forma de cura não é nem um pouco novo. Provavelmente seja tão antigo quanto o primeiro som produzido por um ser humano. Segundo se acredita, os primeiros homens usaram os sons de modo sagrado e ritualista para promover a fertilidade, para facilitar partos, para fomentar a fartura de colheitas, para aceitar a morte e em muitas outras ocasiões. Com o uso dos sons, eles invocaram espíritos e ancestrais para curar moléstias e livrar o corpo de doenças. À medida que a humanidade foi compreendendo e conhecendo melhor os sons, os mestres das antigas escolas de mistérios perceberam o verdadeiro poder dos sons de curar e transformar (GOLDMAN, 1994, p.24).

È também uma alternativa não farmacológica extremamente importante que ajuda na evolução do parto, a participação do acompanhante durante o processo de parir, podendo esta simples ação contribuir muito na assistência prestada pela equipe.

O acompanhante é uma pessoa significativa para a mulher, podendo ser o marido, companheiro, família ou amigo, que tem capacidade de auxiliá-la neste período de sua vida. Representa o suporte e apoio psíquico e emocional da presença reconfortante, do contato físico, que divide o medo e a ansiedade, somando forças e estimulando a parturiente nos momentos mais difíceis (BRASIL, 2001).

“Embora este apoio à parturiente não deva ser entendido estritamente como uma forma alternativa de possível controle da dor durante este período, mas, sobretudo como direito seu no processo de humanização do nascimento, de fato representa um fator de grande ajuda” (BRASIL, 2001, p.7).

Concomitante a presença do acompanhante, a possibilidade de a mulher escolher o tipo de parto que pretende realizar permite que esta fique mais à vontade, utilizando a posição que se sinta segura e confiante para parir, contribuindo para que viva este processo ativamente e diminuindo medo e ansiedades que possam impedir o curso normal do parto.

A associação dessas medidas não farmacológicas durante o processo de parir favorecem que este período seja vivenciado pela mulher e acompanhante mais tranquilamente, resgatando o nascimento como um momento de prazer, natural e familiar.

A equipe multiprofissional, em especial o enfermeiro, tem um papel primordial de colocar a disposição da mulher as ações humanísticas, fortalecendo-a, aumentando sua competência para tornar-se protagonista do processo de parir.

É necessário que se estimule estas práticas, que praticamente sem custo algum, auxiliam na evolução do parto, propiciam o bem estar, favorecem a vivência mais tranqüila e prazerosa deste momento de transição extremamente importante para a mulher, para seu filho e para todos aqueles envolvidos no processo.

É necessário desenvolver pesquisas e trabalhos que notifiquem as propriedades terapêuticas destas medidas, estimular e divulgar o seu uso em nosso meio, propiciando assim o resgate do papel ativo da mulher na condução do parto, resgatando o nascimento como um momento de prazer, natural e familiar.

4-REFERENCIAL TEÓRICO

De acordo com Monticelli (1996), a abordagem teórica advém de uma visão que se tem do mundo, proporcionando uma maneira de olhar para a prática.

Segundo Zampieri et al (2001, p.88):

O referencial teórico é o modo de interpretar, de explicar o mundo que nos cerca, uma forma organizada para guiar nossas ações. É o conhecimento sistematizado, um sistema organizado, que permite um olhar específico para a realidade. Sendo assim, ao utilizarmos um referencial teórico precisamos adaptá-lo ao espaço, à situação e ao tempo.

Ao teorizar, se vai além daquilo que se vê e se toma como realidade, construindo novos conceitos, novos valores, os quais inspiram novas práticas diante do percebido. Estes conceitos podem ser fundamentados em experiências de vida, crenças, valores, visões de mundo e paradigmas, sendo que as situações vividas pelos seres humanos e o meio, no qual estão inseridos influenciam suas ações, seus pensamentos e suas visões de vida.

Para este estudo optamos pela teoria do autocuidado de Dorothea E. Orem para compor, para guiar a prestação do cuidado de enfermagem à mulher e acompanhante no trabalho de parto e parto no Centro Obstétrico.

Acreditamos que a mulher e acompanhante têm capacidades, potenciais para gestar e parir e podem se autocuidarem, atuando assim mais ativamente na condução do trabalho de parto e parto. Fortalecendo suas potencialidades para o autocuidado, podem assumir o papel de protagonistas do processo. Por estas razões, é que optamos pela Teoria de Autocuidado de Orem.

Segundo George (2000), esta teoria preconiza que a enfermagem cabe a tarefa de ajudar a cliente a identificar suas necessidades, déficits e desvios de saúde, auxiliando-a e estimulando-a na direção de autocuidado.

Neste trabalho, referencial teórico, segundo Dorothea Orem, busca direcionar a mulher e o acompanhante ao autocuidado de forma tranqüila e saudável, em nível hospitalar, proporcionando bem-estar e conforto à mulher, estimulando ações que minimizem a dor, aumentam na competência para decidir e agir, facilitam a interação, a comunicação, diminuem a ansiedade e o estresse, facilitando assim o trabalho de parto e parto.

4.1 BREVE BIOGRAFIA DE DOROTHEA E. OREM

Dorothea Orem nasceu em Baltimore, Maryland em 1914. Em 1930 concluiu o curso de Enfermagem e, em 1939 recebeu o Bacharelado em Ciência da Educação para a Enfermagem. Em 1945 obteve o grau de Mestre em Enfermagem.

Em 1965 Orem uniu-se a várias enfermeiras influentes para formar o Comitê Modelo de Enfermagem e, em 1968, participou do Nursing Development Conference Group – NDCG (Grupo de Conferências para o Desenvolvimento da Enfermagem), com o objetivo de produzir uma estrutura conceitual para a Enfermagem e estabelecer a disciplina de Enfermagem (LEOPARDI et al, 1999).

Em 1971 Orem publicou seus conceitos de autocuidado. A segunda e terceira edição foi publicada em 1980 e 1985, respectivamente. A primeira edição centralizou seu foco no indivíduo; a segunda incluiu em seus conceitos as unidades multipessoais (famílias, grupos e comunidades), enquanto a terceira edição desenvolveu-se para apresentar a teoria geral de Orem (GEORGE, 1993).

4.2 TEORIA GERAL DE ENFERMAGEM DE OREM

Orem desenvolveu sua teoria geral, a teoria de enfermagem do déficit de autocuidado, a qual é composta de três teorias inter-relacionadas: (1) a teoria do autocuidado, (2) a teoria do déficit de autocuidado e (3) a teoria dos sistemas de enfermagem (GEORGE, 1993).

4.2.1 A teoria do Autocuidado

Para compreender a teoria do autocuidado é importante compreender os conceitos de autocuidado, ação de atividade de autocuidado e a demanda terapêutica de autocuidado (GEORGE, 2000).

Orem (apud SANTOS, 1991, p.103) afirma que o autocuidado consiste em uma contribuição contínua do adulto para a manutenção de sua existência, saúde e bem estar. É uma ação que possui propósito, padrão e seqüência e que quando efetivamente desempenhada contribui de maneira específica para a integridade estrutural, funcional e desenvolvimento humano.

De acordo com George (1993, p.84).

Ação de autocuidado é a capacidade humana ou poder de engajar-se no autocuidado. A capacidade do indivíduo para engajar-se no autocuidado é afetada por fatores condicionantes básicos. Estes fatores condicionantes básicos são a idade, o sexo, o estado de desenvolvimento, o estado de saúde, a orientação sócio-cultural, os fatores do sistema de atendimento de saúde (isto é, modalidades de diagnósticos e de tratamentos), os fatores do sistema familiar, os padrões de vida (por exemplo, engajamento regular em atividades), os fatores ambientais e a adequação e disponibilidade de recursos.

“A demanda terapêutica de autocuidado é a totalidade de ações de autocuidado a serem desempenhadas com alguma duração para preencher exigências conhecidas de autocuidado, usando métodos válidos e conjuntos de operações e ações relacionadas” (OREM citado por SANTOS, 1991, p.123).

A exigência ou demanda terapêutica para o autocuidado constitui-se nas ações que devem ser realizadas por um determinado período, a fim de satisfazer os requisitos de autocuidado. Esta demanda constitui-se na determinação de ações contínuas, que através dos requisitos de autocuidado podem ser cumpridos com certo grau de efetividade (OREM apud SANTOS, 1991).

Orem afirma que a demanda terapêutica para o autocuidado só será conhecida se for calculada.

Este cálculo se refere a operações que consideram cada requisito de autocuidado (universal, desenvolvimental e de desvio de saúde), possibilitando um planejamento para as ações de autocuidado (SANTOS, 1991).

OPERAÇÕES PARA O CÁLCULO DA DEMANDA TERAPÊUTICA DO AUTOCUIDADO SEGUNDO OREM (apud SANTOS, 1991, p. 107).

- Particularização de cada requisito de autocuidado universal, de desenvolvimento e de desvio de saúde existentes, emergentes ou projetados;
- Identificação dos fatores internos ou externos que afetarão a maneira, pela qual cada requisito de autocuidado pode ser satisfeito e que irão condicionar a seleção de métodos para satisfazê-los;
- Identificação da relação entre os requisitos de autocuidado universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde;
- Determinação de como os métodos selecionados para satisfazer requisitos específicos de autocuidado afetarão o atendimento de outros requisitos de autocuidado;
- Idealizar os cursos de ação, através dos quais, os requisitos particulares de autocuidado universal serão satisfeitos em relação aos cursos de ação para satisfazer requisitos desenvolvimentais e de desvio de saúde;
- Formulação de um plano total para a ação de autocuidado que seja válido por uma duração específica, incluindo pontos de articulação com elementos de sistemas mais abrangentes de vida diária.

Na teoria de Orem temos alguns conceitos adicionais que se incorporamos à teoria do autocuidado denominadas de requisitos de autocuidado. A teórica identifica três tipos de requisitos ou exigências: (1) universal, (2) de desenvolvimento e (3) desvio de saúde (GEORGE, 2000).

Três tipos de requisitos de autocuidado são identificados pela teórica:

Requisitos Universais de Autocuidado:

Estão associados com os processos da vida e com a manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humanos. São comuns a todos os seres humanos durante todos os estágios do ciclo de vida e devem ser vistos como fatores inter-relacionados, cada um afetando os outros.

Segundo George (2000) os trabalhos de parto e parto compreendem vários requisitos universais de autocuidado entre eles, necessidade de uma boa oxigenação, hidratação, demanda energética adequada para suprir os gastos de energia no trabalho de parto e parto, necessidade de eliminação e excreção, equilíbrio entre atividades e repouso, apoio emocional, boa interação entre mulher/acompanhante e equipe.

Requisitos de Desenvolvimento de Autocuidado:

São os requisitos associados aos processos de desenvolvimentos humanos e com condições e eventos durante os vários estágios da vida do indivíduo.

A mulher e o acompanhante durante o trabalho de parto e parto estão vivenciando uma nova situação, em que necessitam de apoio da equipe para enfrentar as mudanças (físicas, psicológicas) que são transitórias.

Requisitos de autocuidado relativos aos desvios de saúde:

Segundo GEORGE (2000), este requisito é exigido em condições de doença ou de lesão ou pode resultar das medidas médicas exigidas para diagnosticar ou corrigir alguma condição.

No caso de desvios da normalidade no processo do trabalho de parto e parto há necessidade de acompanhamento constante da equipe para fornecer um cuidado intensivo à mulher. Porém, mesmo nessas situações de risco deve-se estimular e orientar para o autocuidado, quando possível.

4.2.2 A teoria do Déficit de autocuidado

A teoria de déficit de autocuidado é a essência da teoria de Orem, uma vez que determina a necessidade da ação da enfermagem (GEORGE, 2000).

Embora o autocuidado seja inerente a cada indivíduo, Orem identifica situações nas quais a enfermeira assume o papel de agente de autocuidado para indivíduos que estão totais ou parcialmente incapazes de desempenhar o autocuidado. Existem situações, nas quais a enfermeira proporciona orientação (guia) e suporte (apoio) aos indivíduos, a fim de ajudá-los a adquirir competência adicional de autocuidado (apud SANTOS, 1991, p. 117).

Para que a enfermagem possa desempenhar seu papel efetivo, realizando um bom trabalho junto à mulher e acompanhante, o enfermeiro deve ter conhecimentos de enfermagem, domínio dos procedimentos da prática de enfermagem, habilidades sociais, interpessoais e de enfermagem, motivação e desejo de cuidar, habilidades, motivação e desejo de cuidar, assim, desenvolverá capacidade ou potencial para desenvolver ações de autocuidado (SANTOS, 1991).

Desta forma, segundo George (2000), a enfermagem pode estabelecer seu cuidado através de cinco métodos de ajuda:

- Agir ou fazer pelo outro;
- Guiar o outro;
- Apoiar o outro (física ou psicologicamente);

- Proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto se tornar capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação;
- Ensinar o outro .

4.2.3 Teoria de Sistemas de Enfermagem

“O sistema de enfermagem, delineado pela enfermeira, é baseado nas necessidades de autocuidado e nas capacidades do paciente para desempenhar as atividades de autocuidado” (GEORGE, 2000, p. 87).

Nesta teoria, Orem esclarece que se houver um déficit de autocuidado entre o que o indivíduo pode fazer e o que não pode, necessitando ser feito por outro para manter o funcionamento ideal (exigência de autocuidado), a enfermagem é exigida.

Desta forma, Orem (1991) identificou três classificações de sistemas de enfermagem para preencher os requisitos de autocuidado do paciente (GEORGE, 2000, p.87):

Sistema totalmente compensatório: quando o indivíduo encontra-se incapaz de realizar atividades básicas de autocuidado, sendo dependente de outros.

Neste sistema enquadram-se as mulheres que necessitam de ajuda da equipe para realizarem suas atividades de autocuidado, por exemplo, quando necessita de repouso absoluto. Esta situação impede que realize suas ações de autocuidado no Centro Obstétrico.

Sistema de enfermagem parcialmente compensatório: quando o indivíduo apresenta alguma dificuldade, necessitando que a equipe auxilie no desempenho do seu autocuidado.

Neste contexto encontram-se as mulheres com competência para atender sua demanda de autocuidado de forma parcial, necessitando de auxílio para realizá-lo.

Sistema de apoio-educação: quando o indivíduo pode desempenhar e aprender as ações de autocuidado através das orientações de enfermagem. Neste sistema a mulher é orientada quanto às ações que deve tomar para propiciar seu autocuidado no Centro Obstétrico durante o trabalho de parto e parto.

George (2000) ressalta que um ou mais dos três tipos de sistemas podem ser usados em um único paciente, e cita um exemplo que cabe diretamente ao nosso trabalho realizado com a mulher: uma mulher em trabalho de parto pode passar de um sistema de apoio educação, no início, para um sistema parcialmente compensatório à proporção que o trabalho de parto evolui. Caso necessitasse de um parto cesáreo, seu atendimento poderia exigir o sistema totalmente compensatório, progredindo depois para o parcialmente

compensatório, à medida que se recuperasse da anestesia. Ao preparar-se para ir para casa, o sistema apoio educação podem ser novamente apropriados.

4.3 PRESSUPOSTOS DA TEORIA DE OREM

Pressupostos da Teoria do Autocuidado de Orem (adotado por SANTOS, 1991).

- O autocuidado é uma necessidade universal dos seres humanos;
- O autocuidado é uma ação deliberada que possui propósito, padrão e seqüência, que busca metas e resultados;
- As atividades de autocuidado são aprendidas de acordo com as crenças, hábitos e práticas que caracterizam o estilo de vida cultural do grupo, ao qual o indivíduo pertence;
- As maneiras de identificar as necessidades de autocuidado (processos, tecnologias e práticas de autocuidado) são elementos culturais e variam com os indivíduos e grupos sociais maiores;
- Os fatores individualizados de saúde, idade, estágio de desenvolvimento, conhecimento e habilidades, valores e metas, motivação e o padrão estabelecido para responder a estímulos internos e externos, influenciam as decisões e ações ao autocuidado;
- Fatores como ambiente, hereditariedade, conhecimentos sobre saúde, valores, atividades, crenças e comportamentos influem na saúde do indivíduo;
- A enfermagem é um serviço de “ajuda”;
- “O papel do enfermeiro é de promover o indivíduo a um agente de autocuidado” (GEORGE, 1993, p. 95);
- “A enfermagem busca causar condições humanamente desejadas nas pessoas e seus ambientes” (GEORGE, 1993, p.97).

4.4 PRESSUPOSTOS PESSOAIS:

- O autocuidado no Centro Obstétrico favorece a mulher a agir de forma ativa, tornando-se protagonista no processo do trabalho de parto e parto;
- Para a mulher se autocuidar, é necessário que esta tenha conhecimento sobre sua situação, consciência sobre suas possibilidades, apoio do profissional de saúde e desejo de autocuidar-se;

- A enfermagem no Centro Obstétrico necessita observar os déficits de autocuidado apresentados pela mulher, afim de orientá-la a desenvolver suas capacidades para potencializar o autocuidado no processo de parir.
- As crenças, os hábitos e as práticas culturais, que caracterizam o estilo de vida da mulher, influenciam as ações de autocuidar-se;
- O compartilhamento de informações e orientações entre mulher e profissionais de saúde favorece o desenvolvimento dos potenciais e capacidades da mulher, tornando-a sujeito deste processo;
- A enfermagem deve contribuir ao máximo durante o processo de parir para que seja o mais agradável e menos traumatizante possível para a mulher e acompanhante.
- A mulher tem potencial e capacidades para enfrentar o trabalho de parto e parto.
- A mulher possui capacidades e déficits podendo autocuidar-se.
- O acompanhante é um ser de fundamental importância. Possui capacidades e potenciais que podem auxiliar e serem compartilhados com a mulher durante a vivência deste processo.

4.5 CONCEITOS RELACIONADOS À TEORIA DE OREM

4.5.1 Enfermagem

Enfermagem é um serviço, uma arte e uma tecnologia que busca, através do autocuidado, a manutenção da integridade da estrutura humana em sua dimensão física, psicológica e social.

⇒ A enfermagem como serviço seleciona e desempenha ações para ajudar indivíduos e grupos sob seus cuidados, mantendo ou mudando suas condições ou seus ambientes.

⇒ Como arte, a enfermagem implica na qualidade nas ações, buscando investigar as situações, determinar as ações necessárias e, conquistar os objetivos traçados, através de um sistema efetivo de assistência a indivíduos ou grupos.

⇒ Como tecnologia, refere-se ao conjunto de informações sistematizadas sobre o processo ou o método para o alcance dos resultados desejados, com ou sem o uso de materiais e instrumentos (OREM apud SANTOS, 1991).

A enfermagem presta o seu serviço de acordo com as potencialidades e déficits do indivíduo em um determinado momento, para que este possa desempenhar suas ações e

atender as necessidades de autocuidado universais, desenvolvimentos e de desvio de saúde. Desta forma, suas ações podem incluir o agir ou fazer para o outro, o guiar o outro, o apoiar o outro (física ou psicologicamente), proporcionar um ambiente favorável ao desenvolvimento pessoal em busca do desenvolvimento de habilidades de autocuidado atuais ou futuras, e ensinar o outro. A enfermagem pode determinar sua prática, através do estabelecimento da relação enfermeiro-paciente, família ou grupo, por solicitação do paciente ou oferecimento de ajuda pela enfermagem (GEORGE, 1993).

Em nosso trabalho a enfermagem tem o papel de:

- Como serviço: refere-se a forma de orientar e auxiliar a mulher sobre medidas de conforto no período do processo de parir e ações que aumentem o seu potencial para o autocuidado. Buscando a interação do acompanhante durante este período.

A enfermagem também busca dar suporte emocional e educacional, promovendo o bem-estar, detectando riscos e determinando ações para a diminuição destes, prevenindo a ocorrência de patologias específicas ou não do período gestacional no trabalho de parto e parto. A prática da enfermagem se realiza através do estabelecimento da relação enfermeiro-mulher, família ou grupo, envolvendo, principalmente, os protagonistas (mulher, acompanhante, recém-nascido) deste processo cuidador.

- Como arte: refere-se como a capacidade, praticidade, agilidade e habilidade da equipe de enfermagem para assistir a mulher, através de ações de planejamento, provisão e gerenciamento dos sistemas de autocuidado, tendo como o propósito manter a qualidade e efetividade no autocuidado durante o processo de gestar e parir.

- Como tecnologia: na assistência a mulher e acompanhante no Centro Obstétrico, refere-se ao processo de enfermagem, conjunto de informações e conhecimento sistematizado e direcionado a assistência prestada a mulher, em medidas de conforto para alívio da dor, proporcionando o bem estar.

4.5.2 Ser Humano

Segundo Orem (apud SANTOS, 1991 p. 98):

O ser humano é uma unidade que funciona biologicamente, simbolicamente e socialmente. O funcionamento do ser humano está relacionado a seu ambiente, e juntos, ser humano e ambiente, formam um sistema. É um ser que se destaca pela capacidade de refletir sobre sua existência e seu ambiente, utilizar o pensamento, comunicação e direcionar seus esforços em busca de benefícios para si ou para outros.

O ser humano possui potencial para a aprendizagem e o desenvolvimento, podendo desta forma satisfazer suas necessidades de autocuidado, através dos seus próprios meios. As capacidades do indivíduo em realizar o autocuidado encontram-se condicionadas pela idade, estado de desenvolvimento, experiência de vida, orientação sócio-cultural, saúde e recursos disponíveis (GEORGE, 1993). Desta forma, ser humano pode ser o provedor do seu próprio autocuidado e de outros, necessitar de auxílio ou ser totalmente incapaz de prover o seu autocuidado, necessitando dos cuidados da família ou grupo a que pertence.

Neste estudo, os seres humanos a serem enfocados, são a mulher, o acompanhante que em conjunto com a equipe e acadêmicas de enfermagem procuram desenvolver suas capacidades de autocuidado no processo de parir.

A mulher é um ser humano que está vivenciando um momento único, que é o processo de parir com sua individualidade, conflitos, crenças, medos, valores, a cerca da situação. Tem capacidade para autocuidar-se e fazer escolhas, comunicar-se e direcionar seus esforços em seu benefício e do recém-nascido.

O acompanhante é um ser humano, uma pessoa significativa para a mulher, que tem capacidade de auxiliá-la neste período tão importante. Pode auxiliar a mulher quando esta não é capaz de prover seu autocuidado.

A equipe de saúde e acadêmicas de enfermagem são seres humanos que têm capacidades e potencialidades, têm valores, crenças, medos, incertezas, impotências, esperanças. Em relação à mulher, principalmente no processo de parir, tentam superar seus obstáculos (medos, ansiedades, etc) oferecendo a melhor assistência possível, para auxiliar, ensinar a mulher de forma que esta busque desenvolver sua competência para o seu autocuidado.

4.5.3 Saúde-doença

Segundo George (1993, p. 96), “Orem apoia a definição de saúde da Organização Mundial da Saúde, definida como o bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de enfermidade”.

De acordo com Santos (1991, p.120 e 121), “Orem relata que saúde é a integração estrutural e funcional do ser humano, dirigindo-se a níveis cada vez mais altos de integração entre mecanismos biológicos, psicológicos, interpessoais e sociais”.

Santos (1991), relata que embora Orem não explicita o termo doença, a mesma refere que qualquer alteração desta integração estrutural e funcional constitui-se em

ausência de saúde, seja relacionada aos aspectos físicos, psicológicos, interpessoais ou sociais, determinando desta forma um desvio de saúde e necessitando de medidas de autocuidado.

“O cuidado a saúde, inclui a promoção e manutenção da saúde (prevenção primária), o tratamento da doença ou ferimento (prevenção secundária) e a prevenção de complicações (prevenção terciária)” (GEORGE, 1993, p. 96).

O autocuidado tem por objetivo buscar práticas e alternativas que proporcionem um nível de saúde e seu controle satisfatório em todos os seus aspectos, que capacite o organismo a adaptar-se a situações novas ou de mudança, bem como recuperar o organismo de um agravo, evitando maiores complicações.

Em nosso trabalho, para mulher, ter saúde consiste em integração entre mecanismos biológicos, psicológicos, interpessoais e sociais visando seu bem-estar.

A equipe e acadêmicas de enfermagem, durante o processo de parir vivenciado pela mulher, devem permanecer alertas a possíveis complicações/intercorrências que podem estar ocorrendo com a cliente, dando assistência necessária. Devem também auxiliar na condução do parto com segurança, competência e tranqüilidade. Fortalecer as capacidades da mulher para enfrentar de maneira tranqüila, equilibrada, as intercorrências que possam surgir no processo de parir, desde as contrações até o período expulsivo. Inclui a promoção da saúde, através do compartilhamento de conhecimentos e experiências, e prevenção de doenças (prevenção primária), tratamento de complicações (secundária e terciária), no processo de parir.

4.5.4 Meio Ambiente

Segundo Orem, o meio ambiente está intimamente interligado com o ser humano. Meio ambiente e ser humano são identificados como uma unidade caracterizada por trocas humanas-ambientais e pelo impacto que uma exerce sobre a outra. As alterações ou influências em qualquer um dos componentes do sistema (ser humano/meio ambiente), podem afetar o funcionamento do indivíduo no desempenho das atividades de autocuidado (SANTOS, 1991, p. 100).

O meio ambiente refere-se ao conjunto de elementos que constituem o meio físico, geográfico e o contexto sócio-cultural, onde a mulher esta inserida. O contexto sociocultural representado por um conjunto de sistemas sociais, culturais, econômicos, políticos e religiosos, em um dado momento histórico e em uma determinada sociedade (SANTOS, 1991).

O meio físico e geográfico, compreende todos os espaços físicos de serem ocupados pela mesma. Sua casa, seu trabalho, o Centro Obstétrico. O contexto sociocultural inclui todos os elementos do sistema que integram o seu circuito de relações sociais, ou seja, a família, os amigos, os vizinhos, as instituições e os profissionais de saúde, a comunidade/ sociedade da qual faz parte, entre outros. O ambiente interno é o self, o seu eu que se transforma a partir das vivências (SANTOS, 1991).

Além do meio físico, o Centro Obstétrico, as relações com os profissionais, às outras pacientes, o acompanhante, constituem o ambiente da mulher.

Sabendo que essas alterações internas podem influenciar no funcionamento do indivíduo no desempenho do autocuidado deve ser considerando o ambiente interno da mulher e acompanhante como parte integrante do meio ambiente.

4.5.5 Autocuidado

É conceituado por Orem (1971, p.19; 1980, p.35; 1985, p.84), citado por Santos (1991), como “ a prática das ações que os indivíduos iniciam e executam por si mesmos para manter a vida, a saúde e o bem-estar”.

Segundo Orem (apud SANTOS, 1980, p.32), “autocuidado consiste no cuidado desempenhado pela própria pessoa para si mesma quando ela atinge um estado de maturidade que a torna capaz de realizar uma ação propositada, consistente, controlada, e eficaz”.

De acordo com Orem (apud SANTOS, 1985), o autocuidado é empenho humano, comportamento aprendido que possui características de ação deliberada. É produzido quando os indivíduos se envolvem na ação para cuidarem de si próprios, para regularem seu próprio funcionamento e desenvolvimento interno, podendo ser influenciado por fatores internos e externos.

Em nosso trabalho o autocuidado da mulher no Centro Obstétrico é a prática das ações que as mulheres iniciam e executam por si mesmas para manter a vida, a saúde, o bem-estar e o conforto durante o processo de parir. Sendo que este autocuidado da mulher pode ser estimulado e orientado pela equipe de saúde, acadêmicas da 8ª fase do curso de graduação em enfermagem e pelo acompanhante.

4.5.6 Demanda terapêutica para o autocuidado

Consiste na “totalidade das ações de autocuidado requeridas pelo indivíduo em determinado período de modo a satisfazer os requisitos de autocuidado” (OREM citado por SANTOS, 1991).

De acordo com Orem apud Santos (1991), a demanda terapêutica do autocuidado só poderá ser conhecida se for calculada. Este cálculo envolve um conjunto de operações que vão desde a particularização de cada requisito de autocuidado (universal, desenvolvimental e de desvio e saúde), até a formulação de um plano total para o desenvolvimento de ações de autocuidado, portanto, constitui em essência, na prescrição de ações contínuas de autocuidado, através do qual os requisitos de autocuidado identificados podem ser satisfeitos dentro de certo grau de efetividade.

A demanda terapêutica do autocuidado da mulher durante o processo de parir refere-se à totalidade das ações a serem desenvolvidas durante este processo, requeridos pela mulher. São as prescrições de enfermagem e os cuidados prestados para atenderem os requisitos universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde.

4.5.7 Competência do indivíduo para o autocuidado

É a terminologia utilizada para referir-se ao poder, a competência ou potencial do indivíduo para engajar-se no autocuidado. É um símbolo para a característica humana, uma capacidade para uma forma de ação que começa a se desenvolver na infância, atinge um grau de perfeição como adulto e declina com o avançar da idade. A mesma é usada no sentido de um meio (um instrumento) para exercer poder, uma habilidade (SANTOS apud OREM, 1980, p.83).

Segundo Orem, citado por Santos (1991), a competência para o autocuidado pode variar de acordo com o desenvolvimento do indivíduo da infância à velhice, o estado de saúde, os fatores que influencia a educabilidade, as experiências de vida, conforme estas experiências capacitam a aprendizagem, as exposições a influências culturais e a utilização de recursos no viver diário.

Durante o processo de parir a competência da mulher para o autocuidado refere-se a capacidade para desenvolver ações de autocuidado, com o objetivo de suprir seus déficits, de forma a manter e promover o seu funcionamento e desenvolvimento como ser humano integral. Deve-se considerar durante este processo os conhecimentos que a mulher traz consigo como a experiência de vida, a cultura, os mitos, o contato com outras mulheres,

principalmente avós e mãe, as informações veiculadas pelos meios de comunicação, orientações recebidas nas consultas de pré-natal entre outros. Devemos ainda respeitar seus conhecimentos prévios, desde que não traga danos a mulher e ao recém-nascido durante o processo de parir.

4.5.8 Competência ou poder da enfermagem para agenciar o autocuidado

Refere-se a capacidade ou potencial que a enfermagem tem para desempenhar ações de autocuidado para, pelo e com o indivíduo. A competência de enfermagem é análoga a competência de autocuidado, no sentido de que ambas são habilidades para tipos especializados de ação deliberada. Diferem no sentido de que a competência de enfermagem é desenvolvida e exercida para o benefício e bem estar de outros e a competência do indivíduo para o autocuidado é desenvolvida e exercida para o benefício e bem estar da própria pessoa”. Os componentes indicadores deste conceito incluem conhecimento de enfermagem, experiência, domínio de operações (procedimentos) da prática de enfermagem, repertório de habilidades sociais, interpessoais e de enfermagem e ainda, motivação e desejo de cuidar (SANTOS apud OREM, 1985, p.144).

Na assistência a mulher e acompanhante durante o processo de parir, a competência ou poder da enfermagem referem-se na capacidade de potencial que a equipe de enfermagem tem para desempenhar ações de autocuidado para, pela e com a mulher no Centro Obstétrico, durante o trabalho de parto e parto.

Esta capacidade requer do profissional um conjunto de habilidades e conhecimentos específicos a respeito da fisiologia do parto, sinais e sintomas do trabalho de parto, ações de enfermagem, medidas de conforto para este período, entre outras ações, bem como iniciativa, motivação do profissional, comunicação, desejo de prestar a assistência as mulheres nesta situação, capacidade de interagir, relacionar-se e comunicar-se. Estes requisitos permitem estabelecer uma relação contratual, elementos indispensáveis para competência do profissional no Centro Obstétrico.

4.5.9 Processo de Parir

“O parto constitui um ponto importante no processo da maternidade. Dar a luz a uma criança não é nunca simplesmente um ato fisiológico, mas um evento definido e desenvolvido num contexto cultural” (GUALDA, 1993, p.9).

Segundo Collaço (2002, p.68 e 69):

O processo de parir vai além do momento em que a mulher dá a luz ao novo ser. Compreendem todas as emoções, sensações, relações, acontecimentos vivenciados pelo casal nesse contexto ambiental que os remete a um conjunto de significados. Compreendo o início do processo de parir já com os primeiros sinais e sintomas do trabalho de parto (pródromos), percebido pela mulher e que também pode ser vivenciado junto ao seu companheiro, passando pelo franco trabalho de parto com internação no Centro Obstétrico, o parto e o período de permanência destes no alojamento conjunto.

Em nosso trabalho, o processo de parir compreende o trabalho de parto, parto e período de Greenberg. É um processo fisiológico e natural, do qual participam a mulher, o acompanhante e família, que envolve as dimensões psicológicas, culturais, físicas e humanísticas.

4.5.10 Ações humanísticas

Ações humanísticas são entendidas como as tecnologias do cuidado, terapias não-medicamentosas que buscam minimizar a dor auxiliam na evolução do trabalho de parto e parto, facilitam a interação e comunicação, e favorecem ou propiciam conforto e a vivência menos traumática, tranqüila e segura do trabalho de parto, parto e período de Greenberg.

Em nosso trabalho, entendemos como ações humanísticas todas as práticas estabelecidas no Centro Obstétrico que auxiliam a mulher e o acompanhante durante o processo de parir. Entre elas temos: massagem, deambulação, banho de aspersão e imersão, exercícios respiratórios, alimentação, relaxamento, uso de materiais (bola, cavalinho), troca de decúbito, música, permanência do acompanhante, escolha da posição de parto. Inclui, sobretudo o ouvir, o apresentar-se, o orientar, o estar ao lado da cliente de forma disponível e atenta, o interagir, o respeito as suas crenças e valores.

Estas práticas auxiliam a mulher a escolher, decidir e agir, conforme suas potencialidades atuando ativamente no processo de parir.

As práticas estimulam a mulher para o autocuidado, estimulam para que o acompanhante participe de maneira ativa durante o processo de parir, tenta tornar o ambiente hospitalar acolhedor; orientam e estimulam para o uso de medidas de conforto que promovam bem-estar, minimizam a dor, facilitando o trabalho de parto.

4.6 PROCESSO DE ENFERMAGEM SEGUNDO OREM

O processo de enfermagem é de fundamental importância, pois é utilizado como instrumento de registro de nossas ações.

Orem, citado por George (2000, p.90), afirma que “o processo de enfermagem é um termo usado pelas enfermeiras ao referirem-se às operações profissionais-tecnológicas da prática da enfermagem e o planejamento e às operações avaliatórias associadas”.

“O processo de enfermagem pode ser definido como uma atividade intelectual deliberada, por meio da qual a prática da enfermagem é abordada de uma maneira ordenada e sistemática” (GEORGE, 1993, p. 24).

Orem, ao se referir ao processo de enfermagem, afirma que a enfermagem é mais que uma simples combinação das atividades que o enfermeiro desempenha em benefício de uma pessoa que está sob seus cuidados. Desta maneira, a teórica sustenta que somente as atividades selecionadas e dirigidas pelo enfermeiro, a fim de atingir os objetivos em uma situação de cuidado à saúde, é que podem ser consideradas como responsabilidade da enfermagem (SANTOS, 1991).

Segundo Orem, citado por Santos (1991), o processo de enfermagem, é sustentado pela base teórica de que as ações a serem realizadas devem estar de acordo com os objetivos desejados e que estes devem considerar os fatores ambientais, tecnológicos e humanos. Estas ações devem ser executadas de acordo com o planejamento, sofrendo ajustes conforme as alterações apresentadas e avaliadas, a fim de verificar se os objetivos estão ou não sendo alcançados.

4.6.1 Etapas do Processo de Enfermagem

(apud SANTOS, 1991)

De acordo com Orem (1980, 1985), o processo de enfermagem apresenta duas etapas:

Fase intelectual e fase prática.

- *Fase intelectual* - consiste em três passos:

1) A determinação inicial e contínua de porquê uma pessoa deve estar sob cuidados de enfermagem, considerando sua história e estilo de vida. Neste momento executa-se a coleta de dados utilizando o roteiro pré-elaborado, através de pesquisa em prontuário e através de contatos informais com a mulher, uma vez que é inevitável fazer questionamentos neste

período, devido à dor. Esta atividade será feita no momento em que não se está prestando assistência direta à cliente (PADILHA, 1993).

2) Como esta pessoa pode ser ajudada pela enfermagem, ou seja, através de um sistema de enfermagem (totalmente compensatório, parcialmente compensatório, de apoio/educação) que se identifique com as necessidades do indivíduo.

3) O planejamento da assistência de enfermagem, de acordo com o sistema projetado, incluindo as especificações de papéis, coordenados pelo enfermeiro, indivíduo ou outros. Esta etapa corresponde à fase prática do processo de enfermagem (SANTOS, 1991).

- *Fase prática:* Nesta fase, o enfermeiro deve iniciar, conduzir e controlar o cuidado de enfermagem, através de várias ações, como assistir, checar, ajustar e avaliar as atividades desenvolvidas. O plano de cuidados deve contemplar as limitações encontradas para o autocuidado, assegurando que o mesmo seja terapêutico, proporcionando a mulher e acompanhante, habilidades para o desempenho do autocuidado.

Neste trabalho, as ações se processam junto com a assistência, a partir dos déficits levantados e posteriormente registrados.

1) Compensar as limitações de autocuidado da cliente, oferecendo um autocuidado terapêutico, possibilitando a adaptação comportamental da cliente diante das limitações existentes;

2) Superar, quando possível, as limitações de autocuidado da cliente e/ou acompanhante, para que no futuro, as ações de autocuidado terapêutico sejam efetivas;

3) Estimular as habilidades de autocuidado da cliente e prevenir o surgimento de novas limitações de autocuidado (SANTOS, 1991).

Visualização esquemática do processo de Enfermagem de Orem (BERNARDES, 1999):

Diagnóstico e prescrição Déficits e competência para o autocuidado			Projeção e planejamento do Sistema e assistência de enfermagem		Iniciação	Provisão
Coleta de dados	Especificação	Classificação	Sistema de enfermagem	Plano de assistência Objetivo de saúde	Ação da enfermagem	Controle da assistência

5- METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, convergente assistencial.

5.1- LOCAL DE ESTÁGIO

O local escolhido para desenvolvermos nossa prática assistencial foi o Centro Obstétrico da Maternidade do Hospital Universitário, localizado na Trindade-Florianópolis, no Campus da Universidade Federal de Santa Catarina.

5.2- PERÍODO DE DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO

O estágio foi realizado durante os dias nove de abril até dezesseis de junho de 2003, no período matutino, vespertino e esporadicamente noturno.

5.3- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – HU

De acordo com informações publicadas no site do Hospital Universitário, as obras de construção do HU, iniciou-se em 1964, no Campus Universitário da Trindade, mas somente se tornou realidade em 1980, após, intensa luta reivindicatória de alunos, professores e comunidade junto às autoridades Federais para a obtenção de recursos que permitissem sua inauguração.

O hospital foi fundado em 1980, pelo professor Polydoro Ernani de São Thiago, recebendo o seu nome. Inicialmente instalaram-se os leitos de clínica médica e de clínica pediátrica com seus respectivos ambulatórios. Posteriormente foram ativados o Centro Cirúrgico, a Clínica Cirúrgica I e a UTI Adulto e, finalmente, em 1995, a Maternidade. A Tocoginecologia, o Centro Obstétrico e as Unidades de Neonatologia foram implantadas

em outubro de 1995, após longo período de planejamento dos Recursos Humanos, equipamentos e elaboração de técnicas de intervenção, buscando alcançar elevados índices de modernização técnica e humanização do atendimento. Atualmente a Maternidade do HU já é reconhecida nacionalmente como Centro de Excelência em assistência obstétrica.

Segundo Colla, Pereira, Corrêa (2000, p.69, 70 e 71), “este hospital é uma unidade hospitalar de referência pública e de exclusividade dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), em Santa Catarina”.

O HU classifica-se como hospital geral, distribuídos em diversas especialidades tais como: médica, cirúrgica, pediátrica, ginecológica, UTI geral e neonatal, emergência adulto e pediátrico, diálise (UTD), obstetrícia com alojamento conjunto/puerpério, gestação de alto risco, neonatologia/berçário. Realiza atendimento hospitalar, ambulatorial, diagnóstico e terapia.

Tem como finalidades: promover a assistência, o ensino, a pesquisa, e a extensão na área de saúde e afins; servir de campo de ensino, em estreita relação e sob orientação das Coordenadorias e Departamentos de Ensino, finalmente prestar assistência à comunidade na área de saúde, em todos os níveis de complexidade, de forma universalizada e igualitária.

Além disso, possui acordos com outras instituições, tais como a Fundação de Apoio HEMOSC, CEPON, FAPEU, Hospital de Caridade (serviço de radioterapia), Secretaria de Saúde, Prefeitura Municipal de Florianópolis, Sociedade Médica de Acupuntura de Santa Catarina e Escola Técnica Federal de Santa Catarina, possuindo apenas convênio com o SUS.

Por ser um hospital escola, preconiza-se que a clientela deve ser orientada quanto ao contato com alunos de diferentes cursos que nele estagiam, sendo-lhe sempre assegurado o respeito ético e assistência de saúde por profissional uma equipe multiprofissional qualificada. Atende todas as especialidades médicas do ensino de graduação e pós-graduação, nas áreas de Medicina, Enfermagem, Nutrição, Farmácia e Bioquímica, além da Psicologia e Serviço Social. Apresenta Centro de Informações Toxicológicas, Núcleo de Engenharia Clínica, Núcleo de Apoio à Pesquisa e Núcleo de Avaliação de Reações alérgicas a drogas.

5.4- MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

De acordo com Santos, Siebert (2001), a Maternidade do Hospital Universitário, foi ativada em 24 de outubro de 1995, após 11 anos de trabalhos que foram interrompidos em vários momentos. Com o objetivo de mostrar como um sonho pode ser concretizado, quando se realiza um trabalho em equipe.

Apesar de todas as dificuldades, com o número de leitos aquém de sua capacidade, a maternidade do HU foi ativada, e o que era sonho de uma equipe, hoje é realidade. Assim, procura atender o binômio mãe-filho dentro da filosofia preconizada, tornando-se uma geradora de mudanças na assistência e no ensino de obstetrícia, nas diversas áreas profissionais, quebrando paradigmas anteriormente “cristalizados” pela cultura médica. Assim, a mulher tem acesso a outras formas de parir (parto vertical), o pai ou o acompanhante participa de todo o processo de parir e dos cuidados ao binômio junto com a mulher, e as crianças tem autorização para visitas, favorecendo o vínculo familiar. O recém-nascido permanece com a mãe desde o nascimento até sua alta. A neonatologia tem como finalidade atender estritamente os recém-nascidos com intercorrências clínicas (HU, 2003).

De acordo com informações publicadas no site do Hospital Universitário, o Hospital Universitário da UFSC é o mais preparado para oferecer alternativas de parto em Santa Catarina, segundo a enfermeira obstétrica Vânia Sorgatto Collaço (2002). As oito enfermeiras que trabalham no Centro Obstétrico da maternidade têm especialização em obstetrícia e os médicos atendem a todas as modalidades de parto: cesarianas, horizontais e verticais.

Por ser um hospital-escola, uma enfermeira entrevistada diz que há uma abertura maior para experimentar formas novas de atender o paciente. No caso da maternidade, desde sua fundação sempre houve uma preocupação em oferecer alternativas e respeitar as escolhas das mães. As enfermeiras levam as parturientes para conhecer as salas de parto, mostram o ambiente e oferecem cursos sobre a gestação, uma forma diferenciada de tratar a paciente.

Atualmente a maternidade é dividida em: admissão, triagem, Centro Obstétrico, neonatologia e alojamento conjunto.

A maternidade tem como filosofia à atenção de saúde a mulher, recém-nascido e da família/acompanhante. De acordo com a filosofia (ANEXO A), as pacientes podem ser acompanhadas (família, amigo), durante toda a sua estadia na maternidade.

A maternidade tem o título de Hospital Amigo da Criança, que recebeu em 17/12/1997, tendo como objetivo a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, através da participação dos serviços obstétricos e pediátricos, mediante a adoção dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno (ANEXO B).

Segundo (SANTOS; PINHEIRO; SIEBERT, 2001, p.71), a maternidade instituiu, a partir de 1999, uma comissão para implantação dos 8 passos da maternidade segura, sendo que no momento estão sendo revistas as rotinas e treinamento da equipe. Juntamente com a inauguração da Maternidade, foi criado o CIAM (Central de Incentivo ao Aleitamento Materno, que presta orientações e cuidados as parturientes com relação à amamentação).

Em relação à estrutura física da maternidade é composta:

- Pela triagem que é anexada a unidade de internação ginecológica, sendo composta por uma sala de observação, dois consultórios para anamneses, com respectivos banheiros e um posto de enfermagem. E tem como objetivo, admitir a paciente, a fim de promover a assistência no pré-parto, atendendo também casos de emergência obstétrica e ginecológica.
- Centro Obstétrico é composto por uma área semi-restrita, constituída de quatro leitos de pré-parto, área restrita, uma sala de repouso para os médicos, um expurgo, dois banheiros de pacientes e acompanhantes, um posto de enfermagem, uma sala para preparo de medicação, uma sala de observação com dois leitos sendo um deles para cardiocardiografia, um vestiário masculino, um vestiário feminino, uma sala de lanche e corredores internos e externos. Também faz parte do Centro Obstétrico uma área restrita constituída de uma sala de recuperação pós-parto (pós-anestésico), um expurgo, três salas de parto, uma sala de atendimento ao recém-nascido, uma sala de estoque de material, área de lavabos, sala de repouso da enfermagem e corredores internos e externos.

Em relação aos recursos humanos, o quadro de funcionários do Centro Obstétrico é composto de 40 servidores, sendo 7 enfermeiros assistenciais e um enfermeiro chefe, técnicos/auxiliares e um escriturário. A Maternidade atendeu grande demanda de mulheres no Centro Obstétrico no ano de 2002, onde foram realizados 1649 partos: destes 474 cesáreo, 1175 normal (321 horizontal e 854 vertical).

- Alojamento conjunto é composto de 22 leitos, sendo que seis são destinados a internação de gestante de alto risco e 16 para puérperas e seus recém-nascidos, uma sala de medicação, um posto de enfermagem, um balcão para prescrição, sala para

exames e de higienização do recém-nascido, um espaço reservado para as mães que necessitam de banho de luz infravermelha, além de uma copa, uma sala para lanches, uma rouparia, um expurgo, banheiro para funcionários, uma sala para passagem de plantão e uma sala para guardar material e uma sala com um freezer para armazenar leite. Em anexo ao alojamento conjunto há o “Hotelzinho”, onde permanecem as mães que receberam alta mais seus bebês continuam internados (SPINOSA, WATERKEMPER, 2000).

5.5- POPULAÇÃO ALVO

Este trabalho teve como público alvo mulheres internadas no Centro Obstétrico da Maternidade do Hospital Universitário e acompanhantes que permitiram dividir conosco esse momento único que é o trabalho de parto, parto e período de Greenberg.

5.6- PLANEJAMENTO

Para alcançar os objetivos propostos, estabelecemos estratégias que possibilitaram a implementação das ações e parâmetros para avaliação dos objetivos propostos.

PRIMEIRO OBJETIVO

Conhecer a clientela atendida e detectar seus medos, suas preocupações, ansiedades e déficits para o autocuidado.

Estratégias

- Conhecer as mulheres e acompanhantes, através de observações e conversa informal e coletando dados em seu prontuário e com base no roteiro elaborado-apêndice.
- Identificar os principais déficits, medos, preocupações da mulher e acompanhante, durante o cuidado realizado.
- Orientar mulher e acompanhante sobre o que está ocorrendo neste período, com a finalidade de diminuir seus medos, ansiedades e preocupações.

- Observar e orientar a mulher a expor seus déficits, a fim de que possamos ajudá-la a autocuidar-se, tanto no que diz respeito aos aspectos físicos e/ou emocionais, sempre que necessário.

Avaliação

O objetivo foi alcançado quando conseguimos estabelecer uma boa interação com 80% das mulheres e acompanhantes, detectando seus déficits, preocupações e medos, de modo que pudemos ajudá-los neste período.

SEGUNDO OBJETIVO

Realizar cuidado de enfermagem integral à mulher, enfatizando o autocuidado durante o trabalho de parto, sistematizando-o através do processo de enfermagem.

Estratégias

- Selecionar 6 mulheres para aplicar o processo de enfermagem proposto por Orem.
- A coleta de dados será feita com base nas informações registradas em prontuário e informações prestadas durante a assistência prestada. A identificação dos déficits e a prescrição de enfermagem serão realizadas durante o atendimento, sem registro prévio e depois redigidas no processo.
- Realizar cuidados e técnicas de enfermagem necessárias ao bem-estar da mulher.
- Estimular a mulher para o autocuidado durante o processo de parir.
- Estimular e orientar a paciente quanto a adoção das ações humanísticas, durante o trabalho de parto, respeitando suas crenças e valores.
- Esclarecer dúvidas da mulher/acompanhante, que possam existir durante este período.
- Aplicar questionário as puérperas, as quais acompanhamos o trabalho de parto e parto no Centro Obstétrico, no dia seguinte ao parto no alojamento conjunto, com o propósito de avaliar as medidas alternativas (ações humanísticas) realizadas.
- Participar da passagem de plantão e registrar os cuidados prestados.

Avaliação

O objetivo foi alcançado quando as estratégias propostas foram aplicadas, nos itens 3,4,5,6 e quando selecionamos 6 mulheres e aplicamos o processo de enfermagem proposto por Orem. Quando aplicamos o questionário a 80% das puérperas que foram acompanhadas no Centro Obstétrico, quando a passagem de plantão ocorreu em 50% dos dias de estágio.

TERCEIRO OBJETIVO

Proporcionar maior interação e facilitar a participação do acompanhante durante o processo de parir vivenciado.

Estratégias

- Estimular a participação do acompanhante durante este período, que é o processo de parir.
- Buscar a participação ativa do acompanhante, a fim de ajudar a mulher ao seu autocuidado.
- Prestar orientações sobre os cuidados necessários durante o trabalho de parto e parto.
- Esclarecer sobre as ações humanísticas para diminuição da dor e aumento do conforto.

Avaliação

O objetivo foi alcançado quando 60% dos acompanhantes estiveram presentes e participaram ativamente deste processo.

QUARTO OBJETIVO

Buscar interagir com a equipe multiprofissional para melhor desenvolvimento do trabalho e para crescimento profissional e pessoal.

Estratégias

- Conhecer o campo e os profissionais que trabalham no setor.
- Estabelecer um bom relacionamento com a equipe multiprofissional.

- Buscar conhecimentos e trocas de experiências através de conversas informais entre acadêmicos e equipe.
- Elaborar e expor cartazes explicativos que abordem as ações humanísticas e suas vantagens para mulher, que são utilizados dentro do Centro Obstétrico.

Avaliação

Nossos objetivos foram alcançados pela boa interação com a equipe multiprofissional, e pela elaboração de um cartaz sobre ações humanísticas, estimulando a discussão deste tema na unidade.

QUINTO OBJETIVO

Adquirir e ampliar novos conhecimentos na área da obstetrícia em especial sobre ações humanísticas/humanização durante o trabalho de parto e parto.

Estratégias

- Participar de eventos relacionados na área da obstetrícia;
- Ampliar revisão bibliográfica sobre a teoria de Orem, trabalho de parto, parto, cuidados neste período, ações humanísticas, anexos, apêndices, entre outros;
- Compartilhar informações e experiências com as clientes e profissionais.

Avaliação

O objetivo foi alcançado quando participamos de pelo menos um evento e realizamos a revisão proposta.

6- APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO E AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

Nossa inserção no campo de estágio foi dando-se de uma maneira gradual. Já tínhamos conversado com as supervisoras previamente a respeito da nossa proposta de trabalho. O nosso primeiro contato no Centro Obstétrico deu-se no período em que escrevíamos o projeto da prática assistencial.

Inicialmente, na primeira semana de estágio, fizemos um reconhecimento do local, de forma gradual; fomos apresentando nossa proposta de trabalho ao grupo e concomitante a isto, íamos conhecendo o contexto em que as mulheres atendidas no Centro Obstétrico estavam inseridas. Nos primeiros dias nos sentimos um pouco deslocadas, já que tudo era novo para nós, mas depois da primeira semana de estágio, estávamos familiarizadas e já nos sentíamos inseridas no contexto físico e assistencial do setor.

O Centro Obstétrico do HU é um local que deveria servir de modelo para outras instituições. Possui uma área física comportando as necessidades das pessoas que ali procuram assistência. É composto de: duas salas de pré-parto com dois leitos cada uma, dois banheiros com chuveiros para pacientes, uma sala de recuperação com quatro leitos, duas salas para realização de parto normal, uma sala cirúrgica, uma sala ampla para cuidados com o recém-nascido, corredor com barra de ferro para caminhada, uma sala de medicação, uma sala para estoque de material, uma sala de material esterilizado, uma sala para descanso da equipe de enfermagem e uma para a equipe médica, dois vestiários, um posto de enfermagem, uma cozinha e sala da chefia de enfermagem.

O fluxo no Centro Obstétrico dá-se da seguinte maneira: primeiramente a paciente chega a emergência da onde é encaminhada para a triagem. Neste local é feita uma avaliação do estado geral da mulher, verificando se está em trabalho de parto verdadeiro, só então é encaminhada para o Centro Obstétrico.

No Centro Obstétrico a paciente e seu acompanhante são recepcionados por uma enfermeira, ou funcionária ou por nós acadêmicas. É explicada a rotina do setor e é apresentada a unidade. Posteriormente são encaminhadas para a sala de pré-parto. São dadas orientações a respeito da permanência do acompanhante, uso de telefones celulares, vestimentas, entre outras. Durante a visita e apresentação das salas de parto é realizada uma conversa informal a respeito dos benefícios dos tipos de parto vertical e horizontal e oportunizando a mulher a escolher o tipo de parto de sua preferência, bem como a sala que pretende ter o filho.

Os registros relativos a internação da paciente são feitos através de impressos anexados ao prontuário e nos livros de gestantes atendidas no Centro Obstétrico, passagem de plantão e do recém-nascido.

A equipe de saúde que trabalha no Centro Obstétrico é composta de enfermeiras especialistas em obstetria, técnicas e auxiliares de enfermagem, médicos obstetras, neonatologista e anestesistas, psicólogo quando é solicitado, acadêmicos de enfermagem e medicina, nutrição e serviço social.

Os plantões são estabelecidos através das escalas de serviço. A equipe de enfermagem possui uma escala em que são estabelecidos tarefas e o local em que cada membro da equipe de enfermagem prestará serviço durante o turno.

O profissional de enfermagem que ficou responsável pela sala de pré-parto presta cuidados à mulher durante o trabalho de parto, faz registros nos prontuários e a encaminha para a sala de parto.

Nas salas de parto, assim como na sala cirúrgica, os profissionais são responsáveis em preparar os materiais para o parto, registrar os dados do nascimento e intercorrências, e identificação do recém-nascido. Na sala do recém-nascido são realizados todos os primeiros cuidados com o recém-nascido, encaminhando-o depois para junto da mãe, que neste momento já está na sala de recuperação sobre os cuidados de outro profissional que é responsável pelos cuidados relativos ao pós-parto imediato. Passado o período de Greenberg a mulher e seu bebê são preparados para serem transferidos para o Alojamento Conjunto, logo que a enfermeira passar o plantão para a enfermeira do Alojamento.

A enfermeira responsável pela assistência trabalha de forma concomitante em todas as áreas, supervisionando, atuando na assistência ao parto, realizando ações, prestando cuidados e fazendo toda a parte burocrática que é de sua competência.

O trabalho acontece de uma maneira interdisciplinar, as equipes trabalham juntas de forma que cada um realiza as ações de sua competência, trocando informações e estabelecendo prioridades.

O tempo de permanência da mulher na sala pré-parto varia de acordo com a evolução do trabalho de parto de cada uma. Ela é encaminhada para a sala de parto, a partir do momento em que completa a dilatação total e o feto está insinuado, porém esta conduta depende de cada profissional que está de plantão prestando assistência à mulher.

A mulher permanece na sala de parto até a dequitação da placenta, ressaltando que neste período a mãe permanece em contato pele a pele com o recém nascido, estabelecendo o vínculo precoce e amamentação. Após este período é encaminhada para a sala de recuperação, onde permanece durante todo o período de Greenberg, sendo encaminhada a seguir para o Alojamento Conjunto.

Desde o momento em que a mulher é internada no Centro Obstétrico possui o direito de ter um acompanhante presente durante todo o processo, que é aquela pessoa significativa para ela.

No parto o acompanhante permanece ao lado da mulher, dando apoio, carinho, e força. Em algumas situações, dependendo do profissional que está assistindo ao parto, o acompanhante tem a possibilidade de cortar o cordão umbilical do recém-nascido.

Após uma rápida avaliação do neonatologista o bebê é colocado em contato pele a pele com a mãe. Neste momento é estimulada a amamentação.

Após esta conduta o recém-nascido é levado para a sala, na qual são realizados os primeiros cuidados. Neste momento, o acompanhante tem a possibilidade de assistir e estar junto durante o primeiro banho do recém-nascido, posteriormente o recém-nascido e acompanhante são encaminhados junto à mãe que está na sala de recuperação (pós-parto).

O cuidado prestado por nós a mulher/acompanhante/recém-nascido foi organizado de acordo com a demanda que existia. Quando chegávamos ao estágio dividíamos as tarefas de acordo com a quantidade de mulheres internadas, nem sempre tivemos a oportunidade de acompanhar à mulher desde o início até final do trabalho de parto. Como este período varia de mulher para mulher, alguns dias acompanhávamos à mulher/acompanhante prestando o cuidados e realizando nosso trabalho, mas por uma questão de horário não conseguíamos assistir ao parto. Poucas foram às vezes em que conseguíamos acompanhar a mulher desde o recebimento pela triagem até o final do trabalho de parto e período de Greenberg.

6.1 Objetivo 1

Conhecer a clientela atendida e detectar seus medos, suas preocupações, ansiedades e déficits.

Inicialmente, conversamos informalmente com as mulheres e observamos seu modo de reagir, buscando detectar suas necessidades mais urgentes e paralelamente prestamos os cuidados.

Elaboramos um roteiro baseado na teoria do autocuidado, que permitiu conhecer as mulheres internadas em trabalho de parto no Centro Obstétrico, e através deste, detectamos seus medos, suas preocupações, ansiedades e déficits relacionados ao processo de parir.

Para o preenchimento dos dados, quando a mulher estava no início do trabalho de parto, pesquisávamos no prontuário da cliente já preenchido pelos diversos profissionais e complementávamos as informações através de um diálogo informal com a mulher e acompanhante.

Quando em franco trabalho de parto, para evitar perturbar a mulher que necessitava centrar-se no seu parto, realizar relaxamento e prestar atenção na sua respiração, evitávamos questionamentos durante este período. Utilizávamos o prontuário para coleta de dados, e o restante era preenchido no pós-parto.

É importante ressaltar, no entanto, que estas preocupações, déficits, medos eram detectados, avaliados quanto ao Sistema de requisito de déficit necessário e de forma concomitante os cuidados eram prestados. Tudo isso era feito de forma dinâmica, num movimento contínuo, pois não havia tempo e nem era possível em virtude da condição da mulher, em muitas ocasiões, de se parar para realizar um questionário.

Após o processo de parir, realizamos um breve questionário às mulheres que já estavam no Alojamento Conjunto, para avaliação do trabalho desenvolvido por nós no Centro Obstétrico, e para que relatassem a experiência do parto.

O modelo do roteiro e questionário aplicado estão no apêndice B e apêndice C respectivamente, deste trabalho.

Prestamos o cuidado, em média a 40 mulheres. Aplicamos o roteiro proposto a 13 mulheres, sendo que 10 o roteiro foi aplicado integralmente. Os dados foram organizados em tabelas e analisados posteriormente em relação ao valor absoluto e percentual. A partir dos dados obtidos traçamos um perfil das mulheres assistidas no Centro Obstétrico.

TABELA 1: Caracterização da faixa etária, segundo estado civil e profissão das mulheres assistidas no Centro Obstétrico da Maternidade do Hospital Universitário, no período de 09 de abril a 16 de junho de 2003, em Florianópolis/SC.

Faixa Etária	Estado Civil				Total	Percentual %	Profissão				Total	Percentual %
	S	UE	V	C			EST	DES	DL	ER		
18-21	2	2	0	1	5	50	0	0	4	1	5	50
22-25	0	1	0	0	1	10	0	0	0	1	1	10
26-29	1	1	0	1	3	30	0	0	1	2	3	30
30-33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
34-37	0	0	1	0	1	10	0	1	0	0	1	10
Total	3	4	1	2	10	100	0	1	5	4	10	100
Percentual %	30	40	10	20	10	100	0	10	50	40	100	

Fonte: Roteiro utilizado com mulheres (apêndice B)

Legenda:

S- solteira

C-casada

UE- união estável

V-viúva

EST- estudante

DES- desempregada

ER- emprego remunerado

DL- Do lar

A partir dos dados coletados, em relação ao estado civil, analisamos que 40% das mulheres vivem em união estável, 30% são solteiras, 20% são casadas e 10% viúvas.

Quanto à profissão identificamos que o percentual maior, 50% refere-se as mulheres que tem como profissão “do lar”. Estas mulheres, na sua maioria dependem dos seus companheiros, tem dificuldade de acesso as informações adquiridas por leituras ou de profissionais, seguindo as orientações de amigas e de suas mães.

Constatamos ainda que destas, 40% tem emprego remunerado e 10% estão desempregadas, independente da faixa etária.

TABELA 2: Caracterização dos acompanhantes, segundo faixa etária, das mulheres assistidas no Centro Obstétrico da Maternidade do Hospital Universitário, no período de 09 de abril a 16 de junho, em Florianópolis/SC.

Faixa Etária	Acompanhantes							Total	Percentual %
	C	N	A	CN	S	M	SA		
18-21	3	0	0	0	1	1	0	5	50
22-25	0	0	0	2	0	0	0	2	20
26-29	2	0	0	0	0	0	0	2	20
30-33	0	0	0	0	0	0	0	0	0
34-37	0	0	0	0	0	0	1	1	10
Total	5	0	0	2	1	1	1	10	100
Percentual %	50	0	0	20	10	10	10	100	

Fonte: Roteiro aplicado às mulheres, apêndice B

Legenda:

C – Companheiro

N- Namorado

A- Amiga

CN- Cunhada

S- Sogra

M- Mãe

SA- sem acompanhante

Dentro dos dados obtidos, quanto ao acompanhante, analisamos que 50% das mulheres estavam acompanhadas pelo seu companheiro e 20% estavam com a cunhada, 10% com a sogra, 10% com a mãe e 10% estava sem acompanhante.

Segundo Collaço (2002), a presença do acompanhante, seja o companheiro, a mãe, a sogra, um familiar ou uma amiga, no processo de parir, promove o apoio, conforto, segurança à mulher, vivenciando o nascimento com maior envolvimento, favorecendo o estabelecimento de vínculo afetivo familiar precoce.

TABELA 3: Frequência de gestações das mulheres atendidas no Centro Obstétrico da Maternidade do Hospital Universitário no momento da internação, segundo a faixa etária, no período de 09 de abril a 16 de junho de 2003, em Florianópolis/SC.

Faixa etária	Nº Gestações					Total	Percentual %
	I	II	III	IV	V		
18-21	3	0	2	0	0	5	50
22-25	0	1	0	0	0	1	10
26-29	1	1	0	1	0	3	30
30-33	0	0	0	0	0	0	0
34-37	1	0	0	0	0	1	10
Total	5	2	2	1	0	10	100
Percentual %	50	20	20	10	0	100	

Fonte: Roteiro aplicado às mulheres, apêndice B.

TABELA 4: Frequência de partos das mulheres atendidas no Centro Obstétrico da Maternidade do Hospital Universitário no momento da internação, segundo a faixa etária, no período de 09 de abril a 16 de junho de 2003, em Florianópolis/SC.

Faixa Etária	Nº PARTOS					Total	Percentual %
	0	I	II	III	IV		
18-21	3	1	1	0	0	5	50
22-25	0	1	0	0	0	1	10
26-29	1	1	1	0	0	3	30
30-33	0	0	0	0	0	0	0
34-37	1	0	0	0	0	1	10
Total	5	3	2	0	0	10	100
Percentual %	50	30	20	0	0	100	

Fonte: Roteiro aplicado às mulheres, apêndice B.

TABELA 5: Freqüência de abortamentos das mulheres atendidas no Centro Obstétrico da Maternidade do Hospital Universitário no momento da internação, segundo a faixa etária, no período de 09 de abril a 16 de junho de 2003, em Florianópolis/SC.

Faixa Etária	N° Abortos					Total	Percentual %
	0	I	II	III	IV		
18-21	4	1	0	0	0	5	50
22-25	0	1	0	0	0	1	10
26-29	2	1	0	0	0	3	30
30-33	0	0	0	0	0	0	0
34-37	1	0	0	0	0	1	10
Total	7	3	0	0	0	10	100
Percentual %	70	30	0	0	0	100	

Fonte: Roteiro aplicado às mulheres, apêndice B.

Quanto ao número de gestações, constatamos que 50% das mulheres são primigestas, 20% secundigesta, 20% tercigesta e 10% multigesta. Portanto nossa maior população foi composta por mulheres que estavam entrando em contato com essa nova experiência pela primeira vez

Quanto ao número de partos, 50% das mulheres não tiveram partos anteriores, 30% tiveram um parto e 20% dois partos.

Quanto ao número de abortamentos, 70% não tiveram abortamentos anteriores e 30% tiveram um abortamento, ou seja um percentual significativo de mulheres que passaram pela experiência de já ter engravidado mas não de ter parido.

TABELA 6: Freqüência dos tipos de partos das mulheres atendidas no Centro Obstétrico da Maternidade do Hospital Universitário, segundo faixa etária, no período de 09 de abril a 16 de junho de 2003, em Florianópolis/SC.

Faixa etária	TIPOS DE PARTO			Total	Percentual %
	C	PNV	PNH		
18-21	1	4	0	5	50
22-25	0	1	0	1	10
26-29	0	2	1	3	30
30-33	0	0	0	0	0
34-37	1	0	0	1	10
Total	2	7	1	10	100
Percentual %	20	70	10	100	

Fonte: Roteiro aplicado às mulheres, apêndice C.

Legenda:

C- cesariana

PNV- parto normal vertical

PNH- parto normal horizontal

A partir dos dados obtidos, em relação aos tipos de parto, constatamos que 70% das mulheres tiveram parto normal vertical, 20% foram submetidas à cesariana e 10% tiveram parto normal horizontal.

Os dados obtidos condizem com a prática no HU, no ano de 2002, que reforça a evidência do PNV. Segundo a contagem dos procedimentos realizados no Centro Obstétrico, no ano de 2002, teve um total de 474 cesarianas; 1175 partos normais sendo que 854 foram parto normal vertical e 321 parto normal horizontal.

TABELA 7: Caracterização dos sentimentos e/ou sintomas em relação ao parto, segundo faixa etária das mulheres atendidas no CO da Maternidade do HU, no período de 09 de abril a 16 de junho, em Florianópolis/SC.

Faixa etária	Sentimentos e/ou sintomas em relação ao parto													
	M	D	T	P	A	TQ	F	IR	PA	TR	I	R	V	FC
18-21	2	4	3	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1
22-25	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26-29	3	2	1	3	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
30-33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
34-37	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	7	8	4	5	0	2	2	0	0	1	0	0	0	1
Percentual %	70	80	40	50	0	20	20	0	0	10	0	0	0	10

Fonte: Roteiro aplicado às mulheres, apêndice B.

Legenda:

M-medo	D-dor
T-tensão	P-preocupação
A-alegria	TQ-tranquilidade
F-fadiga	IR-incapacidade de relaxar
PA-palidez	TR-tremor
I-inquietação	R-rubor
V-vergonha	FC-fácies contraída

Durante este período em que as mulheres aguardavam o momento de ter seus filhos percebemos que emergiam e se intensificavam sentimentos frente a este momento transicional, complexo e imprevisível que é o parto.

Analizamos que 80% das mulheres sentem dor, 70% sentem medo em relação ao parto, 50% ficam preocupadas, 40% se sentem tensas, 20% sentem-se tranqüilas principalmente no início do trabalho de parto e apresentam fadiga, geralmente no final do trabalho de parto, 10% tem tremores, inquietação e fácies contraída.

Em relação à dor, Maldonado (2000), afirma que uma das principais queixas da mulher deve-se a dor decorrente da cérvico dilatação e das contrações que se intensificam no final do trabalho de parto. A dor é influenciada por fatores raciais, culturais, psicológicos, educativos e ambientais, sendo subjetiva. Por vezes, esta vivência pode gerar dor, angústia, medo e isolamento, podendo emergir distúrbios psicológicos, afetivos e

emocionais, que influenciam no relacionamento entre mãe-filho, além de sua vida afetiva e conjugal.

Um dos componentes mais importante da dor é a dilatação do colo uterino, somado a outros fatores como: contração e distensão das fibras uterinas, distensão do canal de parto, tração de anexos e peritônio, pressão na uretra, bexiga e outras estruturas pélvicas, e pressão sobre as raízes do plexo lombo-sacro (BRASIL, 2001, p.68).

O controle ou diminuição da sensação da dor ameniza a fadiga do trabalho de parto, deixa a mulher mais segura e tranqüila, aumentando seu potencial, fazendo com que participe ativamente do processo de parir (BURROUGHS, 1995).

O medo por sua vez pode ser decorrente das experiências vividas anteriormente pela mulher, das informações recebidas de profissionais, amigos e de outras mulheres que passaram pela experiência de dar a luz (BRUGGEMANN, 2001).

O medo pode ser real, neurótico ou moral, ou uma combinação dos três. Dos vários medos que a mulher apresenta parece que o que a mais faz insegura não é o medo do parto em si, mas de todas as ações que cercam o parto: a anestesia, a episiorrafia e episiotomia, o tempo de duração do parto, enfim, todo um drama que cerca tal momento sem nenhuma elaboração do seu significado deste momento. São medos que, geralmente, estão encobrendo o real sentido do medo, isto é, do desconhecido, das privações, das perdas e dos lutos (NORONHA, LOPES, MONTGOMERY, 1993, p.32).

No momento do parto nasce não apenas um filho, mas também uma mãe, um pai e uma família, sendo necessário que as pessoas/profissionais implicadas no processo, interajam com eles, com segurança, harmonia e confiança, para que principalmente a mulher fique tranqüila para enfrentar o momento e de modo que não produza traumas (NORONHA, LOPES, MONTGOMERY, 1993).

Os exercícios de relaxamento são fundamentais para diminuir a tensão muscular. Proporcionam também a economia de energia para o controle psíquico, diminuindo a fadiga durante o trabalho de parto e parto (BITTAR, 1995).

Enfim, é importante ressaltar que a dor, o medo e a tensão em relação ao parto são os principais sentimentos/sintomas das mulheres cuidadas em nossa prática assistencial. É

uma experiência compartilhada pelas mulheres em toda a civilização e mencionado historicamente, sendo que estes dados alcançados estão em consonância com a literatura.

De forma resumida, constatamos que grande parte da clientela atendida foram mulheres na faixa etária de 18 a 21 anos, primigestas, acompanhadas por seu companheiro, que vivem em união estável e tem como profissão do lar.

Observamos que os principais sentimentos das mulheres e acompanhantes são a dor, o medo do parto e a tensão em relação ao momento em que estão vivenciando, o que pode ter colaborado para esse resultado é o fato de que 50% das mulheres estavam vivenciando esse processo pela primeira vez.

Percebemos ainda que a grande maioria das mulheres apresenta déficit de conhecimento sobre os sinais e sintomas do verdadeiro trabalho de parto e evolução; desconhecimento sobre as medidas para aliviar a dor; déficit em relação a dinâmica uterina; desconhecimento das rotinas sobre ingestão alimentar, líquida e de eliminações vesical e intestinal no pré-parto; e desconhecimento sobre os procedimentos realizados nas salas de pré-parto e parto. Com relação a estes déficits podemos pensar que devido ao parto deixar de ser um poder feminino e, ter passado ao domínio médico e institucional. Houve historicamente um distanciamento das mulheres em relação ao processo parturitivo se revelando sob forma de déficits de conhecimentos.

6.2 Objetivo 2

Realizar cuidado de enfermagem integral à mulher, enfatizando o autocuidado durante o trabalho de parto, sistematizando-o através do processo de enfermagem.

O cuidado de Enfermagem prestado às mulheres foi realizado no Centro Obstétrico da Maternidade do Hospital Universitário. Utilizamos a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem para nortear a nossa prática assistencial. Com base nesta teoria levantamos:

- a) Os requisitos universais, sendo os mais comuns: controles com a alimentação (restrita a líquidos, a partir dos 7 cm de dilatação tais como sopas e caldos); oxigenação (dispnéia, hiperventilação, movimentos respiratórios durante e antes

- das contrações); eliminações (vesicais, intestinais, sudorese, sangramentos, secreções vaginais, líquido amniótico, eliminação de mecônio); atividade/repouso/higiene/conforto (posição no leito, uso da massagem, caminhada, uso da bola e do cavalinho, banho de aspersão, movimentação de membros inferiores); integração social (comunicação, interação com a equipe, presença de acompanhante, necessidade de apoio psicológico); prevenção de riscos à vida, ao funcionamento e bem-estar (identificação de distócias, hipertensão, presença de dinâmica uterina e BCFs); promoção do funcionamento e desenvolvimento normais (dilatação, uso de ocitocina, sinais vitais, alergia).
- b) Os desvios de saúde, entre eles: desacelerações dos batimentos cardio-fetais, fadiga, alterações psíquicas, distócias, quadros hipertensivos, uso de medicações, medos, preocupações.
- c) Requisitos de desenvolvimento do autocuidado: número de gestações, parto, intercorrências anteriores e nesta gestação, episiotomia anteriores, tipo sanguíneo e fator Rh, etc.

A partir da identificação dos requisitos, classificamos estes de acordo com os sistemas de compensação parcial, total e de apoio-educação.

Sistema totalmente compensatório: dentro deste sistema entraram as atividades realizadas pela equipe e na qual a mulher não teve participação efetiva como: punção venosa periférica, passagem de sonda vesical, verificação de sinais vitais, dinâmica uterina e verificação dos batimentos cardíaco fetais. É importante ressaltar que antes da realização de cada procedimento, era explicado à mulher a finalidade e como iria ser realizado.

Sistema parcialmente compensatório: neste sistema a mulher tinha condições de realizar atividades e estávamos presentes só para auxiliá-la em alguns momentos, como na deambulação, no banho, na alimentação.

Sistema de apoio-educação: neste sistema a mulher pode desempenhar atividades para o seu autocuidado, após as orientações compartilhadas conosco, com outras mulheres e equipe de saúde, orientações como: o uso da bola, caminhada, cavalinho, respiração, escolha do tipo de parto, além da estimulação ao acompanhante a participar de forma mais ativa.

O cuidado era prestado de forma integral; incluía atividades educativas, administrativas, técnicas, sobretudo ações humanísticas, que buscavam fortalecer os

potenciais e capacidades das mulheres, para que estas exercessem com competência a condução do trabalho de parto e parto.

Durante toda a assistência prestada à mulher buscávamos dar apoio, estar atentas as suas necessidades, anseios e gestos, procurávamos atender suas dúvidas, falar com uma linguagem clara e compreensível; ouvir suas preocupações; ou seja, ser solidárias e atenciosas com a mulher e acompanhante durante todo o processo. Procurávamos estar disponíveis, estando presentes em cada momento do processo de parir, facilitando a expressão de sentimentos e medos, interagindo, compartilhando conhecimentos e experiências, criando vínculos afetivos. Buscamos respeitar os desejos na medida do possível, sua privacidade, sempre estimulando para autocuidar-se, para agir de uma forma mais ativa durante o processo de parir.

Da mesma forma, com a equipe de saúde, procuramos socializar nossos conhecimentos, interagir com toda a equipe, mostrar disposição e vontade de aprender e ajudar no cuidado a ser prestado.

Praticamente todos os dias, participamos da passagem de plantão, no qual eram feitos relatos sobre a evolução de cada mulher internada. Eram enfocados os seguintes dados, com relação à mulher: idade gestacional, número de gestações, partos, cesárea, abortos, dilatação, dinâmica uterina, uso de ocitocina, presença ou não de acompanhante, intercorrências no trabalho de parto e parto, hora e tipo de parto, hora do encaminhamento para o alojamento conjunto. Também constava às curetagens, gestação de alto-risco, prematuridade. Com relação ao recém nascido era anotado o peso, sexo, apgar, intercorrências. Estes itens eram anotados, pela enfermeira e por nós acadêmicas no livro de passagem de plantão.

A partir da passagem de plantão selecionávamos as mulheres compatíveis para o nosso trabalho (para a realização do processo), nesta seleção incluíam mulheres em trabalho de parto, dando preferência às com indicação para parto normal. Excluíamos as mulheres em trabalho de parto prematuro, gestação de alto-risco e curetagem.

A admissão da mulher era realizada no hall de entrada principal da unidade. Recebíamos o prontuário e a passagem de plantão, através do profissional da triagem. A recepção da mulher/acompanhante era feita de forma acolhedora, buscando os primeiros passos para uma boa interação. Neste momento, quando o acompanhante estava presente, este já recebia as orientações sobre as rotinas da unidade como: uso obrigatório do propé, vestimenta apropriada da unidade, proibido o uso de telefone celular, orientação quanto a

permanência contínua junto a mulher, sendo permitido somente sua saída para alimentar-se.

Logo em seguida, era organizado o prontuário da paciente (fichas de internação, carteira de pré-natal, exames, evolução de enfermagem e médica, prescrição de enfermagem e médica e partograma), eram preenchidas as fichas de admissão (em ANEXO F), livro de registro da gestante, livro de passagem de plantão. Com a paciente já instalada no leito, iniciávamos os cuidados (verificação dos sinais vitais e dinâmica uterina de 1/1 hora, BCF de 30/30 minutos), etc. No caso de intercorrências estas rotinas poderiam ser alteradas, de acordo com as prescrições de enfermagem e médica. Outra ação que realizávamos no primeiro momento era a apresentação do Centro Obstétrico à mulher e acompanhante, explicando os benefícios de cada tipo de parto, mostrávamos também as salas de parto, do recém-nascido e a recuperação, deixando claro que ela poderia optar pelo tipo de parto e escolher a sala para a realização do mesmo.

Realizamos punção venosa periférica nas pacientes que estavam com prescrição de ocitocina, em bomba de infusão, passávamos sonda vesical de demora na sala cirúrgica quando a paciente era submetida à cesariana.

As orientações para às mulheres em trabalho de parto eram compartilhadas gradativamente, de acordo com o plano de assistência que estabelecíamos. Estas orientações dependiam das condições físicas, emocionais, psicológicas, quadro clínico da mulher e das necessidades que expressava. As mais comumente solicitadas e prestadas foram: quanto a evolução e tempo de trabalho de parto, alimentação, finalidade das contrações e dilatação necessária para o bebê nascer, causas da dor e os mecanismos que podíamos utilizar para minimizá-la (massagem, chuveiro, bola), medidas que podiam ser utilizadas para evolução mais rápida do trabalho de parto (caminhada, uso da bola e cavalinho), respiração e mecanismos que propiciassem a centralização no momento vivenciado, relaxamento entre as contrações, função da ocitocina e momento de utilizá-la, entre outras. Neste momento, quando o acompanhante estava presente compartilhávamos as orientações, estimulando para que participasse de forma ativa, realizando massagens, caminhando junto, apoiando física e emocionalmente.

O cuidado prestado por nós durante o pré-parto era mais intensivo em razão do reduzido número de profissionais. Assim sendo, neste momento tínhamos maiores oportunidades de estar mais próximo da mulher realizando nossas ações. Durante o parto ficávamos presentes dando apoio, orientando, cobrindo a equipe de enfermagem. Prestar

assistência e realizar procedimentos específicos tais como a administração de medicação, punção era prestada pela equipe de enfermagem da sala de parto.

Em relação aos cuidados com o recém-nascido, logo após o parto, auxiliávamos a neonatologista e enfermeira a secar, clampear o cordão umbilical, identificar com pulseira e digital dos pés.

Depois do recém-nascido ser examinado pela neonatologista, prestávamos os cuidados de enfermagem na sala do RN. Sempre que possível, quando a mulher estava acompanhada, convidávamos o acompanhante para ficar junto a nós, presenciando e participando dos cuidados.

Enquanto uma de nós ficava preenchendo as fichas de admissão, caderneta de saúde com os dados do recém-nascido, as outras duas realizavam os cuidados. Os cuidados prestados foram: verificação de sinais vitais: verificação de temperatura, frequência respiratória e cardíaca; passagem de sonda orogástrica e lavado gástrico, quando necessário; pesagem e medidas do perímetro cefálico e estatura; administração de crede, para profilaxia de conjuntivite gonocócica; aplicação de vitamina K(Kanakion), por via intramuscular, para prevenção da doença hemorrágica neonatal; banho com água morna; cuidados com o coto umbilical, utilizando somente álcool a 70% e, vestir o bebê.

Após os cuidados realizados, o recém-nascido era levado junto à mãe na sala de recuperação, onde o acompanhante também permanecia junto.

Na sala de recuperação, estimulávamos a amamentação, colocando o bebê para mamar em contato pele a pele com a mãe; realizávamos o exame físico, sobretudo examinávamos as mamas, observando a presença de colostro à expressão; apalpávamos o fundo uterino, para verificar a formação do globo de segurança de Pinard; observávamos a presença de lóquios; e verificávamos os sinais vitais.

Durante o cuidado que prestamos a mulher e acompanhante no processo de parir, uma série de sentimentos brotaram, não sendo fácil relatar o que sentimos, já que cada situação que presenciávamos eram experiências inovadoras, cheias de sentimentos, emoções, que fizeram com que valorizássemos ainda mais este momento único vivenciado pela mulher/acompanhante e equipe.

Desde o primeiro dia de estágio não houve a possibilidade de cada acadêmica prestar os cuidados de enfermagem integrais a uma única paciente, ou seja, nós três atendíamos em média uma a duas mulheres por dia, sendo os cuidados divididos entre nós.

Tal fato decorreu da pequena demanda nos dias que desenvolvemos as atividades na unidade, lembrando que houve alguns dias que não internou nenhuma mulher em

trabalho de parto neste local. Aproveitávamos estes momentos para interagir com a equipe, trocar conhecimentos, pesquisar e aprofundar o tema relativo ao estudo.

O processo de enfermagem de Orem, foi aplicado a 10 mulheres integralmente e a 3 mulheres parcialmente. Vale a pena ressaltar que as demais mulheres, num total de 40 mulheres, as quais prestamos cuidados e realizamos procedimentos, sempre as atendemos guiados pelos pressupostos e conceitos preconizados por Orem, utilizando algumas etapas do processo.

A coleta de dados para compor o processo, foi baseado em um roteiro de entrevista (Apêndice B), o qual procuramos identificar: *os requisitos universais de autocuidado* (oxigenação, hidratação, alimentação, eliminação/Excreção, atividade/repouso, higiene/conforto, integração social, prevenção a riscos à vida, ao funcionamento e bem estar, promoção do funcionamento e desenvolvimentos normais), *requisitos de desenvolvimento de autocuidado* (número de gestações, paridade, abortos, intercorrências em gestações anteriores, episiotomia, tipo sanguíneo, fator Rh, tipos de parto, realizou pré-natal e problemas no pré-natal), *autocuidado no desvio de saúde* (uso de medicação, fatores que impediram o curso normal do trabalho de parto, seguiu orientações médicas, quais os maiores medos, preocupações). A coleta de dados foi feita com base nas informações registradas em prontuário e informações prestadas durante a assistência pela mulher e acompanhante.

Concomitantemente com o levantamento de dados, identificávamos os principais déficits e classificávamos estes dentro do sistema da teoria de Orem, realizando as ações de enfermagem durante o atendimento, sem registro prévio. Posteriormente eram redigidos no quadro construído.

Logo em seguida, avaliávamos se as nossas ações estavam trazendo resultados positivos, caso contrário, repensávamos e realizávamos outras ações que pudessem amenizar os déficits.

A teoria do autocuidado de Orem nos pareceu viável para a aplicação no Centro Obstétrico, já que podemos trabalhar dentro dos três sistemas: Parcialmente compensatório, Totalmente compensatório e Apoio-educação, procurando sempre enfatizar o autocuidado à mulher e acompanhante.

O roteiro que utilizamos ajudou a seguirmos uma seqüência de cuidados, adaptando-o a condição de cada mulher e buscando conhecer seus medos, déficits e preocupações.

Estimulando o autocuidado, constatamos que a mulher e acompanhante têm potenciais e capacidades para conduzir e agir, resgatando o papel de protagonistas do processo.

Dentro do referencial utilizado, percebemos a importância de valorizar as capacidades da mulher/acompanhante para que estes possam participar de forma ativa durante todo o processo de parir, sendo de grande importância seguirmos a base teórica para execução de nosso trabalho.

A seguir transcrevemos a aplicação de dois processos de enfermagem na íntegra, para permitir ao leitor visualizar parte do cuidado por nós prestado e para compreender como foi a implementação na prática da teoria de Orem no Centro Obstétrico. Os demais processos constam no apêndice D.

Diagnóstico e prescrição		Projeção e planejamento do Sistema e assistência de enfermagem		Iniciação		Provisão	
Déficits e competência para o autocuidado		Sistema de enfermagem		Ação da enfermagem		Controle da assistência	
Coleta de dados		Classificação		Plano de assistência		Objetivo de saúde	
L.S., sexo F, 21 anos, cor branca, união estável, 1º grau completo, do natural de Curitiba,		Requisitos de Desvio de Saúde		Orientações sobre os sinais e sintomas do trabalho de parto e evolução do mesmo.		A cliente demonstrou interesse nas orientações, realizando as atividades propostas, fazendo perguntas quando havia dúvidas.	
1. Déficit de conhecimento sobre os sinais e sintomas do verdadeiro trabalho de parto e evolução deste, caracterizado pelo medo, preocupação.		Sistema de Suporte Educativo		Orientações sobre algumas medidas que possam minimizar a dor; orientação sobre os motivos/ causas dessa dor.		Quando apresentada dificuldades em realizar atividades reorientávamos e estimulávamos ela.	
2. Desconhecimento sobre as medidas para aliviar a dor		Sistema de Suporte Educativo		Orientações sobre o processo fisiológico do trabalho de parto, e algumas mulheres podem relatar dor/desconforto, mas que existem algumas medidas que elas podem utilizar para que minimize essa dor como: Estimular o banho de chuveiro (a água morna sobre a barriga ao mesmo tempo em que relaxa também estimula a contração, já a água morna caindo sobre dorso minimiza a dor e o desconforto), a bola, cavalinho, respiração. Oferecer a mulher a possibilidade de relaxamento, e da musicoterapia. Isso favorece o relaxamento, diminuindo a fadiga. Estimular a deambulação e, quando-a quiser, repousar orientar sempre para deitar em decúbito lateral esquerdo e não em posição supina (decúbito dorsal).		Quando apresentada dificuldades em realizar atividades reorientávamos e estimulávamos ela.	

<p>3. Déficit em a relação dinâmica uterina.</p>	<p>Requisitos de Desenvolvimento de Autocuidado</p>	<p>Sistema de Compensação Total</p>	<p>Orientação sobre a pouca dinâmica uterina e a administração de ocitocina</p>	<p>Esclarecer dúvidas sobre a pouca contração que ela esta sentindo. Isso ajuda a diminuir sua preocupação. Orientar sobre o uso de ocitocina, a qual vai estimular a contração, provavelmente aumentando assim a dinâmica uterina, orientando-a que com isso ela possa sentir um desconforto maior. Puncionar veia periférica para administração de ocitocina em bomba de infusão. Observar sinais flogísticos (edema no local puncionado, vermelhidão, dor). Controlar fluidoterapia, aumentando ou diminuindo o gotejamento, conforme prescrição médica.</p>
<p>4. Preocupação e medo relacionado a possível malformação do bebê.</p>	<p>Requisitos no Desvio de Saúde</p>	<p>Sistema de Suporte Educativo</p>	<p>Orientação sobre a necessidade de apoio psicológico/emocional</p>	<p>Esclarecer dúvidas que possam existir sobre o seu quadro clínico e o do bebê. Orientar que ela pode contar com a equipe de enfermagem dando suporte emocional e caso seja necessário à enfermagem entra em contato com outros serviços como a psicologia, serviço social quando necessário.</p>
<p>5. Déficit de comportamento, caracterizado pelo descontrolemo emocional, por agressão física aos funcionários que prestavam assistência.</p>	<p>Requisitos no Desvio de Saúde</p>	<p>Sistema de Suporte Educativo</p>	<p>Orientação sobre a necessidade de apoio psicológico/emocional</p>	<p>Orientar que ela pode contar com a equipe de enfermagem dando suporte emocional e caso seja necessário a enfermagem entra em contato com outros serviços como a psicologia, serviço social quando necessário. Considerar a regressão da mulher por instinto hipotalâmico(Odent, 2000).</p>

6. Despreparo emocional relacionado a gravidez não planejada.	Requisitos no Desvio de Saúde	Sistema de Suporte Educativo	Orientação sobre a necessidade de apoio psicológico/emocional	Orientar que ela pode contar com a equipe de enfermagem dando suporte emocional e caso seja necessário a enfermagem entra em contato com outros serviços como a psicologia, serviço social quando necessário.
7. Desconhecimento sobre os métodos contraceptivos.	Requisitos no Desvio de Saúde	Sistema de Suporte Educativo	Orientações sobre os métodos contraceptivos para evitar nova gravidez	Orientar sobre os métodos contraceptivos existentes, uso da minipílula (só com progesterona) no pós-parto e camisinha, e as pílulas contraceptivas as quais ela pode conseguir gratuitamente no Centro de Saúde.
8. Desconhecimento das rotinas sobre ingestão alimentar, líquidos e de eliminação vesical e intestinal no pré-parto.	Requisitos Universais de Autocuidado	Sistema de Compensação Parcial	Orientações das rotinas sobre ingestão alimentar, líquidos e quanto a importância das eliminações vesical e intestinal espontânea no pré-parto	Orientar quanto a alimentação: comer somente o que for aprovado pela equipe de enfermagem e médica; orientar que até os 7 cm de dilatação a dieta e líquida restrita até 7cm de dilatação; oferecer água em pouca quantidade em intervalos menores. Orientar quanto as eliminações: estimular para eliminação vesical e intestinal espontânea; observar formação de globo vesicular; trocar forros perineais quando necessário, observar e anotar presença de secreções, sangue.

	<p>9. Desconhecimento sobre os procedimentos realizados nas salas de pré-parto e parto.</p>	<p>Requisitos de Desenvolvimento de Autocuidado</p>	<p>Sistema de Compensação Parcial</p>	<p>Orientações sobre os cuidados realizados na sala de pré-parto e parto.</p>	<p>Orientar de forma gradual, conforme a necessidade e o estágio em que ela se encontra. Quanto aos procedimentos na sala de pré-parto: realizar dinâmica uterina de 1/1 hora; verificar BCF de 30/30 minutos (antes, durante e após 20 segundos da contração); verificar pressão arterial e pulso de 1/1 hora; verificar temperatura de 4/4 horas, quando bolsa íntegra e 2/2 horas, quando bolsa rota; a respiração é de difícil controle, verificar apenas quando houver indicação específica; preenchimento do partograma; acompanhamento da realização da cardiocotografia. Orientar quanto aos procedimentos na sala de parto: orientar como se deve posicionar na cadeira ou mesa de parto; orientar como a paciente deve proceder durante o parto: "fazer força" somente quando tiver contração, caso contrário ela deve descansar para a próxima contração, durante a força/contração trancar a respiração e pensar só na força que deve fazer para possibilitar a saída do bebê; oferecer pequenas quantidades de água quando solicitado; verificar BCF no caso de período expulsivo prolongado; verificar pressão arterial se necessário; encorajar seus esforços e apontar seus progressos; dar apoio emocional estar ao seu lado; colocar o RN junto a mãe, quando possível, para uma interação precoce; estimular amamentação ainda na sala de parto; coletar sangue do cordão umbilical quando a mãe for fator RH negativo; após a dequitação da placenta e episiotomia se necessário preparar a mulher para ser levada para a sala de recuperação onde ficará até o final do período de Greenberg. Orientar sobre os cuidados que serão realizados com o bebê na sala do recém-nascido: o banho; identificação; administração de crede e vitamina K; pesagem e medidas; verificar sinais vitais; passagem de sonda orogástrica; lavado gástrico; cuidados com o coto umbilical.</p>
--	---	---	---------------------------------------	---	---

Diagnóstico e prescrição		Projeção e planejamento do Sistema e assistência de enfermagem		Inicição		Provisão
Déficits e competência para o autocuidado		Sistema de enfermagem		Plano de assistência Objetivo de saúde		Ação da enfermagem
Coleta de dados	Especificação	Classificação	Sistema de enfermagem	Objetivo de saúde	Ação da enfermagem	Provisão
C.R.T., sexo F, 36 anos, 3º grau completo, desempregada, natural de Minas Gerais, procedente do Kobarosl-São José, sem acompanhante, G I, PØ, AØ, Id. Gest. 41s3d(USG), bolsa íntegra.	1. Déficit de conhecimento sobre os sinais e sintomas do verdadeiro trabalho de parto e evolução deste, caracterizado pelo medo, preocupação.	Requisitos de Desenvolvimento de Autocuidado	Sistema de Compensação Parcial	Orientações sobre os sinais e sintomas do trabalho de parto e evolução do mesmo.	Orientar sobre os verdadeiros sinais e sintomas do trabalho de parto como: as contrações são regulares, rítmicas (intervalo gradativamente decrescente), duração e intensidade aumentam gradativamente; desconforto ou "dor" localizada nas costas que se irradia para o abdome; as contrações não se interrompem com a sedação, apagamento do colo uterino, perda do tampão mucoso, rompimento da bolsa.	A cliente demonstrou interesse nas orientações, realizando as atividades propostas, fazendo perguntas quando havia dúvidas. Quando apresentada dificuldades em realizar as atividades reorientávamos e estimulávamos ela.
	2. Desconhecimento sobre as medidas para aliviar a dor.	Requisitos de Desvio de Saúde	Sistema de Suporte Educativo	Orientações sobre algumas medidas que possam minimizar a dor; orientação sobre os motivos/ causas dessa dor.	Orientar que as contrações e a dilatação fazem parte do processo fisiológico do trabalho de parto, e algumas mulheres podem relatar dor/desconforto, mas que existem algumas medidas que elas podem utilizar para que minimize essa dor como: Estimular o banho de chuveiro (a água morna sobre a barriga ao mesmo tempo que relaxa também estimula a contração, já a água morna caindo sobre dorso minimiza a dor e o desconforto), a bola, cavalinho, respiração. Oferecer a mulher a possibilidade da massagem e da musicoterapia. Isso favorece o relaxamento, diminuindo a fadiga. Estimular a deambulação e, quando-a quiser, repousar orientar sempre para deitar em decúbito lateral esquerdo e não em posição supina (decúbito dorsal).	
	3. Déficit em relação a dinâmica uterina.	Requisitos Universais de Autocuidado	Sistema de Compensação Total	Orientação sobre a pouca dinâmica uterina e administração de ocitocina.	Esclarecer dúvidas sobre a pouca contração que ela esta sentindo. Isso ajuda a diminuir sua preocupação. Orientar sobre o uso de ocitocina, a qual vai estimular a contração, provavelmente aumentando assim a dinâmica uterina, orientando-a que com isso ela possa sentir um desconforto maior. Puncionar veia periférica para administração de ocitocina em bomba de infusão. Observar sinais flogísticos (edema, vermelhidão, dor no local puncionado). Controlar fluidoterapia, aumentando ou diminuindo o gotejamento, conforme prescrição médica.	

4. Desconhecimento sobre o significado da secreção vaginal	Requisitos de Desvio de Saúde	Sistema de Compensação Parcial	Orientação sobre a secreção vaginal.	Orientar sobre a perda do tampão: à medida que a cérvix se torna parcialmente apagada e dilatada, o tampão mucoso é expelido. Ocasionalmente, pode estar acompanhado de outras secreções vaginais e com vestígios de sangue (sinal sanguíneo), orientando que é normal, fisiológico; trocar forros perineais quando necessário.					
5. Despreparo emocional relacionado a gravidez não planejada.	Requisitos de Desvio de Saúde	Sistema de Suporte Educativo	Orientação sobre a necessidade de apoio psicológico/emocional	Orientar que ela pode contar com a equipe de enfermagem dando suporte emocional e caso seja necessário a enfermagem entra em contato com outros serviços como a psicologia, serviço social quando necessário.					
6. Desconhecimento sobre os métodos contraceptivos	Requisitos de Desvio de Saúde	Sistema de Suporte Educativo	Orientações sobre os métodos contraceptivos para evitar nova gravidez.	Orientar sobre os métodos contraceptivos existentes, uso da minipílula (só com progesterona) no pós-parto e camisinha, e as pílulas contraceptivas as quais ela pode conseguir gratuitamente no Centro de Saúde.					
7. Desconhecimento sobre as rotinas alimentar, líquidos e de eliminação vesical e intestinal no pré-parto.	Requisitos Universais de Autocuidado	Sistema de Compensação Parcial	Orientações das rotinas sobre ingestão alimentar, líquidos e quanto a importância das eliminações vesical e intestinal espontânea no pré-parto.	Orientar quanto à alimentação: comer somente o que for aprovado pela equipe de enfermagem e médica; orientar que até os 7 cm de dilatação a dieta e líquida restrita até 7cm de dilatação; oferecer água em pouca quantidade em intervalos menores. Orientar quanto às eliminações: estimular para eliminação vesical e intestinal espontânea; observar formação de globo vesicular; trocar forros perineais quando necessário, observar e anotar presença de secreções, sangue.					

	8. Desconhecimento sobre os procedimentos realizados nas salas de pré-parto e parto	Requisitos de Desenvolvimento de Autocuidado	Sistema de Compensação Parcial	Orientações sobre os cuidados realizados na sala de pré-parto e parto	<p>Orientar gradualmente e conforme o estágio e a necessidade que a mulher está apresentando. Quanto aos procedimentos na <i>sala de pré-parto</i>: realizar dinâmica uterina de 1/1 hora; verificar BCF de 30/30 minutos (antes, durante e após 20 segundos da contração); verificar pressão arterial e pulso de 1/1 hora; verificar temperatura de 4/4 horas, quando bolsa íntegra e 2/2 horas, quando bolsa rota; a respiração é de difícil controle, verificar apenas quando houver indicação específica; preenchimento do partograma; acompanhamento da realização da cardiocografia.</p> <p>Orientar quanto aos procedimentos na <i>sala de parto</i>: orientar como deve-se posicionar na cadeira ou mesa de parto; orientar como a paciente deve proceder durante o parto: "fazer força" somente quando tiver contração, caso contrário ela deve descansar para a próxima contração, durante a força/contração trancar a respiração e pensar só na força que deve fazer para possibilitar a saída do bebê; oferecer pequenas quantidades de água quando solicitado; verificar BCF no caso de período expulsivo prolongado; verificar pressão arterial se necessário; encorajar seus esforços e apontar seus progressos; dar apoio emocional estar ao seu lado; colocar o RN junto a mãe, quando possível, para uma interação precoce; estimular amamentação ainda na sala de parto; coletar sangue do cordão umbilical quando a mãe for fator RH negativo; após a dequitação da placenta e episiotomia se necessário preparar a mulher para ser levada para a sala de recuperação onde ficará até o final do período de Greenberg. Orientar sobre os cuidados que serão realizados com o bebê na <i>sala do recém-nascido</i>: o banho; identificação; administração de crede e vitamina K; pesagem e medidas; verificar sinais vitais; passagem de sonda orogástrica; lavado gástrico; cuidados com o coto umbilical.</p>
--	---	--	--------------------------------	---	--

No decorrer da assistência procuramos estimular a realização de ações humanísticas, tecnologias do cuidado não medicamentosas. Evidenciamos a sua importância no cotidiano da assistência prestada à mulher durante o trabalho de parto e parto, o que é constatado através de depoimentos das mulheres, aqui representadas por nomes fictícios. Destacamos entre elas:

- **Massagem:** Percebemos através dos relatos das mulheres que a utilização da massagem feita por nós ou acompanhante, proporcionou relaxamento e alívio da dor. O toque suave nas áreas adequadas passa para a mulher uma sensação de bem estar, conforto e segurança, principalmente quando realizada pelo acompanhante.

“Não imagina como é boa essa massagem, como alivia...”

(Vida, referindo a seu companheiro)

“A massagem ajudou bastante, aliviou, relaxou. Aquela mãozinha nas costas ajuda muito” (Paz)

- **Chuveiro:** Notamos que o banho de chuveiro desempenha um papel importante na condução do trabalho de parto. Percebemos que a disponibilidade da mulher para tomar um banho, aumentava com o decorrer e evolução do trabalho de parto. A água quente caindo sobre as costas e região lombar da mulher proporcionou relaxamento e diminuição da sensação dolorosa. A água caindo sobre o abdômen, favorecia que as contrações se tornassem mais efetivas, auxiliando para que o trabalho de parto progredisse mais rapidamente. Os acompanhantes também participavam deste momento, encaminhando-a ao banho, auxiliando na troca de roupa, secando o corpo da mulher e ficando presente.

“Foi excelente para as costas, a água caindo, alivia a dor”

(Alegria, referindo ao banho de chuveiro).

O relaxamento proporcionado pela massagem e banho de chuveiro auxiliava a diminuir a tensão muscular, auxiliando as mulheres a enfrentarem este período de forma mais tranqüila e ativa.

- **Respiração:** Percebíamos que quando a mulher centrava-se na respiração, mudava de foco, “esquecendo” da sensação dolorosa da contração. Concentrando-se neste momento, a mulher buscava a melhor maneira de respirar, fazendo-a sentir melhor.

- **Deambulação:** Durante o trabalho de parto, a deambulação, foi uma das alternativas mais utilizadas. Percebemos que a mulher ao utilizar este recurso, o trabalho de parto evoluía mais rapidamente. Algumas mulheres relataram que na posição ereta havia uma significativa diminuição na sensação dolorosa, em relação ao momento em que estavam deitadas no leito.

“Não suporto ficar deitada, a dor aumenta muito” (Afeto)

- **Bola suíça e Cavalinho:** Junto dessas ações estimulávamos também o uso de materiais como a bola suíça e o cavalinho, os quais, percebemos que proporcionavam alívio da tensão muscular na região perineal, aceleração do trabalho de parto, descida da apresentação, através da massagem no assoalho pélvico.

“A bola ajudou bastante, foi o que eu mais gostei...” (Ternura)

“Gostei da bola, mas fiquei com medo de cair” (Afeto)

“Deu para descontraír, ajudou a diminuir a dor, eu sentia mais a contração” (Alegria, referindo o uso da bola)

- **Música:** Em alguns casos, quando possível, utilizamos a música durante o pré-parto. Notamos que a música auxiliava a mulher a relaxar, entrar em sintonia com o seu corpo, concentrando-se no momento em que estava vivenciando.

“Não conseguia ouvir a música de tanta dor” (Amor)

“A música é relaxante, ameniza a dor” (Carinho)

“Senti falta da música no dia anterior...” (Afeto)

No dia seguinte, ao parto de cada mulher, realizamos um breve questionário com as puérperas no Alojamento Conjunto, aquelas mulheres que foram cuidadas no Centro Obstétrico e que estimulamos ações não medicamentosas, não intervencionistas, por nós entendidas como humanísticas.

Contatamos que o uso da bola, a deambulação e o banho de chuveiro favoreceram a evolução mais rápida do parto.

Em alguns depoimentos notamos a preferência da mulher em permanecer sentada na bola ou no cavalinho, recebendo a massagem nas costas realizadas pelo acompanhante ou por nós.

As ações mais utilizadas foram à bola suíça, o bando de chuveiro, a massagem, principalmente, durante as contrações, deambulação e a posição no leito em decúbito lateral esquerdo, ajudando-as a aliviar a dor, a tensão e relaxar.

Grande parte das mulheres entrevistadas relataram que o uso da bola, a massagem nas costas durante as contrações e o banho de chuveiro aliviam a dor, diminuem a tensão e relaxam.

Em relação à presença do acompanhante, todas as mulheres acompanhadas, acham de extrema importância ter alguém ao lado, ajudando-as a superar este momento único em que estão vivenciando. Sentiam-se mais seguras para dividir suas preocupações, medos e ansiedades.

A respeito do reconhecimento do Centro Obstétrico, todas as mulheres e acompanhantes, acharam interessante conhecer as salas de parto e ter a oportunidade da escolha do tipo de parto.

“Às vezes, você tem medo do desconhecido e quando você conhece o lugar, o medo fica só na dor” (Alegria).

Algumas mulheres colocaram que a nossa presença propiciou segurança, satisfação e confiança, por estarmos sempre ao lado em todo período, contribuindo no que fosse possível e necessário.

“Nos outros hospitais é muito diferente, aqui parece ser particular. É um momento que a gente se sente impotente, é importante ter alguém do lado e aqui sempre tinha alguém ao meu lado, dando atenção” (Alegria).

Durante este período em que tivemos a oportunidade de estarmos junto à mulher e acompanhante, durante o processo de parir, presenciamos muitas situações as quais guardaremos em nossas memórias como momentos únicos e inesquecíveis de nossa vida acadêmica.

Algumas dessas experiências nos emocionaram pelo modo como a mulher e acompanhante participavam do processo, pela cumplicidade, alegria e significado que atribuíam ao momento vivenciado.

Presenciamos momentos em que a mulher sentia-se totalmente capaz em realizar o seu parto, de forma ativa e instintiva, demonstrando que possuía potencial para parir, assim como a natureza lhe concebeu.

Durante o trabalho de parto uma das situações que marcaram foi a de uma mulher sem acompanhante a qual prestávamos cuidados e aplicávamos o nosso trabalho. A participação desta, nos estimulou e motivou a estar ao seu lado. Pediu para que não saíssemos, não a deixasse sozinha, sentia a necessidade de alguém para lhe dar a mão, transmitir-lhe segurança e compartilhar este momento.

Grande parte das mulheres e acompanhantes atendidos demonstraram a importância de nossa presença, expressando através de palavras, de um olhar, um toque ou mesmo um gesto de carinho, o reconhecimento do trabalho por nós desenvolvido.

A participação de alguns acompanhantes junto à mulher durante o trabalho de parto e parto, e após com o recém-nascido, nos emocionaram pelo grau de envolvimento, satisfação, alegria que demonstravam em vivenciar o momento de parir e nascer.

Presenciamos casos que por alguns momentos deixaram-nos aflitas e assustadas pela reação e comportamento que a mulher, que em algumas circunstâncias apresentavam.

No decorrer do trabalho de parto uma das mulheres que atendíamos, apresentou um estágio de regressão (estágio hipotalâmico) em que alguns momentos ficava agressiva, gritando, mordendo e beliscando, os que estavam por perto, principalmente nós acadêmicas e sua acompanhante. Também não colaborava com a enfermeira, não permitindo realizar o exame de toque. Após uma conversa com a acompanhante constatamos que parte desta reação poderia estar ser devido a um ato de abuso sexual sofrido na infância.

Percebemos também que a presença do acompanhante nem sempre é positiva como presenciamos num parto em que o acompanhante não se sentiu bem, tampando os olhos e ouvidos, transmitindo insegurança para a mulher, pedindo para se retirar.

Embora presenciamos fatos e momentos agradáveis que nos deixaram emocionadas, gratificadas e satisfeitas com o trabalho realizado, também nos deparamos com situações difíceis que serviram para aumentar o conhecimento, aprendizado e experiência, para vida acadêmica, pessoal e profissional.

6.3 Objetivo 3

Proporcionar maior interação e facilitar a participação do acompanhante durante o processo de parir vivenciado.

Para que este objetivo fosse alcançado fizemos com que o acompanhante, quando estava presente participasse ativamente do processo de parir junto da mulher. Estimulamos para que permanecesse ao seu lado, dando apoio emocional, carinho, compartilhando deste momento único e participando ativamente do processo junto desta.

Atuamos junto da mulher e acompanhante dando orientações sobre o momento vivenciado, orientando para que se auxilia durante o trabalho de parto, realizando massagens, acompanhando durante o banho de chuveiro, caminhando ao seu lado, apoiando fisicamente e emocionalmente, ficando presente em todos os momentos desde o pré-parto até o parto.

Outro recurso utilizado para a interação do acompanhante foi mostrar as salas de parto junto com a mulher, explicando sobre os benefícios dos tipos de parto (vertical e horizontal), as mesas de parto, a sala de cesárea e quando este recurso é utilizado, a sala de primeiros cuidados com o recém-nascido, enfatizando sobre a importância do acompanhante estar presente neste período. Quando este não tinha a possibilidade de conhecer o Centro Obstétrico junto com a mulher por algum motivo, por exemplo, estava fazendo a internação, levávamos em outro momento para que assim pudesse conhecer previamente o local do nascimento.

Presenciamos alguns casos em que o acompanhante que estava presente não era companheiro da mulher, sendo em algumas situações a mãe, a sogra, a irmã, a cunhada. Independente da pessoa que estava vivenciando o processo de parir junto da mulher, nosso trabalho transcorreu naturalmente, já que no objetivo proposto não especificamos que o acompanhante fosse o pai.

Algumas mulheres não possuíam acompanhante que permanecessem junto delas, então ficamos no exercício do papel do enfermeiro, ficando ao lado, dando apoio.

Percebemos algumas vezes dentro das situações que vivenciamos que o acompanhante permanece num estado de grande tensão, não transmitindo a tranquilidade e segurança necessárias para este momento, então se fazia necessário que conversássemos com o acompanhante dando apoio psicológico e emocional, tranquilizando-o para que desta forma pudesse dar o suporte e apoio necessário à mulher.

Percebemos algumas vezes que a interação entre a mulher e acompanhante fazia-se de modo superficial, não existindo o vínculo e a cumplicidade necessária para este momento. Podíamos notar isto no momento em que era orientado e estimulado a realizar a massagem na mulher, realizando-a de modo que transparecia a má vontade na realização deste ato.

Verificamos com o decorrer do estágio que cada acompanhante reage de maneira diferente durante o processo de parir. Tivemos a oportunidade de presenciar situações em que o acompanhante participava ativamente junto da mulher seguindo nossas orientações e repassando-as, enfatizando a respeito da respiração, fazendo a massagem, acompanhando no banho e durante a caminhada e sobretudo apoiando-a emocionalmente.

Muitas vezes nos emocionamos com a participação e apoio que os acompanhantes davam as mulheres e com a acolhida que tinham com relação ao nosso trabalho. Alguns já estavam tão envolvidos no processo que não precisávamos interagi-los bastava acolhê-los.

Pudemos perceber que independente do relacionamento que existe entre o casal ou o acompanhante que esta com a mulher, ou se a gravidez foi planejada ou não, no momento do parto existe uma emoção e uma grande troca de energia entre ambos. A emoção de presenciar o nascimento de um filho, ou neto é inesquecível para quem tem a oportunidade de estar junto da mulher neste período, tornando-se um momento único e emocionando a todos que estão envolvidos.

6.4 Objetivo 4

Buscar interagir com a equipe multiprofissional para melhor desenvolvimento do trabalho e para crescimento profissional e pessoal.

No nosso primeiro dia de estágio no Centro Obstétrico do Hospital Universitário estávamos um pouco apreensivas, pois não sabíamos como iria ser a acolhida e recebimento por parte dos profissionais que lá trabalham, afinal este era um local totalmente novo para nós, já que nosso estágio de Obstetrícia da VII Unidade Curricular foi realizado na Maternidade Carmela Dutra em Florianópolis.

Primeiramente fomos acolhidas por uma de nossas supervisoras, a qual nos mostrou toda a área física do CO e explicou como se dava à rotina do setor, posteriormente fomos apresentadas para a equipe de enfermagem e equipe médica daquele plantão.

Esta medida facilitou nossa interação criando o primeiro passo para a formação de um vínculo entre nós alunas e a equipe de profissionais. O relacionamento com os funcionários e alunos que desenvolviam estágio no Centro Obstétrico nos proporcionou além de uma grande troca de experiência e conseqüente crescimento profissional, a

formação de novas amizades. A cada novo plantão conhecíamos novas pessoas e com o decorrer destes o vínculo era fortalecido.

Muitos dos profissionais e acadêmicos interessavam-se pelo trabalho, contribuindo com novos conhecimentos e questionando sobre o seu andamento. Em algumas situações houve discussões positivas sobre assuntos inerentes ao nosso trabalho com troca de experiências, relatos vivenciados e conseqüentemente íamos adquirindo novos saberes.

Para que pudéssemos deixar uma contribuição teórica do trabalho desenvolvido no Centro Obstétrico elaboramos um pôster, tendo como tema: Ações Humanísticas utilizadas no Processo de Parir. Buscou-se realizar uma revisão bibliográfica sobre estas ações, enfocando a importância de estimular o seu uso, o que certamente favorecerá a evolução do trabalho de parto e parto e possibilitara maior tranquilidade e prazer durante o processo de parir. Este pôster foi exposto no setor para a leitura e conhecimento de como algumas medidas utilizadas pelos profissionais auxiliam a parturiente e acompanhante durante o processo de parir e nascer.

6.5 Objetivo 5

Adquirir e ampliar novos conhecimentos na área da obstetrícia e, em especial, sobre ações humanistas/terapêuticas durante o processo de parir.

Para que adquiríssemos e ampliássemos novos conhecimentos na área da obstetrícia e, sobretudo compreendêssemos melhor e aprofundássemos novos saberes sobre trabalho de parto, parto, ações humanísticas/humanização durante o Processo de Parir, realizamos algumas atividades citadas a seguir:

- Elaboração de artigo científico com o título Ações Humanísticas utilizadas no Processo de Parir;

Para a elaboração deste artigo realizamos uma ampla revisão bibliográfica sobre o tema citado anteriormente destacando como essas ações auxiliam a mulher durante o Processo de Parir. Percebemos que a quantidade de material que aborda este tema é escassa, abordando-o de modo superficial. Este assunto deveria ser mais discutido entre as autoridades da obstetrícia já que é de extrema relevância e de fundamental importância para a mulher/acompanhante que passam por este período.

- VI Seminário do Parto - Qualidade da Assistência ao Parto: Contribuições da Enfermagem, como participantes, do dia 28 a 30/05/2003, com duração de 24 horas, Curitiba/PR;

Neste evento foi abordado a questão da qualidade na assistência ao parto e as contribuições da enfermagem no fortalecimento de ações que visam a qualidade e humanização do cuidado à mulher.

Durante o seminário foram discutidos assuntos a respeito das políticas de saúde e de saúde obstétrica no Brasil; parturiente e equipe obstétrica e seus desafios éticos; humanização e tecnologias na formação de enfermeiros; a qualidade no cuidado pré-natal; direitos da mulher e da criança na atenção obstétrica; pré-natal, parto e nascimento, puerpério e neonatologia; o profissional de saúde frente à vivência da dor de parto pela mulher. Dentro do seminário participamos da Oficina “Assistência ao Parto”, onde foi levantada a questão da consulta de enfermagem para a admissão da parturiente e o partograma.

A participação neste evento proporcionou-nos adquirir novos conhecimentos e utiliza-los deste em nosso campo de estágio, proporcionou também a troca de experiência entre profissionais de outras instituições e a criação de novas amizades com pessoas da área da Obstetrícia.

- SEPEX (Semana de Pesquisa e Extensão), participação no Stand da Enfermagem Obstétrica, com apresentação oral;

Neste evento permanecemos no Estande da Enfermagem realizando apresentação oral a respeito dos mecanismos do parto, assistência ao parto, benefícios do parto de cócoras e esclarecendo dúvidas. Utilizamos material didático, manequins, cartazes e a apresentação de pôster com fotos. Foi de fundamental importância para nós a participação neste evento para expormos nossos conhecimentos e experiências vivenciadas durante nosso estágio no Centro obstétrico do Hospital Universitário.

- Confecção de um Pôster com o título Ações Humanísticas utilizadas no Processo de Parir;

Elaboramos este pôster junto a nossa orientadora, a partir da revisão bibliográfica feita para a confecção do artigo científico, com o intuito de expor as medidas humanísticas que podem ser utilizadas durante o processo de parir. Dentre estas ações destacamos: relaxamento, respiração, massagem, uso da bola suíça e do cavalinho, banho de aspersão, música, presença do acompanhante e escolha do tipo de parto, enfatizando a participação da mulher de forma ativa no processo de parir. Este pôster foi exposto no Centro

Obstétrico do Hospital Universitário, apresentado no VI Seminário do Parto e no III SEPEX.

Além destes encontros, ampliamos nossos conhecimentos trocando informações e experiências com a equipe de saúde, mulheres e acompanhantes; participando junto deles desta vivência de parir e nascer.

7- ASPECTOS ÉTICOS

“A Enfermagem, na condição de disciplina e profissão está envolta em aspectos éticos de forma contínua e dinâmica em suas atividades, assim como está em constante desenvolvimento” (COLLAÇO, 2002, p.86).

Com o objetivo de assegurar uma assistência mais humana e de qualidade, fez-se necessário definir alguns aspectos éticos que foram contemplados no decorrer do estágio e trabalho escrito como: chamar a mulher e acompanhante pelo nome; respeitar seus valores, crenças e cultura; valorizar sentimentos e experiências; detectar e tentar suprir os déficits e medos que a mulher apresenta e a partir deles e em conjunto com ela propor ações de enfermagem, estimular a mulher a expor suas dúvidas e buscar resposta; assegurar o anonimato no uso de trabalhos, publicações, utilizando nomes fictícios.

Prestar uma assistência, com competência técnica, de forma responsável, interagindo de maneira efetiva e genuína com a clientela. Cumprir com os compromissos acordados com a mulher e equipe de trabalho que presta o cuidado.

Durante o desenvolvimento do estágio, cumprimos nossas ações baseadas no Código de Ética de Enfermagem na Resolução 196/96.

O Código de Ética dos profissionais de Enfermagem, leva em consideração, prioritariamente a necessidade e o direito de assistência de enfermagem a população, os interesses do profissional e de sua organização. Está centrado na clientela e pressupõe que os agentes de trabalho de enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência de qualidade sem riscos e acessível a toda a população (COREn, 2000, p.44)

Alguns deveres que foram e devem ser cumpridos no cuidado prestado em consonância com o Código de ética (COREn, 2000):

- Cumprir e fazer cumprir os preceitos éticos e legais da profissão.
- Exercer a enfermagem com justiça, competência, responsabilidade e honestidade.
- Prestar assistência de enfermagem à clientela, sem discriminação de qualquer natureza.
- Prestar à clientela uma assistência de enfermagem livre dos riscos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência.
- Garantir a continuidade da assistência de enfermagem.
- Prestar adequadas informações ao cliente e família a respeito da assistência de enfermagem, possíveis benefícios, riscos e conseqüências que possam ocorrer.
- Respeitar e reconhecer o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem estar.
- Respeitar o natural pudor, a privacidade e a intimidade do cliente.
- Manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto nos casos previstos em lei.
- Colaborar com a equipe de saúde no esclarecimento do cliente e família sobre o seu estado de saúde e tratamento, possíveis benefícios, riscos e conseqüências que possam ocorrer.
- Colaborar com a equipe de saúde na orientação ao cliente ou responsável, sobre os riscos dos exames ou de outros procedimentos aos quais se submeterá.
- Respeitar o ser humano na situação de morte e pós-morte.
- Proteger o cliente contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de saúde.
- Solicitar consentimento ao cliente ou do seu representante legal, de preferência por escrito, para realizar ou participar de pesquisa ou atividade de ensino de enfermagem, mediante apresentação de informação completa dos objetivos, riscos e benefícios, na garantia do anonimato e sigilo, do respeito à privacidade e intimidade e sua liberdade de participação no momento que desejar.
- Ser honesto no relatório dos resultados de pesquisa.
- Tratar os colegas e outros profissionais com respeito e consideração.

8- CRONOGRAMA

SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SABADO	DOMINGO
17/mar	18/mar	19/mar	20/mar	21/mar	22/mar	23/mar
Início das aulas	Elaboração do projeto		Elaboração do projeto	Elaboração do projeto	Elaboração do projeto	
24/mar	25/mar	26/mar	27/mar	28/mar	29/mar	30/mar
	Elaboração do projeto	Encontro com orientadora	Elaboração do projeto	Elaboração do projeto		
31/mar	01/abr	02/abr	03/abr	04/abr	05/abr	06/abr
Encontro com orientadora			Encontro com orientadora	Entrega do projeto		
07/abr	08/abr	09/abr-estágio	10/abr-estágio	11/abr-estágio	12/abr	13/abr
Entrevista com Banca	Apresentação dos projetos	Reconhecimento do campo	Reconhecimento do campo	Reconhecimento do campo		
14/abr-estágio	15/abr-estágio	16/abr-estágio	17/abr-estágio	18/abr	19/abr	20/abr
				FERIADO	Reunião acadêmicas	
21/abr	22/abr-estágio	23/abr-estágio	24/abr-estágio	25/abr-estágio	26/abr	27/abr
FERIADO	Encontro com orientadora		Visita orientadora/CO	Reunião acadêmicas		
28/abr-estágio	29/abr-estágio	30/abr-estágio	1/mai-estágio	2/mai-estágio	03/mai	04/mai
	Aula de contexto IV		Encontro com orientadora	Reunião acadêmicas		
5/mai-estágio	6/mai-estágio	7/mai-estágio	8/mai-estágio	9/mai-estágio	10/mai	11/mai
	Aula de contexto IV			Reunião acadêmicas		
12/mai-estágio	13/mai-estágio	14/mai-estágio	15/mai-estágio	16/mai-estágio	17/mai	18/mai
Encontro com orientadora						

19/mai-estágio	20/mai-estágio	21/mai-estágio	22/mai-estágio	23/mai-estágio	24/mai	25/mai
26/mai-estágio	27/mai-estágio	Seminário do parto/ Curitiba	Visita orientadora/CO	Reunião acadêmicas		
2/jun-estágio	3/jun-estágio	4/jun-estágio	5/jun-estágio	6/jun-estágio	31/mar	01/jun
9/jun-estágio	10/jun-estágio	11/jun-estágio	SEPEX	SEPEX	SEPEX	08/jun
16/jun	17/jun	18/jun	12/jun -estágio	13/jun-estágio	14/jun	15/jun
Término do estágio	Elaboração do relatório	Elaboração do relatório Reunião acadêmicas	19/jun Elaboração do relatório Encontro com orientadora	20/jun Elaboração do relatório Encontro com orientadora	21/jun	22/jun
23/jun	24/jun	25/jun	26/jun	27/jun	28/jun	29/jun
Elaboração do relatório	Elaboração do relatório	Elaboração do relatório Reunião acadêmicas	Elaboração do relatório Reunião acadêmicas	Elaboração do relatório Reunião acadêmicas		
30/jun	01/jul	02/jul	03/jul	04/jul	05/jul	06/jul
Elaboração do relatório	Curso Aleit. Materno Reunião acadêmicas	Curso Aleit. Materno Encontro com orientadora	Elaboração do relatório	Entrega do relatório para banca	Reunião acadêmicas	
07/jul	08/jul	09/jul	10/jul	11/jul	12/jul	13/jul
Banca	Apresentação dos relatórios	Apresentação dos relatórios	Apresentação dos relatórios	Reunião acadêmicas	Reunião acadêmicas	
14/jul	15/jul	16/jul	17/jul	18/jul	19/jul	20/jul
Encontro com orientadora	Reunião acadêmicas		Entrega relatório final			

9- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este momento é muito especial para nós, significa que uma trajetória marcante de nossas vidas está chegando ao fim e, em contrapartida, uma nova fase está emergindo, deixaremos de ser acadêmicas e passaremos a ser profissionais.

Acreditamos que terminamos esta etapa sentindo-nos mais seguras, prontas para iniciar um processo interminável de novos estudos, busca de conhecimentos, experiências e aperfeiçoamento da nossa profissão.

A escolha em desenvolver nossa prática assistencial no Centro Obstétrico do Hospital Universitário nos proporcionou que fechássemos com chave de ouro esta fase. Descobrimos um lado maravilhoso em que a enfermeira pode atuar. Vivenciar o processo de parir e de nascer é uma experiência única e especial para aqueles que estão envolvidos. Esta atuação enriqueceu-nos profissional e pessoalmente oportunizando-nos momentos de alegria, emoção e troca de conhecimentos.

Na prática, presenciamos a história de cada mulher, seus sentimentos vividos, a interação entre a mulher e o acompanhante, a alegria, a esperança, a decepção em não poder realizar o parto desejado, o temor, o amor, permeando todos os eventos do processo.

O papel do enfermeiro no cuidado prestado à mulher e acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto, prestando um atendimento integral, personalizado, atendendo-a em sua dimensionalidade demonstra a importância deste profissional junto dela, apoiando, ajudando, cuidando, educando e administrando.

O uso de ações não medicamentosas, terapias não intervencionistas comprovaram ser alternativas para minimizar a dor, acelerar o trabalho de parto, proporcionar melhor interação, comunicação e vivenciar o trabalho de parto e parto de forma menos traumática e com maior prazer.

O valor e a importância de se estimular a utilização destas ações do cuidado ditas ações humanísticas, sobretudo aquelas que dizem respeito à interação, responsabilidade, respeito, comprometimento, toque, carinho, amor, solidariedade e harmonia, reforçam o papel primordial que a enfermeira tem em colocar a disposição da mulher tais ações, fortalecendo-a e aumentando sua competência para tornar-se protagonista do processo de parir.

A utilização de um referencial teórico nos permitiu realizar um cuidado de maneira sistemática e científica, fornecendo subsídios para um direcionamento e ordenamento das ações propostas. Acreditamos que a teoria nos guiou para que assim pudéssemos estimular a mulher e acompanhante para o autocuidado, dentro de suas capacidades e competências.

Percebemos a importância da adoção de um referencial teórico para guiar a prática assistencial efetiva e quanto à teoria do autocuidado pode auxiliar a mulher/acompanhante a participarem ativamente, exercendo seus papéis de protagonistas, decidindo e conduzindo a situação vivenciada.

Presenciamos a oportunidade de desenvolver nossa prática assistencial na Maternidade de um Hospital Escola, o qual possui como filosofia uma assistência humanizada, possibilitando-nos implementar tais conhecimentos no cotidiano de nossas vidas e trabalho. Tivemos uma boa interação com a equipe multidisciplinar, compartilhando conhecimentos, formando amizades e recebendo apoio para desenvolvimento de nossa prática, e em especial, com nossas supervisoras e orientadora por serem enfermeiras obstetras com experiência e dedicação ao trabalho realizado.

A relação com a mulher/acompanhante teve grande importância para nós, já que estes nos deram a oportunidade de compartilharmos juntos com eles, este momento único e mágico. Auxiliaram para que crescêssemos profissionalmente e pessoalmente. A partir do Centro Obstétrico também tivemos contato com vários setores do hospital, conhecendo a dinâmica hospitalar, fluxos, rotinas e condutas.

É importante ressaltar que durante a prática assistencial surgiram algumas dificuldades em relação a pouca demanda de mulheres/acompanhantes, sendo que em alguns casos, não houve aceitação das mulheres em participar do nosso trabalho. Outro problema que enfrentamos foi a quantidade de acadêmicos de enfermagem e medicina realizando estágio no mesmo horário e local o que muitas vezes dificultou a prática assistencial. Em razão da troca de turno de nossa supervisora, tivemos a colaboração de outras enfermeiras, o que nos permitiu observar e ver o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro de diversos ângulos e a maneira como cada uma delas se comportava frente as

diferentes situações, aumentando a diversidade de nossos conhecimentos. Por outro lado, gerou uma ansiedade inicial, até que esse problema fosse superado.

Finalmente, este estudo constitui-se num grande aprendizado acadêmico, que certamente irá se refletir na nossa prática profissional. Fortalece a importância da atuação do enfermeiro nas diversas etapas do processo de parir. Reforça a necessidade de se estimular às ações terapêuticas não intervencionistas, não medicamentosas que praticamente sem custo algum, auxiliam na evolução do parto, propiciam o bem estar, favorecem a vivência mais tranqüila e prazerosa deste momento de transição extremamente importante para a mulher, para seu filho e para todos aqueles envolvidos no processo.

Indica a necessidade de se desenvolver pesquisas e trabalhos que notifiquem as propriedades terapêuticas destas medidas, estimular e divulgar o seu uso em nosso meio, propiciando assim o resgate do papel ativo da mulher na condução do parto e nascimento.

Sobretudo, destaca que o atendimento humanizado durante o trabalho de parto e parto, pressupõe uma atitude e postura diferenciada daqueles que prestam o cuidado, reconhecendo a mulher como sujeito principal do processo de parir, alguém com conhecimento prévio, com costumes, cultura e valores distintos que deve ser valorizada e respeitada.

10- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁVILA, Ângela Amâncio de. **Socorro, doutor! Atrás da barriga tem gente!** São Paulo: Atheneu, 1998. 216p.

AUSTRAGÉSILO, Armando; PEREIRA, Maria Lucília. **Massagem.** In: YWTA, Clara; SANTOS, João Antonio; CORDEIRO, Rute. **A cura de todas as doenças está na natureza: medicina natural.** São Paulo: Editora três, 1983.

BALASKAS, Janet. **Parto ativo.** Guia prático para o parto natural. São Paulo: Ground, 1993. 302p.

BASILE, Anatólia Lopes de Oliveira. **Estudo Randomizado Controlado entre as posições de Parto: Litotômica e Lateral Esquerda.** São Paulo, UFSP, 2000. Tese (Mestrado em Enfermagem Universidade Federal de São Paulo). São Paulo. 2000.

BENEDETTI, Roberto Henrique. In **Manual de Terapêutica Ginecologia e Obstétrica.** 2^a ed. Revisada e ampliada. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, 1999, 475p.

BENSON, Ralph C. **Manual de Obstetrícia e Ginecologia.** 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1976. 679p.

BITTAR, Sandra Ferreira Gesto. **Textos de apoio.** In: Guia curricular para formação de auxiliar de enfermagem-área hospitalar: área curricular IV: participando da assistência

integral à saúde da mulher, da criança e do adolescente. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG/PRODEN, 1995. 329p.

BRANDEN, Pennie Sessler. **Enfermagem materna – infantil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso editores, 2000. 524p.

BONOMI, Albino. **Pré-Natal Humanizado: Gerando crianças felizes**. São Paulo: Atheneu, 2002. 76 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Área técnica de saúde da mulher: Parto, aborto e puerpério: Assistência humanizada a mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 199p.

BRASIL, Organização Mundial de Saúde. Maternidade Segura. **Assistência ao Parto normal: um guia prático**. Organização Mundial de Saúde, 1996. 54p.

BRUGGEMANN Odaléa Maria; OLIVEIRA, Maria Emília de; MONTICELLI Marisa. **Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais**. 2 ed. Florianópolis: Cidade futura, 2002. 314p.

BRUGGEMANN Odaléa Maria; OLIVEIRA Maria Emília; ZAMPIERI Maria de Fátima Mota. **A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento**. Florianópolis: Cidade Futura, 2001. 144p.

BURROUGHS, Arlene. **Uma introdução a enfermagem materna**. 6 ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1995. 456p.

CARRIERI. Beate. **Bola Suíça: Teoria, exercícios básicos e aplicação clínica**. São Paulo: Manole, 1999.

CABRAL, Antônio Carlos Vieira; AGUIAR Regina Amélia Lopes Pessoa de; VITRAL, Zilma Nogueira Reis. **Manual de Assistência ao Parto**. São Paulo: Atheneu, 2002. 198p.

COLLA, Daniele.A, PEREIRA, Francesli.P., CORRÊA, Marcia.H.C. **Vivenciando quatro nascimentos: ser filho, ser mãe, ser pai e ser família.** Florianópolis: UFSC, 2000. Projeto Assistencial da oitava fase – Curso de graduação de enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2000. 122p.

COLLAÇO, Vânia Sorgatto. **Parto Vertical: vivência do casal na dimensão cultural no processo de parir.** Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

COREN/SC. **Orientações e Legislações sobre o exercício de Enfermagem.** p.46 e 47. Florianópolis, 2000.

FREITAS, Fernando de; COSTA, Sérgio Martins. **Rotinas em Obstetrícia.** 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. 280p.

GEORGE, Júlia B. **Teorias de Enfermagem.** Os fundamentos para a prática profissional. Tradução: Regina Machado Garces. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GEORGE, Júlia B. **Teorias de Enfermagem.** Tradução: Regina Machado Garces. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GREGÓRIO, Vitória R. Petters. In: Oliveira, Milla et al. **Enfermagem obstétrica e neonatológica: Textos fundamentais.** 2 ed. Florianópolis: Cidade Futura, 2002. 314p.

GUALDA, Dulce Maria Rosa. **Eu conheço minha natureza.** Um estudo etnográfico da vivência do parto. São Paulo, 1993. Tese de doutorado apresentada à escola de enfermagem da Universidade de São Paulo.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença.** 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. 333p.

Amigas do Parto. **Humanização do parto**, retirado do site www.amigasdoparto.com.br, acessado em 28 de março de 2003.

JICA (Agencia de Cooperação Internacional do Japão), Governo do Estado do Ceará. Projeto Luz. **Manual do Parto Humanizado**. Fortaleza, 2000.

KITZINGER, Sheila. **Mães: um estudo antropológico da maternidade**. 2ªed. Lisboa: Editorial Presença, 1996.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 15 ed. São Paulo: Saraiva, 2000. 230p.

MONTICELLI, Marisa. **O nascimento com um rito de passagem: Uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem e recém nascido**. Florianópolis: UFSC, 1994. Dissertação (Mestrado em assistência de enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 1994.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. São Paulo: Artes médicas, 1995.

NORONHA, Décio Teixeira, LOPES Gerson Pereira, MONTGOMERY Malcom. **Tocoginecologia Psicossomática**. São Paulo: ALMED, 1993. 234p.

OLIVEIRA, Maria Emília de. In: Oliveira et al. **A melodia da Humanização: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento**. Florianópolis: Cidade Futura, 2001. 144p.

PADILHA, Maria Itayra C.S. **A aplicabilidade da Teoria do Autocuidado na Consulta de Enfermagem – proposta de um modelo**. *Hospital – Adm. e Saúde*. V.17, n. 4, Jul/ago. 1993.

POLDEN Margaret, MANTLE E. Jill. **Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia**. São Paulo: Santos, 1993. 442p.

REZENDE, Jorge de. **O parto. Estudo clínico e assistência**. *Obstetrícia*. 6 ed. Rio de Janeiro: Koogan, 1991.

REZENDE, Jorge de., MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetrícia fundamental**. 8 ed. Rio de Janeiro: Koogan, 2000.

REZENDE, Jorge de; MONTENEGRO, C.A B. **Obstetrícia Fundamental**. 7 ed. Rio de Janeiro: Koogan, 1995. 652 p.

RODRIGUES, Livia Penna Firme. **Lobas e grávidas: guia prático de preparação para o parto da mulher selvagem**. São Paulo: Ágora, 1999. 108 p.

SABATINO, J.H. et al. **Parto humanizado, formas alternativas**. São Paulo: Editora da UNICAMP, 1992.

SANTOS, Evanguelia K.A. **A mulher como foco central na prática do aleitamento materno: uma experiência assistencial fundamentada na teoria do Autocuidado de Orem**. Florianópolis, UFSC, 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). UFSC: Florianópolis, 1991.

SANTOS, Odaléa Maria Bruggemam dos. **A Enfermagem com diálogo vivo: uma proposta humanista no cuidado a mulher e família durante o processo de parir**. Florianópolis, UFSC, 1998. Dissertação (Mestrado em assistência de enfermagem – Programa de pós-graduação em enfermagem). Florianópolis: UFSC, 1998.

SANTOS, Odaléa M.Bruggemam, SIEBERT, Eli R.C.: **The humanization of birth experience at the University of Santa Catarina maternity hospital**. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2001.

SANTOS, Vânia Sorgatto Collaço. **Parto Vertical: uma vivência do casal na dimensão cultural no processo de parir**. Dissertação de Mestrado (Assistência de Enfermagem do Adulto). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

SMELTZER & BARE. **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgico**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

TEDESCO, José J. de A. **A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra**. São Paulo: Atheneu, 1999, 463 p.

TEDESCO, José J., QUAYLE, Julieta, ZUGAIB, Marcelo. **Obstetrícia Psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1997. 323p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, **Filosofia da Maternidade do HU**. In: Relatório das atividades de 1992 (elaborado pela comissão designada pela portaria nº 07/DG/92. Mimeografado).

VARGAS, Gicelia Magali; CURCIO, Eulalia Maria. **Vivenciando o processo de parir, valorizando a presença do acompanhante**. Monografia (Especialização em enfermagem obstétrica). Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. In: Oliveira et al. **A melodia da Humanização: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento**. Florianópolis: Cidade Futura, 2001. 144p.

ZAMPIERI. **Tecnologia do cuidado no processo de nascimento**. Texto redigido para fundamentar o projeto sobre a dor do Giate, 2002.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. **Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes**. Florianópolis, UFSC, 1998. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Florianópolis, UFSC, 1998. 193p.

ZIEGEL, Erna E., CRANLEY, M.S. **Enfermagem obstétrica**. 7 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.

11 - APÊNDICES

APÊNDICE - A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós alunas da Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina: Carolina Vieira Deucher, Franciane A. de Souza e Tatiana Rassele vamos desenvolver um estudo com a mulher, acompanhante e RN no Centro Obstétrico da Maternidade do Hospital Universitário de Florianópolis.

Nossa proposta consiste em prestar assistência de enfermagem humanizada à mulher/acompanhante/RN, estimulando-os para o autocuidado, respeitando seus déficits e limites para que vivam o processo de parir de forma tranqüila.

Nós _____,
concordamos em participar de forma livre e espontânea da proposta deste estudo, cientes de que podemos desistir a qualquer momento, assim como ter garantido a confidencialidade e anonimato. Autorizamos, que os dados obtidos sejam utilizados no estudo.

Estamos de acordo que durante a internação seja feitos registro fotográfico e utilizado gravador, se necessário.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato com as Enfermeiras Eli Siebert e/ou Vânia Collaço dos Santos, pelo telefone 0xx483318020.

_____ de _____ de 2003.

Nome/ Assinatura do Entrevistado

APÊNDICE - B

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA COLETA DE DADOS , SEGUNDO OREM (ADAPTADO DE SANTOS, 1991).

I - Levantamento de Dados:

Nome:

Idade:

Cor:

Naturalidade:

Procedência:

Religião:

Estado Civil:

Grau de Escolaridade:

Profissão:

Horário da internação:

II) - Requisitos Universais de Autocuidado:

Oxigenação

a) Padrão respiratório: diafragmático () torácico () abdominal ()
profundo () superficial () toracoabdominal ()

b) Alterações respiratórias: dispnéia () taquipnéia ()
bradpnéia () hiperventilação ()

c) Frequência respiratória: _____

d) Respiração: entre as contrações: _____ durante as contrações: _____

e) Fumante: Não () Sim ()

Hidratação

a) Ingeriu líquido: Não () Sim () O que ingeriu? _____

b) Esta recebendo hidratação: Não () Sim () Via oral () ou Parenteral ()

c) Inspeccionar pele e mucosas: Desidratada () Ressequida ()

Alimentação

- a) Ingeriu algum tipo de alimento: Não () Sim (), Quando? _____ O que? _____
b) Jejum: Não () Sim (), Quanto tempo? _____

Eliminação/Excreção

- a) vômitos ()
b) intestinal ()
c) vesical ()
d) hemorragia ()
e) Sudorese ()
f) Secreções vaginais Não () Sim (), Aspecto: _____
g) Líquido Amniótico: Bolsa rota () Bolsa Íntegra () Hora()
h) Mecônio Não () Sim ()
i) Outros _____

Atividade/Repouso/Higiene/Conforto

- a) Posição no leito: D.L.D () D.L.E () Dorsal () Sentada ()
b) Massagem Não () Sim ()
c) Caminhada Não () Sim ()
d) Uso da bola Não () Sim ()
e) Banho de aspensão Não () Sim ()
f) Uso do cavalinho Não () Sim ()
g) Movimento de MMII Não () Sim ()
i) Outros _____

Integração Social

- a) Comunicativa Não () Sim ()
b) Boa interação com a equipe Não () Sim ()
c) Está acompanhada Não () Sim () Quem? _____
d) Necessidade de apoio psicológico Não () Sim ()

Prevenção de riscos à vida, ao funcionamento e bem estar

- a) Identificação de distócias? Não () Sim (), Qual (is)? _____
- b) Hipertensão? Não () Sim ()
- c) BCF? Sim() Não()
- d) D.U.? Sim() Não()
- d) Outras intercorrências? Não () Sim (), Qual (is)? _____

Promoção do Funcionamento e desenvolvimentos normais

- a) Dilatação: Horário _____ Dilatação (cm) _____ D.U. _____
Horário _____ Dilatação (cm) _____ D.U. _____
Horário _____ Dilatação (cm) _____ D.U. _____
Horário _____ Dilatação (cm) _____ D.U. _____
- b) Uso de ocitocina: Não () Sim (), Quant.(ml) _____
- c) Sinais Vitais: PA (mmHg) _____
FC (bpm) _____
FR (rpm) _____
- d) Algum tipo de alergia: Não () Não Sabe informar() Sim (), O que? _____

III - Requisitos de Desenvolvimento de Autocuidado:

- a) Gestação: Gesta () Para () Aborto ()
- b) Partos: Vaginais () Cesáreas () Domiciliar ()
Horizontal () Cócoras () Analgesia ()
- c) Anestésias anteriores: Geral () Local () Peridural () Raqui ()
- d) Intercorrências em gestações anteriores: Não () Sim (), Qual (is)? _____
e nesta gestação: Não () Sim ()
- e) Episiotomia anteriores: Não () Sim ()
- f) Tipo Sangüíneo: A () B () AB () O ()
- g) Fator RH: positivo () negativo ()
- h) Sentimentos e/ou sintomas em relação ao parto: medo () tensão () dor ()
preocupação () vergonha () alegria () tranqüilidade () fadiga ()
incapacidade de relaxar () palidez () tremor () inquietação () rubor ()

fácies contraída () Outros _____

i) Preferência da mãe quanto ao tipo de parto atual: _____

j) Realizou pré-natal: Não () Sim (), Onde? _____

l) Problemas no pré-natal: Não () Sim (), Qual (is)? _____

IV – O autocuidado no Desvio de Saúde:

a) Fez uso de medicação: Não () Sim (), Qual? _____

b) Que fatores impediram o curso normal do trabalho de parto? _____

c) Seguiu as orientações médicas: Sim () Não (), Por quê? _____

d) Quais as preocupações maiores?

e) Quais os medos?

f) Quais as principais dificuldades na condução do parto?

V-Levantar os principais problemas e déficits da mulher, levando em consideração os aspectos bio-psico-social e humanísticos:

VI-Conhecer a clientela atendida e detectar seus medos, suas preocupações, ansiedades e déficits.

VI-Conhecer a clientela atendida e detectar seus medos, suas preocupações, ansiedades e déficits.

VII - Planejar e aplicar os cuidados de enfermagem a parturiente:

VIII-Avaliação

APÊNDICE - C

QUESTIONÁRIO A SER APLICADO NO ALOJAMENTO CONJUNTO

- 1) Nome: _____
 - 2) Idade: _____
 - 3) Está acompanhada? _____
 - 4) Gesta: _____ Parto: _____ Aborto: _____
 - 5) Tipo de Parto Realizado? _____
 - 6) Horário do Parto? _____
 - 7) O que você achou da presença do acompanhante?

 - 8) O que você achou de conhecer as salas de parto, antecipadamente? E escolher o tipo de parto de deseja?

 - 9) Você acha que as medidas utilizadas durante o trabalho de parto, ajudaram-a neste processo?

 - 10) Gostaria de deixar alguma sugestão e/ou relatar algum fato ocorrido?
-

APÊNDICE – D

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Processo -1

Diagnóstico e Prescrição/ Déficits e Competência para o autocuidado

Coleta de Dados:

B.D.G., sexo feminino, 21 anos, cor branca, solteira, do lar, natural do Mato Grosso, procedente de São José. Chegou ao Centro Obstétrico deambulando, acompanhada com a mãe às 04:00 horas, proveniente da triagem, GI, PØ, AØ, idade gestacional pelo USG de 39s, apresentando início de trabalho de parto, bolsa íntegra, sinais vitais estáveis, pele e mucosas hidratadas, quanto a alimentação ingeriu somente líquido (café e água), eliminação vesical presente, sudorese e secreção vaginal aspecto sanguinolento em pouca quantidade. Paciente comunicativa, tendo uma boa interação com a equipe. Não apresentou distócias, BCF e D.U presentes. Apresenta-se tranqüila, mas um pouco ansiosa quanto ao parto, queixando-se somente de dor. Realizou consultas de pré-natal no Centro de Saúde de seu bairro. Relata que a gravidez não foi planejada, mais se demonstra feliz com a chegada de seu bebê.

Especificação:

- 1- Déficit de conhecimento sobre os sinais e sintomas do verdadeiro trabalho de parto e evolução deste, caracterizado pela ansiedade.
- 2- Desconhecimento sobre as medidas para aliviar a dor.
- 3- Desconhecimento sobre o significado da secreção vaginal.
- 4- Despreparo emocional relacionado à gravidez não planejada.
- 5- Desconhecimento sobre os métodos contraceptivos.
- 6- Desconhecimento das rotinas sobre ingesta alimentar, líquidos e de eliminações vesical e intestinal no pré-parto.
- 7- Desconhecimento sobre os procedimentos realizados nas salas de pré-parto e parto.

Classificação:

Requisitos Universais de Autocuidado: 6.

Requisitos de Desenvolvimento de Autocuidado: 1, 7.

Requisitos de no Desvio de Saúde: 2, 3, 4, 5.

Projeção e Planejamento do Sistema e assistência de Enfermagem**Sistema de Enfermagem:**

Sistema de Compensação Total: 7

Sistema de Compensação Parcial: 1, 3, 6.

Sistema de Suporte Educativo: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.

Plano de Assistência/ Objetivo de Saúde:

- 1- Orientações sobre os sinais e sintomas do trabalho de parto e evolução do mesmo.
- 2- Orientações sobre algumas medidas que possam minimizar a dor; orientação sobre os motivos/ causas dessa dor.
- 3- Orientação sobre a secreção vaginal (perda do tampão mucoso).
- 4- Orientação sobre a necessidade de apoio psicológico/emocional.
- 5- Orientações sobre os métodos contraceptivos para evitar nova gravidez.
- 6- Orientações das rotinas sobre ingestão alimentar, líquidos e quanto à importância das eliminações vesical e intestinal espontânea no pré-parto.
- 7- Orientações sobre os cuidados realizados na sala de pré-parto e parto.

Iniciação:**Ação de Enfermagem:**

- 1- Orientar sobre os verdadeiros sinais e sintomas do trabalho de parto como: as contrações são regulares, rítmicas (intervalo gradativamente decrescente), duração e intensidade aumentam gradativamente; desconforto ou “dor” localizada nas costas que se irradia para o abdome; as contrações não se interrompem com a sedação, apagamento do colo uterino, perda do tampão mucoso, rompimento da bolsa.

- 2- Orientar que as contrações e a dilatação fazem parte do processo fisiológico do trabalho de parto, e algumas mulheres podem relatar dor/desconforto, mas que existem algumas medidas que elas podem utilizar para que minimize essa dor como: estimular o banho de chuveiro (a água morna sobre a barriga ao mesmo tempo em que relaxa também estimula a contração, já a água morna caindo sobre dorso minimiza a dor e o desconforto), a bola, cavalinho, respiração. Oferecer a mulher à possibilidade da massagem e da musicoterapia. Isso favorece o relaxamento, diminuindo a fadiga. Estimular a deambulação e, quando-a quiser, repousar orientar sempre para deitar em decúbito lateral esquerdo e não em posição supina (decúbito dorsal).
- 3- Orientar sobre a perda do tampão: à medida que a cérvix se torna parcialmente apagada e dilatada, o tampão mucoso é expelido. Ocasionalmente, pode estar acompanhado de outras secreções vaginais e com vestígios de sangue (sinal sanguíneo), orientando que é normal, fisiológico; trocar forros perineais quando necessário.
- 4- Orientar que ela pode contar com a equipe de enfermagem dando suporte emocional e caso seja necessário à enfermagem entra em contato com outros serviços como a psicologia, serviço social quando necessário.
- 5- Orientar sobre os métodos contraceptivos existentes, uso da minipílula (só com progesterona) no pós-parto e camisinha, e as pílulas contraceptivas as quais ela pode conseguir gratuitamente no Centro de Saúde.
- 6- Orientar quanto à alimentação: comer somente o que for aprovado pela equipe de enfermagem e médica; orientar que até os 7 cm de dilatação a dieta e líquida restrita até 7cm de dilatação; oferecer água em pouca quantidade em intervalos menores. Orientar quanto às eliminações: estimular para eliminação vesical e intestinal espontânea; observar formação de globo vesicular; trocar forros perineais quando necessário, observar e anotar presença de secreções, sangue.

7- Orientar gradualmente conforme a necessidade que a mulher apresenta. Quanto aos procedimentos na *sala de pré-parto*: realizar dinâmica uterina de 1/1 hora; verificar BCF de 30/30 minutos (antes, durante e após 20 segundos da contração); verificar pressão arterial e pulso de 1/1 hora; verificar temperatura de 4/4 horas, quando bolsa íntegra e 2/2 horas, quando bolsa rota; a respiração é de difícil controle, verificar apenas quando houver indicação específica; preenchimento do partograma; acompanhamento da realização da cardiocografia. Orientar quanto aos procedimentos *na sala de parto*: orientar como se deve posicionar na cadeira ou mesa de parto; orientar como a paciente deve proceder durante o parto: “fazer força” somente quando tiver contração, caso contrário ela deve descansar para a próxima contração, durante a força/contração trancar a respiração e pensar só na força que deve fazer para possibilitar a saída do bebê; oferecer pequenas quantidades de água quando solicitado; verificar BCF no caso de período expulsivo prolongado; verificar pressão arterial se necessário; encorajar seus esforços e apontar seus progressos; dar apoio emocional estar ao seu lado; colocar o RN junto à mãe, quando possível, para uma interação precoce; estimular amamentação ainda na sala de parto; coletar sangue do cordão umbilical quando a mãe for fator RH negativo; após a dequitação da placenta e episiotomia se necessário preparar a mulher para ser levada para a sala de recuperação onde ficará até o final do período de Greenberg. Orientar sobre os cuidados que serão realizados com o bebê na *sala do recém-nascido*: o banho; identificação; administração de crede e vitamina K; pesagem e medidas; verificar sinais vitais; passagem de sonda orogástrica; lavado gástrico; cuidados com o coto umbilical.

Provisão:

Controle da Assistência:

A cliente demonstrou interesse nas orientações, realizando as atividades propostas, fazendo perguntas quando havia dúvidas. Quando apresentava dificuldades em realizar as atividades reorientávamos e estimulávamos ela.

Processo-2

Diagnóstico e Prescrição/ Déficit e Competência para o autocuidado

Coleta de Dados:

V.L., sexo feminino, 26 anos, cor branca, solteira, doméstica, natural de Lages, procedente do bairro Monte Verde - Florianópolis. Chegou ao Centro Obstétrico deambulando, acompanhada com a cunhada às 10:00 horas, proveniente da triagem, GIV, PII, AI, idade gestacional pelo USG de 38s, apresentando início de trabalho de parto, bolsa íntegra, sinais vitais estáveis, pele e mucosas hidratadas, quanto à alimentação ingeriu somente líquido (chá), eliminação vesical presente, sudorese. Paciente comunicativa, tendo uma boa interação com a equipe, necessitando de apoio psicológico. Não apresentou distócias, BCF e D.U presentes, com relação aos partos anteriores foram todos partos vaginais sem intercorrência, sendo que agora escolheu o parto normal vertical (PNV). Apresenta-se com medo, preocupada, fadiga, dor e momentos de choro. Realizou 6 consultas de pré-natal no Hospital Universitário. V.L., relata que no início da gravidez ela não aceitou a gravidez mais que agora deseja muito este bebê, e o pai não aceita, e também esta com medo e preocupada em relação ao parto.

Especificação:

- 1- Déficit de conhecimento sobre os sinais e sintomas do verdadeiro trabalho de parto e evolução deste, caracterizado pelo medo, preocupação.
- 2- Desconhecimento sobre as medidas para aliviar a dor.
- 3- Despreparo emocional e psicológico relacionado a gravidez não planejada.
- 4- Não aceitação inicial da gravidez, relacionado a não aceitação por parte do pai do bebê.
- 5- Desconhecimento sobre os métodos contraceptivos.
- 6- Desconhecimento das rotinas sobre ingestão alimentar, líquidos e de eliminações vesical e intestinal no pré-parto.
- 7- Desconhecimento sobre os procedimentos realizados nas salas de pré-parto e parto.

Classificação:

Requisitos Universais de Autocuidado: 6.

Requisitos de Desenvolvimento de Autocuidado: 1, 7.

Requisitos de no Desvio de Saúde: 2, 3, 4, 5.

Projeção e Planejamento do Sistema e assistência de Enfermagem**Sistema de Enfermagem:**

Sistema de Compensação Total: 7

Sistema de Compensação Parcial: 1, 6.

Sistema de Suporte Educativo: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.

Plano de Assistência/ Objetivo de Saúde:

- 1- Orientações sobre os sinais e sintomas do trabalho de parto e evolução do mesmo.
- 2- Orientações sobre algumas medidas que possam minimizar a dor; orientação sobre os motivos/ causas dessa dor.
- 3e 4- Orientação sobre a necessidade de apoio psicológico/emocional.
- 5- Orientações sobre os métodos contraceptivos para evitar nova gravidez.
- 6- Orientações das rotinas sobre ingestão alimentar, líquidos e quanto a importância da eliminações vesical e intestinal espontânea no pré-parto.
- 7- Orientações sobre os cuidados realizados na sala de pré-parto e parto.

Iniciação:**Ação de Enfermagem:**

- 1- Orientar sobre os verdadeiros sinais e sintomas do trabalho de parto como: as contrações são regulares, rítmicas (intervalo gradativamente decrescente), duração e intensidade aumentam gradativamente; desconforto ou “dor” localizada nas costas que se irradia para o abdome; as contrações não se interrompem com a sedação, apagamento do colo uterino, perda do tampão mucoso, rompimento da bolsa.

- 2- Orientar que as contrações e a dilatação fazem parte do processo fisiológico do trabalho de parto, e algumas mulheres podem relatar dor/desconforto, mas que existem algumas medidas que elas podem utilizar para que minimize essa dor como: Estimular o banho de chuveiro (a água morna sobre a barriga ao mesmo tempo em que relaxa também estimula a contração, já a água morna caindo sobre dorso minimiza a dor e o desconforto), a bola, cavalinho, respiração. Oferecer a mulher à possibilidade da massagem e da musicoterapia. Isso favorece o relaxamento, diminuindo a fadiga. Estimular a deambulação e, quando-a quiser, repousar orientar sempre para deitar em decúbito lateral esquerdo e não em posição supina (decúbito dorsal).

- 3e4- Orientar a mulher que não é correto cometer agressões físicas, tendo que se controlar. Orientar que ela pode contar com a equipe de enfermagem dando suporte emocional e caso seja necessário a enfermagem entra em contato com outros serviços como a psicologia, serviço social quando necessário. Abrir espaço para expressar seus medos, angustias e preocupações.

- 5- Orientar sobre os métodos contraceptivos existentes, uso da minipílula (só com progesterona) no pós-parto e camisinha, e as pílulas contraceptivas as quais ela pode conseguir gratuitamente no Centro de Saúde.

- 6- Orientar quanto a alimentação: comer somente o que for aprovado pela equipe de enfermagem e médica; orientar que até os 7 cm de dilatação a dieta e líquida restrita até 7cm de dilatação; oferecer água em pouca quantidade em intervalos menores. Orientar quanto às eliminações: estimular para eliminação vesical e intestinal espontânea; observar formação de globo vesicular; trocar forros perineais quando necessário, observar e anotar presença de secreções, sangue.

- 7- Orientar gradualmente conforme a necessidade que à mulher apresenta. Quanto aos procedimentos na *sala de pré-parto*: realizar dinâmica uterina de 1/1 hora; verificar BCF de 30/30 minutos (antes, durante e após 20 segundos da contração); verificar

pressão arterial e pulso de 1/1 hora; verificar temperatura de 4/4 horas, quando bolsa íntegra e 2/2 horas, quando bolsa rota; a respiração é de difícil controle, verificar apenas quando houver indicação específica; preenchimento do partograma; acompanhamento da realização da cardiotocografia. Orientar quanto aos procedimentos *na sala de parto*: orientar como se deve posicionar na cadeira ou mesa de parto; orientar como a paciente deve proceder durante o parto: “fazer força” somente quando tiver contração, caso contrário ela deve descansar para a próxima contração, durante a força/contração trancar a respiração e pensar só na força que deve fazer para possibilitar a saída do bebê; oferecer pequenas quantidades de água quando solicitado; verificar BCF no caso de período expulsivo prolongado; verificar pressão arterial se necessário; encorajar seus esforços e apontar seus progressos; dar apoio emocional estar ao seu lado; colocar o RN junto à mãe, quando possível, para uma interação precoce; estimular amamentação ainda na sala de parto; coletar sangue do cordão umbilical quando a mãe for fator RH negativo; após a dequitação da placenta e episiotomia se necessário preparar a mulher para ser levada para a sala de recuperação onde ficará até o final do período de Greenberg. Orientar sobre os cuidados que serão realizados com o bebê *na sala do recém-nascido*: o banho; identificação; administração de crede e vitamina K; pesagem e medidas; verificar sinais vitais; passagem de sonda orogástrica; lavado gástrico; cuidados com o coto umbilical.

Provisão:

Controle da Assistência:

A cliente demonstrou interesse nas orientações, realizando as atividades propostas, fazendo perguntas quando havia dúvidas. Quando apresentava dificuldades em realizar as atividades reorientávamos e estimulávamos ela.

Processo-3

Diagnóstico e Prescrição/ Déficit e Competência para o autocuidado

Coleta de Dados:

S.S.D.A., sexo feminino, 20 anos, cor branca, casada, do lar, natural do Paraná, procedente do bairro Vargem do Bom Jesus - Florianópolis. Chegou ao Centro Obstétrico deambulando, acompanhada com o marido às 03:35 horas, proveniente da triagem, GI, PØ, AØ, idade gestacional pelo USG de 41s e 4d, apresentando início de trabalho de parto, bolsa íntegra, pressão arterial mantendo-se 140x 90, pele e mucosas hidratadas, quanto a alimentação ingeriu café com leite mais pão, eliminação vesical presente, sudorese, vômitos 3 vezes. Paciente comunicativa, tendo uma boa interação com a equipe, tem dúvida quanto ao tipo de parto. Não apresentou distócias, BCF e DU presentes, mas com contrações pouco efetivas. Apresenta-se tensa, fâcies contraída e dor. Realizou 9 consultas de pré-natal no Centro de Saúde do bairro onde mora. Paciente referiu cefaléia. Foi administrado hidralazina e ocitocina em bomba de infusão.

Especificação:

- 1- Déficit de conhecimento sobre os sinais e sintomas do verdadeiro trabalho de parto e evolução deste, caracterizado por tensão, fâcies contraída.
- 2- Desconhecimento sobre as medidas para aliviar a dor.
- 3- Déficit em relação a dinâmica uterina.
- 4- Desconhecimento sobre as vantagens dos diversos tipos de parto.
- 5- Déficit de conhecimento sobre os sintomas da hipertensão.
- 6- Desconhecimento das rotinas sobre ingesta alimentar, líquidos e de eliminações vesical e intestinal no pré-parto.
- 7- Desconhecimento sobre os procedimentos realizados nas salas de pré-parto e parto.

Classificação:

Requisitos Universais de Autocuidado: 6.

Requisitos de Desenvolvimento de Autocuidado: 1, 3, 5, 7.

Requisitos de no Desvio de Saúde: 2, 4.

Projeção e Planejamento do Sistema e assistência de Enfermagem

Sistema de Enfermagem:

Sistema de Compensação Total: 3, 5, 7.

Sistema de Compensação Parcial: 1, 6.

Sistema de Suporte Educativo: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.

Plano de Assistência/ Objetivo de Saúde:

- 1- Orientações sobre os sinais e sintomas do trabalho de parto e evolução do mesmo.
- 2- Orientações sobre algumas medidas que possam minimizar a dor; orientação sobre os motivos/ causas dessa dor.
- 3- Orientação sobre a pouca dinâmica uterina e a administração de ocitocina.
- 4- Orientações sobre as vantagens dos tipos de parto realizado no Centro Obstétrico.
- 5- Orientações quanto aos cuidados, sinais e sintomas em relação ao aumento da pressão arterial.
- 6- Orientações das rotinas sobre ingestão alimentar, líquidos e quanto a importância das eliminações vesical e intestinal espontânea no pré-parto.
- 7- Orientações sobre os cuidados realizados na sala de pré-parto e parto.

Iniciação:

Ação de Enfermagem:

- 1- Orientar sobre os verdadeiros sinais e sintomas do trabalho de parto como: as contrações são regulares, rítmicas (intervalo gradativamente decrescente), duração e intensidade aumentam gradativamente; desconforto ou “dor” localizada nas costas que se irradia para o abdome; as contrações não se interrompem com a sedação, apagamento do colo uterino, perda do tampão mucoso, rompimento da bolsa.
- 2- Orientar que as contrações e a dilatação fazem parte do processo fisiológico do trabalho de parto, e algumas mulheres podem relatar dor/desconforto, mas que

existem algumas medidas que elas podem utilizar para que minimize essa dor como: estimular o banho de chuveiro (a água morna sobre a barriga ao mesmo tempo em que relaxa também estimula a contração, já a água morna caindo sobre dorso minimiza a dor e o desconforto), a bola, cavalinho, respiração. Oferecer a mulher a possibilidade da massagem e da musicoterapia. Isso favorece o relaxamento, diminuindo a fadiga. Estimular a deambulação e, quando-a quiser, repousar orientar sempre para deitar em decúbito lateral esquerdo e não em posição supina (decúbito dorsal).

- 3- Esclarecer dúvidas sobre a pouca contração que ela esta sentindo. Isso ajuda a diminuir sua preocupação. Orientar sobre o uso de ocitocina, a qual vai estimular a contração, provavelmente aumentando assim a dinâmica uterina, orientando-a que com isso ela possa sentir um desconforto maior. Puncionar veia periférica para administração de ocitocina em bomba de infusão. Observar sinais flogísticos (edema, vermelhidão, dor no local puncionado). Controlar fluidoterapia, aumentando ou diminuindo o gotejamento, conforme prescrição médica.
- 4- Orientar para que informe sinais como: escotoma, visão turva, cefaléia. Verificar pressão arterial de 30 em 30 minutos; administrar hidralazina conforme prescrição médica; anotar quantas vezes ela referir vômitos; Orientar a mulher sobre a importância dela relaxar/descontrair, pois facilita a diminuição do nervosismo, ansiedade; Deixar expressar seus medos e preocupações isso ajuda a diminuir a ansiedade.
- 5- Levar a paciente para conhecer a sala de parto (rotina da unidade), orientando sobre as vantagens de cada tipo de parto (horizontal e vertical) e reforçando que a cesariana só pode ser realizada se houver alguma indicação médica.
- 6- Orientar quanto à alimentação: comer somente o que for aprovado pela equipe de enfermagem e médica; orientar que até os 7 cm de dilatação a dieta e líquida restrita até 7cm de dilatação; oferecer água em pouca quantidade em intervalos

menores. Orientar quanto às eliminações: estimular para eliminação vesical e intestinal espontânea; observar formação de globo vesicular; trocar forros perineais quando necessário, observar e anotar presença de secreções, sangue.

- 7- Orientar gradualmente conforme a necessidade que a mulher apresenta. Quanto aos procedimentos na *sala de pré-parto*: realizar dinâmica uterina de 1/1 hora; verificar BCF de 30/30 minutos (antes, durante e após 20 segundos da contração); verificar pressão arterial e pulso de 1/1 hora; verificar temperatura de 4/4 horas, quando bolsa íntegra e 2/2 horas, quando bolsa rota; a respiração é de difícil controle, verificar apenas quando houver indicação específica; preenchimento do partograma; acompanhamento da realização da cardiocografia. Orientar quanto aos procedimentos *na sala de parto*: orientar como se deve posicionar na cadeira ou mesa de parto; orientar como a paciente deve proceder durante o parto: “fazer força” somente quando tiver contração, caso contrário ela deve descansar para a próxima contração, durante a força/contração trancar a respiração e pensar só na força que deve fazer para possibilitar a saída do bebê; oferecer pequenas quantidades de água quando solicitado; verificar BCF no caso de período expulsivo prolongado; verificar pressão arterial se necessário; encorajar seus esforços e apontar seus progressos; dar apoio emocional estar ao seu lado; colocar o RN junto à mãe, quando possível, para uma interação precoce; estimular amamentação ainda na sala de parto; coletar sangue do cordão umbilical quando a mãe for fator RH negativo; após a dequitação da placenta e episiotomia se necessário preparar a mulher para ser levada para a sala de recuperação onde ficará até o final do período de Greenberg. Orientar sobre os cuidados que serão realizados com o bebê na *sala do recém-nascido*: o banho; identificação; administração de crede e vitamina K; pesagem e medidas; verificar sinais vitais; passagem de sonda orogástrica; lavado gástrico; cuidados com o coto umbilical.

Provisão:

Controle da Assistência:

A cliente demonstrou interesse nas orientações, realizando as atividades propostas, fazendo perguntas quando havia dúvidas. Quando apresentava dificuldades em realizar as atividades reorientávamos e estimulávamos ela.

Processo-4

Diagnóstico e Prescrição/ Déficits e Competência para o autocuidado

Coleta de Dados:

C.E.L.C., sexo feminino, 26 anos, cor branca, união estável, 8ª série incompleto, do lar, natural de Porto Alegre, procedente do bairro Agrônômica - Fpolis. Chegou ao Centro Obstétrico deambulando, acompanhada com o marido às 22:40 horas, proveniente da triagem, GII, PI, AØ, idade gestacional pelo USG de 39s, apresentando início de trabalho de parto, bolsa íntegra, sinais vitais estáveis, pele e mucosas hidratadas, quanto a alimentação ingeriu somente líquido (café e chá), eliminação vesical presente, sudorese, realizado flitenema. Paciente comunicativa, tendo uma boa interação com a equipe. Não apresentou distócias, BCF presentes e pouca DU, com relação ao parto anterior foi vaginal horizontal sem intercorrências, sendo que agora escolheu o parto normal vertical (PNV). Apresenta-se com medo, preocupada em relação a pouca contração, tensa, dor e momentos de choro. Realizou 6 consultas de pré-natal no Centro de Saúde de seu bairro. Relata que a gravidez não foi planejada e esta preocupada com o filho que ficou em casa. Administrada ocitocina em bomba de infusão.

Especificação:

- 1- Déficit de conhecimento sobre os sinais e sintomas do verdadeiro trabalho de parto e evolução deste, caracterizado pelo medo e tensão.
- 2- Desconhecimento sobre as medidas para aliviar a dor.
- 3- Déficit em relação à dinâmica uterina, provocando preocupação na mulher, sendo caracterizado pelo choro.
- 4- Despreparo emocional relacionado a gravidez não planejada.
- 5- Desconhecimento sobre os métodos contraceptivos.

- 6- Desconhecimento das rotinas sobre ingestão alimentar, líquidos e de eliminações vesical e intestinal no pré-parto.
- 7- Desconhecimento sobre os procedimentos realizados nas salas de pré-parto e parto.

Classificação:

- Requisitos Universais de Autocuidado: 3, 6.
- Requisitos de Desenvolvimento de Autocuidado: 1, 7.
- Requisitos de no Desvio de Saúde: 2, 4, 5.

Projeção e Planejamento do Sistema e assistência de Enfermagem

Sistema de Enfermagem:

- Sistema de Compensação Total: 3, 7.
- Sistema de Compensação Parcial: 1, 6.
- Sistema de Suporte Educativo: 1, 2, 3, 4, 5., 6, 7.

Plano de Assistência/ Objetivo de Saúde:

- 1- Orientações sobre os sinais e sintomas do trabalho de parto e evolução do mesmo.
- 2- Orientações sobre algumas medidas que possam minimizar a dor; orientação sobre os motivos/ causas dessa dor.
- 3- Orientação sobre a pouca dinâmica uterina e a administração de ocitocina.
- 4- Orientação sobre a necessidade de apoio psicológico/emocional.
- 5- Orientações sobre os métodos contraceptivos para evitar nova gravidez.
- 6- Orientações das rotinas sobre ingestão alimentar, líquidos e quanto à importância das eliminações vesical e intestinal espontânea no pré-parto.
- 7- Orientações sobre os cuidados realizados na sala de pré-parto e parto.

Iniciação:

Ação de Enfermagem:

- 1- Orientar sobre os verdadeiros sinais e sintomas do trabalho de parto como: as contrações são regulares, rítmicas (intervalo gradativamente decrescente), duração e intensidade aumentam gradativamente; desconforto ou “dor” localizada nas

costas que se irradia para o abdome; as contrações não se interrompem com a sedação, apagamento do colo uterino, perda do tampão mucoso, rompimento da bolsa.

- 2- Orientar que as contrações e a dilatação fazem parte do processo fisiológico do trabalho de parto, e algumas mulheres podem relatar dor/desconforto, mas que existem algumas medidas que elas podem utilizar para que minimize essa dor como: estimular o banho de chuveiro (a água morna sobre a barriga ao mesmo tempo em que relaxa também estimula a contração, já a água morna caindo sobre dorso minimiza a dor e o desconforto), a bola, cavalinho, respiração. Oferecer a mulher à possibilidade da massagem e da musicoterapia. Isso favorece o relaxamento, diminuindo a fadiga. Estimular a deambulação e, quando-a quiser, repousar orientar sempre para deitar em decúbito lateral esquerdo e não em posição supina (decúbito dorsal).
- 3- Esclarecer dúvidas sobre a pouca contração que ela esta sentindo, isso ajuda a diminuir sua preocupação. Orientar sobre o uso de ocitocina a qual vai estimular a contração, provavelmente aumentando assim a dinâmica uterina, orientando-a que com isso ela possa sentir um desconforto maior. Puncionar veia periférica para administração de ocitocina em bomba de infusão. Observar sinais flogísticos (edema, vermelhidão, dor no local puncionado). Controlar fluidoterapia, aumentando ou diminuindo o gotejamento, conforme prescrição médica.
- 4- Orientar que ela pode contar com a equipe de enfermagem dando suporte emocional e caso seja necessário a enfermagem entra em contato com outros serviços como a psicologia, serviço social quando necessário. Abrir espaço para conversar sobre seus medos e preocupações.
- 5- Orientar sobre os métodos contraceptivos existentes, uso da minipílula (só com progesterona) no pós-parto e camisinha, e as pílulas contraceptivas as quais ela pode adquirir gratuitamente no Centro de Saúde.

- 6- Orientar quanto à alimentação: comer somente o que for aprovado pela equipe de enfermagem e médica; orientar que até os 7 cm de dilatação a dieta e líquida restrita até 7cm de dilatação; oferecer água em pouca quantidade em intervalos menores. Orientar quanto às eliminações: estimular para eliminação vesical e intestinal espontânea; observar formação de globo vesicular; trocar forros perineais quando necessário, observar e anotar presença de secreções, sangue.

- 7- Orientar gradualmente conforme a necessidade que a mulher apresenta. Quanto aos procedimentos na *sala de pré-parto*: realizar dinâmica uterina de 1/1 hora; verificar BCF de 30/30 minutos (antes, durante e após 20 segundos da contração); verificar pressão arterial e pulso de 1/1 hora; verificar temperatura de 4/4 horas, quando bolsa íntegra e 2/2 horas, quando bolsa rota; a respiração é de difícil controle, verificar apenas quando houver indicação específica; preenchimento do partograma; acompanhamento da realização da cardiotocografia. Orientar quanto aos procedimentos *na sala de parto*: orientar como se deve posicionar na cadeira ou mesa de parto; orientar como a paciente deve proceder durante o parto: “fazer força” somente quando tiver contração, caso contrário ela deve descansar para a próxima contração, durante a força/contração trancar a respiração e pensar só na força que deve fazer para possibilitar a saída do bebê; oferecer pequenas quantidades de água quando solicitado; verificar BCF no caso de período expulsivo prolongado; verificar pressão arterial se necessário; encorajar seus esforços e apontar seus progressos; dar apoio emocional estar ao seu lado; colocar o RN junto à mãe, quando possível, para uma interação precoce; estimular amamentação ainda na sala de parto; coletar sangue do cordão umbilical quando a mãe for fator RH negativo; após a dequitação da placenta e episiotomia se necessário preparar a mulher para ser levada para a sala de recuperação onde ficará até o final do período de Greenberg. Orientar sobre os cuidados que serão realizados com o bebê na *sala do recém-nascido*: o banho; identificação; administração de crede e vitamina K; pesagem e medidas; verificar sinais vitais; passagem de sonda orogástrica; lavado gástrico; cuidados com o coto umbilical.

Provisão:**Controle da Assistência:**

A cliente demonstrou interesse nas orientações, realizando as atividades propostas, fazendo perguntas quando havia dúvidas. Quando apresentava dificuldades em realizar as atividades reorientávamos e estimulávamos ela.

12 – ANEXOS

ANEXO A

FILOSOFIA DA MATERNIDADE

- em se prestando assistência, se ensina;
- é direito de toda mulher – recém-nascido (RN) – família, no processo de gravidez, parto e puerpério, receber atendimento personalizado que garanta uma assistência adequada, nos aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais.
- a atenção à saúde da mulher visa o ciclo grávido-puerperal, considerando a gravidez como processo e não com um evento.
- na atenção à saúde da mãe, RN e família, na gravidez, parto e puerpério, se considera a importância do papel do pai, sua presença e participação.
- o sistema de alojamento conjunto facilita a criação e aprofundamento de laços mãe- RN-família, favorecendo a vinculação afetiva, a compreensão do processo de crescimento e desenvolvimento, a participação ativa e a educação para a saúde dos elementos mencionados;
- a equipe interdisciplinar que presta assistência à mulher-RN-família, deve atuar de forma integrada, visando um atendimento adequado;
- as atividades de ensino, pesquisa e extensão realizadas pela equipe interdisciplinar ligadas à saúde da mãe-RN-família, devem refletir atitudes de respeito ao ser humano e reverter em benefício de uma melhor assistência;
- a equipe deve exercer papel atuante na educação da mulher/acompanhante e grupo familiar, com vistas ao preparo e adaptação ao aleitamento materno, desenvolvimento da confiança e capacidade de cuidar do filho, execução de cuidados básicos de saúde e planejamento familiar;
- todo pessoal deve ter qualificação, treinamento e supervisão continuadas, específicas, para prestação da assistência a quem tem direito a mãe, o RN e a família;
- a parturiente não deixará de ser assistida por quaisquer problemas burocráticos. Ou as rotinas terão flexibilidade suficiente para toda e quaisquer exceções, ou serão adaptadas após a geração do feto.

- o desenvolvimento de atividades será de forma integrada quanto às unidades que operam na maternidade, ou com elas se relacionem;
- a mulher deve permanecer internada o tempo suficiente para que sejam atendidas suas necessidades assistenciais e de educação em saúde.

Fonte: Regimento Interno do HU

ANEXO B

OS 10 PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO

- Ter uma norma escrita quanto à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno que deverá ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde.
- Treinar toda a equipe materno-infantil, capacitando-a para implementar esta norma.
- Informar todas as gestantes e mães sobre as vantagens do aleitamento materno, promovendo a amamentação exclusiva até os seis meses e complementada até os 2 anos de vida ou mais.
- Ouvir as preocupações e dúvidas das gestantes e mães quanto à amamentação, fortalecendo sua autoconfiança.
- Informar as gestantes sobre a importância de iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto e de ficar com o bebê em alojamento conjunto.
- Mostrar às gestantes e mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se estiverem separadas de seus filhos.
- Não prescrever pílulas anticoncepcionais combinadas às nutrizes e informá-las sobre o método da amenorréia lactacional e outros métodos contraceptivos adequados à amamentação sob livre demanda.
- Encorajar a amamentação sob livre demanda.
- Orientar todas as gestantes e mães sobre os riscos do uso de mamadeiras, bicos e chupetas.
- Garantir o funcionamento de grupos de apoio à amamentação acessíveis a todas as gestantes e mães, envolvendo os familiares nesse apoio através de visitas domiciliares ou da sua participação nesses grupos.

Fonte: Ministério da Saúde

ANEXO C

OITO PASSOS PARA A MATERNIDADE SEGURA

- Garantir informação sobre saúde reprodutiva e direitos da mulher.
- Garantir assistência durante a gravidez, parto e puerpério, e ao planejamento familiar.
- Incentivar o parto normal e humanizado.
- Ter rotinas escritas para normatizar a assistência.
- Treinar toda a equipe de saúde para implementar as rotinas.
- Possuir estrutura adequada para atendimento materno e perinatal.
- Possuir arquivo e sistema de informação.
- Avaliar periodicamente os indicadores de saúde materna e perinatal.

Fonte: Ministério da Saúde

ANEXO – D

PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS (Fotos e Certificados)

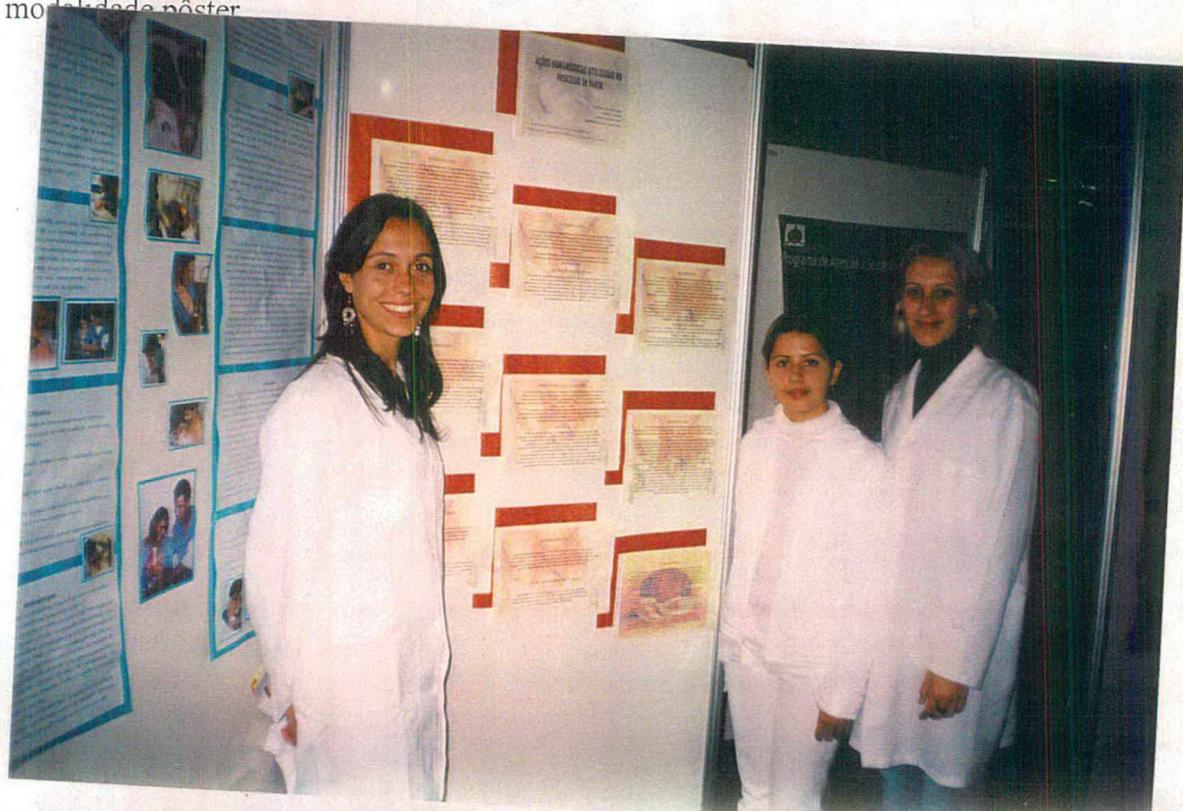
⇒ VI Seminário Estadual “ Qualidade da Assistência ao Parto: Contribuições de Enfermagem”, nos dias 28 a 30 de maio em Curitiba, na qualidade de participante e autores do trabalho “ Ações Humanísticas Utilizadas no processo de Parir”, na modalidade de pôster, totalizando 24 horas.



⇒ 3º SEPEX (3º Semana de Ensino, pesquisa e Extensão da UFSC), no desenvolvimento do trabalho no Estande do Departamento de Enfermagem “Orientações e Simulação do Parto Normal e Cuidados com o Recém-Nascido”, sob a coordenação da Professora Vitória Petters Gregório, de 04 a 07/06/2003, totalizando 08 horas.

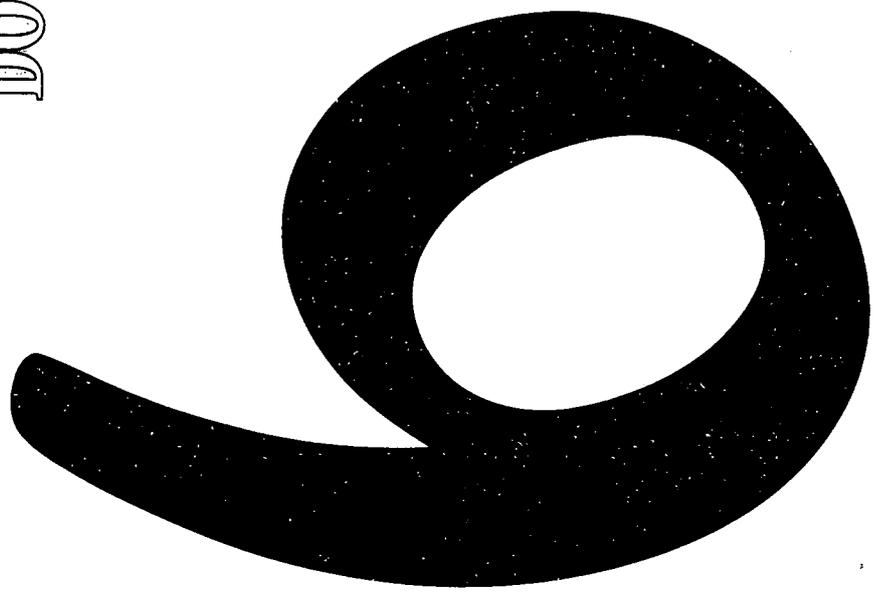


⇒ 3º SEPEX (3º Semana de Ensino, pesquisa e Extensão da UFSC), apresentando o trabalho “Ações Humanísticas utilizadas no Processo de Parir”, de 04 a 07/06/2003, na modalidade pôster.



VI SEMINÁRIO DO PARTO

Certificado



Certificamos que CAROLINA VIEIRA DEUGHER

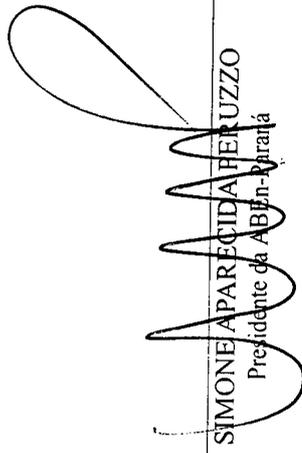
participou do VI Seminário Estadual "Qualidade da Assistência ao Parto:

Contribuições da Enfermagem", nos dias 28 a 30 de maio de 2003, pelo que

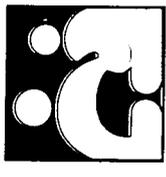
lhe é conferido o presente certificado na qualidade de AUTORA

**DO TRABALHO: "AÇÕES HUMANÍSTICAS UTILIZADAS NO
PROCESSO DE PARIR" NA MODALIDADE DE POSTER NO DIA 30 DE
MAIO.**

Curitiba, 30 de maio de 2003.

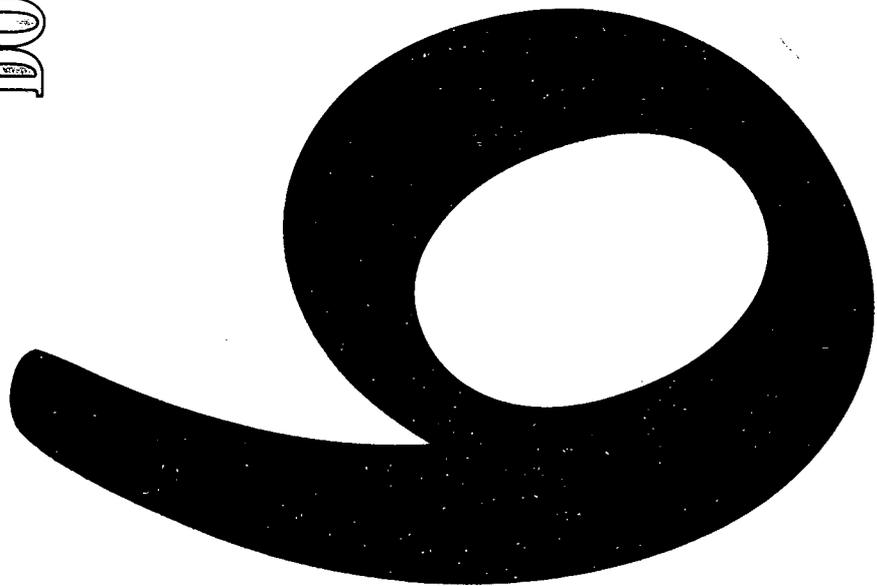

SIMONE APARECIDA FERUZZO
Presidente da ABIn-Paraná


ALAIRTE LEANDRO MARTINS
Coordenadora do Evento



VI SEMINÁRIO DO PARTO

Certificado



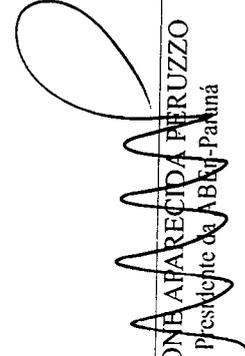
Certificamos que Carollina Siqueira Da Silva

participou do VI Seminário Estadual “Qualidade da Assistência ao Parto:

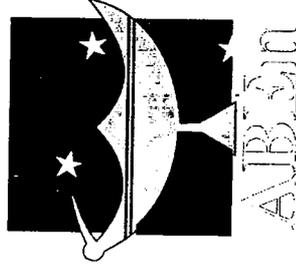
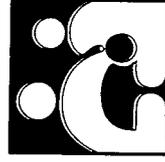
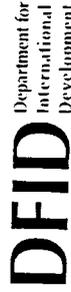
Contribuições da Enfermagem”, nos dias 28 a 30 de maio de 2003, pelo que

lhe é conferido o presente certificado na qualidade de _____
participante

Curitiba, 30 de maio de 2003.


SIMONE AFARECIDA PERUZZO
Presidente da ABEN-Paraná


ALAIRTE LEANDRO MARTINS
Coordenadora do Evento





UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787
e-mail: nfr@nfr.ufsc.br

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que a acadêmica **Carolina Vieira Deucher**, participou da 3ª SEPEX (3ª Semana de Ensino, Pesquisa e Extensão da UFSC), no desenvolvimento do trabalho no Estande do Departamento de Enfermagem “Orientações e Simulação do Parto Normal e Cuidados com o Recém-Nascido”, sob a Coordenação da Profª Vitória Regina Petters Gregório, de 04 a 07/06/2003, totalizando 08 horas.

Florianópolis, 12 de junho de 2003.


Prof.º Dr.º Gelson Luiz de Albuquerque
- Chefe do Depto. do NFR -

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO

CERTIFICADO

Certificamos que *Carolina Vieira Deucher*

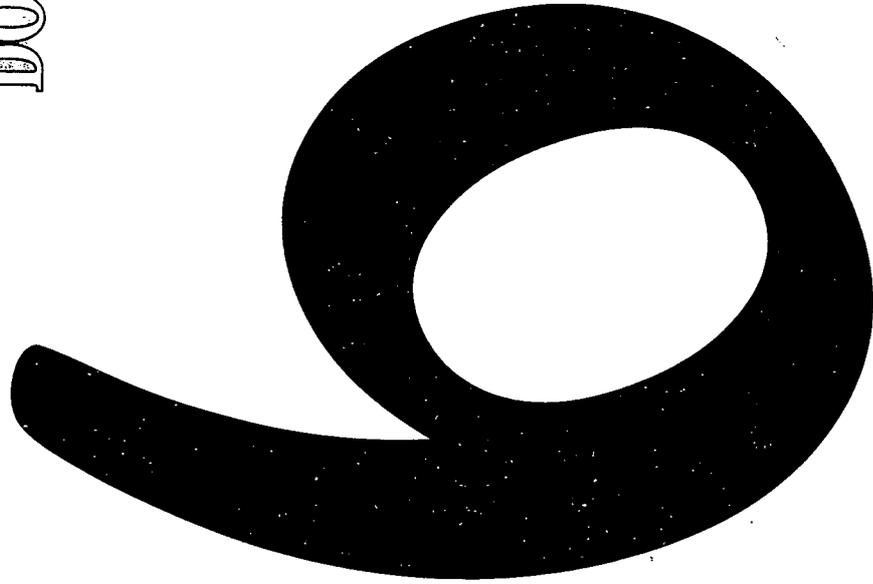
participou da 3ª. SEPEX – Semana de Ensino, Pesquisa e Extensão da UFSC, realizada de 4 a 7 de junho de 2003, apresentando o(s) trabalho(s) "*Ações Humanísticas Utilizadas no Processo de Parir*". Os trabalhos farão parte dos anais de resumos do evento.

Florianópolis - SC, 02 de julho de 2003.


Francisco de Assis Maroneze de Abreu
Coordenação 3ª. SEPEX

VI SEMINÁRIO DO PARTO

Certificado



Certificamos que FRANGIANE AGE LI SOUZA

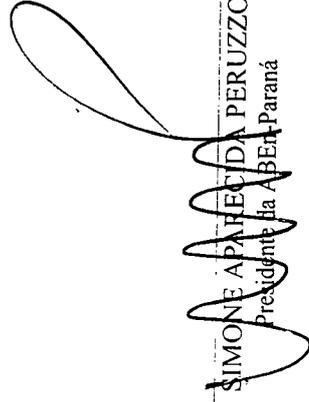
participou do VI Seminário Estadual “Qualidade da Assistência ao Parto:

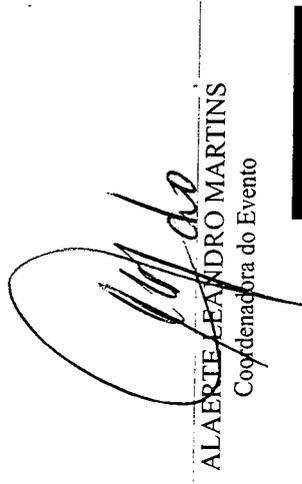
Contribuições da Enfermagem”, nos dias 28 a 30 de maio de 2003, pelo que

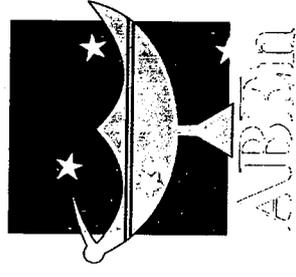
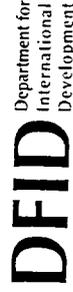
lhe é conferido o presente certificado na qualidade de AUTORA

**DO TRABALHO: “AÇÕES HUMANÍSTICAS UTILIZADAS NO
PROCESSO DE PARIR” NA MODALIDADE DE POSTER NO DIA 30 DE
MAIO.**

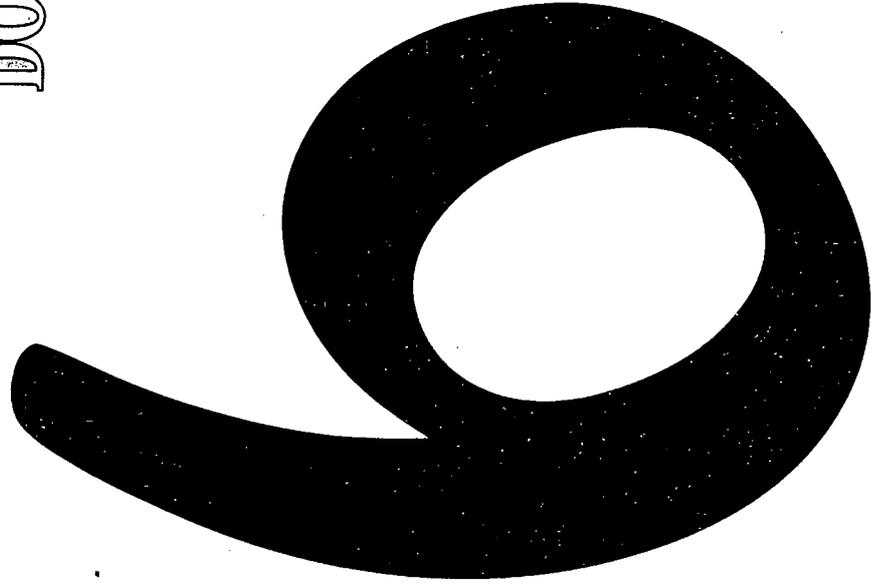
Curitiba, 30 de maio de 2003.


SIMONE APARECIDA PERUZZO
Presidente da ABEEn-Paraná


ALAIRTE LEANDRO MARTINS
Coordenadora do Evento



VI SEMINÁRIO DO PARTO



Certificado

Certificamos que Francine Akli de Souza

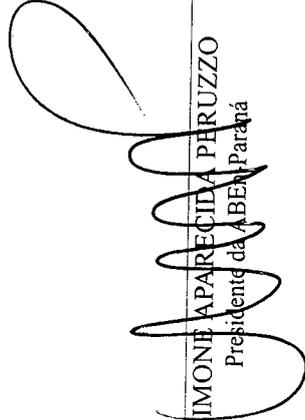
participou do VI Seminário Estadual "Qualidade da Assistência ao Parto:

Contribuições da Enfermagem", nos dias 28 a 30 de maio de 2003, pelo que

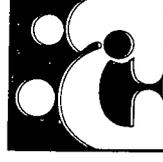
lhe é conferido o presente certificado na qualidade de _____

participante

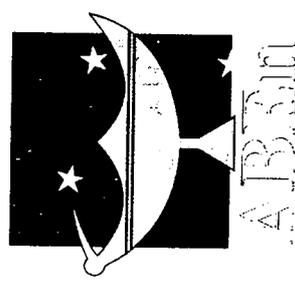
Curitiba, 30 de maio de 2003.


SIMONE APARECIDA PERUZZO
Presidente da ABEM Paraná


ALAIRTE LEANDRO MARTINS
Coordenadora do Evento



Organização Pan-Americana de Saúde
Reunião Sanitária Pan-Americana
Representação Regional de Saúde
Organização Mundial da Saúde





UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787
e-mail: nfr@nfr.ufsc.br

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que a acadêmica **Franciane Aceli de Souza**, participou da 3ª SEPEX (3ª Semana de Ensino, Pesquisa e Extensão da UFSC), no desenvolvimento do trabalho no Estande do Departamento de Enfermagem “Orientações e Simulação do Parto Normal e Cuidados com o Recém-Nascido”, sob a Coordenação da Profª Vitória Regina Petters Gregório, de 04 a 07/06/2003, totalizando 08 horas.

Florianópolis, 12 de junho de 2003.

Profº Drº Gelson Luiz de Albuquerque
- Chefe do Depto. do NFR -

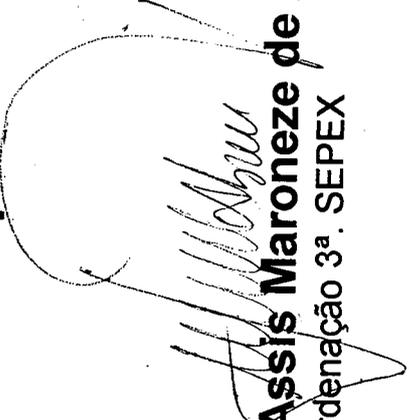
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO

CERTIFICADO

Certificamos que *Franciane Aceli de Souza*

participou da 3ª. SEPEX – Semana de Ensino, Pesquisa e Extensão da UFSC, realizada de 4 a 7 de junho de 2003, apresentando o(s) trabalho(s) "*Ações Humanísticas Utilizadas no Processo de Parir*". Os trabalhos farão parte dos anais de resumos do evento.

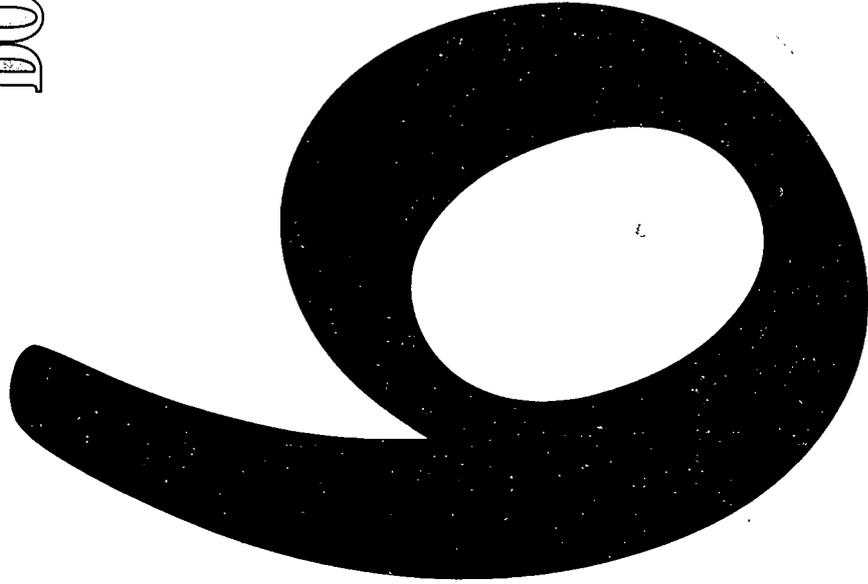
Florianópolis - SC, 02 de julho de 2003.



Francisco de Assis Maroneze de Abreu
Coordenação 3ª. SEPEX

VI SEMINÁRIO DO PARTO

Certificado



Certificamos que TATIANA RASSELE

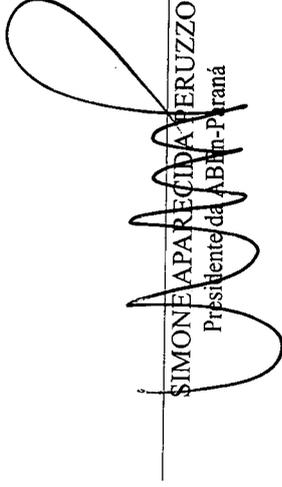
participou do VI Seminário Estadual "Qualidade da Assistência ao Parto:

Contribuições da Enfermagem", nos dias 28 a 30 de maio de 2003, pelo que

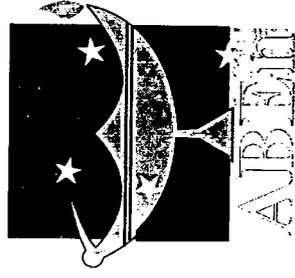
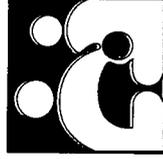
lhe é conferido o presente certificado na qualidade de AUTORA

DO TRABALHO: "AÇÕES HUMANÍSTICAS UTILIZADAS NO
PROCESSO DE PARTIR" NA MODALIDADE DE POSTER NO DIA 30 DE
MAIO.

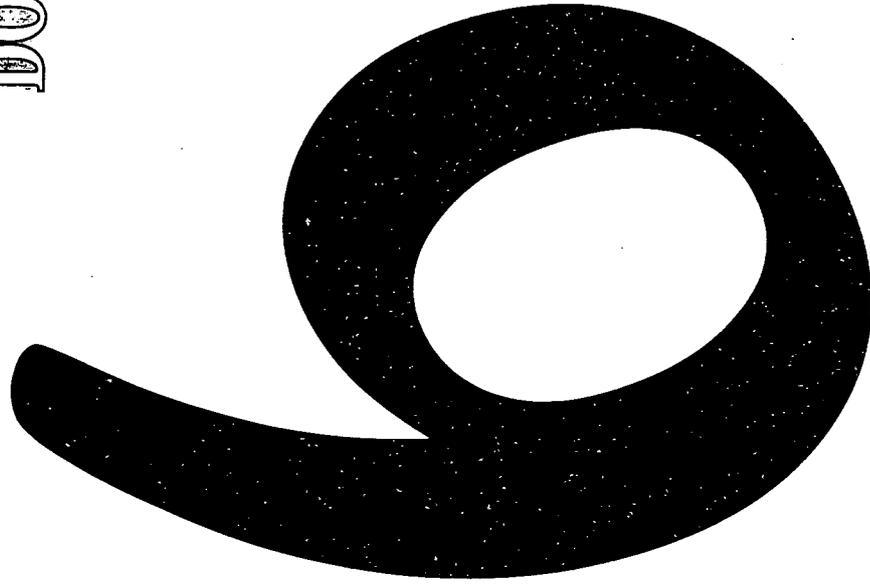
Curitiba, 30 de maio de 2003.


SIMONE APARECIDA PERUZZO
Presidente da ABMn-Paraná


ALAE RTE LEANDRO MARTINS
Coordenadora do Evento



VI SEMINÁRIO DO PARTO



Certificado

Certificamos que TATIANA RASSELE

participou do VI Seminário Estadual "Qualidade da Assistência ao Parto:

Contribuições da Enfermagem", nos dias 28 a 30 de maio de 2003, pelo que

lhe é conferido o presente certificado na qualidade de *Participante da*

Oficina 3: Assistência ao Parto.

Curitiba, 30 de maio de 2003.


SIMONE APARECIDA PERUZZO
Presidente da ABEEn-Paraná

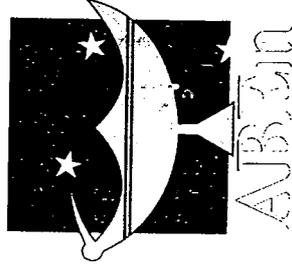

ALAERTE LEANDRO MARTINS
Coordenadora do Evento



DFID
Department for
International
Development



GOVERNO
FEDERAL





UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787
e-mail: nfr@nfr.ufsc.br

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que a acadêmica **Tatiana Rassele**, participou da 3ª SEPEX (3ª Semana de Ensino, Pesquisa e Extensão da UFSC), no desenvolvimento do trabalho no Estande do Departamento de Enfermagem "Orientações e Simulação do Parto Normal e Cuidados com o Recém-Nascido", sob a Coordenação da Profª Vitória Regina Petters Gregório, de 04 a 07/06/2003, totalizando 08 horas.

Florianópolis, 12 de junho de 2003.

Profº Drº Gelson Luiz de Albuquerque
- Chefe do Depto. do NFR -

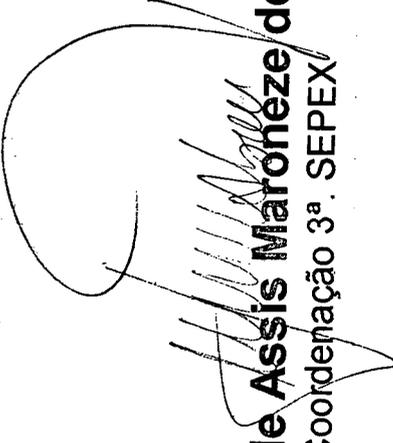
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO

CERTIFICADO

Certificamos que *Tatiana Rassele*

participou da 3ª. SEPEX – Semana de Ensino, Pesquisa e Extensão da UFSC, realizada de 4 a 7 de junho de 2003, apresentando o(s) trabalho(s) "*Ações Humanísticas Utilizadas no Processo de Parir*". Os trabalhos farão parte dos anais de resumos do evento.

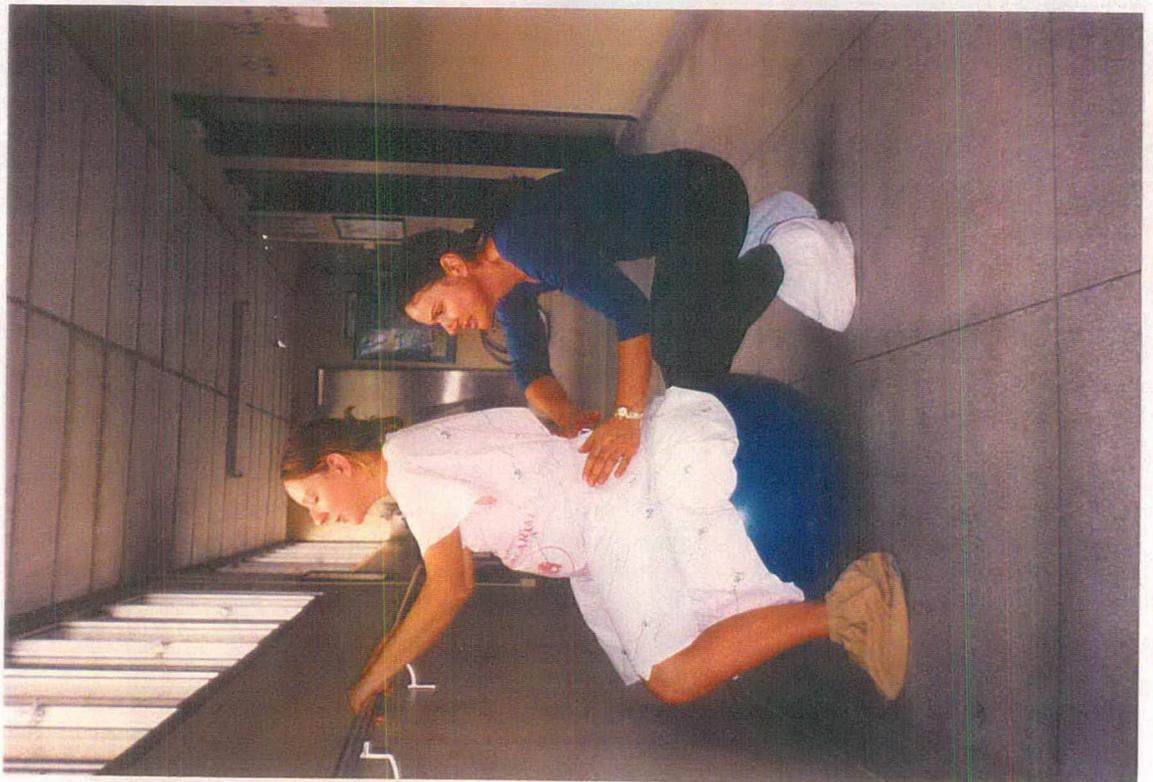
Florianópolis - SC, 02 de julho de 2003.

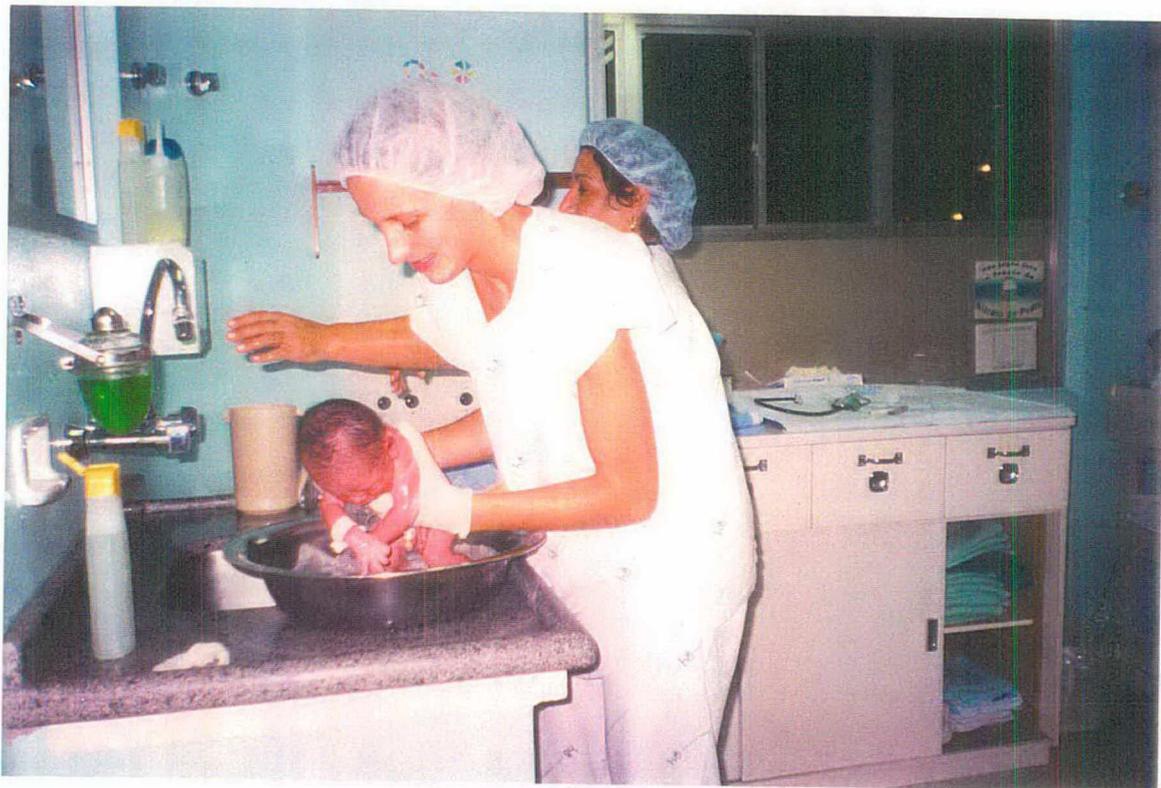


Francisco de Assis Maroneze de Abreu
Coordenação 3ª. SEPEX

ANEXO -E

FOTOS DO ESTÁGIO NOS PERÍODOS DE 09/04 A 16/06/2003







ANEXO – F

FORMULÁRIOS UTILIZADOS NO CENTRO OBSTÉTRICO

Histórico de Enfermagem

I. Identificação do Paciente

Idade: Cor: Est. Civil: Religião: Naturalidade:

Procedência: Profissão: Escolaridade:

Peso: Estatura: Data/Hora da Internação:

Condições da Paciente na Internação: Período expulsivo sim não

II. Percepções e/ou Expectativas

Motivo da Internação: TP Indução Inibição Alto Risco por.:

Curetagem Outros.:

III. Problemas Relacionados às Necessidades Humanas Básicas

1. Necessidades Psicobiológicas

1.1. Oxigenação

Dispnéia: Sim Não Tabagismo na gravidez: Sim Não

R: mmm

1.2. Hidratação e Alimentação

Horário da última ingesta/Tipo de alimento:

1.3. Eliminações

Vesical: Infecção urinária Sim Não

Intestinal: evacuou antes de internar sim não Dificuldades sim não qual:

Drenagens	Perdas Vaginais	tampão mucoso <input type="checkbox"/> sangramentos <input type="checkbox"/> leucorréia <input type="checkbox"/> Outros:
		Bolsa rota sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Artificial <input type="checkbox"/> Data/Hora:
	Gástricas	Características claro <input type="checkbox"/> claro com grumos <input type="checkbox"/> achocolatado <input type="checkbox"/> líquido amniótico: meconial <input type="checkbox"/> fluido <input type="checkbox"/> espesso <input type="checkbox"/> sanguinolento <input type="checkbox"/>
		Náuseas e Vômitos Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

1.4. Integridade Física

Próteses sim não

1.5. Regulações

Térmica | T °C

Vascular | PA mmHg | P bpm

Neurológica | Tontura Sim Não | Cefaléia Sim Não | Distúrbios Visuais sim não
Convulsões Sim Não | Alteração de conduta Sim Não

Hidroeletrolítica | Edemas Sim Não | Locais:

1.6. Integridade Cutânea Mucosa

Mamas | Mamilos: Protuso Plano Invertido Pseudo Invertido Semi Protuso
Rede de Haller: Presente Ausente Tubérculos de Montgomery: Presente Ausente
Colostro: Presente Ausente

Varizes | Sim Não Local:

Abdômen	Inspeção	Forma: Globoso <input type="checkbox"/> Ovóide <input type="checkbox"/> Pêndulo <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>
		Altura Uterina: cm
	Palpação	Situação: Longitudinal <input type="checkbox"/> Obliqua <input type="checkbox"/> Transversa <input type="checkbox"/> Posição: Esquerda <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/>
		Apresentação: Alta e móvel <input type="checkbox"/> Insinuada <input type="checkbox"/> Cefálica <input type="checkbox"/> Cômica <input type="checkbox"/> Pélvica <input type="checkbox"/> Foco: QSD <input type="checkbox"/> QID <input type="checkbox"/> QSE <input type="checkbox"/> QIE <input type="checkbox"/> BCF: bpm Dinâmica Uterina: .

Colo Uterino | Colo: Fino Médio Grosso Pérvio p/ cm

(toque) | Polo Cefálico Pélvico Plano de De Lee

Alterações:

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DIRETORIA DE ENFERMAGEM Serviço de Obstetrícia

Cliente:

Registro:

1.7. Cuidado CorporalCondições de higiene: Boas Regulares Péssimas Realizou tricotomia perineal: Sim Não **18. Percepção Dolorosa**Dor epigástrica: sim não Outros:**1.9. Terapêutica**Apresenta Alergia a medicamentos: sim não Quais:

Rede venosa: Musculatura:

Tratamento Prescrito:

Uso de drogas/ Alcoolismo sim não Nome: Período da gravidez:

Grupo Sangüíneo e fator Rh:

Recebeu Imunoglobulina humana após parto: sim não Quando:**1.10. Sexualidade**

DUM: / / DPP: / / GESTA: PARA: ABORTO: Mal formados:

Abortamento: Espontâneo Provocado Completo Incompleto Retido Infectado

IG: semanas. Data do último parto: / /

Problemas no Aparelho Reprodutor Feminino: -

2. Necessidades Psicossociais e Espirituais**2.1. Educação para Saúde**Pré-Natal: sim não nº de consultas:..... Doenças na gravidez: sim não Período:Recebeu informações sobre: parto aleitamento materno alojamento conjunto puerpério **2.2. Aceitação, auto estima e realização**Planejou a gravidez sim não Depressão pós-parto anterior (es): sim não Pretende amamentar: sim não Porque não: Amamentou o último filho Quantos meses:Deseja Acompanhante no C.O.: sim não no A.C./ GINECO: sim não

Nome e grau de parentesco do familiar:

2.4. Outros

Enfermeiro: DATA: / /

1.10.1 Parto

Data e hora do parto: / / às h.

Tipo	Normal <input type="checkbox"/> Vertical <input type="checkbox"/> Horizontal <input type="checkbox"/> Episiotomia: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Fórceps <input type="checkbox"/> Laceração: 1º grau <input type="checkbox"/>
	2 Grau <input type="checkbox"/> 3º grau <input type="checkbox"/> Período expulsivo prolongado sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Circular de cordão <input type="checkbox"/> quantas: Cirúrgico <input type="checkbox"/> Pfannenstiel <input type="checkbox"/> Küstner <input type="checkbox"/>

Gemelar FM Intercorrências durante o parto:

Dequitação	min. após o parto Mecanismo: B. Shultz <input type="checkbox"/> B. Duncan <input type="checkbox"/> Extração Manual <input type="checkbox"/>
	Curagem <input type="checkbox"/> Curetagem <input type="checkbox"/> Placenta Inteira: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Sinais de Infecção Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Período de Greenberg	Peso: g. Cordão Umbilical: cm. Inserção: central <input type="checkbox"/> paracentral <input type="checkbox"/> periférica <input type="checkbox"/>
	Globo de segurança de Pinard formado: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
	T= °C PA: mmHg P= bpm R= mmm
	Sangramento: normal <input type="checkbox"/> aumentado <input type="checkbox"/> Utero: retraído <input type="checkbox"/> atonia <input type="checkbox"/>
Greenberg	Localização do útero em relação à cicatriz umbilical: ao nível <input type="checkbox"/> acima <input type="checkbox"/> abaixo <input type="checkbox"/>
	RN colocado para mamar na sala de parto: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Sugou o seio: sim <input type="checkbox"/> Condições da mamada: não <input type="checkbox"/> porque:

Outros:

RN: Peso g Sexo: F M Apgar: (1') = (5') =

Parto atendido por: Neonatologista:

Enfermeiro: Data: Hora:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM PARA PARTURIENTE

CUIDADOS	HORARIO	DATA/HORA ASSINATURA
DILATAÇÃO		
1. Encaminhar e/ou auxiliar no banho.		
2. Estimular higiene oral.		
3. Verificar sinais vitais.		
4. Estimular deambulação.		
5. Manter repouso relativo absoluto no leito.		
6. Levar a cliente e acompanhante p/ conhecer a sala de parto.		
7. Orientar permanência em DLE no leito e explicar a importância.		
8. Orientar cliente quanto a respiração - Durante as contrações: Superficial e rápida / intervalo das contrações: ritmo normal		
9. Supervisionar a dieta zero.		
10. Oferecer gaze embebida em água, para umedecer os lábios.		
11. Orientar a troca de perineais e anotar características da secreção.		
12. Estimular a micção espontânea.		
13. Observar formação de globo vesical.		
14. Estimular acompanhante a participar dos cuidados prestados à cliente.		
15. Comunicar os sinais de PERIGO neste período: (Hipertonia uterina, sangramento vaginal aumentado, distúrbios visuais, tontura, dor epigástrica, cefaléia, alteração de conduta, distensão do segmento inferior e outros).		
16. Comunicar os Sinais de PERÍODO EXPULSIVO: (abaulamento do perineo com protusão do ânus, coroamento da apresentação puxos e sensação de evacuação).		
17. Realizar cuidados de pré-operatório.		
18. Manter cuidados com FLUIDOTERAPIA.		
19.		
20.		
EXPULSAO/DEQUITAÇÃO		
1. Elogiar os esforços da cliente e apontar seus progressos.		
2. Prestar assistência de enfermagem relativa a ROTINA DO PERÍODO EXPULSIVO E DEQUITAÇÃO.		
3. Verificar PA e P após dequitação 15/15 min.		
GREENBERG		
1. Observar involução uterina.		
2. Observar formação do globo de segurança de Pinard.		
3. Controlar sangramento vaginal.		
4. Controlar sinais vitais (15/15min.).		
5. Observar nível de consciência.		
6. Incentivar a amamentação.		
7. Propiciar ambiente tranquilo para promover a internação precoce MÃE-RN-PAI.		
8. Estar alerta para sinais de PERIGO neste período (sangramento vaginal abundante, útero amolecido e aumentado de volume (atonía), sudorese, hipotensão taquisfigmia e alteração de conduta.		
9. Observar sangramento na incisão cirúrgica e fazer troca curativo, s/n.		
10. Preencher o ÍNDICE de ALDRETTE.		
11. Manter cuidados com FLUIDOTERAPIA.		
12.		
13.		
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA PRESCRIÇÃO	CLIENTE: REGISTRO:	

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM PARA O RN

PROBLEMA Nº 1	DATA / /	DATA / /	DATA / /
	HORA:	HORA:	HORA:
01. Verificar R, FC, R, T			
02. Pesar			
03. Dar banho de imersão usando sabonete neutro			
04. Aplicar álcool a 70% no coto umbilical 3 vezes ao dia e após cada troca de fralda - anotar característica			
05. Registrar frequência e característica de diurese, evacuações			
06. Registrar frequência, duração das mamadas, poder de sucção e pega da aréola.			
07. Observar e registrar alterações respiratórias e sintomas de hipoglicemia.			
08. Manter RN agasalhado de acordo com a temperatura ambiente e registrar sinais de hipotermia.			
09. Manter o RN em DLD após as mamadas.			
10. Anotar surgimento e evolução de icterícia.			
11. Manter cuidados com RN em fototerapia.			
12. Orientar, envolver a puérpera e acompanhá-la em todos os cuidados prestados ao RN.			
13. Favorecer o contato RN - MÃE - PAI.			

ENFERMEIRO: CARIMBO E ASSINATURA:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PRESCRIÇÃO

CLIENTE:
REGISTRO: Q/L:



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787
e-mail: nfr@nfr.ufsc.br

DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

Trata-se de um trabalho extremamente relevante para a área Obstétrica, o qual aborda um tema atual de interesse para as parturientes, profissionais de saúde e instituições. Apresenta uma extensa fundamentação teórica a respeito do processo de parir, cuidados de enfermagem neste período e ações terapêuticas não farmacológicas, entendidas pelo grupo como humanísticas, que facilitam a vivência deste momento de forma mais prazerosa, tranquila e segura.

O trabalho atende os objetivos propostos, obedecendo uma seqüência lógica de acordo com a metodologia científica; redigido de forma clara, coerente, utilizando terminologia adequada. Demonstra a capacidade dos alunos de sintetizar o cuidado prestado, utilizando uma teoria de enfermagem. Reflete a dedicação, o empenho, a responsabilidade do grupo e seu envolvimento com a equipe de saúde e a clientela. Verifica ainda algumas referências em relação a ABNT.

Resalta o papel do enfermeiro nas diversas etapas do processo de parir. Refere a importância de uma mudança de postura profissional, respeitando os valores e culturais, fortalecendo o potencial da parturiente e ao mesmo tempo, aumentando sua competência pelo autocuidado.

Obrigado por me oportunizarem comissão junto com você neste período

Faço de novo esta comissão